



# Reformas y financiamiento de sistemas de salud de la subregión Andina





# Reformas y financiamiento de sistemas de salud en la subregión Andina

**Investigadores:** Osvaldo Artaza Barrios, (investigador principal), Fundación Ecuatoriana para la Salud y el Desarrollo (Fernando Sacoto Aízaga), Arturo Yglesias Bedoya, Instituto de Altos Estudios «Dr. Arnaldo Gabaldon» (Leopoldo Yañez Monteverda), Félix Martínez Martín, Javier Torres-Goitia Torres.

**Coordinación:** Osvaldo Artaza Barrios, Mauricio Bustamante García, Inés Elvira Ordóñez Lega.

Catalogación realizada por el ORAS-CONHU

Reformas y Financiamiento de Sistemas y Servicios de Salud en la Subregión Andina, Artaza Barrios, Osvaldo / Sacoto Aízaga, Fernando / Yglesias Bedoya, Arturo / Yáñez Monteverda, Leopoldo / Martínez Martín, Félix / Torres-Goitia Torres, Javier. Lima: Organismo Andino en Salud-Convenio Hipólito Unanue, Set. 2004.  
374 p.; ilus.

REFORMA DEL SECTOR SALUD / FINANCIAMIENTO DE LA SALUD / SISTEMA DE SALUD / POLITICA DE SALUD, tend. / SALUD PUBLICA, hist. / REGION ANDINA

Setiembre, 2004  
Lima, Perú

ISBN 9972-9948-0-5  
Hecho el Depósito Legal No. 150 105 2004-5600

Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue  
Paseo de la República 3832, 3er. Piso, San Isidro, Lima 27 – Perú  
Telf. : 51 1 422-6862, 51 1 440-9285  
Web : <http://www.conhu.org.pe>  
E-mail : [seconhu@conhu.org.pe](mailto:seconhu@conhu.org.pe)

**Secretario Ejecutivo** : Mauricio Bustamante García

**Secretario Ejecutivo Adjunto** : Gabriel González Rivera

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de la Corporación Andina de Fomento

**Preprensa e Impresión** : Tarea Asociación Gráfica Educativa  
Telf. 332-3229, 424-8104

**Diseño carátula** : Iván Larco

**Revisión de edición** : Alonso Restrepo  
Inés Elvira Ordóñez L.

**Edición** : Gabriel González Rivera  
Jorge Martínez Martínez  
Germán O. Rodríguez Rodríguez

La información contenida en este libro puede ser reproducida total o parcialmente, siempre que se mencione la fuente de origen y se envíe un ejemplar a la Oficina del ORAS-CONHU.

Derechos reservados conforme a Ley.

Las opiniones expresadas por los investigadores son de su exclusiva responsabilidad y no necesariamente reflejan los criterios o las políticas del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.

## **Reconocimientos**

Los Autores de este trabajo expresan su especial reconocimiento al Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) por su acción facilitadora y a la Corporación Andina de Fomento (CAF), sin cuyo apoyo no hubiera sido posible publicarlo.

Asimismo, agradecemos la colaboración prestada por los funcionarios de los Ministerios de Salud de los países miembros y, al Parlamento Andino, quienes entregaron la información que se constituyó en una de las bases para su elaboración.

Finalmente, agradecemos a todas las personas que aportaron su experiencia y conocimientos para el desarrollo de cada uno de sus capítulos.



## INDICE

<b>Prólogo</b>	5
<b>Primera parte. Presentación</b>	7
I. Introducción	9
II. El contexto de nuestros cambios en salud	10
III. Hitos relevantes en la conformación de los sistemas de salud	12
<b>Segunda parte. El contexto de los procesos de cambio en salud en los distintos países</b>	17
IV. Bolivia	18
V. Chile	36
VI. Colombia	80
VII. Ecuador	100
VIII. Perú	123
IX. Venezuela	140
<b>Tercera parte. La situación actual de los países del Pacto Andino: aspectos sociales, económicos y sanitarios; su sistema de salud</b>	163
X. Bolivia	164
XI. Chile	201
XII. Colombia	227
XIII. Ecuador	270
XIV. Perú	290
XV. Venezuela	304
<b>Cuarta parte: Logros, desafíos pendientes y lecciones aprendidas</b>	311
XVI. Bolivia	311
XVII. Chile	314
XVIII. Colombia	319
XIX. Ecuador	329
XX. Perú	333
XXI. Venezuela	338
<b>Quinta parte. Debates en torno a las políticas públicas de salud</b>	344
XXII. Políticas públicas en salud	345
XXIII. Debates y actores	348
XXIV. Conclusión	369



## Prólogo

Esta publicación sobre los procesos de cambio en salud de los países del área andina, nace de las inquietudes y debates en diversas reuniones de ministros de salud en torno a este tema en los últimos años. El Organismo Andino de la Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU), recogiendo este mandato, decide convocar a investigadores de cada uno de los países miembros, con el objeto de contribuir a dicho debate.

Es así, como se solicita al Dr. Osvaldo Artaza, ex ministro de salud de Chile, asuma la labor de investigador principal, dándole forma a este libro junto al trabajo valioso de la Fundación (Fernando Sacoto) de Ecuador, Arturo Yglesias de Perú, el Instituto de Altos Estudios (Leopoldo Yañez) de Venezuela, Félix Martínez de Colombia y Javier Torres Goitia de Bolivia. Todos los investigadores tienen una dilatada trayectoria en el sector salud de sus respectivos países, tanto en altas responsabilidades en el diseño e implantación de políticas públicas en salud, como también en el plano de la academia y de la investigación.

Los lineamientos generales de esta publicación, su sentido, objetivos y contenidos, fueron producto de debates sostenidos por los investigadores, primero, en una reunión convocada para tal efecto en Lima, Perú y, posteriormente, a través de teleconferencias e intercambios por el correo electrónico. Es así que mucho de lo aquí planteado representa una suerte de trabajo colectivo.

Además del intercambio entre los investigadores, cada uno de éstos consultó y pidió comentarios a

actores relevantes de su país. Asimismo, también los textos fueron presentados a los respectivos ministerios de salud, al Parlamento Andino para recibir su valiosísima retroalimentación.

Con anticipación a la reunión de ministros de salud, a efectuarse en marzo de 2004 en Puerto Ordaz, Venezuela, se entregó a cada uno de ellos un resumen ejecutivo de esta publicación, para posibilitar sus aportes. Además, en dicho evento el investigador principal presentó el resumen ejecutivo y, posteriormente, cada ministro hizo interesantes comentarios y aportes.

Por lo tanto, aunque este libro no representa el pensamiento oficial de los ministerios de salud, ni del ORAS CONHU, sí se constituye en un valioso aporte, que sin duda contribuirá a enriquecer el importante debate en torno a los requerimientos de nuestros sistemas sanitarios.

El equipo coordinador de esta publicación agradece el trabajo serio y dedicado de los investigadores, la colaboración generosa de los ministerios de salud y de múltiples actores, el aporte fundamental de la Corporación Andina de Fomento, ya que sin su apoyo este esfuerzo no hubiera sido posible. Además, agradecemos la labor meticulosa del revisor, Dr. Alonso Restrepo, así como el apoyo fundamental de todo el personal profesional y administrativo del ORAS CONHU.

Equipo Coordinador



## PRIMERA PARTE

### Presentación

Esta publicación surge de la inquietud de los Ministros de Salud de los países de la Región Andina, por contar con instrumentos que permitan consolidar diversos aspectos con relación a los procesos de cambio en el sector salud y generar un aprendizaje común respecto a éstos. Es así que el Organismo Andino de la Salud, con el apoyo de la Corporación Andina de Fomento decide convocar a investigadores de cada país con el objeto de realizar una publicación que avance en ese sentido.

La publicación estará compuesta por las siguientes partes: la primera, se referirá al contexto general en que los procesos de cambio en el sector salud se han dado en nuestros países, y a los hitos más relevantes en la conformación de los sistemas de salud; la segunda parte, contendrá el relato de cada país sobre los cambios en el sector salud del último siglo en forma concomitante con la descripción de la evolución del contexto político, social y económico; la tercera corresponderá a los datos que representan la situación actual del sector salud y del país en sus indicadores más fundamentales (con base en una matriz común); la cuarta parte se referirá a los logros, a los desafíos pendientes y a las lecciones aprendidas de cada país; finalmente, la quinta y última parte intentará ver en perspectiva subregional los aspectos más críticos en la viabilidad de las políticas públicas en salud, avances y aspectos pendientes, y de tal manera inferir orientaciones que nos permitan continuar avanzando desde «un piso» de puesta en común.



## I. INTRODUCCIÓN

En la Región Andina se han ido desarrollando sistemas sanitarios con una marcada diversidad, fruto de los contextos políticos, sociales y económicos particulares de cada uno de los países. Para analizar décadas de cambios en estos sistemas sanitarios es necesario hacer un alto en el camino y reflexionar sobre lo avanzado.

Este trabajo pretende colaborar a quienes tienen responsabilidades en el diseño e implantación de políticas y en la planificación en salud, de tal modo que quienes en nuestros países andinos, deban tomar decisiones con relación a lo anterior, puedan hacerlo desde una visión estratégica, teniendo una mirada comprensiva y comparativa de los distintos procesos en marcha, así como sobre sus fundamentos, controversias y tendencias futuras.

Dada la gran influencia que en nuestros procesos han tenido distintas corrientes de pensamiento en el mundo, a la gran dependencia de nuestras economías y a las implicancias de la globalización también en el ámbito político, surge como una fuerte necesidad el desarrollo de una suerte de «pensamiento subregional en salud» que permita cierto nivel de «soberanía» en las decisiones que debemos tomar hacia el futuro en el ámbito de las políticas públicas en salud.

Un espacio de «soberanía» sólo será posible en la medida en que se comparta la experiencia y se tienda a construir «evidencia» y aprendizaje desde nuestros propios procesos. Evidencia que debe irse validando en nuestros espacios académicos y políticos. Para ello, esta publicación intenta ser un aporte.

La reforma del sector salud emergió durante los años 90 en la arena política de salud en el ámbito internacional,<sup>1,2</sup> buscando mejorar la eficiencia, la calidad y la equidad en la organización y entrega de servicios de salud.<sup>3,4</sup>

La reforma tiene un componente técnico o contenido, tiene un componente programático, un proceso de implantación, tiene actores o agentes individuales y grupos de interés, y se da en un

contexto específico, pero fundamentalmente es un asunto de orden político,<sup>5</sup> que está en el núcleo de las decisiones de las políticas de salud. Como se sabe, la política de salud<sup>6</sup> comprende las decisiones de política de los gobiernos y de la influencia de las entidades supranacionales que comprometen el curso de las acciones y afectan al conjunto de instituciones, organizaciones, servicios y ajustes financieros del sistema de atención a la salud.

Históricamente, los cambios en los complejos sistemas de atención a la salud y su adaptación a los requerimientos del entorno,<sup>7</sup> se han dado como parte de contextos económicos, sociales y políticos más amplios. Se puede afirmar que pocos países han estado al margen de esta realidad. América Latina en su conjunto entra en este proceso de adaptación,<sup>8,10</sup> y la Región Andina no escapa a esta situación.

No obstante, ha surgido un conjunto de controversias con relación a la reforma, especialmente desde la perspectiva de la justicia social y equidad, la salud pública y los recursos humanos.<sup>11-13</sup>

Desde que se dio inicio a las reformas se comenzaron a formular mecanismos para el monitoreo de los procesos y la supervisión de los agentes y agencias; de modo que en la actualidad existen suficientes evidencias para apreciar qué funciona y qué no funciona y aprender de las experiencias propias y de otras regiones.<sup>14-17</sup> Los procesos de evaluación de los resultados son importantes y relevantes para todos los países, y así tener una capacidad de aprendizaje<sup>18-20</sup> con el fin de realizar ajustes y afinamientos para seguir avanzando.

En muchas reuniones internacionales y en documentos públicos, se ha puesto en evidencia las distintas fases de nuestros respectivos procesos de cambio en los sistemas de atención a la salud.<sup>21-26</sup> Pero, muchas veces hemos requerido de una mirada más integradora que nos ponga en perspectiva – desde una mirada autocrítica y generosa – los esfuerzos de cada cual, poniendo a la vista aciertos y, en especial, los desaciertos. Los problemas que tenemos son comunes y también lo son las

soluciones. Sin duda que es necesario un trabajo que consolide nuestras realidades, con mirada a los procesos, con el objeto de compartir y aprender unos de otros. Las reformas a la atención a la salud son más bien procesos evolucionarios –vía aprendizaje, ensayo y error– que revolucionarios. Es hora de sacar las fronteras a nuestras experiencias y ensanchar el horizonte en la búsqueda común de integración.

## II. El contexto de nuestros cambios en los sistemas de salud

El análisis de los procesos de cambio en los sistemas de salud, parte desde los condicionantes externos. La salud es el resultado de determinantes sociales, así como también los servicios de atención de salud contribuyen al desarrollo de nuestros países. Las políticas en salud son parte de las políticas públicas sociales y guardan directa relación con los contextos sociales, económicos y políticos de nuestros países.

El contexto socio económico de los países andinos se caracteriza por un deterioro de la situación de los estratos de la población menos favorecidos, no habiéndose superado las inequidades de décadas atrás sino, por el contrario, muchas de éstas se han agravado.\*<sup>27</sup>

Persisten grandes grupos poblacionales en la pobreza y un marcado incremento de la urbanización de ésta; con una concentración de la riqueza cada vez más mayor, y con crecientes indicadores de desocupación y de aumento del empleo informal; subsisten carencias en el aprovisionamiento de agua potable y en los sistemas de saneamiento. La vulnerabilidad de los sectores medios también ha crecido, alcanzando inclusive a los sectores medios consolidados.<sup>28</sup> Todo lo cual plantea indudables retos a las políticas públicas y, en particular, a aquellas que buscan extender la protección social en salud.

En América Latina y en la Región Andina los cambios en el sector salud han ido de la mano con los fenómenos sociales y económicos. Esto

último es particularmente notorio desde mediados del siglo XX y han reflejado el concepto particular del desarrollo que ha predominado en distintos momentos.<sup>29-31</sup> El estancamiento económico y el aumento del gasto social, fenómenos propios de los años sesenta, llevaron a la crisis del modelo de desarrollo basado en la sustitución de importaciones, vigente desde principios de siglo, y dieron paso paulatinamente al modelo de globalización que tuvo inicio en los años ochenta. Del anterior modelo se pasó a una reestructuración de los procesos productivos y a políticas de ajuste económico –la «década perdida»– que generaron un aumento de las inequidades en América Latina, lo que no ha logrado revertirse –incluso se ha acentuado– a pesar del crecimiento –desigual entre los países– observados durante los recientes años.<sup>32-38</sup>

Instalada la globalización, se imponen los requerimientos de competitividad y libertad comercial. En el ámbito social, los cambios en la seguridad social, en el régimen de pensiones, las privatizaciones y la precarización de los empleos, acompañaron la depresión de aquellas zonas que no lograban competitividad. Todo esto, en el contexto de redes de soporte social, progresivamente más frágiles, con los sectores educación y salud con insuficiencias de cobertura y fallas en la equidad en el acceso a los servicios. Esta realidad social implícita en los cambios económicos de las últimas décadas, han incubando profundas inquietudes políticas, que están teniendo efectos en el modelamiento de las reformas sociales –incluidas las de salud– de hoy y del mañana.

Tras las injustas diferencias entre diversas áreas geográficas y grupos de población, subyacen, entre otras causas, diferencias en aspectos cruciales de los determinantes sociales de la salud: acceso a agua potable, instalaciones sanitarias y alcantarillado, nutrición, nivel educacional (particularmente con relación a escolaridad de la madre y diferencias de calidad en la educación que reciben los distintos grupos sociales), desempleo, etcétera.<sup>39-42</sup> Además, suele coincidir, en nuestros países, que quienes tienen mayor riesgo son justamente los grupos de personas quienes tienen mayores dificultades para acceder a servicios de calidad de atención a la salud.<sup>43</sup> En

\* Organización Panamericana de la Salud, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

este análisis, resulta clave la asociación histórica que se ha producido en los países andinos, particularmente Ecuador, Perú y Bolivia, entre exclusión social, pobreza y grupos indígenas.

El destino de la pobreza tiende a reproducirse y perpetuarse a través del círculo vicioso de familia pobre, educación incompleta, desempleo, delincuencia, mala salud, adicciones, exclusión social, constitución de una familia pobre. Ayer era la brecha entre la sociedad rural y la urbana. Hoy la brecha de las inequidades está entre los incluidos y los excluidos –«los que sobran» según una popular canción chilena de los años ochenta– los que están al margen de todo.\*

Vivimos un escenario de acumulación de problemas del subdesarrollo, junto a la presencia de distintas etapas –según cada país– de transición demográfica e epidemiológica donde conviven patologías que eran propias de países desarrollados (cáncer, cardiovasculares, traumas, crónico degenerativas) y de los subdesarrollados (infecto contagiosas), todas ellas afectando a las poblaciones más pobres (*‘acumulación y polarización epidemiológica’*); donde ganan peso patologías emergentes como el SIDA, y re-emergentes como la tuberculosis; donde la violencia es un fenómeno cotidiano,<sup>44</sup> así como los accidentes, la morbilidad y la mortalidad debidas a los trastornos de la salud mental y a las adicciones (drogas, alcohol, tabaco). En todos los países se observa un progresivo envejecimiento en la estructura de las poblaciones, derivado del aumento sostenido de la esperanza de vida al nacer, la disminución de la mortalidad y de la natalidad<sup>45</sup> (resultados que se han alcanzado con diferente magnitud –entre y al interior– de los diferentes países. Diferencias que dependen en gran parte del nivel de justicia y desarrollo social, económico, ambiental y tecnológico alcanzado). Ello, unido a la alta vulnerabilidad ante los desastres naturales de extensas áreas de la Subregión, y a la alta proporción de población indígena y socialmente excluida, implica un permanente esfuerzo de articulación entre los

esquemas tradicionales y modernos en materia de promoción de la salud, de prevención frente a riesgos y de mitigación de daños.

En el plano político asistimos a un proceso aún inacabado de democratización. Ello se ha dado en el marco de un proceso de reforma y reconversión del Estado. Se va dejando de lado al Estado que todo lo puede y es dueño de todo. Asistimos a la privatización de las empresas del Estado en mayor o menor grado en casi todos los países. Simultáneamente, el Estado –con diversos grados de éxito– trata de asumir sus roles indelegables de garante de los derechos ciudadanos, de factor de cohesión social y de articulador colectivo de la solidaridad. Para ello, trata de fortalecer su poder regulador, lo cual implica un proceso de modernización muy profundo que requiere de un cambio de cultura, que aún está lejos de culminar con éxito.

Acorde con lo anterior, también la gestión pública está en revisión. De forma aún incipiente, un concepto más democrático de las políticas públicas abre espacios a la participación de la sociedad civil en la definición de los intereses públicos y en las formas de satisfacerlos. La administración pública ya no es cuestión exclusiva de la burocracia estatal sino de toda la sociedad, aunque conducida y regulada por las autoridades. En el sector de la salud, la gestión de las políticas públicas implica no sólo la prestación directa de servicios, sino sobre todo actuar como garante de la resolución de necesidades de la población, por sí mismo o por otros mecanismos que aseguren un ejercicio solidario de derechos ciudadanos reales.

Así mismo, surge la pregunta sobre quién debe conducir las nuevas políticas sociales, cuando el Estado ha cedido mucho campo de acción y encontramos una sociedad civil debilitada en sus redes y capacidad de organización. Entonces, surge el debate del fortalecimiento de ciertos roles y/o funciones clave del Estado, y de potenciar la articulación de la propia ciudadanía. Esto último no sólo para la obtención de máxima efectividad en ámbitos como educación y salud, si no también para el logro de legitimidad de dichas políticas

\* Los Prisioneros «El baile de los que sobran». Chile.

sociales y, por ende, de todo el modelo. No hay que olvidar que la instalación de la globalización vino de la mano de gobiernos militares en la mayoría de nuestros países, y para la ciudadanía ya no es suficiente una promesa de un futuro económico mejor, si no va acompañado con una democratización real del diseño y aplicación de las políticas sociales y en que éstas vayan constituyéndose en una traducción hacia lo cotidiano del concepto de derechos humanos – inicialmente reducidos al ámbito de los derechos políticos– aterrizados a la esfera práctica de la vida familiar en el ámbito de los derechos sociales.

Es así que las políticas públicas en salud buscan estar en el contexto del debate sobre el modelo actual de desarrollo, surgiendo interrogantes sobre la gobernabilidad y sostenibilidad de éste, sobre una suerte de «ecología humana» como condición para el desarrollo económico. Toda política del área social requiere de recursos –productividad y competitividad– para invertir en ellas, pero el debate no sólo se reduce a una cuestión de recursos disponibles, sino también sobre la voluntad de una sociedad de darse una visión de país y un modelamiento societal – o arreglos sociales– que permitan un modo más justo y equitativo de vida en sociedad,<sup>46</sup> y de tal manera lograr indicadores de resultados en calidad de vida, superiores a los esperables sólo por producto interno bruto o ingreso per cápita. Estas observaciones son parte de las actuales búsquedas a la hora de diseñar políticas públicas, en la manera de priorizar los recursos, y en la manera de hacer participar a los ciudadanos en éstas.

### **III. Hitos relevantes en la conformación de los sistemas de salud**

Los hechos políticos, económicos y sociales más relevantes, guardan relación con los procesos de cambio en salud en nuestros países. El movimiento independentista es concordante con la instalación de un poder local oligárquico y el desarrollo de un sistema de atención basado en la beneficencia. El surgimiento de la industrialización, del modelo de «sustitución de importaciones», la creciente urbanización de nuestros países, la emergencia de la clase obrera y la cuestión social, fueron concordantes con la consolidación de sistemas

sanitarios en la lógica de los «servicios nacionales de salud», con una creciente preponderancia del rol del Estado. Dichos procesos fueron afectados fuertemente por las dificultades de consolidación de nuestras repúblicas (inestabilidad democrática, guerras internas y externas, etcétera).

Asimismo, la iglesia y entidades de beneficencia proporcionaron cuidados hospitalarios para los pobres, ayudadas en algunos casos por la presencia de los centros asistenciales públicos. En paralelo, se desarrolló un sector privado compuesto por los mismos médicos que luego de prestar servicios en la beneficencia atendían los requerimientos de las capas de altos ingresos. Tal estructura segmentada de organización cimentó las bases sobre las cuales funcionó el sistema de salud en nuestros países, caracterizado por fuertes inequidades en la cobertura y calidad de la prestación

Como hemos señalado, los sistemas de salud de la Región Andina, así como de toda América Latina, se originaron a partir de presiones económicas y sociales. Las de índole económica derivaron de la inserción de los países de la Región en el comercio mundial a fines del siglo XIX y comienzos del XX, con medidas de salud pública para sanear los puertos con miras a favorecer la exportación y la libre circulación de mercancías. Un origen similar tuvieron las medidas destinadas a proteger el mercado de trabajo, dado que se necesitaba contar con una fuerza laboral en buenas condiciones de salud.

Por su parte, las demandas sociales se canalizaron a través de organizaciones que pasaron a ofrecer servicios de salud, siendo el germen de las instituciones de seguridad social. Una vez que entre la oligarquía dominante y la clase obrera fuera apareciendo y consolidándose una clase media, ésta tendió a requerir de servicios de atención diferenciados de los del indigente –o carente de recursos– y a instalar servicios de atención financiados con parte de sus salarios; a su vez, tendió a requerirse segmentación entre los asalariados de «cuello y corbata» con relación a aquellos asalariados fabriles de menor «*status*» social. Estas presiones políticas tendieron a generar servicios fuertemente segmentados. Por una parte, servicios para los pobres dependientes

de oficinas estatales –luego Ministerios de Salud– que se hicieran cargo de quienes recibían atención por parte de las entidades filantrópicas que había creado la propia clase dominante, y por otra, sistemas de «seguridad social» para quienes tenían un ingreso, y mecanismos de atención liberal clásicos para aquellos más pudientes.

Esta amalgama de procesos y luchas sociales fueron generando un sistema altamente segmentado y fragmentado en nuestros países.<sup>47</sup> Por otra parte, las fricciones entre los poderes centrales y locales, entre el rol del Estado central y los distintos desarrollos de caudillajes y poderes locales más o menos institucionalizados, contribuyen a la diversidad observada en nuestros países en cuanto a fragmentación de los sistemas de atención.<sup>48</sup> Es dentro de este contexto de desarrollo de una institucionalidad segmentada donde con diverso nivel de profundidad se aplica la denominada estrategia de atención primaria, con una relación temporal a la Conferencia de Alma Ata. La fragmentación característica de nuestros sistemas se acentuó con la llamada «reforma estructural de los años noventa» en los que se impulsaron diversos procesos de «descentralización», muchos de ellos que culminaron con mayor fragmentación al no cuidar en paralelo el fortalecer las «redes de atención» y las competencias de rectoría y regulación por parte de agentes públicos.

Producto de dicha diversidad, en nuestros países, el ámbito estatal muchas veces se desarrolló sin un marco adecuado para aumentar en paralelo cobertura, eficacia, eficiencia y capacidad de respuesta a los usuarios. Por su parte, el sector privado se ha ido desarrollado muchas veces inorgánicamente, sin adecuados mecanismos de regulación que permitan reducir el impacto negativo de las grandes imperfecciones del mercado.

Las insuficiencias del desarrollo sectorial se han acentuado como resultado de las crecientes demandas insatisfechas, las que se han intensificado por los cambios de nuestras poblaciones, por las fallas de rectoría y regulación por parte de la autoridad sanitaria, insuficiencias en una visión de enfrentamiento multisectorial de los determinantes sociales de la salud, fallas en la forma en que los sistemas se organizan,

modelan sus estrategias y dan prioridad a sus acciones y por la limitada base de financiamiento para los programas públicos de salud. Estas fallas o insuficiencias derivan de la precariedad de recursos y de la falta de consistencia en las políticas públicas de salud a lo largo de la historia de nuestros países, producto de los múltiples intereses en juego y del enfrentamiento no siempre bien resuelto entre distintas visiones y paradigmas.

Más aún, la crisis internacional de los años ochenta, la llamada «década perdida», afectó a los tradicionales programas de salud pública, posibilitando el retorno de las grandes endemias, muchas de las cuales ya habían sido erradicadas décadas atrás. Todo esto se ha traducido no sólo en nuevas presiones sanitarias, sino en crecientes presiones políticas.

Los niveles de gasto per cápita en salud son todavía insuficientes para mejorar sustancialmente el acceso y la calidad de los servicios. Parte importante de dicho gasto proviene de gasto de bolsillo, siendo dicho gasto proporcionalmente más alto justamente en los sectores más vulnerables,<sup>49</sup> lo que también se constituye en un hecho político relevante.

La realidad señala que se acentuó la inequidad y que un porcentaje importante de la población carece de acceso a la protección social de la salud. Junto a lo anterior se pasó a confundir la estrategia de atención primaria, tan sólo con servicios asistenciales básicos para los más pobres.\*

Se debe hacer referencia a los conflictos armados en nuestros países y sus consecuencias en nuestra realidad social, económica y política. Primero, la violencia de la conquista española y el desarrollo de un modelo social basado en la exclusión de las mayorías que perdura hasta hoy en nuestros países. Luego, la violencia de la

\* El Dr. David Tejada, ex Ministro de Salud del Perú y protagonista de aquella conferencia, sentencia que el concepto de Atención Primaria fue luego desvirtuado a «servicios básicos o primitivos para pobres». Seminario Reformas del sector salud en el camino de la integración «Aprendizaje y Perspectivas». Organismo Andino de la Salud. Lima Octubre 2003.

consolidación republicana que fueron décadas de guerras entre caudillos y un largo ciclo de inestabilidad y retraso. Más tarde, avanzado el siglo XX, los conflictos confunden causas internas y externas de origen ideológico y económico. Primero, las luchas de «liberación nacional» en el contexto de la guerra fría y la estrategia del poder dominante local junto a Estados Unidos de América para derrotar la guerrilla a cualquier precio (y la secuela de gobiernos militares, represión y atropellos a los derechos humanos), luego las guerras del narcotráfico, la guerra en Colombia con su particular mezcla de actores y objetos y, finalmente, el fenómeno indigenista que se mueve entre la acción política y las explosiones de violencia. Hoy detrás de la violencia organizada – violencias, tanto del propio Estado como de grupos sociales– se interrelacionan complejos intereses y en todos ellos tenemos la acción de las clases dominantes, perpetuándose las raíces más profundas de la violencia.

La guerra y la violencia organizada junto a los aparatos represivos internos y externos, ocupan parte importante de la «agenda pública» y de los recursos de nuestros países. Además, generan efectos en la salud de las poblaciones y diversos obstáculos en la posibilidad de brindar acceso a los servicios de atención.

El fin de la guerra y la violencia organizada son desafíos claves para que nuestros países tengan mejor chance de enfrentar exitosamente las propias causas de dicha violencia: la injusticia en sus expresiones más brutales, la miseria y la exclusión.

Análisis particular merecen los movimientos indigenistas que se están desarrollando en algunos de nuestros países, particularmente Ecuador y Bolivia. En el primer país, dicho movimiento se ha constituido en un actor político relevante; a la vez que asume un rol de proyección política es un actor sanitario importante. En el caso de Bolivia, el movimiento reivindicativo ha demostrado ser capaz de colocar en riesgo la gobernabilidad del país y obstaculizar su rol tradicional de colaboración y puente entre la autoridad sanitaria y la base social.

Finalmente, cabe destacar, dentro del contexto de los esfuerzos de integración de los países en los últimos años, la particular importancia que ha cobrado la salud como puente de dicha integración. El 29 de noviembre de 1974, los Ministros de Salud de los países de la Región Andina (Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela) firmaron un convenio en la materia de su competencia, el cual es conocido como Convenio Hipólito Unanue. Dicho convenio fija como objetivo mejorar la salud humana en los países de la Región para lo cual deberán iniciarse acciones coordinadas con miras a contribuir de esa forma a «promover el desarrollo equilibrado y armónico de los Países Miembros» y «procurar un mejoramiento del nivel de vida de los habitantes de la Subregión». Tras dichos objetivos, el Organismo Andino de la Salud, ha sido plataforma exitosa para acciones conjuntas –como es en el caso de la semana de vacunación contra el sarampión y la reciente negociación conjunta en los medicamentos antirretrovirales–; se ha constituido en un puente efectivo de trabajo conjunto con los países del MERCOSUR, y en un espacio válido para el intercambio de experiencias y el análisis conjunto de nuestras realidades sectoriales desde una mirada política amplia. Es esta última aspiración, lo que sienta las bases que posibilitan esta publicación.

## Referencias

1. The World Bank. The World Development Report: Investing for Health. Oxford University Press, 1993.
2. Klein R. Health care reform: The global search for utopia. *BMJ*; 1993;307(6907):752.
3. Berman P. Health care reform in developing countries: Making health development sustainable. Harvard School of Public Health, 1995.
4. Infante A, Mata I, López-Acuña D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 2000;8(1/2):19.
5. Walt G. Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 1994;9(4):353-370.
6. Walt G. Health policy: An introduction to process and power. Zeta Books, 1994.
7. Plsek P *et al.* The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001;323:625-628.

8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. CEPAL/Organización Panamericana de la Salud, 1994.
9. Organización Panamericana de la Salud. Número especial sobre reforma del sector de la salud. Rev Panam Salud Pública 2000;8 (1/2).
10. Teruel JR. Reforma del sector de la salud en las Américas. Informe presentado en el Seminario Internacional de Reforma del Sector de la Salud, 19 a 21 de febrero, en Lima, Perú, 1996.
11. Restrepo H *et al.* Implementation of a new health system in Colombia: Is this favorable for health determinants. J Epidemiol Community Health 2002;56:742-743.
12. Plaza B *et al.* Managed competition for the poor or poorly managed competition? Lessons from the Colombian health reform experience. Health Pol Plan 2001;16(Suppl.2):44-51.
13. Titelman D. Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes. CEPAL, 2000.
14. Berman P, Bossert T. A decade of health sector reform in developing countries: What have we learnt? Data for Decision Making Project; Harvard School of Public Health, 2000.
15. International Health System Group. Overall lessons learnt. Report on Project Activities. Data for Decision Making Project; Harvard School of Public Health.
16. Reforma del sector salud en Latinoamérica. Cad Saúde Pública 2002;18(4).
17. Figueras J *et al.* Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? Gaceta Sanitaria 2002;16(1):5-17.
18. McPake B, Mills A. What can we learnt from international comparisons of health systems and health system reform? Bull WHO 2000;78(6):811-819.
19. Hearst N *et al.* Learning from the experience: Research on health sector reform in the developing world. Health Pol Plan 2001;16(Suppl.2):1-3.
20. Banco Mundial/ Banco Interamericano de Desarrollo/ Caja Costarricense de Seguro Social/ IESE Universidad de Navarra. El desafío de la reforma en salud, 2001.
21. McPake B, Kutzin J. Methods for evaluating effects of health reforms. Current Concern Series, ARA Paper No.13. WHO/ARA/CC97.3, original: English, WHO, Geneva, 1997, p. 37.
22. Jiménez de la Jara J, Bossert T. Chile's health sector reform: Lessons from four reform periods. Health Pol 1995;32:155-166.
23. Consejo Nacional de Salud. Hacia la reforma del sector salud. Quito: Culturales, 1995.
24. Ministerio de Salud de Colombia y Organización Panamericana de la Salud. La reforma del sector salud en Colombia. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud/OPS, 1995.
25. Echevarría R. El proceso de reforma del sector salud en Ecuador, 1992-1997: aportes para el debate. Quito: CEPAR, 1997.
26. Aguinaga A. Avances en el proceso de reforma en el sector salud. En: Reforma del sector salud en el Area Andina. Quito: OPS, 1996.
27. Comisión Económica para América Latina. Panorama social de América Latina 1998. Santiago de Chile.
28. Minujin A. Estrujados: la clase media en América Latina. En: Kliksberg B (comp). Pobreza, un tema impostergable. 4. ed. México, DF.
29. IDB. Latin America after a decade of reforms. Economic and social progress 1997 report. Washington, DC.
30. Banco Interamericano de Desarrollo. Informe de progreso económico y social. Washington, DC: BID, 1998.
31. Verrier R. Declaraciones del presidente de la Asociación de Economistas de América Latina y el Caribe; VII Congreso de Economistas de América Latina y el Caribe, 10 de septiembre de 1999. Río de Janeiro.
32. Székely M, Hilgert M. The 1990s in Latin America: Another decade of persistent inequality. (Mimeo). Washington, US: IDB, December 1999.
33. Burki SJ. Opening statement. En: Poverty & Inequality. Annual World Bank Conference on Development in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: The World Bank, 1996.
34. Banco Mundial. Conferencia sobre desarrollo en América Latina y el Caribe. Valdivia, Chile: 1999.
35. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Preliminary overview of the economies of Latin America and the Caribbean 2000. Santiago de Chile.
36. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La brecha de la equidad. Santiago de Chile: CEPAL, 1997.
37. Aylwin P *et al.* Informe de la Comisión Latinoamericana y del Caribe sobre el desarrollo social. BID-CEPAL-PNUD; 1995. Tokman V. El desempleo no se va de América Latina. Buenos Aires: Clarín, 18 de diciembre de 1998.
38. Tokman V. El desempleo no se va de América Latina. Clarín, 1991, diciembre 18, Buenos Aires, Argentina.
39. Sen A. Inequality re-examined. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1992.
40. Organización Internacional del Trabajo, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS. México, DF, 29 noviembre - 1 diciembre 1999.
41. Kliksberg B. Los escenarios sociales en América Latina y el Caribe». Rev Panam Salud Pública 2000;8(1/2).
42. Organización Panamericana de la Salud / Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Health, social equity and changing production patterns in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: OPS, CEPAL, 1998.

43. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Washington, DC: OPS, 1998.
44. Buvinic M, Morrison AR, Shifter M. Violence in the Americas: A framework for action. En: Morrison, Andrew, Biehl (eds). Too close to home. Washington, DC: Inter-American Development Bank, 1999.
45. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington DC, 2002.
46. Touraine A. Por una nueva política social. Madrid: El País, 4 de agosto, 1997.
47. Londoño J, Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para las reformas de los sistemas de salud en América Latina. Documento de trabajo N°353. BID, 1996.
48. Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform. Health Pol 1995;32:257-277.
49. Mesa-Lago C. Atención de salud para los pobres de América Latina. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Fundación Interamericana, Publicación científica No 539.1992.

## **Segunda parte**

### **Presentación**

#### **El contexto de los procesos de cambio en salud en los distintos países**

Hemos señalado, en páginas anteriores, que nuestros sistemas de salud no pueden analizarse, ni comprenderse aisladamente de los procesos políticos, sociales y económicos. Es por ello, que a continuación se darán a conocer el desarrollo y evolución de los sistemas de salud de los países andinos, con relación al desenvolvimiento del contexto en el que éstos ocurren, y de tal forma intentar una reseña comprensiva de la evolución histórica de los últimos cien años en los ámbitos políticos, sociales, económicos y sus efectos en los determinantes sanitarios y en las políticas en salud.

## IV. BOLIVIA

### 1. Antecedentes históricos

Para ubicar en su debida dimensión la situación de salud de cualquier sociedad, no basta con analizar los indicadores biomédicos ni la organización de los servicios asistenciales; se requiere, ineludiblemente, estudiar la sociedad misma, su estructura, su nivel de desarrollo y el Estado que la representa. En el caso de Bolivia, esta verdad se hace más evidente porque su situación actual está claramente vinculada a determinantes económico sociales y políticos que han actuado dramáticamente sobre la salud de la población a lo largo de su historia.

Un largo período de explotación casi exclusiva de recursos naturales sin adición de valor agregado, y la prolongación de un régimen feudal esclavista hasta mediados del siglo pasado con situaciones de marginación y exclusión social de grandes mayorías nacionales, configuraron una situación social patógena que ha costado y todavía está costando superar. Sin conocer esos determinantes, no sólo sería imposible comprender la situación actual del país, sino, y sobre todo, tampoco se podría proponer soluciones viables en la perspectiva de mejorar la salud de toda su población.

Para comprender mejor el valor de los determinantes sociales y económicos del proceso salud enfermedad de Bolivia es necesario remontarse hasta los orígenes mismos de la cultura de su pueblo y señalar, aunque sea brevemente, sus valores ancestrales y sus limitaciones sociales. Esto es así por la mayor densidad histórica de la sociedad boliviana y por la gran importancia de la composición indígena y étnica cultural en su configuración como formación social.

#### El imperio incaico

Antes de la llegada de los españoles, el territorio boliviano, al igual que el del Perú, Ecuador y parte de Colombia estaba dominado por el imperio incaico, cuya estructura social ha sido motivo de muchos estudios. Para nosotros es útil recordar que el Imperio de los Incas, aunque constituía un

régimen aristocrático, estamental y fuertemente autoritario, tenía una organización social solidaria y una estructura económica cuyas características podrían justificar el título que le dan algunos investigadores de «imperio socialista de los Incas».

La tierra era equitativamente repartida para el beneficio de cada familia. Cada matrimonio recibía una parcela determinada, más algunos bienes y ganado; acervo que se iba incrementando en función del número de hijos. El trabajo era colectivo, en comunidades organizadas. Todos trabajaban primero en las tierras destinadas al culto del Sol y el sostenimiento del Estado. El producto de las tierras comunales era repartido solidariamente, dividiéndose en una parte para las personas que no podían trabajar temporal o definitivamente: ancianos, viudas, huérfanos, enfermos, discapacitados, o miembros del ejército o servidores públicos y otra parte para beneficio de las familias de acuerdo con sus necesidades. Otra serie de actividades cooperativas protegían a las familias contra diferentes riesgos, lo cual es señalado por investigadores como un sistema avanzado de seguridad social,<sup>1</sup> instalado mucho antes de Bismark y Beveridge. Paralelamente desarrollaron un culto especial por la salud, expresado en festividades especiales para promover la eliminación de basura y el fomento de hábitos higiénicos. Una de estas festividades fue la Citua Incaica que se celebraba todos los años al comienzo de la primavera. La Confederación Médica Sindical de Bolivia rescató de la historia la conmemoración de esta ceremonia y la convirtió en día nacional de la salud y que se recuerda actualmente en todo el país cada 21 de septiembre.

En cuanto a la asistencia a los enfermos, ésta se hacía por diferentes grupos de curanderos que asociaban la magia, prácticas religiosas y otros recursos propios de esa época para el tratamiento de enfermedades, pero lo destacable es el gran desarrollo que tuvieron los curanderos itinerantes que llegaron a dominar la herbolaria y viajaban con grandes bolsos de hierbas medicinales que en veces cultivaban ellos mismos. El conocimiento de la actividad terapéutica, continuamente

incrementado por la práctica y la observación sistemática, era transmitido de padres a hijos llegándose a establecer generaciones de médicos, que todavía existen en Bolivia, Perú y Ecuador. El médico kallawayas, es actualmente reconocido por las comunidades indígenas de Bolivia y se han formado asociaciones que agrupan a estos médicos tradicionales con los egresados de las universidades. Algunos kallawayas han ingresado a la universidad y obtenido, además, el título oficial de médico.

El estudio de una sociedad con tan importantes características y con una cultura que la Colonia dominó pero no pudo destruir, es importante desde el punto de vista de la necesidad que tenemos de conocer el pasado para interpretar mejor el presente y orientar el porvenir. Pero también, y además, porque muchos de esos elementos perviven en la actualidad por su gran capacidad de resistencia y sobre vivencia cultural.

### La Colonia

La colonización española en América no tuvo las mismas características en todas partes. Las zonas de poco desarrollo, habitadas por salvajes fueron simplemente invadidas con destrucción casi total de sus pocos habitantes, para instalar en ellas colonias españolas que se organizaban siguiendo la usanza de sus poblaciones de origen. No hubo en ellas ni grandes conflictos ni choque de culturas. En las extensas regiones gobernadas por los Incas, y en el norte, en las regiones habitadas por aztecas y mayas, la dominación española fue diferente. Se estableció combinando la violencia y la astucia para establecer alianzas coyunturales con pueblos resentidos que buscaban revelarse contra los grandes imperios que los dominaban. La habilidad de los conquistadores para formar alianzas no impidió que se desarrollaran sistemas de marcada discriminación racial. De este modo, precisamente donde florecieron las grandes civilizaciones aborígenes, se establecieron sistemas sociales con mayor grado de inequidad.

Mariátegui,<sup>2</sup> el bien conocido pensador y político peruano, afirma que el imperio español avasalló el «imperio socialista de los Incas «con una «empresa militar y eclesiástica más que política y

económica» Afirma que «las comunidades agrícolas y sedentarias, laboriosas, disciplinadas, panteístas y sencillas» vieron truncado su bienestar material y no han podido rehacerse. La organización de su sistema de producción, que les permitía contar con abundancia de medios de subsistencia, construir caminos, canales y mantener una situación de bienestar social y salud satisfactoria, no ha sido remplazada por otra que mejore ni la economía ni la salud.

No pretendemos colocarnos en posiciones románticas, retrógradas o asumir posiciones indigenistas radicales, sobradamente superadas por la realidad social actual. Menos desconocer el valor del progreso de la ciencia médica y de los nuevos conceptos de salud pública para contraponerlos al conocimiento acumulado por los «amautas», «jampiris» o «kallawayas». Queremos sí, destacar la profunda observación de Mariátegui de que «el régimen colonial desorganizó y aniquiló la economía agraria incaica, sin remplazarla por una economía de mayores rendimientos» Desde el punto de vista social relacionado con la salud el impacto negativo fue mayor.

Entre las muchas deformaciones de la organización social incaica, la conquista convirtió la *mita* en la peor de las esclavitudes y creó los *repartimientos* y *encomiendas*. Los indios repartidos fueron destinados al trabajo doméstico, a la explotación minera, al laboreo de tierras, a los obrajes, transporte, etcétera. La encomienda era la tutela asignada a un español con fines oficialmente religiosos y de protección de un número de familias y sus tierras, pero también incluía todos los servicios personales, sin remuneración alguna. No vamos a ingresar al análisis de la estructura colonial, para no desviarnos de nuestro tema, pero la explotación del indígena con recargo de trabajo, fatiga, continuas epidemias, etcétera, se resume en una expresión de los propios españoles de ese tiempo, quienes, de acuerdo con el estudio de la sociedad colonial realizado por Clara López<sup>3</sup> decían que «las minas de Potosí gastan muchos indios».

En lo que hace específicamente a la atención médica, el 11 de enero de 1570 se estableció el

Protomedicato General, con sede en Lima, Perú, bajo la orden del Rey Felipe II. El 2 de mayo de 1778 fue sustituido por el de Buenos Aires. Estos organismos similares a los que existían en España en esa época debían entender, conocer, proveer y despachar *«todo lo que atingiese a la práctica de la Medicina, recibiendo ex menes, concediendo licencias y velando porque a ninguna persona se le permita curar como médico o cirujano en pueblos espasales, sin que primero haga constar sus grados y correspondiente licencia»*.

Las primeras ciudades en el Alto Perú, hoy Bolivia, en las que se construyeron hospitales fueron Sucre, antes de 1567, y Potosí, antes de 1609. En Sucre se construyó el actual, y aún en servicio, Hospital Santa Bárbara, y en Potosí se construyeron 14 hospitales para las parroquias debido a una peste que afectó especialmente a los indígenas. De acuerdo con la práctica de la época los hospitales estaban atendidos por instituciones religiosas y se instalaban naturalmente en los lugares donde se concentraban los riesgos de enfermar y de morir. Significativamente surgieron alrededor de las minas donde se hacía la explotación de la plata.

Las escuelas de formación en medicina en el Alto Perú no llegaron a concretarse sino hasta enero de 1827. Sin embargo, México tuvo su primer Colegio de Cirujanos en 1768, Lima contaba con una Escuela de Medicina desde principios del siglo XVII, Buenos Aires en 1802 y el Cuzco en 1825.

### **La República**

El régimen colonial, atenuado apenas por las Leyes de Indias, las reformas del Virrey Toledo y otras disposiciones de la corona real española, promovidas por meritorios religiosos continuó y, ya sin atenuantes, después de lograda la independencia el 6 de agosto de 1825, más de 300 años después de la conquista. La independencia sustituyó a los españoles por criollos y mestizos, pero no cambió de manera fundamental la estructura económico - social. De este modo, particularmente en Bolivia, la explotación del indio continuó, e incluso empeoró en algunos períodos. Una muestra fue la

usurpación que hizo el Estado de las tierras comunales, por decreto del presidente Melgarejo, en mayo de 1866.

El 9 de febrero de 1828 el gobierno del general José Antonio de Sucre emitió el Reglamento del Servicio Económico de los Hospitales y creó las Juntas de Sanidad conformadas principalmente por eclesiásticos, sin participación directa de médicos. Sus atribuciones estaban orientadas fundamentalmente al control de los hospitales y al cuidado del fluido vacuno para combatir la viruela.

Bolivia, como Estado Independiente, trató los problemas relativos a la salud siguiendo sin grandes diferencias la organización existente en la época de la colonia. Las actividades del sector fueron desarrolladas a través del Tribunal del Protomedicato, recreado en 1830 como instancia dependiente del Ministerio del Interior; tuvo vigencia hasta 1893. Las atribuciones de este Tribunal estaban dirigidas fundamentalmente al control del ejercicio profesional y al resguardo y propagación de la vacuna.<sup>4</sup> El concepto era fundamentalmente el de una «policía médica», en el sentido que le da Jaime Breilh aludiendo a los regímenes absolutistas europeos. En 1893 es sustituido por los Tribunales Médicos, dependientes del Ministerio de Instrucción Pública, con funciones que se amplían a la inspección de hospitales y boticas, control de alimentos y conservación y aplicación de la vacuna antivariólica.

En 1839 la Constitución Política del Estado (CPE) transfirió la responsabilidad de la salud a los Concejos Municipales. En 1845 se crearon las Juntas de Propietarios y se disolvieron las anteriores Juntas de Sanidad; entre sus atribuciones figuraban las de intervenir en aspectos de higiene.

El 5 de diciembre de 1906, en el gobierno de Ismael Montes, se dictó la Ley que creó la Dirección General de Sanidad Pública, dependiente del Ministerio de Gobierno. Se le encomendó la responsabilidad de la defensa nacional contra la importación de enfermedades exóticas, epidemias y enfermedades transmisibles o evitables, y el control del ejercicio profesional. Debía *«Dictar todas*

las prescripciones profilácticas que se hiciesen necesarias y combatir, de un modo especial, la propagación del alcoholismo». Por primera vez en la República de Bolivia se establece que: «En los presupuestos respectivos para cada gestión económica, se consignarán las partidas necesarias para el Servicio de Sanidad, desde el próximo año de 1907». Pese a esto, la Dirección General de Sanidad Pública no tuvo éxito en sus acciones, precisamente por problemas presupuestarios.

En 1914 se inicia la medicina laboral con una resolución en la que se obligaba a las empresas mineras a comunicar de inmediato los accidentes de los obreros y proveer curación de sus heridas. En 1915 se crea la Dirección de Higiene Escolar, cuya función fue la de velar por la salud y la higiene de los estudiantes, maestros y personal de educación. También se crearon el mismo año, las Asistencias Públicas que debían otorgar la prestación de primeros auxilios médico quirúrgicos en caso de accidentes o enfermedades graves. Ambas organizaciones, la Dirección y las Asistencias Públicas, dependían del Ministerio de Gobierno, siguiendo lo que era habitual en el resto de América Latina en esa época.

En 1926 se creó un impuesto, a modo de timbre sanitario, con la finalidad de utilizar esa recaudación con el único destino de instalar y sostener un Sanatorio Nacional de Tuberculosis.

En 1927, en el gobierno de Hernando Siles, se adoptaron, por primera vez, medidas nacionales referentes a instalaciones sanitarias domiciliarias, a través del Reglamento de Instalaciones Sanitarias Domiciliarias. Este Reglamento es, probablemente, el primero, desde la creación de la República con carácter nacional, dirigido a toda la población y que se regulaba desde el Estado. Entre 1929 y 1933 la Dirección General de Sanidad da importancia, fundamentalmente, al cuidado de las epidemias, la viruela, las afecciones venéreas y la tuberculosis.

En 1932 la Fundación Rockefeller inició un programa de cooperación a Bolivia con las campañas contra la fiebre amarilla, en Santa Cruz. Campañas en las que intervinieron destacados

médicos bolivianos como el doctor Nemesio Torres Muñoz y que culminaron eficazmente eliminando el *Aedes aegypti* con lo que terminó la fiebre amarilla urbana en 1943. La Fundación se hizo cargo también de la lucha antipalúdica, antipestosa y combatió la uncinariasis y el tifo exantemático en todo el territorio nacional. Gracias a esta experiencia se organizaron en el país la División de Endemias Rurales y la División Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles. La Fundación trabajó en Bolivia hasta 1953.\*

En 1942 inició sus actividades en Bolivia el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) que desarrolló una extensa labor, fundamentalmente en las áreas de la prevención de enfermedades, organización de la infraestructura sanitaria, y dio un gran impulso a la salud pública. Trabajó en Bolivia hasta 1963 y su experiencia coadyuvó a establecer las bases de la organización del futuro Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.<sup>5</sup>

### **Creación del Ministerio de Higiene y Salubridad.**

El 5 de julio de 1936, bajo la Presidencia de David Toro, se creó la Dirección Nacional de Higiene y Salubridad que fusiona las Direcciones General de Salubridad, de Sanidad Escolar, de Lucha Contra la Tuberculosis, Lucha Antipalúdica y Servicio de Fiebre Amarilla, las farmacias públicas y todos los servicios similares. Esta Dirección fue trasladada del Ministerio de Gobierno al Ministerio de Trabajo, creado un mes antes y en su estatuto quedó establecido que dependería del Ministerio de Trabajo «*mientras se eleve a rango de Ministerio de Higiene y Salubridad*».

El 20 de agosto de 1938, La Convención Nacional, que eligió al teniente coronel Germán Busch como Presidente de la República en reemplazo del coronel Toro, reordenó los Ministerios de Estado en Bolivia y creó el Ministerio de Higiene y Salubridad, independiente del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

---

\* Los Comienzos. Salud Pública Boliviana No. 52 Diciembre 2 1993 Pág. 7-20.

Dos años después, El 8 de noviembre de 1940 se fusionaron los Ministerios de Trabajo y Previsión Social y de Higiene y Salubridad, creándose el Ministerio de Trabajo, Salubridad y Previsión Social. Fusión que se mantuvo hasta 1947, cuando volvieron a separarse durante la presidencia del Dr. Enrique Hertzog, médico de profesión. La Salubridad Pública tenía bajo su dependencia el funcionamiento de Hospitales Civiles y Militares, las Oficinas de Servicios Profilácticos y de Vacunación, Defensa de Madre y el Niño y la atención de manicomios.

El Ministerio ha variado después de denominaciones de acuerdo con las funciones que se le asignaban. Se mantuvo con el mismo nombre hasta 1958 cuando pasa a denominarse Ministerio de Salud Pública. En 1970 extiende su autoridad a la seguridad social y pasa a denominarse Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Denominación que se mantiene hasta 1993 cuando, a consecuencia de haberse creado un Ministerio de Desarrollo Humano, pasa a constituirse en Secretaría Nacional de Salud de ese ministerio que incluye, además, educación y vivienda. En 1997, se suprime el Ministerio de Desarrollo Humano y recupera su condición como Ministerio de Salud para finalmente constituirse en 2003 como Ministerio de Salud y Deportes.

### **Los seguros sociales**

En 1928 se creó la Caja de Pensiones y Jubilaciones Militares, para atender los servicios de las listas pasivas de inválidos, veteranos de la Guerra del Pacífico, Beneméritos del Acre, militares jubilados y familias pensionistas.

En 1932, el 30 de noviembre, se promulgó la Ley que creaba la Caja de Pensiones, Jubilaciones y Montepíos, que es una forma de pensiones, para empleados de Correos y Telégrafos. Estas cajas se extendieron rápidamente a otros sectores de la población asalariada. Aunque se hicieron algunos esfuerzos para institucionalizar el Ahorro Obrero Obligatorio dentro de la Ley General del Trabajo, los diferentes sistemas de jubilaciones, cajas de pensiones y montepíos tenían financiamiento del Estado.

En 1956 se crea la Caja Nacional de Seguridad Social, con lo cual se da comienzo a un seguro social de tipo bismarkiano que es el que se aplica en la mayoría de los países latinoamericanos y el que con algunas variantes se mantiene vigente. Por su importancia y por su vinculación con las transformaciones de la Revolución Nacional le dedicaremos espacio aparte.

Sin desconocer los méritos de la serie de esfuerzos realizados para mejorar la salud de la población, es notorio que en los primeros 127 años de vida republicana la población indígena de las áreas rurales seguía tan excluida como en la Colonia.

La atención médica propiamente dicha evolucionó sin grandes variaciones, los hospitales que se mantuvieron mucho tiempo a cargo de organizaciones religiosas y otros pocos por cuenta del Estado, se dedicaban a responder a la demanda de la gente pobre de las ciudades, a precios subvencionados. Los programas verticales contra la tuberculosis, la malaria, etcétera, tenían un manejo independiente. La medicina privada era el recurso habitual al que acudía la población de medianos recursos en relación directa médico - paciente y con honorarios pactados libremente. Los servicios de atención médica no llegaban a las áreas rurales sino a través de pocos médicos provinciales con sueldo del Estado. Estos atendían a la gente pobre manteniendo su libertad de tener práctica privada con remuneración directa del paciente.

Durante este largo período, la exclusión social que concentraba la pobreza, las enfermedades y la muerte en las áreas rurales, es uno de los determinantes más importantes del proceso salud - enfermedad y creemos oportuno dedicarle atención especial para explicarnos mejor la situación de salud del país.

## **2. Pobreza y exclusión social en la república**

La pobreza en Bolivia no es un hecho circunstancial ni un accidente en el proceso de desarrollo desigual. Independientemente de la pobreza geográfica, particularmente de la baja

productividad de la región occidental del país, que paradójicamente es la más poblada por haber sido antes zona de activa explotación minera, la pobreza puede considerarse como la expresión de una realidad histórica que empieza, como acabamos de recordar, en la Colonia y se prolonga en la República. Como fenómeno social, la pobreza en Bolivia siempre se ha expresado en las zonas rurales y la población indígena del país.

No necesitamos entrar en detalles de la compleja historia del desarrollo social de Bolivia, para plantear que desde el comienzo de nuestra vida republicana la falsa holgura económica de una pequeña minoría, sustentada en la pobreza extrema del país en su conjunto, desincentivaba las inversiones y mantuvo a Bolivia, hasta mediados del siglo XX, en un sistema caracterizado, tanto por ser injusto e inhumano como por su inoperancia económica. Mientras países vecinos con menores recursos naturales establecían industrias con adecuadas inversiones de capital y mejoraban la educación y la salud de todo su pueblo más o menos homogéneamente, Bolivia no inducía a que los indios aprendieran siquiera a leer y escribir, hacía poco por incrementar la productividad agrícola y no buscaba otras formas de desarrollo, porque el ocio de pocos privilegiados se satisfacía con las arcaicas formas de sembrar y cosechar de los indígenas que trabajaban sin salario. La mano de obra, más que barata, gratuita, de pongos y «arrenderos» mantenía así a un pequeño círculo de hacendados en una falsa opulencia, que en la realidad no era tal, pero que no incentivaba el desarrollo.

En términos generales, como decíamos al inicio, a lo largo de los primeros cien años de vida republicana la explotación unilateral de diferentes recursos naturales renovables y no renovables, desde el salitre, el caucho, la plata o el estaño, en sucesivos períodos de auge transitorio se hicieron en forma aislada, sin valor agregado, con un carácter primario exportador, sin un desarrollo industrial propiamente dicho, con escasas y mal remuneradas fuentes de empleo y, lo que es más importante, tan poco integradas al resto de la economía del país, que lejos de contribuir al desarrollo sirvieron para despertar el interés foráneo que terminó en dolorosas desmembraciones territoriales. Tal el caso

del salitre, que por ubicarse en los desiertos costeros del sur del país, donde no llegaban los intereses de la explotación feudal de los terratenientes, no fue adecuadamente explotado. Al extremo que despertó la avidez de capitales extranjeros, motivando una invasión chilena que dio origen a la Guerra del Pacífico, en la cual Bolivia perdió toda su costa marítima, quedando enclaustrada en una mediterraneidad que perjudica su desarrollo económico y condiciona una serie de desventajas que no ha podido superar. Probablemente, más que el daño económico mismo, pesa ahora el resentimiento colectivo de todo un pueblo que se alza como una muralla en contra de la necesaria integración económica y política entre dos países con economías que pueden ser complementarias con beneficio recíproco, pero que parece no se podrá dar sin un serio proceso diplomático previo, que contribuya a arrancar de raíz el rencor histórico.

Las otras pérdidas territoriales, motivadas, por ejemplo, por el auge de la explotación del caucho, que motivó la anexión del Acre al Brasil fueron comparativamente menores pese a su gran importancia económica. La producción de goma alcanzó un promedio anual de tres millones de kilos entre 1896 y 1916 antes de la desmembración territorial.

La explotación agrícola con base en el trabajo no remunerado del indígena y los métodos precarios de labranza, ocasionaban al mismo tiempo una extrema pobreza de éstos y una falta de iniciativa de los terratenientes que no se sentían obligados a correr riesgos de inversión para incrementar su producción. La mano de obra barata los sostenía sin esfuerzo en un nivel económico regular, pero tan diferente al de los indígenas que los hacía sentir satisfechos y hasta privilegiados, en un común ambiente de pobreza. En la década de los 40, la agricultura, con menos de 2% cultivado del total útil del país, no se había mecanizado ni se habían hecho inversiones para aumentar la producción. Casi 20% de los alimentos se importaban, aun siendo muchos de ellos originarios del altiplano.<sup>6</sup>

La misma industrialización de los grandes yacimientos minerales se hizo como un enclave económico foráneo, sobre la base del trabajo del

indio que de mittayo pasó a proletario con algunas ventajas económicas que lo arrancaban de su hábitat rural, pero manteniendo formas de explotación que no mejoraron su desarrollo humano. En los años anteriores a 1950, tres empresas mineras, de Patiño, Aramayo y Hoschild, los llamados barones del estaño, monopolizaron no sólo los recursos de la exportación de minerales sino que concentraron el poder económico y político de la nación.

Sin ingresar en un estudio social de la época, conviene recordar al historiador norteamericano Herbert S. Klein <sup>7</sup> quien afirma que la sociedad boliviana es y ha sido desde la colonia una sociedad donde los indígenas fueron y siguen explotados por los blancos, con la peculiar característica de que estos blancos, aunque fenotípicamente se asemejan más a sus ancestros indígenas, hablan español, adoptan la cultura occidental y constituyen la clase dominante.

En el censo general realizado en 1950 <sup>8</sup> hay clara coincidencia entre la población que figura como de idioma castellano, no indígena, y urbana, con porcentajes que varían entre 35 y 37 %, con la proporción de alfabetización que es de 31%. El 31% que sabía leer estaría formado por 23% que vencieron algún curso de primaria y 4% algún otro de secundaria. Resta 4% sobre el cual el censo no da información, pero se puede suponer que algunos de ellos vencieron algunos cursos técnicos o de universidad. Se puede concluir que del total de la población alfabetizada, casi tres cuartas partes no pasaban de vencer primaria. Según los datos de UNICEF, la tasa de alfabetización de adultos, de ese entonces, en el mundo era de 95% para los países industrializados y de 48% en los países de ingresos medianos, donde se ubican la mayoría de los países latinoamericanos. Los de más bajos ingresos del mundo tenían un promedio de 22%.<sup>9</sup> Bolivia, con 31% estaba más cerca de los más pobres.

El nivel de educación de nuestro país era de los más atrasados y, si tenemos en cuenta que el ser «indio» era sinónimo de ser absolutamente pobre

y que en esta condición estaba 63% de la población, tenemos una aproximación a la situación económico - social y de equidad de la época, que se agrava al observar las inequidades de género. En ese grupo «privilegiado» de 31% de la población que aprendió a leer y escribir, la proporción de mujeres es sólo de 23% frente a 40% de hombres.

Es de hacer notar que la población urbana de habla castellana asimila patrones culturales de la civilización occidental, como lo dice Klein, y logra niveles de desarrollo económico sin llegar, sin embargo, a constituir una burguesía emprendedora. Mientras la población rural que tiene por lengua materna un idioma nativo, excluida económica y socialmente, se refugia en su cultura tradicional y se mantiene en la pobreza. La división que se genera en ningún caso puede atribuirse a problemas raciales en un país de generalizado mestizaje. Podría asimilarse más a lo que González Casanova describe como colonialismo interno.

Para este sociólogo mexicano, el colonialismo no sólo es internacional sino que puede ser también intranacional. «En las sociedades plurales, –dice refiriéndose a México en la década de los 70– las formas internas del colonialismo permanecen después de la independencia política y de grandes cambios sociales como la reforma agraria, la industrialización, la urbanización y movillización» Sostiene que el colonialismo interno mantiene la dinámica de la desigualdad y juega en contra de los procesos de igualitarismo, característicos del desarrollo que debería ser incluyente y equitativo.<sup>10</sup>

En Bolivia, la marginación y la exclusión indígenas han sido una constante, pero la situación de pobreza abarcaba también el área urbana castellana y letrada. Alrededor de la mitad de esa población no tenía acceso a servicio higiénico ni agua potable en 1950. De 155 725 viviendas censadas en ese año sólo 14% tenía agua potable y 13% servicio higiénico dentro de sus domicilios (Cuadro I). Este censo ni siquiera consigna estos servicios para el área rural porque simplemente no existían.

**Cuadro I.** Bolivia. Servicios básicos en las viviendas censadas\* de 1950

Servicio	Privada %	Colectiva %	No tienen %	Sin datos %	Total	
					N° mero	%
Agua potable	14	33	46	8	155 725	100
Servicio higiénico	13	24	54	8	155 725	100

\*Viviendas: El número de viviendas censadas corresponde a la población urbana que es de 1 023 365 habitantes, pero el censo no lo especifica

Fuente: Censo 1950. Elaboración propia

Guillermo Bedregal <sup>11</sup> señala, con datos del mismo censo de 1950, que 3% de la población rural poseía 64% de la tierra laborable en propiedades mayores a 20 hectáreas; el resto se distribuía entre los pequeños propietarios y los comuneros. Los campesinos sin tierra constituían 57.23%. Todos ellos integrantes de la enorme masa de marginados. La población urbana no estaba en mejores condiciones, solamente 0,1% controlaba 68% de la producción minera, 100% del transporte ferroviario, 100% de los servicios, 46% del comercio y 26% del capital financiero.

No tenemos indicadores confiables de la salud de los primeros años de la República, pero tomando sólo el crecimiento demográfico, encontramos que la población de Bolivia, según el censo demográfico realizado en 1831, era de 1 088 769 y en el censo de 1882 llega a 1 172 156, o sea que se incrementó solamente en 83.388 personas, vale decir 7.6% en un período de 51 años,<sup>12</sup> lo cual es equivalente a un incremento promedio anual de 0,15%. No habiendo habido migraciones importantes, no es posible suponer que la tasa de natalidad hubiera sido menor a la que se registró posteriormente, en 1978, de 44 por mil,<sup>13</sup> una de las más altas de la América Latina, por tanto, la única explicación es que las tasas de mortalidad infantil y general, sobre las cuales no tenemos información precisa, eran mucho más elevadas a las altas tasas que se registraron posteriormente. Tasas de mortalidad infantil de hasta 500 por mil que se observaron después en zonas rurales y centros mineros\* no eran una excepción.

\* Trabajos aislados de médicos de COMIBOL en 1953 dan tasas de mortalidad infantil de 500 por mil nacidos vivos.

### 3. Hitos en el desarrollo nacional y la salud pública

#### La Revolución Nacional de 1952

Los problemas sociales que generaba un régimen como el descrito, permanecieron escondidos hasta que con ocasión de la Guerra del Chaco, sostenida con el Paraguay de 1932 a 1935, la forzada convivencia de diferentes sectores de la población en zonas abandonadas y mal protegidas y la observación de desaciertos y errores de la política nacional vigente, contribuyeron a la maduración de una conciencia nacional que fue liderada por un partido que nació precisamente de aquella experiencia: el Movimiento Nacionalista Revolucionario, que paulatinamente fue creciendo y aglutinando a obreros, campesinos y clase media hasta que pudo ganar unas elecciones generales en 1951. Al anularse estas elecciones con un golpe militar se precipitó una insurrección popular que triunfó el 9 de abril de 1952. Comienza así el proceso de la Revolución Nacional con el cual se avanzó de manera importante en la incorporación de la población aborigen al desarrollo del país y se lograron notorios avances en la reivindicación social del campesino, particularmente en lo que hace a educación y salud.

El Movimiento Nacionalista Revolucionario (MNR) realizó cambios profundos. Nacionalizó las minas y recuperó el poder político que estaba en manos de los tres barones del estaño; hizo la Reforma Agraria que, en palabras del propio Paz Estenssoro, líder nacional de ese partido, «significaba no solamente reparar una injusticia de siglos, desde el punto de vista humano, sino

también liberar fuerzas productivas y crear condiciones para el desarrollo económico nacional»;<sup>f</sup> estableció el voto universal, haciendo que por primera vez votaran los campesinos y las mujeres; promovió la educación con la aprobación del Código de la Educación y alentó innovadores programas de desarrollo rural. Con todos esos cambios sentó las bases para lograr un desarrollo nacional no sólo más humano sino también más equitativo.

La educación recibió un fuerte impulso y también la atención de la salud que llegó a las áreas rurales y modificó su enfoque asistencial y curativo con programas preventivos. Observando solamente el aspecto educativo, se encuentra que la evolución de la escolaridad, atrasada en todo el país y más en las áreas rurales, comenzó a tener una interesante recuperación; el porcentaje de la matrícula escolar frente a la población estudiantil pasó en los primeros ocho años del proceso revolucionario de 16% a 39% en las áreas rurales y en las ciudades de 60 a 70%.<sup>g</sup>

La Reforma Agraria fue una de las más importantes medidas implementadas por la revolución. Pero, si bien tuvo un fuerte impacto político, social y humano, al liberar al indígena de la condición de siervo y otorgarle derechos civiles y políticos que no los tenía antes, no logró aumentar la productividad del agro o crear una base de desarrollo que permitiera mejorar las condiciones de producción y de vida de los campesinos. De este modo, una medida tan trascendental de incorporar al indígena a la ciudadanía con todos sus derechos, incluyendo la propiedad de la tierra y el derecho a elegir y ser elegido, no pudo lograr un real impacto en la pobreza secular del campesino.

### **La seguridad social**

En otro intento de la Revolución Nacional por mejorar el bienestar de los trabajadores bolivianos, en 1956 se aprobó el Código de Seguridad Social, uno de los más avanzados del continente y una

<sup>f</sup> Cita de una expresión de Víctor Paz Estenssoro a tiempo de aprobar la Reforma Agraria en 1953, en Bedregal Guillermo, pág. 459.

<sup>g</sup> Datos tomados de: Centro de Estudios Sociales. ILDIS, La Alfabetización en Bolivia, pág. 53.

de las conquistas sociales más importantes de la época. En un período de ascenso revolucionario reunió el máximo posible de beneficios sociales y se buscó reivindicar para el trabajador conquistas añoradas durante mucho tiempo de sobre explotación del trabajo, particularmente en las minas. No se dio entonces importancia a su costo, que originalmente, sumando los aportes patronales, laborales y estatales, llegaba a más de 40% de los salarios aunque se redujo casi de inmediato a 37.5%.<sup>14</sup> Fue después, en el transcurso de los años, cuando se vio que la magnitud de los aportes desincentivaba la industria y el comercio y generaba irregulares formas de evadirlos. El propio Estado fue el principal evasor que acumuló una cuantiosa deuda sobre cuyo monto ni siquiera hay cifras exactas.

Los diferentes subsistemas reconocidos por el Código se podían agrupar en los seguros a corto y a largo plazo. Entre los primeros estaban el Seguro de Enfermedad y Maternidad que cubre, hasta ahora, atención médica integral, sin exclusiones, para el trabajador y toda su familia, los hijos hasta la terminación de sus estudios o hasta cumplir 18 años de edad; los padres de ambos cónyuges, sin límite de edad. Riesgos profesionales a corto plazo y asignaciones familiares. Los seguros a largo plazo incluían los Seguros, de Invalidez, Vejez, Muerte y Riesgos Profesionales a largo plazo. Se incluía, además, el Seguro de Vivienda.

La intención inicial que buscaba llegar hacia una seguridad social integral y universal, no prosperó porque, por encima del fervor revolucionario de la época, la profunda heterogeneidad social, la realidad económica del país y fallas administrativas lo impidieron.

La contribución del Seguro de Enfermedad y Maternidad al avance de la medicina fue innegable, se pudo construir grandes policlínicos y hospitales modernos, bien equipados, pero manteniendo su concentración en las ciudades. La tesis laboral del sistema bismarkiano al limitar la condición de «derecho habientes» a los trabajadores por cuenta ajena en un país poco industrializado, redujo la proporción de asegurados a solamente algo más de 20% de la población.

Una vez más la población rural quedó excluida de este beneficio aunque los empleados públicos, trabajadores de la industria, el comercio, maestros y otros sectores de la población alcanzaron servicios de atención médica integrales que incluyen hospitalizaciones, medicamentos y todos los medios de diagnóstico, sin ninguna restricción y sin costo para el paciente. El seguro se mantiene con un aporte de 10% de los salarios. Inicialmente, se distribuía en una cuota laboral de 2.5% y otra patronal de 7.5%, pero después se consolidó en la cuota patronal única de 10%.

Ser indio ya no era sinónimo de pongo o siervo; el campesino que lo reemplazó era libre y dueño de su tierra, pero su capacidad productiva y su inserción a la sociedad boliviana no mejoraron y siguió igualmente pobre y marginado. Algunos empezaron a migrar a las ciudades y los más aptos llegaron a ingresar a las universidades. La Revolución Nacional abrió nuevas perspectivas al campesinado en cuanto a sus posibilidades educativas; un gran número de ellos se profesionalizó y se incorporó a los patrones de vida urbana, pero los que quedaron en el área rural mantuvieron su pobreza y exclusión. El Seguro Social no alcanzó a extenderse al área rural.

### **Expansión de la agricultura al oriente**

El importante proceso de vinculación y de traslado de la población desde el altiplano y valles hacia las zonas del oriente, dio lugar al establecimiento de una agricultura de productos de exportación, en unidades productivas de tipo empresarial. El progreso del oriente boliviano fue evidentemente impulsado por la Revolución de 1952, pero no superó la pobreza localizada en mayor grado en el altiplano.

### **Interrupción del proceso revolucionario**

En noviembre de 1964 se produjo la interrupción formal del proceso de Revolución Nacional. Luego siguieron 18 años de inestabilidad gubernamental y de dictadura militar que estancaron o perjudicaron el desarrollo, la seguridad social, se mantuvo pero se fragmentó en múltiples cajas y los principios que señala el Código de universalidad, integralidad, solidaridad quedaron en la letra muerta de la ley.

### **La recuperación democrática**

Dieciocho años después de la interrupción del proceso revolucionario, y concluido un largo periodo de convulsión social y confrontaciones políticas, el 10 de octubre de 1982 se reinició el proceso democrático actualmente vigente, y se abrieron con él nuevas perspectivas de desarrollo en un contexto internacional diferente, en el que la economía de mercado hacía su aparición con una clara vocación hegemónica.

El primer gobierno de este periodo tuvo que confrontar los agudos problemas derivados del largo periodo dictatorial. La falta de unidad del frente político gobernante y el desborde de la presión social contenida, que estalló en demandas económicas imposibles de satisfacer, culminaron en aguda crisis que obligó al Presidente de la República, Dr. Hernán Siles Zuazo, a convocar a elecciones generales un año antes de la finalización de su mandato. Gracias a este oportuno renunciamento se institucionalizó el proceso democrático que lleva ya 21 años de estabilidad, con el sexto gobierno constitucional en ejercicio democrático.

Una hiperinflación galopante, que llegó hasta más de 20 000 por ciento,<sup>15</sup> expresó el caos que se tuvo que vivir en aquel periodo de transición. Sin embargo, se logró robustecer la democracia estableciendo una clara diferencia con las dictaduras pasadas en cuanto al respeto de los derechos humanos en todos los agudos conflictos que se presentaron.

### **Democratización de la política de salud**

Lo importante de destacar desde el punto de vista del área de la salud es una experiencia exitosa que rescata el valor y la capacidad popular para organizarse y defender sus intereses eficazmente aún en las peores circunstancias. Esta es la de la Participación Popular en Salud.<sup>16</sup> El Ministerio de Salud adaptó a la realidad nacional los nuevos conceptos de la medicina social que emergían recién en el continente y que respaldaban también la estrategia de atención primaria, aprobada cuatro años atrás por todos los gobiernos miembros de las Naciones Unidas, reunidos en Alma Ata por

convocatoria de la Organización Mundial de la Salud y UNICEF. Se logró un cambio radical en los conceptos mismos de salud y de enfermedad, que pasaron a ser considerados como partes de un proceso encarnado en el proceso económico – social, y no como estados separados y circunscritos simplemente al mundo biológico, que era la concepción tradicional anterior. En el nuevo marco político que se adoptó, la población pasa a ser sujeto de la defensa de la salud, considerada como un derecho a conquistar, mientras el equipo técnico se convierte en promotor o colaborador. El órgano ejecutor de la nueva organización fueron los Comités Populares de Salud, integrados por voluntarios de las propias organizaciones populares de base: juntas vecinales, sindicatos de trabajadores, organizaciones campesinas y otras. Comités Populares que no fueron creados *ad hoc* por los servicios sino que nacieron de una alianza con todas las organizaciones populares de base. En todas las ciudades grandes y pequeñas del país existían y existen juntas vecinales que por agrupación sucesiva de barrio, distrito, ciudad, departamento confluyen en una sólida Federación Departamental, las cuales, reunidas en congresos nacionales constituyen la Confederación Nacional de Juntas Vecinales. Siguiendo esta misma estructura y con base en las juntas vecinales existentes se conformaron los Comités Populares de Salud, que en el ámbito departamental estaban presididas por el Presidente de la Federación Departamental de Juntas Vecinales o por el Secretario General de las organizaciones sindicales, según su grado de influencia. El organismo nacional que los representaba era el Consejo Popular de Salud integrado por todas las organizaciones sociales, que funcionaban como el órgano de consulta del Ministerio de Salud.

Cada Comité coordinaba con el médico de su barrio y tomaba a su cargo el cumplimiento de un Programa Integrado de Atención de Área de Salud (PIAAS) el cual era responsable de una movilización social por la salud, tan grande, que en los tres años de gobierno obtuvo avances substanciales que no se habían visto en el país. Las campañas de inmunización, que empezaron en ese entonces, lograron coberturas entre 80 y 90%, lograron la desaparición de la poliomielitis. El sarampión, que era la tercera causa de mortalidad

infantil, desapareció de los registros oficiales por dos años consecutivos y no volvió a figurar entre las causas principales de mortalidad. Este sistema, que se continuó en el siguiente período de gobierno, logró bajar la mortalidad infantil de alrededor de 180 por mil, que era lo estimado para 1980, a 75 por mil en 1990.\* El bocio endémico que afectaba a 65.5% de la población escolar empezó a reducirse, llegando a 20.9% en 1989<sup>17</sup> y, en 1996, Bolivia es declarada país libre de carencia de yodo. Se organizaron guarderías infantiles populares, farmacias populares y otra serie de iniciativas en las que se pudo comprobar que cuando la población encuentra un camino para volcar su energía en su propio provecho es capaz de las más grandes realizaciones, independientemente de sus diferencias adjetivas.

Las Movilizaciones Populares de Salud lograron un gran consenso que, deliberada y responsablemente, se mantuvo fuera de todo interés partidario. En los peores conflictos y en grandes enfrentamientos entre trabajadores y gobierno por reivindicaciones económicas, ni los trabajadores ni el gobierno mezclaban el conflicto con la defensa de la salud que se mantenía al margen y siempre por encima de todo interés coyuntural.

El impacto sobre la salud de la población fue incomparablemente mayor que en cualquier otro período, pero, como las condiciones políticas en las que se ejerció el gobierno no permitieron consolidar modificaciones estructurales con cambios sostenibles en los servicios, la alianza productiva, voluntaria, entre las autoridades de salud y las organizaciones populares se ha ido debilitando con los sucesivos cambios de gobierno y de ministros, hasta perder su eficacia inicial. Sin embargo, los conceptos básicos de la Política de Salud Participativa han quedado afirmados.

#### **4. La nueva política económica**

La crisis de la Unión Democrática Popular – UDP – coincidió con el agotamiento del ciclo de desarrollo

\* Los cálculos de la mortalidad infantil en 1982 se basan en el censo de 1976 que tuvo muchas imperfecciones y en estudios aislados posteriores. El censo realizado en 1992, cuya información es válida para 1990, arrojó una tasa de 75 por mil nacidos vivos.

estatista y de sustitución de importaciones vigente en la Región. Terminado ese período de gobierno del Presidente Siles, fue elegido Presidente de la República el Dr. Víctor Paz Estenssoro, quien, frente a la difícil situación que se vivía, había acuñado su frase histórica: «Bolivia se nos muere». Tuvo que apelar a drásticas medidas económicas destinadas a frenar la hiperinflación y a recuperar la confianza en la economía nacional a través del histórico Decreto Supremo 21060 que estableció la nueva política económica del país. Con esta política se unificaron los tipos de cambio y se establecieron políticas monetarias y fiscales estrictas para reducir drásticamente el déficit fiscal crónico, se eliminaron los controles de precios y se redujeron las barreras al ingreso de importaciones, creando un mecanismo de control indirecto de precios basado en la competencia. Se hizo, además, una importante reforma tributaria gracias a la cual el país empezó a recibir impuestos con alguna racionalidad.

El Decreto Supremo (DS) 21060 incluye, además, la apertura al comercio exterior y la reducción de aranceles, la liberalización de las tasas de interés, la libre negociación de contratos de trabajo para el sector privado y el ajuste fiscal.<sup>15</sup> Redefine las relaciones entre mercado, Estado y sociedad sentando bases para abatir la hiperinflación y estabilizar la economía, lo que permite mantener hasta el presente tasas de inflación de un solo dígito. Otro recurso para estabilizar la economía fue la reducción de la deuda externa con la recompra de 60% de la deuda contraída con la banca privada extranjera en el mercado secundario a 11% de su valor, lo cual le permitió reducir el monto total de 4 289 millones de dólares registrado en 1987 a 3 491 en 1989. El país se liberó además de la deuda que tenía condiciones más onerosas.<sup>18</sup>

Probablemente, la aplicación de la nueva política económica, con la que el país ingresó a la economía de mercado de corte liberal fue una de las medidas más duras, pero de las que más contribuyeron a recuperar la confianza en el país. Como lo señalan Morales y Pacheco, con datos del Banco Central,<sup>19</sup> los indicadores de desempeño después de las reformas económicas que sucedieron al DS 21060 muestran que se produjo una reversión sostenida con relación a lo que había sucedido en los años inmediatamente precedentes. El cuadro que presentan con los indicadores principales después de las reformas económicas, muestra, entre otros datos, que el porcentaje del PIB creció de 2.46 en 1987 a 4.64 en 1990 y a 5.27 en 1991, al mismo tiempo que el crecimiento del PIB per cápita varió de 0.26 a 2.38 y 2.77% para los mismos años.

Algo que es importante destacar, porque marca una diferencia que es fundamental en la política de salud boliviana, es que la adopción de una economía de mercado de orientación liberal no hizo variar la política de salud, la que mantuvo su sistema participativo con los Comités Populares de Salud en actividad sostenida. La política de salud participativa no fue alterada por la variación de la política económica. El Programa Nacional de Control del Bocio se cimentó y amplió sus actividades contribuyendo a los logros ya señalados.

La situación de la pobreza, que a nuestro criterio es un determinante importante para el proceso salud - enfermedad empieza a presentar leve mejoría (Cuadro II) así como la situación sanitaria de los hogares y las tasas de analfabetismo. (Cuadros III y IV). Lamentablemente, la exclusión social rural se mantiene en todos los indicadores.

**Cuadro II.** Bolivia: evolución de la incidencia de la pobreza en los hogares particulares por áreas, 1976 y 1992

Area	Hogares %		
	1976	1992	Variación
<b>Bolivia</b>	85	72	-13
<b>Urbana</b>	66	49	-17
<b>Rural</b>	98	94	-4

Fuente. Tomado de CEDLA. Informe Social 1994

**Cuadro III.** Bolivia. Porcentaje de hogares particulares con acceso a servicios de agua potable, servicio sanitario y energía eléctrica, según los censos de 1976 y 1992

Área	Agua potable			Servicio sanitario			Energía eléctrica	
	Privada	Pública	No Tiene	Privada	Pública	No Tiene	Tiene	No Tiene
<b>Bolivia, 1976</b>	11	28	61	13	9	78	34	66
<b>Urbana</b>	25	59	16	27	20	53	76	24
<b>Rural</b>	1	8	91	3	1	96	6	94
<b>Bolivia, 1992</b>	26	32	42	29	14	57	55	45
<b>Urbana</b>	42	42	16	41	22	37	87	13
<b>Rural</b>	5	19	76	14	3	83	16	84

Fuente: Elaboración propia con datos de Censo de 1992. INE

Los hogares censados en 1976 fueron: 1.040.704 (Urbana 421.188 y Rural 619.516)

Los hogares censados en 1992 fueron: 1.444.817 (Urbana 806.815 y rural 638.002)

**Cuadro IV.** Bolivia. Analfabetismo en población de 15 años de edad y más por área y sexo en los censos de 1976 y 1992

Áreas	Población > a 15 años	1976			Población > a 15 años	1992		
		% M y H	% M	% H		% M y H	% M	% H
<b>Bolivia</b>	2.700.155	37	49	24	3.722.699	20	28	12
<b>Urbana</b>	1.164.268	16	23	6	2.223.420	9	15	4
<b>Rural</b>	1.535.887	53	68	37	1.499.279	36	50	23

Fuente: Censo de 1992. M, mujeres. H, hombres

## 5. Reformas estructurales nacionales y su impacto social

Otro hito fundamental del proceso histórico boliviano son los cambios producidos en la década de los 90. En efecto, las grandes reformas empezaron con la de la Constitución Política del Estado cuyo primer artículo reconoce la diversidad socio-cultural, cuando dice textualmente: «Bolivia, libre, independiente, soberana, multiétnica y pluricultural, constituida en república unitaria adopta para su gobierno», etcétera.

Con un concepto claro del severo retraso económico y social, agravado por las exageradas inequidades

relacionadas principalmente con la exclusión de la población rural campesina, el gobierno que se instaló el 6 de agosto de 1993 se propuso acometer una verdadera revolución en democracia que permitiera al país contar con una economía más eficiente y capaz de incorporarse competitivamente en el mercado mundial, pero, y esto es necesario subrayar, con base en un mejor desarrollo humano de su población. Sus propósitos centrales fueron la transformación de la economía, la modernización del Estado, la profundización de la democracia haciéndola más participativa e incluyente, y fomentando la construcción de ciudadanía hasta en los sectores más postergados.

La orientación básica de las reformas estructurales se apoyó en el concepto de desarrollo humano, que está centrado en las personas, en sus derechos, necesidades y aspiraciones. Ellas son las beneficiarias de los procesos económicos, políticos y culturales. El desarrollo humano, vinculado al concepto de desarrollo sostenible, busca mejorar las oportunidades de realización de la gente y proteger los sistemas naturales de los que depende la vida. Aborda las cuestiones de equidad no solamente referidas al presente, dentro de una misma generación, sino entre generaciones y posibilita que todas ellas, presentes y futuras, aprovechen al máximo su capacidad y potencial. Asigna la mayor prioridad, por lo tanto, a reducir la pobreza y promover el empleo productivo, la integración social y la regeneración del medio ambiente. Finalmente, incluye una importante dimensión política que hace de la persona un ciudadano participativo, capaz del pleno ejercicio de sus derechos y no un receptor pasivo de las acciones del Estado. La construcción de ciudadanía y el fortalecimiento del capital social aparecen así como componentes fundamentales de un proceso de desarrollo humano articulado con el desarrollo sostenible.

Entre los varios cambios realizados nos vamos a referir solamente a los más vinculados con la salud y en los aspectos relacionados con nuestro tema. Estos cambios fueron: (i) la capitalización, que atrajo fuertes inversiones y consolidó la infraestructura económica de empresas clave para respaldar un posterior desarrollo industrial y comercial del país; (ii) la Ley de Participación Popular que, por primera vez en la historia de Bolivia, llevó recursos económicos, poder político y de decisión sobre sus problemas a las áreas rurales, antes excluidas; (iii) los seguros públicos de nuevo tipo: Seguro Nacional de Maternidad y de Niñez y el Seguro de Vejez, y (iv) finalmente, la reforma educativa, encargada de contribuir a la formación de nuevos ciudadanos para la conformación de una sociedad más equitativa, con capacidad productiva y competitiva, que no vamos a analizar en esta ocasión.

### **Capitalización**

Aunque no sea apropiado, es frecuente que las políticas económicas y las sociales sean vistas casi

como contrapuestas. Las políticas económicas aparecen relacionadas exclusivamente con el crecimiento de los recursos materiales mientras que las sociales suelen ser consideradas como las que buscan el bienestar humano, aun a costa del crecimiento, el cual para el populismo puede incluso ser menospreciado como simplemente mercantil.

En el Plan de Todos,<sup>20</sup> que así se llamó el de las reformas estructurales, se supera el enfoque bipolar del desarrollo, considerándose que el desarrollo económico y el social son complementarios en vez de contrapuestos. Mientras la ortodoxia neoliberal afirma que la mejor política social es la más eficiente política económica, para este Plan, la política social para ser eficaz y sostenible requiere de una racional política económica que garantice tal sostenibilidad.

Uno de los postulados centrales del Plan de Todos dice: «Compartimos el principio de que la injusticia social es un hecho antieconómico y que, por tanto, donde hay injusticia social no habrá desarrollo económico sustentable. El éxito de nuestra política económica depende entonces del éxito de nuestra política social y viceversa. Hay simultaneidad en el tiempo y en la instrumentación de estas políticas: ambas se cohesionan en un solo frente».

En cuanto al secular atraso de las áreas rurales sobre el cual hemos venido insistiendo, el citado plan dice: «Hasta ahora la asignación de recursos al sector rural no guarda relación con el tamaño de la población que habita en el campo ni con la importancia que tiene la agropecuaria en nuestra producción total de bienes y servicios». Se refiere después a la larga crisis que expulsa a las comunidades campesinas hacia las ciudades, algunas de las cuales duplican su población cada ocho años con todos los problemas emergentes.

Uno de los objetivos centrales era el aumento sustancial de recursos para la inversión y, al respecto, el documento dice: «Debemos romper el cerco que nos asfixia, cual es la falta de dinero para la inversión y para alcanzar niveles sostenibles de crecimiento». Con ese propósito plantea la

capitalización de las principales empresas estatales. A diferencia de otros países que procedieron a vender sus empresas y se vieron ante nuevas crisis después de agotado el producto de la venta en gastos no siempre transparentes ni de utilidad reconocida. Distanciándose también del criterio de las entidades financieras internacionales, que a veces como rutina recomiendan la venta de empresas en busca de mejor eficiencia, la solución propuesta en el Plan de Todos, legítima y originalmente boliviana, fue diferente. Se basó en una larga tradición popular de suplir la falta de recursos materiales para hacer producir un predio agrícola, dándolo «al partir» con quien pudiera aportar los recursos necesarios para compartir después las utilidades.

La capitalización, así concebida, no vende las empresas sino que las hace más productivas al asociarse con alguien que aporta capital y tecnología. Tiene además un profundo sentido social, no sólo porque tiene la virtud de ser una medida redistributiva de la riqueza al destinar las utilidades de las empresas así capitalizadas al pago de un *Bono de Solidaridad* a los mayores de 65 años de edad, más conocido como BONOSOL, que puede verse como germen de un seguro de vejez universal, único en Latinoamérica, sino porque, además, el monto de la inversión externa robustece la economía y consolida una infraestructura importante para un futuro desarrollo industrial y social del país. Al referirse al valioso patrimonio de las empresas públicas calculado en más de 2 000 millones de dólares, el Plan dice: «Desafortunadamente este importante capital ha beneficiado sólo a un pequeño número de burócratas y políticos que han hecho de las empresas públicas fuentes de corrupción y de botín partidario. Con el propósito de rescatar para los bolivianos los beneficios de su propio patrimonio, proponemos la capitalización y la democratización de las empresas públicas y la devolución de su real propiedad y utilidades a sus dueños originales, es decir, a los propios bolivianos».

Las reformas estructurales realizadas en Bolivia, en el período 1993-1997, respondieron con

creatividad a las propias necesidades del país y no fueron, como otras, en las que la preocupación exclusivamente económica dejó en posición marginal a la política social. Políticas a las cuales alude Bustelo cuando dice que son «como una ambulancia que pasa recogiendo los heridos, víctimas de la política económica».<sup>21</sup>

Lamentablemente, insuficientes medidas de fiscalización no pudieron evitar que muchas empresas incumplieran lo pactado y actualmente el país siente que la capitalización no está dando los frutos esperados. En parte por la crisis económica regional y en parte por la avidez de incrementar desmedidamente sus tasas de retorno, las empresas capitalizadoras no están cumpliendo sus compromisos ocasionando serios perjuicios económicos y sociales para el país. La creación de organismos reguladores parece no haber sido suficiente para evitar la voracidad mercantil de las empresas capitalizadas.

### **La Participación Popular y el control social**

La Ley de Participación Popular –LPP– es sin duda la medida más importante desde la perspectiva del desarrollo humano, con componentes que van desde lo económico, social y político - administrativo hasta lo cultural. Con el añadido de que gracias a esta ley pudo crearse el Seguro Nacional de Maternidad y de Niñez –SNMN– e iniciarse el proceso de Reforma de Salud.

En apretada síntesis la Ley establece una división territorial en municipios que no existían en el país para las zonas rurales (originalmente 311). Todos con la misma jerarquía y autonomía de gestión, con autoridades elegidas por votación directa. Municipios a los cuales se les concede poder político y poder económico suficiente para el desarrollo de sus funciones. Pasan a su poder todos los establecimientos de salud y de educación, con la responsabilidad de mantenerlos adecuadamente y ampliarlos en la medida necesaria. Sin embargo, las políticas generales y el personal se mantienen bajo la responsabilidad del Estado en demostración de que éste no se libera de sus obligaciones.

**Cuadro V.** Distribución de coparticipación tributaria capitales vs. provincias, eje vs. resto años 1993-1995

<b>Concepto</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>
Capitales	92.1%	54.4%	38.9%
Resto	7.9%	45.6%	61.1%

<b>Concepto</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>
Eje (LP-CB. SC)	90.9%	73.5%	68.1%
Resto país	9.1%	26.5%	31.9%

Fuente: referencia 22.

La LPP establece que 20% de los ingresos totales del Tesoro General de la Nación –TGN– sean repartidos a los gobiernos municipales en función del número de habitantes de cada jurisdicción municipal. Antes de abril de 1944, esta coparticipación tributaria a favor de los municipios era sólo de 10% y estaba concentrada en las capitales de departamento sin llegar sino a contadas provincias, La distribución entre nueve capitales volvía a concentrarse en las tres principales que constituyen lo que se llama en el país «el eje», conformado por La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. Mario Galindo<sup>22</sup> resume bien esta inequidad en el cuadro que reproducimos (Cuadro V).

A los municipios se les reconoce además, como ingreso propio, el Impuesto a la Renta Presunta de Propiedades de Bienes que comprende: la propiedad rural, los inmuebles urbanos y el impuesto sobre los vehículos automotores, motonaves y aeronaves. La ley transfiere también a título gratuito a favor de los gobiernos municipales el derecho de propiedad y la administración, mantenimiento y renovación de los bienes muebles e inmuebles de los servicios públicos de salud, educación, cultura, deportes, caminos y micro riego.

Otra disposición importante de la Ley es la creación de los Comités de Vigilancia, que son nombrados directamente por las Organizaciones Territoriales de Base correspondientes, sin intervención de las autoridades oficiales, como una instancia de supervisión y control social del buen uso de los recursos y de la gestión municipal. Estos organismos populares de control poseen,

incluso, la prerrogativa de hacer suspender los recursos municipales en caso de comprobarse un manejo irregular de los mismos.

La coparticipación tributaria no sólo duplicó las asignaciones anteriores, al pasar de 10 a 20% el aporte del TGN, sino que al distribuirse equitativamente entre los 311 municipios creados, llegó por primera vez a zonas rurales donde prácticamente no había autoridad local por falta de presupuesto. Salvo contadas ciudades provinciales de alguna importancia, ningún municipio provincial recibía nada y, de cero, pasaron a centenas de miles, y varias a más de un millón de bolivianos. Sica-Sica en el departamento de La Paz, pasó de cero a más de dos millones de bolivianos –Bs– en 1995. Independencia, de Cochabamba, pasó de cero a casi tres millones a partir de 1995. En Potosí, Llagua y Betanzos, pasaron de cero a cuatro y tres millones, respectivamente. En Santa Cruz, seis municipios provinciales pasaron de cero a uno y dos millones. Beni, con 19 municipios, recibía coparticipación sólo en tres en 1992 y en ocho en 1993, los demás tenían cero; su participación total, que en 1993 era de 667.394 Bs se multiplicó por 53 para 1995 y llegó a más de 40 millones en 1997, y pasó de 48 en 1998. Pando, de cuyos 15 municipios sólo recibían coparticipación el de Cobija, su capital y Porvenir, sumando entre los dos 11.534 Bs, en 1995 multiplicó esta suma por 35, y llegó a más de cinco millones en 1997, y a más de seis millones en 1998.

Entre los grandes objetivos de la Participación Popular están: el terminar con la exclusión

campesina, a la cual nos hemos referido extensamente como una de las principales causas de la pobreza del país, el lograr una real integración nacional llevando a las áreas rurales marginadas el poder político de decisión sobre sus propios problemas, el distribuir los recursos económicos equitativamente, y el reconocimiento jurídico legal a las comunidades originarias. En este sentido, a partir de la promulgación de la Ley, pasan a tener un reconocimiento legal (que nunca tuvieron antes) los capitanes, jilacatas, curacas, mallcus, etcétera, «designados según sus usos, costumbres y disposiciones estatutarias». Desde la Reforma Agraria no se había dado un paso tan trascendental en beneficio de los sectores más postergados del campo y de las ciudades. Se ha dicho que así como «La Ley de Reforma Agraria concedió la nacionalidad a los excluidos, la Ley de Participación Popular reconoce la ciudadanía a los marginados».<sup>23</sup>

La Ley de Participación Popular también constituye, junto a la Ley de Descentralización, parte del proceso de reorganización y modernización del Estado. Redefine la relación Estado-sociedad a nivel local y permite que el territorio que corresponde al Municipio sea el referente directo del desarrollo sostenible, superando las diferencias entre lo que podríamos asimilar a los «colonizadores internos y colonizados» en el sentido al cual hicimos referencia al tratar sobre la pobreza y la exclusión social en Bolivia. Lo local es ahora una referencia central, que refuerza sentimientos de pertenencia, de identidad de la población y una perspectiva común, organizada alrededor de la elaboración del plan de desarrollo del municipio, en el que se articula la demanda y se tejen redes de interacción comunitaria que fortalecen el capital social.

La LPP amplía la jurisdicción municipal al área rural que la circunda, rompiendo los límites del municipio tradicional, restringido sólo a lo urbano. El área donde el nuevo municipio cobra mayor presencia es, precisamente, el área rural, tradicionalmente abandonada de las políticas estatales.

### **Seguro Nacional de Maternidad y de Ni ez**

Gracias al robustecimiento económico y social de los municipios con la Ley de Participación Popular

se pudo observar que, con una pequeña contribución de éstos, podía completarse el financiamiento para ofrecer a la población un seguro público que le permita acceder sin costo alguno a prestaciones de salud en favor de la madre y del niño. Prudentemente, se empezó por ofrecer todas las prestaciones vinculadas a la atención del embarazo y del parto para la mujer, y todas las vinculadas a las enfermedades diarreicas agudas y las infecciones respiratorias agudas de los niños menores de cinco años de edad. El objetivo era reducir las principales causas de la elevada mortalidad materna e infantil

El Seguro se financiaba con el aporte de 3.2% del 85% del total de coparticipación tributaria que recibía el municipio del TGN, más la utilización de un promedio de 45% de la capacidad instalada del sistema nacional público y de la seguridad social, que no estaban siendo utilizados, tanto en lo referente a recursos humanos como a infraestructura y equipamiento. Sería largo detallar la organización de este seguro que en lo fundamental abre una vía diferente a los seguros sociales bismarkianos para iniciar un seguro público con aportes indirectos y cobertura universal, no restringida a los que supuestamente hacen aportes. Tendremos ocasión de ampliar este tema al referirnos al nuevo Seguro Universal Materno Infantil, vigente desde el año 2003 y cuya concepción toma como punto de partida la superación y ampliación de la experiencia del SNMN.

La aplicación de este seguro permitió aumentar las coberturas de atención prenatal, de parto institucional y de atención de neumonía en niños en proporciones de 50 a 60% pero, más que eso, demostró que las barreras culturales a las que se atribuye la falta de demanda de servicios en el área rural tienen menor peso que la barrera económica que es la principal. Sin embargo, en una sociedad como la boliviana, no por ello la barrera cultural deja de ser importante.

### **Seguro Nacional de Vejez.**

Con el mismo criterio de seguro público se pudo ofrecer atención médica integral sin exclusión de patologías, ni copagos, a todos los habitantes del país que no estuvieran cubiertos por la seguridad

social y que tuvieran más de 65 años de edad. El costo del seguro se financiaba con el canon de alquiler que se obtenía de la Lotería Nacional a la que se autorizó administrar además de juegos otras actividades para incrementar sus ingresos. Estos ingresos estaban calculados en una suma que alcanzaba a financiar 41 dólares anuales por persona asegurada, suma equivalente a la que gastaba el Seguro Social. En caso de producirse algún déficit éste debería ser cubierto por el municipio respectivo. Fue otra forma de financiar el seguro con aportes indirectos para otorgar cobertura universal.

Como veremos en un capítulo más adelante, mientras el Seguro de Maternidad y Niñez se ha incrementado, este último está con problemas de financiamiento por el insuficiente aporte de la Lotería, con lo cual la mayor carga la tienen que soportar el municipio y la Caja de Seguridad Social que es la entidad operadora.

#### Referencias

1. Bedregal R. Seguridad social. Doctrina. Historia. Legislación y proyecciones. Quito: Departamento de Cultura, Universidad Central del Ecuador; 1981.
2. Mariátegui JC. Siete ensayos de interpretación de la realidad peruana 35ª ed. Lima: Amauta; 1977:14.
3. López-Beltrán C. Estructura económica de una sociedad colonial. La Paz, Bolivia: CERES; 1988:244.
4. Costa-Ardúz R. Antecedentes y desarrollo de la legislación sanitaria boliviana. La Paz: OPS/OMS; 1992.
5. Sociedad Boliviana de Salud Pública. Capítulo II. Historia y perspectivas de la salud pública en Bolivia. La Paz: Sociedad Boliviana de Salud Pública, UNICEF-OPS; 1989.
6. Mesa-José de Gisbert T, Mesa-Gisbert CD. Historia de Bolivia. 3ª ed. La Paz: Editorial Gisbert y Cía; 1999:615-616.
7. Klein HS. Bolivia. The evolution of a multi-ethnic society. New York: Oxford University Press, 1992.
8. Dirección General de Estadística y Censos. Censo demográfico de Bolivia; 1950.
9. UNICEF. Tres decenios de progreso, cuadro sobre ingresos, salud y educación. En: Estado mundial de la infancia 1981 – 1982; 1982:171.
10. Gonzáles-Casanova P. El colonialismo interno. En: Sociología de la explotación. Siglo XXI 9ª ed.; 1978:223-250.
11. Bedregal G. Victor Paz Estensoro el político. Una semblanza crítica. México: Fondo de Cultura Económica. México; 1999:308.
12. Guzmán A. Historia de Bolivia. Primera época. Los militares 4ª ed. La Paz: Los Amigos del Libro; 1976:176.
13. USAID / Bolivia. Evaluación integral del sector salud en Bolivia. La Paz, Bolivia: Misión Económica de los Estados Unidos; 1978:72.
14. Vargas del Carpio O. Pasión y muerte de la seguridad social en Bolivia. La Paz, Bolivia; 1996:119.
15. Jemio LC. Reformas, políticas sociales y equidad en Bolivia. Santiago, Chile: CEPAL; 1999.
16. Torres-Goitia J. Salud y democracia. La experiencia de Bolivia. Estudios ILPES-UNICEF. Santiago Chile; 1987.
17. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. PRONALCOBO, Informe anual de 1990. La Paz. Bolivia, septiembre ; 1990.
18. Baldivia-Urdininea J. Las políticas sobre la pobreza en Bolivia. En: Instituto Prisma. Las políticas sobre la pobreza en Bolivia. La Paz: Plural; 2000:58.
19. Morales JA, Pacheco N. Economía. En: Bolivia en el siglo XX. La Formación de la Bolivia Contemporánea. La Paz: Harvard Club de Bolivia; 1999:187-188.
20. Movimiento Nacionalista Revolucionario. Plan de Todos. La Paz, Bolivia: Editorial Publicidad Arte Producciones; 1993.
21. Bustelo E, Minujin A (editores). Todos entran. Propuesta para sociedades incluyentes. UNICEF. Colección Cuadernos de Debate. Bogotá, Colombia: Editorial Santillana; 1998:14.
22. Galindo-Soza M, Medina-Calabaceres F. Ley de Participación Popular: aspectos económico-financieros. En: Ministerio de Desarrollo Humano. Secretaría Nacional de Participación Popular. Aprehendiendo la Participación Popular. La Paz; 1996.
23. Molina-Saucedo CH. Decisiones para el futuro. En: Ministerio de Desarrollo Humano; 1996: 9.

## V. CHILE

### 1. Reseña histórica del país

Chile, desde la primera mitad del siglo XIX, aparece como una excepción en cuanto al establecimiento de un gobierno ordenado, si se considera la anarquía que asoló el resto de América Latina a partir de ese tiempo. En gran medida esto se debió a que bajo el gobierno de Joaquín Prieto, el Ministro Diego Portales impuso la necesidad de un ejecutivo fuerte e impersonal, respetado y respetable. Esta idea tomó forma en la Constitución de 1833, la cual se mantuvo vigente por casi cien años.

El sistema político chileno que se denominó «portaliano» fue encontrando cada vez mayor resistencia en los grupos políticos, los cuales lo veían como opuesto a los derechos de los ciudadanos y a sus libertades. La lucha entre Presidente y Congreso tuvo un trágico desenlace durante la administración de José Manuel Balmaceda; se produjo una crisis en la discusión del presupuesto fiscal para el año 1891, la que fue resuelta por la fuerza. Los sectores congresistas triunfaron y se estableció un nuevo gobierno de carácter parlamentario.

Bajo el régimen parlamentario los equilibrios políticos fueron de corta duración, al igual que los gabinetes ministeriales, los cuales duraban en ocasiones sólo meses en sus cargos. El sistema parlamentario, particularmente la rotación ministerial, fue sujeto de ácidas críticas y se convirtió en sinónimo de ineficiencia y falta de gobierno.

Las dificultades políticas y otras de carácter económico, relacionadas con el fin del auge del salitre, hicieron aumentar el descontento público. El Presidente Arturo Alessandri se alejó de su cargo ante el aumento de las presiones de sectores militares en busca de reformas políticas, pero al tiempo fue llamado a retomar su cargo en medio de un ambiente de efervescencia, que permitió que se renovara la Constitución Política y se reestableciera el régimen presidencialista. Hasta hoy, el sistema político chileno es básicamente de corte presidencial.

Desde la independencia, las autoridades chilenas habían estado interesadas en la liberalización del comercio y la eliminación de los obstáculos legales que le impedían el acceso a mercados. Las oportunidades para vender productos chilenos en el extranjero siempre habían sido el eje sobre el cual se había fundado el desarrollo económico chileno. A modo de ejemplo, viene al caso reconocer que la producción de salitre y cobre surgieron como respuesta a las necesidades industriales europeas y estadounidenses, y que tanto la agricultura como la industria forestal se desarrollaron sólo después de 1849, en respuesta a nuevos mercados en California y Australia.

La riqueza generada por la actividad mercantil, la minería y la agricultura, beneficiaron a algunos sectores de la nación e hicieron posible la creación de importantes fortunas. Estos recursos públicos y privados, junto al capital extranjero, financiaron la construcción de ferrocarriles, líneas de telégrafo y servicios de buques a vapor, los que en poco tiempo lograron transformar la fisonomía de la nación.

A mediados del siglo XIX la incipiente prosperidad económica chilena comenzó a encontrar serios obstáculos. La caída de los precios internacionales del cobre y de la plata durante la década de los 70, así como la disminución de la producción, redujeron drásticamente los ingresos provenientes de las exportaciones mineras. A lo que se asoció un ambiente más difícil para la agricultura en los mercados externos, y Valparaíso fue perdiendo su posición como el centro de abastecimiento de la costa del Pacífico, debido a la posterior construcción del Canal de Panamá. Estos acontecimientos llevaron a una caída del ingreso por parte del Estado, así como a problemas en el sistema bancario.

Al comienzo de esta etapa, los depósitos de nitrato y guano ofrecieron una nueva salida a la economía. El capital y trabajo chilenos, que habían comenzado a moverse hacia el norte, fueron causa de una sólida presencia nacional en dichos territorios, así como también hicieron aumentar los conflictos de intereses con los países vecinos.

sobre ese territorio. La Guerra contra Perú y Bolivia, denominada Guerra del Pacífico (1879-1883) fue la consecuencia de los múltiples intereses contrapuestos entre los tres países.

Las riquezas existentes en la región de Tarapacá permitieron que Chile lograra un verdadero monopolio en el mercado de los nitratos, lo que se tradujo en una rica fuente de ingresos. Los fondos fueron utilizados para financiar una vasta red de obras públicas, así como para expandir los servicios del gobierno. El comercio internacional volvió a cobrar importancia para la economía nacional, la que esta vez se convirtió en dependiente del precio del nitrato en los mercados internacionales. El primer signo de dificultades apareció durante la Primera Guerra Mundial, cuando los nitratos chilenos encontraron competencia por parte de productos sintéticos. Dicha materia prima, de todas maneras, continuó siendo relevante para la economía nacional hasta la depresión internacional de 1929.

La mencionada crisis afectó seriamente a las principales exportaciones chilenas, las cuales eran dependientes principalmente de los nitratos, del cobre y de los productos agrícolas. Las exportaciones cayeron a la mitad de su volumen original, y a un cuarto de su valor previo. La detención virtual del comercio internacional llevó a que la economía chilena entrara en un proceso de reestructuración.

Durante el último tercio del siglo XIX, la población mundial empezó el proceso de migración de las zonas rurales a las grandes ciudades y centros mineros. En el año 1895, Santiago contaba con una población de 250.000 personas. Veinticinco años más tarde, ella se había duplicado. La posterior decadencia de ciertos centros mineros hizo que la migración a las ciudades se incrementara en forma considerable.

El surgimiento de la clase obrera fue complementario a la emergencia de una clase media profesional que incluía a hombres de negocios, empleados públicos y algunos artesanos. En general, estos grupos se sentían poco representados por los principales partidos políticos

del período, a los cuales consideraban como de naturaleza oligárquica. Por ello, buscaron desde la primera década del siglo una manera para hacer sentir su influencia. La victoria presidencial en 1920 de Arturo Alessandri fue una de las primeras manifestaciones del desarrollo de la clase media.

La crisis económica de inicios de la década de los 30 forzó al gobierno a adoptar una política que se basó en la sustitución de las importaciones, protección de las manufacturas locales a través de altos impuestos de importación, y el gobierno tomó en sus manos el desarrollo nacional. Al mismo tiempo, se le restó importancia a otras áreas tradicionales, tales como a la agricultura, en cuyo caso, el gobierno fijó precios artificialmente bajos para los productos agrícolas, los que desmotivaron su cultivo hasta un punto en el que llegó a ser necesario importar productos de alimentación básicos.

A mediados del siglo XX, el rol del Estado se había ido fortaleciendo, tanto en lo concerniente al desarrollo industrial –estado productor en un modelo de sustitución de importaciones- como en materias sociales. Es así, que en la esfera social, el Estado desarrolló fuertemente la educación –educación básica obligatoria- y en materia de salud dicho rol se cristalizaría en la creación del Servicio Nacional de Salud, aspecto que se desarrollará más adelante.

El estancamiento agrícola y el colapso de la industria del nitrato limitaron las exportaciones chilenas, básicamente al cobre. Desde inicios del siglo XX, el capital extranjero, especialmente proveniente de compañías norteamericanas, había estado invirtiendo en las minas de cobre chilenas y controlando la producción y comercio de ese mineral. El interés de Chile por controlar tan importante fuente de recursos llevó al gobierno, en primer lugar, a adquirir participación mayoritaria en dichas empresas y, posteriormente, el 11 de julio de 1971, se alcanzó el proceso de nacionalización del cobre a través del control de los grandes yacimientos cupríferos.

Pese a sus éxitos, la principal limitación de esta política económica con fuerte contenido estatal fue la imposibilidad de generar crecimiento y satisfacer

las demandas de los sectores medios y bajos, así como de proveer los recursos necesarios para aliviar la pobreza. Esta situación fue agravada por un proceso de inflación, el cual comenzó a agudizarse a partir de 1950.

La Guerra Fría y el conflicto ideológico existente en el mundo fueron tomando forma en Chile en la década de los sesenta, lo que llevó a un paulatino enfrentamiento entre las diversas fuerzas políticas y sociales.

La década de los sesenta y principios de la de los setenta está marcada por el paradigma revolucionario, con fuerte influencia de la revolución cubana y los movimientos guevaristas de la Subregión. Así como los años cincuenta estuvieron marcados por los gobiernos radicales, cuyo lema era «gobernar es educar», y que se caracterizaron por una fuerte presencia del Estado en el desarrollo industrial en el modelo de sustitución de importaciones de aquella época, los años sesenta estuvieron caracterizados por la generación de una izquierda «alternativa» de carácter democrático, que nace de la aceleración de los procesos sociales de aquella época. Como respuesta a esta izquierda que busca el poder unitariamente, surge la «revolución en libertad» impulsada por el gobierno demócrata cristiano de Eduardo Frei Montalva, época en la cual se inició la nacionalización de las riquezas mineras, la reforma agraria y se vivió la reforma universitaria, entre otros signos de cambio social y emergencia al mundo político de nuevas capas sociales.

El Chile del siglo XIX es un Chile de oligarquía, en el que el poder está en pocas manos de familias propietarias de grandes haciendas. A comienzos del siglo XX comienza a emerger una clase de empresarios ligados al comercio y a una industria emergente; una clase media ilustrada y finalmente, luego de los años cincuenta, la emergencia de la clase obrera. Estos cambios sociales, una creciente democratización social y política, el avance de la izquierda en su apoyo electoral popular y el contexto mundial de la Guerra Fría, explican el gobierno de Salvador Allende (culminación de la nacionalización del cobre, profundización de la reforma agraria, estatización

de empresas y de la banca) y su posterior derrocamiento por una cruenta dictadura militar.

Tras el golpe militar del 11 de septiembre de 1973 se produjo un periodo de violencia política – fundamentalmente violencia de Estado, representada en la violación sistemática y deliberada de los derechos humanos, por aparatos represivos– no visto anteriormente en Chile, y sólo a mediados de la década siguiente se logra recomponer el ambiente político.

Durante la dictadura militar se desarrolla una fuerte influencia de sectores neoliberales, lo que explica el fuerte y brusco cambio de modelo que se observa en el Chile de los años ochenta. En el seno del gobierno militar se produce una fuerte tensión entre sectores nacionalistas de las propias fuerzas armadas partidarias de un fuerte rol del Estado y sectores neoliberales, particularmente del sector civil que apoya al gobierno militar. Esta pugna se da en temas relacionados con la producción industrial y las materias sociales. Al fin, la balanza se inclina por quienes propugnan decididos ajustes estructurales y una implantación ortodoxa del modelo de desarrollo neoliberal. Es así como en los años ochenta, aún mediando la crisis económica recesiva de esos años, el país observó la casi total privatización de su industria nacional, la reversión de la reforma agraria, la desaparición del movimiento cooperativo, el cambio de la seguridad social (creación de las «AFP» o sistemas privados de pensiones basados en cuentas individuales de capitalización), los cambios en los ámbitos de la educación (entrega de la educación pública a los municipios y generación de subsidios, tanto a los sostenedores municipales como privados, basados en un pago per cápita) y de la salud; éstos últimos se detallarán más adelante.

En 1988, a través de un plebiscito nacional, se pone fin pacíficamente al régimen militar y se establecen elecciones generales en diciembre de 1989, las que llevarían a Patricio Aylwin Azócar, a la cabeza de una coalición de partidos, a la Presidencia de la República, reestableciendo el tradicional principio democrático chileno.

La misma Coalición de Gobierno, que incluye a los Partidos Demócrata Cristiano, Por la

Democracia, Radical-Socialdemócrata y Socialista eligió, posteriormente, a otros dos de sus representantes a la Presidencia de la República: Eduardo Frei Ruiz-Tagle (1994-2000) y el actual Presidente Ricardo Lagos Escobar (2000-2006).

La política social que han aplicado los últimos tres gobiernos tiende a poner énfasis en el mejoramiento de las condiciones de la mayoría de la población, a través de la búsqueda de una democratización social y de un «crecimiento con justicia social». Alrededor de 70% del gasto del Estado se destina a los sectores de educación, salud y vivienda. Esto ha permitido alcanzar niveles de alfabetismo de alrededor de 97% de la población y a reducir, en forma considerable, el número de chilenos que vive en niveles de pobreza.

El Presidente Ricardo Lagos llega al poder con el lema de «crecer con equidad», de tal forma que el crecimiento económico observado en los últimos años en Chile se pueda traducir efectivamente en mejores condiciones para todos sus habitantes. En este contexto, parte central del programa de gobierno del Presidente Lagos guarda relación con una «reforma a la salud» la cual actualmente está en un avanzado proceso, que se detallará más adelante.\*

Las condiciones políticas y la situación económica internacional permitieron expandir el comercio internacional y diversificar las exportaciones y los mercados de destino de ellas. Chile es un país de economía abierta que intenta continuar avanzando en la liberalización de los mercados a través de cuatro vías: reduciendo unilateralmente sus aranceles, participando activamente en las organizaciones regionales de comercio, siendo un miembro activo de la Organización Mundial de Comercio y buscando acuerdos bilaterales de libre comercio, concretando en 2003 tratados con la Unión Europea y con Estados Unidos de América. Durante los últimos doce años Chile ha crecido a un promedio de 6% anual, lo que a su vez le ha

permitido enfrentar con éxito las más recientes crisis económicas internacionales.

El Estado de Chile es unitario y su gobierno, salvo el período de dictadura militar entre los años 1973 a 1989, es democrático. El gobierno y la administración del Estado corresponden al Presidente de la República,<sup>f</sup> quien es elegido cada seis años. El territorio se divide política y administrativamente en 13 regiones (siendo la Metropolitana, donde está Santiago la ciudad capital, una de ellas), en 51 provincias y en 342 comunas.

La máxima autoridad política en la región es el Intendente, nominado por el Presidente, quien encabeza el Consejo Regional integrado por consejeros regionales elegidos por los concejales municipales en función de la representación política obtenida en las elecciones de las comunas. La máxima autoridad política de las provincias es el Gobernador, nominado por el Presidente de la República. La autoridad municipal es el Alcalde, y es elegido por votación popular cada cuatro años, en elección separada de Alcalde y concejales; corresponde nueva elección de autoridades locales el año 2004.

Los Ministerios son órganos de colaboración del Presidente en la administración de los respectivos sectores. Los Ministerios están desconcentrados territorialmente a través de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI), siendo el cargo de Secretario Regional nominado por el Ministro respectivo en consulta al Intendente de la Región. Cada Secretario Regional integra el Gabinete del Intendente. Las necesidades colectivas son satisfechas mediante servicios públicos,<sup>§</sup> empresas autónomas del Estado, y entidades privadas.

Los recursos financieros del Estado son administrados por el Ministerio de Hacienda y las propuestas globales, sectoriales y regionales para el desarrollo son evaluadas en el Ministerio de

\* Ver en extenso exposición sobre el actual proceso de reforma más adelante en este capítulo, en los puntos 4, 5, 6 y 7.

<sup>f</sup> Constitución Política de la República.

<sup>§</sup> Ley 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.

Planificación y Cooperación (MIDEPLAN), en coordinación con los demás ministerios.

El actual gobierno de Chile, del Presidente Ricardo Lagos Escobar, ha comprometido la reforma de la salud como una de las siete grandes transformaciones que se propone realizar durante su mandato (2000-2006). Los propósitos de la reforma son: garantizar el derecho a la salud para toda la población, sin discriminación de ningún tipo; mejorar el nivel de salud, y disminuir las brechas sanitarias existentes por condición socioeconómica y localización geográfica de la población. Para impulsar esta reforma, el gobierno constituyó una Comisión Interministerial, presidida por el Ministro de Salud, e integrada por los Ministerios de Hacienda, de la Presidencia y del Trabajo, que tuvo como misión evacuar la propuesta que el Presidente entregó al país, traducida en cinco proyectos de ley, modificatorios de la actual legislación sanitaria chilena. Estos proyectos ya han sido aprobados en la Cámara de Diputados y actualmente se encuentran en avanzado proceso de trámite en el Senado de la República (cámara alta).

## **2. Antecedentes históricos del sistema de salud chileno**<sup>1,2</sup>

### **La Colonia y la primera mitad del siglo XX**

La caridad es el motor de las acciones en salud entre la época colonial y la primera mitad del siglo XIX. Los hospitales son en este tiempo lazaretos, para «un buen morir», gestionados primero por la Iglesia a través de los Hermanos de San Juan de Dios y, con posterioridad, por un ente privado sin fines de lucro, la Junta de Beneficencia Pública, formada por figuras de la sociedad que entregan bienes y recursos para la atención de los enfermos. El orden social del comienzo de la vida republicana chilena descansaba sobre dos pilares: el palacio y el hospicio,<sup>1</sup> miseria y misericordia. Junto a la casa patronal de la oligarquía terrateniente, la institucionalidad social caritativa para enfermos y pobres financiada por erogaciones particulares y testamentos de las grandes familias, encargándose a la Iglesia, especialmente a las religiosas, el ejercicio directo de la misericordia.

En Chile, en 1885, 323 por mil nacidos vivos

fallecían antes de un año. El diputado Mackenna señalaba en la Cámara de Diputados: «en nuestro país perecen 70 a 80% de los párvulos... debido no sólo a la falta de higiene e insalubridad en que viven nuestras clases pobres, sino también a la pésima alimentación que está a su alcance».\* Las crisis mineras locales y los ciclos recesivos internacionales empobrecen a las grandes mayorías y ponen en jaque a la institucionalidad caritativa. Hacia fines del siglo XIX, la solidaridad popular se organiza y ante la visión caritativa interpone sus propias organizaciones autónomas –las Sociedades de Socorros Mutuos– como expresión de un pueblo que decide enfrentar por sí mismo la enfermedad y el desamparo.

### **1850 a 1924: la transición hacia la ciencia y el Estado**

Etapa cuando comienzan a incorporarse la ciencia y el Estado, al vivir el país bastante de cerca el proceso de asimilación de los productos de la ciencia y de las doctrinas sociales y políticas predominantes en el mundo occidental. En 1858 se creó la Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos, que pasaría a ser en 1875 la Junta de Beneficencia, ente privado sin fines de lucro, eminentemente financiado por donaciones y rentas, más un subsidio estatal, administrado por personalidades del mundo social y político de la época. Esta Junta mantuvo largas querrelas con los médicos en torno a los temas técnicos de medicina, no siempre respetados por los directivos de la Beneficencia. De esta Junta, don Alcibiades Vicencio, eminente obstetra dijo: «...estos filántropos que son adinerados y poderosos terratenientes, pero carecen de competencia técnica...».<sup>1</sup>

La fundación de una Sociedad de Socorros Mutuos se inicia cuando un grupo de trabajadores decide unirse para socorrerse. Una vez constituida, le dan un nombre y una reglamentación. Los socios pagan una cuota de inscripción y abonan semanalmente una cantidad. Por su parte, la Sociedad contrata los servicios de personal sanitario, incluidos médicos. Dichas Sociedades

\* Mackenna JE. Diputado por Valparaíso. En: Boletín de la Cámara de Diputados, agosto 17, 1998:443.

crecen a fines del siglo XIX y principios del XX, constituyéndose en una importante forma de acceso a servicios de atención en salud. Además, se constituyeron en instrumento para la acción política reivindicativa.

Paralelamente al surgimiento de las Sociedades de Socorros, y a partir de los estragos que las pestes, particularmente la viruela, provocaban en la población, se fue dando mayor estructura a la acción caritativa, hasta que en enero de 1886 se reglamentan las Juntas de Beneficencia a lo largo de todo el país. En la Beneficencia, empieza a darse una transición paulatina, en la que, por una parte, la administración sigue en manos de la aristocracia y la Iglesia, pero, por otra parte, el Estado empieza a aportar cada vez más proporción de su financiamiento.

El Estado liberal de la época –fines del siglo XIX– comienza a vislumbrar, producto como ya señaláramos de las pestes, primero la viruela y luego el cólera, que debía asumir mayor responsabilidad organizativa frente a un sistema sanitario estrictamente basado, como antaño, en la caridad. Es entonces el cólera, quien jugó un rol histórico al cuestionar el sistema sanitario tradicional y de obligar a la formulación de las primeras políticas públicas y del aumento de la ingerencia del Estado. Es en aquella época cuando se desata una fuerte polémica sobre el rol del Estado en «bienes públicos», como la vacunación obligatoria y acciones sobre las personas y el ambiente, de carácter compulsivo frente al cólera. El Diputado Tocornal, del Partido Conservador retrata muy bien ese debate en el siguiente discurso: «Las facultades que se trata de conceder al Presidente de la República para declarar de utilidad pública (acciones frente al cólera) lo que le dé la gana, haciéndolo señor de la vida y haciendas, es destruir la base misma de la libertad...». <sup>f</sup> Debate que se prolongará hasta bien entrado el siglo XX, y que de vez en cuando aún rebrota en nuestro tiempo.

El cambio de siglo, entre el XIX y el XX encuentra a Chile asolado por la viruela y el cólera, con el apogeo de las Sociedades de Socorros Mutuos y con un Estado que cobra progresiva importancia

<sup>f</sup> Tocornal E. Boletín Congreso, diciembre 17, 1886:162

a través de la Beneficencia; particular impulso a esto último se obtuvo durante el gobierno del Presidente Balmaceda. Es así que los comienzos del siglo XX se caracterizan por la irrupción paulatina del concepto de «Estado asistencial o de bienestar en salud», que comienza por el rol progresivo del Estado en la Beneficencia como antecedente de una dirección estatal de la salud pública, y por la promulgación del Código Sanitario. En 1917, el Ministro de Salud del Presidente Sanfuentes decía ante la Cámara: «La beneficencia, no es un acto facultativo, voluntario, sino un servicio público, una carga social a la cual el gobierno está obligado a subvenir».

En 1886 se creó la Sección de Higiene y Beneficencia en el Ministerio del Interior, mientras que en 1892 se creó el Instituto de Higiene, más tarde Bacteriológico, que sería la base del laboratorio de referencia nacional, centro productor de vacunas y de medicamentos, centro de enseñanza de salud pública. En 1918 se aprobó el primer Código Sanitario, con reformas posteriores en 1925, 1931 y 1968, que dio el ámbito jurídico a las estructuras de salud, el ejercicio de las profesiones médicas, el manejo de las epidemias, entre otras cosas. <sup>3</sup>

En el Chile de 1920, la mortalidad infantil era de 306 por mil nacidos vivos. <sup>5</sup> Los gobiernos de los años 20, con gran influencia militar, tomaron el tema sanitario como parte de una visión de «seguridad nacional». Irrumpe la cuestión social con fuerza creciente, se crean el Código del Trabajo, el Seguro Obrero Obligatorio, el Ministerio de Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión Social. El entorno político, económico y social de aquella época hace decir al doctor Lucio Córdova «que se necesita la creación de un frente único con un estado mayor organizado y a las órdenes de un solo jefe supremo, el director de sanidad».\*

En 1921 se envía el proyecto de Servicio de Seguro Social, escrito y promovido por el parlamentario conservador y médico Dr Exequiel

<sup>5</sup> Anuario Estadístico de la República de Chile, 1920.

\* Córdova L. La Clínica. Sociedad Médica de Chile, octubre 1, 1924.

González Cortés, aprobado finalmente en 1924. Su componente médico fue determinante para la posterior estructura del Servicio Nacional de Salud (SNS). Progresivamente esta estructura fue ampliando sus beneficios a la familia, especialmente a la madre y al niño, incluyendo controles regulares y entrega de leche. Esta última extensión fue ratificada por ley en 1936, a propuesta del Ministro de Higiene, Asistencia y Previsión Social, Eduardo Cruz Coke, la cual previó un mayor aporte fiscal para estas tareas.

### **1924 a 1960: la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS)**

En 1924, nace el Ministerio de Salud, llamado de Higiene, Asistencia y Previsión Social, durante el gobierno de Arturo Alessandri. Quedaron bajo su dependencia todas las estructuras de atención de salud y de previsión social existentes hasta la fecha. (Dirección General de Sanidad, Inspección General del Trabajo, Juntas de Beneficencia, Consejo de Habitación Popular, Cajas de Seguro Obrero y de Previsión de Empleados) Posteriormente fue evolucionando hacia una especialización en el tema de salud, perdiendo atribuciones en el ámbito de trabajo, vivienda y previsión social.

En 1938 se dicta la Ley de Medicina Preventiva, producto del genio científico de Cruz Coke y de su aplicación a la política. El autor en su presentación hablaba de la necesidad de una «Medicina Preventiva y Dirigida», es decir, introducía dos conceptos fuertes hoy en salud pública, la prevención y la planificación. Un conservador católico estaba en la vanguardia de lo que después sería la aplicación del concepto de Estado benefactor, en nuestro país.<sup>4</sup>

La crisis económico-social y las epidemias de tifus exantemático, tifoidea y nuevas explosiones populares, ya más visibles en la capital, aceleran la necesidad de implementar políticas sociales eficaces que resuelvan los problemas de habitación, trabajo, salud, desnutrición y tantos otros ligados a la condición de pobreza de las mayorías. El sentimiento de solidaridad comienza a ser intenso en las nuevas clases medias y parte

de las oligarquías, mientras los movimientos políticos que encarnan estas posiciones hacia 1938 en el llamado Frente Popular, llevan a Pedro Aguirre Cerda a la presidencia en 1939. Es así que ya terminando los años treinta –con una mortalidad infantil de 232 por mil nacidos vivos en 1933– estaban dándose las condiciones para la unificación de los servicios bajo el comando y control del Estado. Esta visión se potenció con la necesidad de enfrentar coordinadamente el desastre social y sanitario provocado por el terremoto de Chillán en enero de 1939.

A inicios de la década de los 40 se envía un proyecto de reforma del Seguro Obrero (Ley 4054), que buscaba extender los servicios de atención médica al resto de la población y dar un fuerte impulso a la integración de servicios. Este concepto, el de crear un Servicio Nacional de Salud, nace en los expertos encabezados por el Ministro de Salud de la época, Salvador Allende, a raíz de la positiva experiencia de unificación ocurrida en las zonas del terremoto de 1939 en Chillán. El entonces Ministro de Salubridad, Salvador Allende, señalaba a propósito del programa sobre el binomio madre-hijo que «este resultado (aumento del número de partos atendidos profesionalmente y disminución de mortalidad materna e infantil, producto de la acción conjunta de diversos actores públicos y de caridad) ratifica nuestra idea de que una acción estatal de protección a la madre y al niño debe ser generalizada bajo un comando técnico único, de manera que logre salvar nuestras reservas del futuro».<sup>5</sup> Visión que cristalizó, luego de que el proyecto durmiera 12 años en el Congreso Nacional, con la creación del Servicio Nacional de Salud en el año 1952, siendo el socialista Salvador Allende, Senador, y Ministro de Salud el médico social cristiano Dr. Jorge Mardones Restat.<sup>5</sup>

De esta forma, el Servicio Nacional de Salud aparece a fines de 1952, justo en el cambio de gobierno desde los radicales y su coalición de

<sup>4</sup> Allende S. Archivo Ministerio de Salubridad 1939; citado por Illanes MA. Historia social de la salud pública.

<sup>5</sup> Mardones-Restat J. Génesis del SNS, Conferencia Magistral en Colegio Médico de Chile, Agosto, 1985.

centroizquierda, hacia la alianza populista del General Ibáñez, que debería implementar esta nueva Ley, la 10.383. Es la culminación de un proceso continuo, de gran sustento político y científico. Estructuralmente, el SNS es una gran integración vertical de las funciones de financiamiento y provisión de servicios de salud. En esta nueva organización se fundieron más de 15 instituciones del sector público dispersas, más los hospitales de la Beneficencia, organismo privado subsidiado que manejaba casi toda la infraestructura disponible a la fecha.

Los médicos de la época, que ejercían mayoritariamente la medicina liberal, organizados en una poderosa Asociación Médica, vieron que la medicina social les amenazaba con reducir sus ingresos y públicamente decían: «Empleados y obreros creen que el médico disfruta y aprovecha de un régimen que ellos tienen por derecho propio, olvidándose que antes de que aceptáramos el sacrificio de nuestra profesión liberal para funcionarizarnos, ellos pagaban costosamente su situación de enfermos o imploraban una caridad vergonzante para obtener salud y vida... No cabe a nuestro juicio otro camino que colocarnos también egoístamente en un lugar clasista y defender nuestros fueros, aun a trueque de que se pierda un caro progreso y un ideal que terminará por matarnos de hambre y amarguras. Si los poderes públicos, si las autoridades médicas, si los consejeros profanos y los propios beneficiados con nuestra obra no quieren aceptar que los médicos son hombres dignos, seleccionados por el estudio y trabajadores con derecho a la vida, lancemos nuestro reto y empujemos nuestras armas para defendernos».<sup>4</sup>

Poco después, en 1948, se aprobaba la ley que daba estatuto de corporación de derecho público al gremio, mediante la creación del Colegio Médico. Pero, esta concesión no era suficiente para el Colegio Médico, el cual negoció exitosamente un Estatuto del Médico Funcionario –que se conocería popularmente como el «estatuto del médico millonario»–, mediante el cual se aseguraba a los profesionales, por ley de la

<sup>4</sup> Boletín de la Asociación Médica de Chile (AMECH), marzo, 1947.

República, remuneraciones excelentes para la época a cambio de su dedicación exclusiva a las tareas de la medicina estatal.

Pero el aumento de salario no fue suficiente para tranquilizar a la clase médica, como lo ilustra una carta de un médico en la revista de la orden: «así las cosas el dulce aroma socializante del Estatuto Médico Funcionario embriagó mi espíritu –como el de tantos otros incautos– y orientó mi ánimo hacia nuevas formas de atención... La combinación con papá fisco era tentadora y abandoné el trabajo, aparentemente incierto de la calle...».\*

### 1960 a 1973: consolidación del SNS

El SNS tuvo su apogeo en las décadas de los sesenta y setenta, generando amplia cobertura, tanto de atención primaria como hospitalaria, desarrollo de programas verticales centrados en el binomio madre-hijo y en la prevención y tratamiento de enfermedades infecto contagiosas. Desde otro ángulo tuvo un claro desarrollo burocrático y centralista, y terminó siendo fuertemente cooptado por el mismo gremio médico que en un principio ofreció resistencia a su creación.<sup>5</sup>

Ya establecido el SNS nacen los programas de control de desnutrición, diarrea infantil, de vacunaciones ampliadas, de control y atención profesional del embarazo y parto, de fertilidad y otros. La estrategia de acción cerca de la comunidad, expansión hacia los sectores rurales y de provincias, se realiza en los establecimientos comunales de atención primaria y hospitales rurales.<sup>5</sup> El reflejo de todo este esfuerzo en los indicadores epidemiológicos recién comienza a expresarse hacia fines de los años 60 y comienzos de los 70. Tan fuerte fue esta relación que ni las crisis económicas de la primera mitad de los años 70 (72-76) ni la de inicios de los 80, logran alterar la mejoría progresiva de indicadores de salud básica.

\* Vida Médica 1952; 10(1).

<sup>5</sup> Es destacable que se utilizara la «estrategia de la atención primaria», tan ampliamente a años de que dicha política fuera ratificada en Alma Ata.

El crecimiento del SNS y su expansión a todo el país, lo lleva a ser prácticamente un monopolio de atención médica, con todos los defectos y virtudes que ello implica. Por una parte, sus reconocidos logros en formular e implementar una política pública de salud coherente y consistente. Por otra parte, el gigantismo, la burocratización, el centralismo y la pérdida de la mística inicial. Así mismo, al enfrentarse con una población cada vez más exigente y educada, se desarrolla una cultura organizacional en la cual se tiende a una especie de despotismo ilustrado de la clase médica frente a los pacientes, a los cuales se les entrega poca información y se les dan pocas posibilidades de ser considerados. Ambos fenómenos generan una creciente insatisfacción tanto en usuarios como prestadores, los cuales expresan su crítica a través de diversos medios. Los éxitos epidemiológicos dejan de ser apreciados por la población y ésta se concentra sólo en el acceso y calidad de la atención médica. Con esto se llega a la medicalización de la sociedad y de la salud, fenómeno por lo demás característico de la cultura occidental del siglo XX.

De 1968 a 1970 se desarrollan los siguientes procesos: (i) Servicio Médico Nacional de Empleados, SERMENA. Los empleados son así incorporados a la medicina social, ya que ellos quedaron fuera de la medicina curativa al momento de la creación del SNS en 1952. El SERMENA que hasta esa fecha era sólo administrador de la ley de medicina preventiva, creó el Fondo de Medicina de Libre Elección, base de la libre elección actual del Fondo Nacional de Salud – FONASA–, como un asegurador y financista de la atención de medicina curativa; (ii) creación del Formulario Nacional de Medicamentos (FN). Este paquete básico de medicamentos puso a disposición de los usuarios un conjunto de medicamentos genéricos, tanto en los establecimientos públicos como en las farmacias privadas. Estas últimas, en el caso de no disponer de los productos del FN, debían vender los productos de marca al precio de los genéricos; (iii) promulgación y puesta en práctica de la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Al amparo de esta ley se crearon las mutualidades responsables de la prevención

de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales y la red nacional de clínicas para atender la recuperación y la rehabilitación, y (iv) actualización del Código Sanitario, que puso al día el marco regulatorio sanitario.

Lo que hizo que se produjera finalmente la aceptación del nuevo modelo por parte de los médicos, fue el poder y control que empezó a ejercer la clase médica a través del SNS y a que pudo seguir realizando en paralelo el ejercicio liberal. Lo que se percibió amenazado durante el gobierno de la Unidad Popular (1970-1973), ya que por una parte el proyecto implicaba la participación popular en los establecimientos públicos –con la consiguiente amenaza de disminución de poder por parte de los médicos– y la fusión del servicio médico de empleados (que atendía a la clase media en las consultas privadas de los médicos) con el SNS. La oposición del gremio médico al programa y gobierno de Allende se explica claramente en las palabras de uno de sus dirigentes: «Las atenciones en Santiago (por el servicio médico de empleados) significaron un ingreso para los médicos de E° 91 millones. ¿Por qué señalo el ingreso de los médicos? Por que esto (el servicio único propuesto por Allende) significaría restarles estos ingresos...».<sup>f</sup>

### **Los cambios en los años ochenta: descentralización y privatización (1973-1989)**

El período del régimen militar, el cual se caracteriza por una adopción de políticas neoliberales tempranas en lo económico y de progresiva desestatización en lo gubernativo, deja la salud para una segunda fase. A comienzos de los años ochenta, la dictadura desarrolló un proceso destinado a refundar las bases de la estructura política y económica del país. Para ello modificó la Constitución (1980) e inició una serie de «modernizaciones» de la economía y del Estado. Entre éstas, se cuenta la reforma al sistema previsional y a la salud. Se terminó con los colegios profesionales de colegiatura obligatoria, se

<sup>f</sup> Acuña R. Vicepresidente Colegio Médico de Chile, Acta del SERMENA, sesión de enero de 1972; citado en: Revista Mensaje 216, enero-febrero, 1973.

municipalizó la atención primaria, se descentralizó el SNS en Servicios de Salud territoriales y se organizó un mercado de la salud privada, mediado por las llamadas Instituciones de Salud Previsional –ISAPRES– creadas por ley con una serie de disposiciones que apuntaban a darles viabilidad financiera, cotización fija y obligatoria, restricciones al uso: carencias, preexistencias y exclusiones; y subsidios del Estado.<sup>6</sup>

Las principales críticas a estas reformas fueron que, al suprimir la Dirección General del SNS, cuyo titular tenía autonomía y propiedad en el cargo, ya que era nombrado con acuerdo del Senado en tiempos democráticos, se recreó este poder en el gabinete del Ministerio de Salud, concretamente en la Subsecretaría. La concentración del poder central en la Subsecretaría de Salud estableció un núcleo de poder y de conflictos que han hecho compleja su tarea. Por otra parte, los nuevos Servicios de Salud, 26 en total en las regiones, no contaban ni con gente preparada ni con recursos necesarios para ejercer esta autonomía recién adquirida.

En cuanto a la municipalización, las críticas fueron creciendo a medida que este proceso se instalaba en mayor número de comunas. Estas apuntaban a la atomización, descoordinación del sistema, se le imputaba ser la creación de un sistema de atención primaria de segunda clase, con pagos insuficientes al personal, pérdida de niveles técnicos y, fundamentalmente, la aplicación uniforme de un mecanismo de descentralización en lugares muy diversos en tamaño, recursos, población, capacidades de gestión etcétera. En lo positivo, todos los actores estimaron que una mayor participación local es indispensable para escuchar a las personas y resolver sus necesidades más sentidas, dando paso a la creatividad, sin perder la universalidad ni la efectividad.<sup>7</sup>

La Privatización fue, contrariamente a lo anterior, legalizada en una ley miscelánea, con muy poca discusión previa y con un cuerpo médico que reaccionó de una manera más bien confusa frente a la aparición de los seguros privados competitivos de salud, llamados ISAPRE. Estas instituciones de seguro, creadas poco después de las AFP, estaban destinadas según el DFL No. 3 de mayo

de 1981, a sustituir progresivamente el sistema público de salud. Los médicos reaccionaron divididos, unos a favor, que quisieron crear ISAPRES propias, otros muy opuestos.<sup>8</sup>

La reforma a la salud chilena implantada en los primeros años de los ochenta,<sup>9</sup> ha recibido mucha atención de académicos y formuladores de políticas. Aunque el hecho de que tomó lugar bajo un régimen militar hace que ésta sea una excepción en la Región, el proceso de la reforma chilena ha sido emulado de un grado u otro, tanto en sus procesos, como en sus contenidos. La discusión de la efectividad y lo apropiado de replicar las estrategias utilizadas por su equipo de reformadores en otros países con sistemas políticos más abiertos, no tiene una conclusión definitiva. Sin embargo, estas estrategias continúan teniendo influencia en los formuladores de políticas en Latinoamérica y otros lugares, a pesar de que actualmente el gobierno de Chile está impulsando fuertes modificaciones al sistema creado durante la dictadura militar, lo que será analizado más adelante.

Las metas principales de los reformadores, por medio de la implantación de un sistema de planes de salud privados en Chile fueron: (i) liberar la capacidad en establecimientos públicos a través de cambios de la demanda hacia el sector privado, induciendo una expansión de la infraestructura y servicios médicos privados de salud, (ii) concentrar los esfuerzos del Estado en la población de bajos ingresos, y (iii) incrementar la libertad de escoger, y crear un subsidio a la demanda a largo plazo, que permitiera la selección entre un mayor número de opciones de servicios de salud.

Los reformadores lograron exitosamente algunas de estas metas, pero definitivamente no todas. La implantación de planes privados de seguros, conocidos como ISAPRES (Instituciones de Salud Previsionales) amplió significativamente la infraestructura privada en la nación. La demanda para los servicios proporcionados por estas instalaciones y profesionales en la práctica privada, también incrementó sustancialmente. También, parece ser que los reformadores lograron destinar una mayor proporción de los recursos

fiscales a la población de bajos ingresos. Pero debe aclararse que la inversión global en salud, en lo referente al gasto público en relación con el producto interno bruto, bajó ostensiblemente en las casi dos décadas de gobierno militar.

Aunque los reformadores lograron avances hacia la meta de crear un subsidio a la demanda, esta parte de la reforma nunca se pudo completar. Un subsidio a la demanda –2% para quienes se incorporan a las ISAPRES– fue creado para complementar la contribución obligatoria de 7%, pero el uso de este subsidio para el propósito propuesto tuvo varios problemas que fueron reconocidos por todos los sectores del espectro político, y este aspecto de la reforma no tuvo legitimidad entre los actores, tanto es así, que dicho subsidio fue legalmente abolido en 1999. Finalmente, el intento de crear el subsidio a la demanda, que hubiera creado ISAPRES subsidiadas para aquellos sin poder adquisitivo, se detuvo completamente.

Además, el sistema ISAPRE atrajo principalmente a personas de altos ingresos, quienes entonces dejaron de contribuir al sistema público, y los fondos adicionales para cubrir esta pérdida no fueron asignados a instalaciones públicas. Entonces, la creación de este sistema privado pudo contribuir a agravar el déficit operacional que el sistema tuvo en la crisis económica de los años ochenta. Desde 1988, con la crisis económica bajo control, los datos demuestran que la reforma podría haber liberado capacidad y recursos operacionales para los beneficiarios legales del sistema público, si el gasto en el sistema público de salud se hubiera mantenido a niveles constantes de 1981, lo que claramente no sucedió. Por lo tanto, los recursos que migraron al sistema ISAPRE durante los años ochenta debieron ser compensados en los noventa con incrementos significativos en el financiamiento de fuentes fiscales.

Probablemente la meta más importante de los reformadores fue la de permitir que los beneficiarios escojan entre una variedad de planes de salud, y así introducir la competencia como medida para mejorar la calidad y eficiencia en la provisión de servicios de salud. Esta meta fue muy

parcialmente lograda, debido a la fuerte asimetría de información y a la casi nula regulación con que comenzó a operar ese nuevo mercado.

Afiliados que tenían suficientes recursos para pagar las primas cobradas por ISAPRES tienen muchas alternativas para escoger su proveedor, y la industria de la salud no estaba muy concentrada al inicio de la ISAPRES. Entonces, existió una competencia real en ISAPRE sólo para grupos jóvenes y de edad media, de altos ingresos. Sin embargo, individuos mayores de 60 años de edad casi no tienen acceso al sistema privado, e individuos con enfermedades catastróficas o crónicas tienen pocas opciones de quedarse en el sistema o de cambiar de una institución a otra. La selección adversa de riesgo funcionó muy bien, obligándose al FONASA a actuar en la práctica como reaseguro. Finalmente, la información disponible para una decisión informada del consumidor de planes de salud es deficiente.

Las ISAPRES actualmente tienen cobertura de 20% de la población. La inscripción lograda –qué llegó en su mejor momento a casi un tercio de la población– superó todas las expectativas iniciales. Sin embargo, la expansión en el futuro con el propósito de incluir a toda la población bajo un esquema similar, necesitaría: uno, la implantación del subsidio a la demanda prevista que iba a sustituir a la provisión pública de servicios de salud o dos, esfuerzos mayores de reducir las cuotas del sistema ISAPRE, reduciendo sus costos promedios actuariales. Lo primero no sucedió, ya que el actual gobierno se encuentra efectuando una reforma sanitaria (que se expondrá en detalle más adelante) que no prevé subsidio a los seguros privados, sino más bien la obligación de otorgar un paquete obligatorio de servicios a prima nivelada, sin diferenciar por sexo o edad. Lo segundo tampoco sucedió, ya que las ISAPRES, por una parte, mantuvieron costos de administración muy altos (llegaron a 20%) y vivieron un espiral permanente de alza de los costos de sus planes (por aumento de la demanda por prestaciones y por falta de control de los prestadores) que se debió traducir en aumento del costo para un mismo plan o disminución de beneficios a un mismo precio. Permanentemente

se mantuvieron los incentivos al descreme y selección adversa de riesgo que llegó hasta el límite de la creación de los «planes sin útero» (a una mujer en edad fértil se le ofrecía un mejor plan sólo bajo la condición de firmar un contrato que dejaba fuera la atención del parto).

El estudio de cualquier aspecto de los cambios políticos, económicos y sociales que sucedieron durante el periodo 1970 a 1980 en Chile tiene que resaltar el contexto institucional dentro del cual estas reformas fueron formuladas e implantadas.

Existe amplio acuerdo sobre que un factor fundamental en el éxito de estas grandes reformas de ese periodo fue el hecho de que Chile estuvo gobernado por un régimen militar que se pudo presentar como un actor cohesivo. Sin embargo, el hecho de que el régimen dismanteló drásticamente las opiniones en contra que provenían de la sociedad e impuso su agenda social (a través de un aparato represivo de Estado altamente efectivo), encubre un proceso muy dinámico, y a veces muy trabajado, de formulación de políticas que se desarrolló en el proceso de la persecución de su agenda de la reforma.

Aunque la representación de la sociedad fue limitada a una participación errática de aquellos grupos en simpatía con el régimen, esto no detuvo la competencia de facciones internas dentro del régimen de grupos con intereses opuestos, referentes al contenido y a la rapidez de las reformas.

Uno de los factores que contribuyó a esta apariencia de la falta de acuerdo en el gobierno fue que la mayoría de la resistencia al contenido y la rapidez de las reformas, provenía de algunas ramas de las fuerzas armadas. Las líneas de comando y control de los militares, al igual que las lealtades a la obediencia jerárquica de sus miembros, hicieron que no opinaran en contra en foros públicos. Sin embargo, al tomar posesión, el general Pinochet instaló los mecanismos formales por los cuales las diferentes facciones de las fuerzas armadas podían expresar sus puntos de vista y participar en el proceso de formulación de políticas, y así garantizar los medios por los cuales él podía acceder a su base de apoyo.

Por su lado, los militares sí utilizaron los canales institucionales disponibles para que pudieran expresar sus posiciones a las altas esferas del régimen. También, aunque en pequeña escala, algunos miembros de las fuerzas armadas que estaban en contra de las reformas tecnócratas, establecieron alianzas con grupos de la sociedad, quienes, aunque estando a favor del régimen, no estaban muy dispuestos a dar su apoyo a los cambios de políticas propuestos.

La mayoría de los actores relacionados con el sector salud, y probablemente la población entera, estaban de acuerdo sobre la necesidad de alguna reforma. La noción sobre que el sector salud estaba en caos (lo que fue impulsado por la oposición política al gobierno de Allende, fundamentalmente por el Colegio Médico) fue un supuesto ampliamente pensado en el momento de la formulación de las reformas, y así facilitó el ímpetu original para el cambio. Sin embargo, este consenso sobre la necesidad de cambio no se extendía a las cuestiones de definición de los problemas a enfrentar, los medios para solucionarlos y la rapidez con la que la reforma debía proceder.

El sector salud en Chile fue sujeto a una reforma completa durante los últimos años setenta y los primeros años ochenta. Entre las iniciativas de reforma estaba la creación de organizaciones privadas llamadas ISAPRE, a las que le fue permitido captar contribuciones obligatorias para la cobertura de salud. La reforma, efectuada en 1981, le dio a trabajadores y jubilados la opción de suscribirse a cualquier ISAPRE o de mantenerse en el sector público a través del FONASA.

Por parte del equipo económico de la dictadura existía una suerte de «ilusión» de que la irrupción del mercado en la salud, pondría punto final a todas las dificultades del sector público, debido a que la competencia y la mayor eficiencia, resolverían por sí solas los problemas de salud observados por la población.

La intención era que las ISAPRES generaran paulatinamente un escenario de sustitución del sector público en el financiamiento y provisión de servicios de salud. Inicialmente, tuvieron el mandato de servicios preventivos mínimos y pagos de

incapacidad por enfermedad. En la práctica sólo ofrecieron paquetes curativos que podían ser establecidos por medio de contratos individuales entre las partes, a primas basadas en el riesgo individual de cada usuario del sistema. La creación de las ISAPRES fue el primer paso en una agenda completa, que eventualmente tendría el efecto de transformar al sector salud en un sistema que dependería más del mercado que del Estado para la administración financiera y la provisión de servicios de salud.

Aquellos grupos con poder adquisitivo recibieron la opción de suscribirse en una ISAPRE, estando en estudio la idea de generar subsidios a grupos de bajo ingreso para que pudieran suscribirse a éstas instituciones. Esto último no se concretó, disponiéndose exclusivamente el subsidio de 2% anteriormente señalado.

La reforma de la seguridad social que fue ejecutada antes de la reforma en salud, estableció un precedente como la primera experiencia en Chile con la entrega de beneficios sociales por medio de mecanismos privados. Estableció que las contribuciones obligatorias eran propiedad del empleado, y por lo tanto, como fue el caso en el sistema de seguridad social reformado, el empleado tenía la libertad de escoger la entidad que manejaría sus fondos de salud.

La creación de instituciones privadas con fines de lucro diseñadas para manejar fondos de pensión en un mercado competitivo, estableció un precedente importante para el sistema privado de seguros que se iba crear. Se esperaba que la competencia entre las instituciones resultara en eficiencia y beneficios para los suscriptores. La reforma de la seguridad social también separó las contribuciones para servicios de salud de los de pensiones y otros beneficios, estableciendo así el precedente para la creación de las ISAPRES.

Entre los factores que contribuyeron a la inclusión de la reforma en salud en la agenda pública, el que sobresale es el alto apoyo político en los comienzos de los años ochenta (lo que terminaría dramáticamente en 1982) que derivaba de un desempeño positivo económico, lo que trajo cierta legitimidad al gobierno en el poder. Esto fue

fortalecido por la ratificación, aunque espuria (sin registros electorales y un fuerte temor a disenter de la población) de la nueva Constitución, lo que formalizó el uso de poder, tal y como fue definido por los militares. La recuperación económica también había traído cierto grado de estabilidad en el presupuesto público, abriendo la posibilidad de experimentación con las políticas públicas.

Por el otro lado y también contribuyendo a la capacidad del régimen de crear cambios en las políticas, el potencial para la movilización política de grupos interesados e importantes, y segmentos enteros de la sociedad, había sido limitado drásticamente. Dentro del sector salud, tal fue el caso del Colegio Médico, otras asociaciones de proveedores, y todos los sindicatos, los cuales habían sido limitados severamente en sus actividades, si no detenidos completamente.

Los dirigentes médicos inicialmente apoyaron el golpe militar, ya que se oponían tenazmente al gobierno de la Unidad Popular, tal como se señalara anteriormente. Los atropellos a los derechos humanos hicieron surgir nuevos dirigentes, los cuales se opusieron, sin éxito dadas las circunstancias de represión, a las nuevas políticas del gobierno militar, cumpliendo así el sino de la orden médica en Chile de haber estado siempre en oposición a los cambios en salud, fueran cuales fueran dichos cambios.

Finalmente, dentro del Estado mismo, las facciones militares que favorecían un rol ampliado para el Estado en el sector salud, y que habían presentado su caso a las instancias formales, habían perdido su última batalla en contra del cambio porque no pudieron entregar mejores resultados con el Sistema Nacional de Salud (SNS) cuando habían sido los encargados.

Una vez dictado el decreto ley, la creación y lanzamiento de las ISAPRES dependía principalmente de los cambios de reglamentos. El involucramiento de la burocracia fue mínimo, limitada a la inscripción de organizaciones nuevas, y en hacer cumplir el mandato de una precaria entidad regulatoria que dio pre-eminencia a mecanismos del mercado para el control del nuevo sistema.

Esto significó que la implantación de las políticas no dependía de la cooperación burocrática, sino en la respuesta del mercado a los nuevos actores. Fue del mercado, y no de la resistencia organizada, de donde surgieron los obstáculos más importantes para la consolidación de la reforma. La crisis económica vivida en los años ochenta creó dificultades para el arranque de las ISAPRES, y obligó a que el Estado interviniera, con apoyo de última hora y cambios en los reglamentos, para garantizar su sobrevivencia y maduración eventual.

Mientras que el mercado de las ISAPRES eventualmente se expandió más allá de sus metas iniciales y se consolidó en una industria importante, los ejecutores de políticas no pudieron completar la reforma del sistema de salud en su totalidad, como habían previsto inicialmente, por medio de la ampliación de las ISAPRES a grupos de bajos ingresos y de la privatización de los hospitales públicos. La implantación de esta segunda fase habría resultado en que la población entera estaría bajo el nuevo esquema con muy pocas excepciones, y un sistema de salud nuevo habría sustituido al antiguo.

Los intentos de los ejecutores de políticas de completar la reforma por medio de la creación de subsidios a la población de bajos recursos para que ingresaran a las ISAPRES, y la privatización de los hospitales públicos, falló a causa de factores de contenido de las políticas, decisiones de los reformadores sobre las estrategias y el contexto político en que estos esfuerzos se realizaron. Los reformadores decidieron postergar la implantación de esta segunda fase de la reforma en varias ocasiones. Esta tardanza fue en parte la consecuencia de la baja prioridad dada a la incorporación de grupos de bajos ingresos al nuevo sistema.

Dada la resistencia que los reformadores encontraron en el sector salud desde su inicio, se vio claramente que el sistema antiguo de salud pública no sería transformado significativamente y, por lo tanto, podría amortiguar la resistencia de estos grupos. También, el nivel de complejidad necesitado para generar un contexto de privatización de la salud e instalar mecanismos

de cuasi-mercado, para que toda la población pudiera ingresar a las ISAPRES, donde el Estado iba funcionar como la fuente única de financiamiento, presentaron retos que no fueron resueltos en el nivel de detalle que se requería para su implantación.

Lo mismo podría argumentarse para la iniciativa de privatizar los hospitales públicos. Proyectos piloto fueron probados en ambas áreas de políticas, y fracasaron. Además, la privatización de hospitales se mantuvo controversial en términos políticos, requiriendo altos niveles de capital político para su implantación.

Los reformadores escogieron la opción de enfocarse en la consolidación de las ISAPRES, como ejemplo no solamente para otros aspectos del sector salud, sino también para la entrega de otros servicios sociales, por ejemplo, experimentos efectuados en el sector educativo. Se había esperado tener mayor eficiencia en la entrega de servicios por el sector privado bajo reglas del mercado, y que esto eventualmente iba a causar un movimiento hacia este mecanismo para la entrega de servicios a todos los segmentos económicos de la población.

La implantación exitosa de las ISAPRES fue, de por sí, considerada como parte de la estrategia de presentar otras opciones para la entrega de servicios al público. Desde este punto de vista, la complejidad y desempeño no predecible de ISAPRES para sectores de menores recursos se volvió un elemento demasiado riesgoso para continuar. Poco espacio se dejó para experimentación con pruebas y errores. Cuando la iniciativa de ISAPRES subsidiadas para personas con menos recursos fue finalmente presentada a niveles decisivos, el contexto político económico había cambiado dramáticamente, comparado con el período inicial de implantación de las ISAPRES.

Contrario a lo que fue en los primeros años ochenta, la agenda pública de 1988 fue enfocada totalmente en un asunto crucial: un plebiscito sobre el tipo de régimen para la nación de Chile. No solamente Pinochet había perdido la mayor parte de su capital político, sino que los líderes del

régimen y el equipo económico estaban llevando al país hacia cambios estructurales a largo plazo para asegurar su consolidación a pesar de la transición democrática. El equipo tecnocrático se concentró en asegurar que el modelo económico que habían instalado no se cambiara significativamente. Reglamentos para este fin fueron ratificados a última hora para el mercado de las ISAPRES.

Las dificultades políticas presentadas en este contexto forzaron la salida de cuestiones como subsidios para ingreso de población con menos recursos a las ISAPRES, y privatizaciones de hospitales de la agenda de la reforma. También, miembros del equipo económico que habían sido exitosos en recoger apoyo para varias iniciativas de la reforma, ya no estaban en el gobierno en ese momento. Esto limitó severamente la habilidad del equipo económico de promover su agenda política dentro del Estado.

Durante el régimen militar, un grupo pequeño de economistas altamente preparados se unió al gobierno en posiciones altas, con una agenda completa de las reformas dirigidas hacia la transformación, tanto del Estado como de la economía, bajo las premisas de una ideología neoliberal. Se puede argumentar que la creación y uso de este equipo por el régimen militar fue una estrategia de por sí. Facilitó la formulación de la reforma, legislación e implantación al margen de la negociación política interna y, en forma limitada, externo, entre las facciones militares y los grupos de interés afectados por los cambios de política. Al llegar, los economistas se constituyeron como un equipo cerrado que compartía la misma ideología y agenda de políticas.

Aunque las características del contexto de la economía política del régimen militar casi eliminaron toda participación social a favor o en contra de los cambios de política, facciones a favor o en contra de reformas dentro del gobierno funcionaron para lograr el apoyo de los pocos grupos que todavía podían ejercer algún grado de influencia, o por lo menos, manifestar su apoyo a una posición u otra. Esto se hizo siempre dentro de los límites drásticamente establecidos por el régimen militar, en el contexto de la represión política y la censura

irrestringida a los medios de comunicación. Por lo tanto, los reformadores buscaron y construyeron vínculos con aquellos grupos en la sociedad que compartían su ideología o podrían beneficiarse de los resultados de la reforma (ejemplos los grupos nuevos de negocios que se beneficiarían de la liberación económica y desregulación), estableciendo redes del Estado-sociedad que les ayudaron a contrarrestar la resistencia a cambios derivados de redes similares que representaban la posición del *status quo* (ejemplo, médicos).

Durante el proceso de la reforma en salud y la creación de las ISAPRES, el equipo reformador utilizó una serie de estrategias dirigidas a mejorar la factibilidad política de su agenda de políticas. Entre ellas, una obcecación deliberada con relación a los cambios de política propuestos para evitar cualquier resistencia en puntos clave que pudieran ejercer veto, tales como las Comisiones Legislativas. La oposición fue dividida con el uso selectivo de concesiones de políticas que afectaban intereses individuales, y medidas compensatorias para grupos de interés poderosos con el potencial de detener la reforma –tales como las fuerzas armadas–. Fue así como la institucionalidad militar sanitaria no sólo no se tocó en lo más mínimo, sino que se favoreció la inversión en infraestructura y equipamiento de las instalaciones hospitalarias militares.

También, durante el proceso de la reforma, el equipo hizo un esfuerzo sistemático de educar e inculcar individuos decisivos de la elite sobre las premisas de sus cambios propuestos y las ideologías detrás del modelo que se estaba siguiendo. Esta estrategia también estaba dirigida hacia grupos del público informado en la sociedad por medio de la diseminación de sus ideas y motivaciones vía los medios de comunicación masivos simpatizantes y círculos comerciales.

Siguiendo sus preceptos ideológicos –libertad de elección, decisiones apolíticas, un Estado residual, entre otros– el equipo de cambio creía que era posible aplicar el modelo y las experiencias de la reforma del sistema de pensiones al sector salud. Tuvo éxito, pero sólo parcialmente. Aunque la implantación de la primera parte de la reforma de las ISAPRES fue completada exitosamente para los intereses de los

reformadores, la segunda fase, que proponía implementar un sistema competitivo de seguros de salud con cobertura universal, fue repentinamente detenida. Varios factores pueden ser considerados, entre otros, el hecho que había restricciones técnicas, fiscales y políticas, porque Chile se encontraba en un período de restricción económica y el capital político del régimen militar se estaba desgastando rápidamente. Pero también, los miembros del equipo de ISAPRE no tenían las habilidades de negociación de aquellos que habían liderado la reforma del sistema de pensiones –sus negociadores habían abandonado el gobierno inmediatamente después de que la legislación inicial de ISAPRE fue ratificada– y sus esfuerzos fueron tardíos.

El equipo que impulsó los cambios en salud durante el gobierno militar falló en sus intentos de eliminar los intereses especiales del sector, como lo habían previsto en su agenda de reforma. A pesar de los cambios institucionales introducidos por el equipo, el Colegio Médico recupera su poder y continúa siendo un actor de mucha influencia hasta el presente. También, en contra de las orientaciones ideológicas, las reformas en salud que se promovían crean otros intereses especiales que han desarrollado mucho poder con el paso del tiempo, incluyendo las clínicas privadas y, notablemente, las ISAPRES mismas.

Las estrategias utilizadas por el equipo de reforma y la creación del equipo mismo como una estrategia política, influenciarían la formulación de políticas en las administraciones subsecuentes en Chile y en otros países de la Región Latinoamericana.

El resultado final del proceso de los años ochenta fue dejar un sistema «dual» –de ninguna manera mixto como muchas veces se ha señalado– en el que coexisten –sin cooperar en objetivos comunes– dos sectores con lógicas, objetivos y reglas del juego totalmente diferentes.

### **Los cambios en los años noventa: fortalecimiento del sistema público y sentar las bases para una reforma del sistema**

En el período de la Concertación, a partir de 1990,<sup>10</sup> se ha privilegiado un refuerzo del sector público

mediante aumentos sustantivos del gasto público en salud, cuya eficiencia se discute acaloradamente; se ha intentado algunas reformas de gestión del mismo sector, y se ha buscado regular, aún insuficientemente, el campo de acción del sector privado.

A inicios de los años noventa, el Ministro de la época, Jorge Jiménez de la Jara, colocó gran énfasis en la recuperación de la infraestructura, tecnología y recurso humano del sector público, que se había ido deteriorando fuertemente en la década de los ochenta. Durante la dictadura militar confluyeron, por una parte, los cambios estructurales en salud junto a la fuerte crisis económica de la época, que se tradujo en una disminución del gasto público en salud. A principios de los años setenta se invertía 3 puntos del PIB y, a fines de los años ochenta, el gasto público era de 1.9 del PIB. Esto se tradujo en congelación de los salarios, mucho recurso humano capacitado emigró al emergente sector privado, y en una fuerte disminución de los presupuestos sectoriales en inversión. Encontrándose el primer gobierno democrático con hospitales sin ambulancias, sin calderas, con quirófanos no operativos por falta de instrumental, etcétera.

Junto al énfasis ya señalado en inversión, se iniciaron mejoras en las condiciones salariales de los trabajadores de la salud y en la generación de polos de desarrollo en asistencia de alta complejidad, que permitieran encarar de forma adecuada los nuevos problemas de salud emergentes en la población chilena.

Aquella época fue testigo de una importante mejora en la infraestructura y equipamiento, tanto de la atención primaria, secundaria y terciaria. Con cooperación internacional (que llegó principalmente de países europeos como ayuda solidaria para la reconstrucción democrática del país), créditos internacionales y, fundamentalmente, inversión nacional, se desarrolló un programa de infraestructura que incluyó un cambio del modelo de atención, incorporando un nuevo actor intermedio entre los consultorios de atención primaria (administrado por los municipios desde los años ochenta) y los hospitales: los centros de

referencia en salud –CRS– y los centros diagnósticos y terapéuticos –CDT–, establecimientos ambulatorios que se construyeron a lo largo del país como forma de acercar la atención al hábitat de las personas y mejorar la capacidad resolutoria del sistema fuera de los centros de internación.

Todo ese esfuerzo se concentró en dar soporte a la estrategia de recuperación del sector público y sentar las bases de una futura reforma sectorial, destacando el programa con el Banco Mundial denominado Health Sector Reform Project. Para el desarrollo de estos proyectos se utilizó una estrategia similar a la del gobierno militar, por medio de la creación de un equipo de cambio de profesionales altamente calificados, con atribuciones de poder sobrepasar la mayoría de barreras burocráticas en el sector. Se pretendía que este grupo podría implantar eficientemente los proyectos y, además, cooperar a la conducción de reformas del sector. La magnitud de los proyectos, el hacerse cargo de las múltiples tareas del ejecutivo luego de diecisiete años fuera de tareas de gobierno y la falta de una agenda definida de cambio, conspiraron en contra de que hubiera algo sostenible fuera de las tareas relativas a los proyectos de inversión. De todas maneras, del programa Health Sector Reform Project <sup>11</sup> quedaron los gérmenes de lo que sería un rol de «seguro» por parte del Fondo Nacional de Salud y el inicio del debate sobre «autonomía» hospitalaria.

Esta época, de principios de los años noventa, tuvo un alto nivel de conflictualidad con los trabajadores del sector, ya que éstos se habían planteado expectativas salariales que no fue posible satisfacer y, por otra parte, se inició la discusión de una modificación substancial al estatuto funcionario del médico. La intención original era generar un cuerpo legal que permitiera gran flexibilidad y competencia local en la gestión del recurso médico. Una primera iniciativa enviada al parlamento, y aprobada por unanimidad, debió ser retirada por la resistencia del grupo médico y falta de voluntad política por parte del gobierno en aquel momento. Finalmente, luego de siete años de negociaciones, se consensuó un proyecto que, no

siendo del total agrado de ninguna de las partes, al menos lograba avances valorados por unos y otros con relación a que al menos parte del salario sería variable, constituyendo incentivos al desempeño.

Desafortunadamente, dicha negociación no se aprovechó para contextualizarla en un proceso más global de cambio en el sector salud. Idealmente se podría haber aprovechado dicho aumento salarial para haber obtenido acuerdos sobre cambios que fueran más allá de los meramente relacionados con el ámbito laboral médico, pero lamentablemente aún no estaban dadas las condiciones políticas para haber aprovechado ese momento en un escenario más amplio de reformas.

El marco regulatorio de las ISAPRES, como ya se ha señalado, era muy insuficiente, intentándose aumentar desde principios de los años noventa las competencias regulatorias de la recientemente creada Superintendencia de ISAPRES. Los proyectos de ley enviados con ese espíritu se encontraron con la fuerte resistencia de los grupos económicos que veían una amenaza al modelo implantado durante la dictadura militar, grupos económicos que tienen fuerte manejo de los medios de comunicación social y una fuerte vinculación con los parlamentarios de oposición, los cuales forman parte de partidos políticos partidarios del gobierno militar. La necesidad de negociar con dichos sectores explica los escasos avances en materias regulatorias en el sector ISAPRES.

Actualmente se ha viabilizado modificar las ISAPRES debido a que éstas no fueron capaces de superar por sí mismas los problemas de diseño con el que fueron creadas, y que se tradujeron en dificultades de sostenibilidad a largo plazo e insuficiente legitimidad social. Factores que serán analizados más adelante.

Junto a la recuperación del sector público y al énfasis en aumentar cobertura y resolutoria de la atención primaria municipal, la década de los noventa se caracterizó por una sostenida preocupación por mejorar la gestión hospitalaria.

Como en muchos de los países de la Región, los hospitales concentran una altísima proporción del gasto público en salud, su nivel de productividad es bajo y las quejas de sus usuarios guardan relación con dificultades de acceso (las listas de espera) y con trato inadecuado. El modelo organizacional es de comando control, altamente burocrático.

Un aspecto claramente positivo de aquel período fue la decisión de invertir en la capacitación gerencial de equipos directivos de los hospitales públicos.\* Esta iniciativa, desarrollada por un período de varios años, ha permitido generar una masa crítica de líderes sectoriales más permeables a los cambios en el sector salud, que han ayudado a morigerar al menos las resistencias al actual proceso de reforma que proviene del interior del mismo sector.

La década de los noventa, junto a la mayor inversión en infraestructura, colocó énfasis en iniciar el desarrollo de un nuevo modelo de atención, mejorar la eficiencia del sector público y sentar las bases para una futura reforma a través de las siguientes estrategias y acciones:

### **Estrategias de los años noventa**

Revertir la desinversión en el sistema público de la década anterior para aumentar cobertura de atención, lo que implicó programas de construcción y equipamiento en atención primaria, en centros ambulatorios de carácter intermedio (CDT y CRS) y en la construcción de nuevos hospitales y en remodelar y equipar a los antiguos hospitales. El aumento de infraestructura implicó que en diez años se construyó un tercio del total de la infraestructura actualmente existente en centros de atención primaria. Junto a lo anterior se hizo un esfuerzo en mejorar los salarios a los empleados de salud, tanto dependientes de los municipios como de los hospitales. Todo este

---

\* Ejemplo de este esfuerzo fue el proyecto franco-chileno de apoyo a la gestión hospitalaria; ver Oficina de Cooperación Internacional Ministerio de Salud. Cuatro años de cooperación: proyecto franco-chileno de apoyo a la gestión hospitalaria. Santiago, 1997.

esfuerzo implicó que se aumentara en más del doble el gasto público en salud.

Este aumento del gasto público en salud, aunque aumentó el nivel de actividad en la atención primaria, no lo hizo en igual proporción en la atención secundaria y terciaria, particularmente la hospitalaria. Esto último generó un fuerte debate sobre el nivel de productividad del sistema hospitalario. Además del debate sobre la eficiencia del sistema, particularmente de su nivel hospitalario, la opinión pública sostenidamente en las encuestas de opinión coloca a la salud como uno de los temas más relevantes a ser abordados en la agenda pública, debido a una profunda insatisfacción en el sector público por las dificultades de acceso, que se traducen en listas de espera para cirugías y atención de especialidad y, en el sector privado, por las deficiencias de las ISAPRES (las que se señalarán más adelante).

Aumento de integración de la red: en los principales centros urbanos del país se construyeron y equiparon centros ambulatorios de alta complejidad diagnóstica y terapéutica (Centros de Referencia en Salud: CRS) como interfase entre los centros de atención primaria y los hospitales. Así mismo, adosados a los principales hospitales del país, sus «consultorios adosados» fueron transformados (a través de la construcción y equipamiento de nueva infraestructura) en centros independientes de diagnóstico y tratamiento (Centros de Diagnóstico y Tratamiento: CDT), y de tal manera fortalecer la ambulatorización de la atención y facilitar la respuesta a los requerimientos en atención de especialidad presentados desde la atención primaria. La municipalización de la atención primaria había contribuido a la desintegración de la red y a que se desarrollara una gran diversidad entre municipios (la capacidad de gestión, capacidad de los municipios de agregar recursos, y al propio interés que el ámbito de la salud despertaba en los alcaldes); esto obligó a un esfuerzo por parte de los servicios de salud por mejorar la coordinación y la supervisión técnica, a asociar incrementos en las transferencias a programas, y a obtener resultados específicos.

Se desarrollaron mecanismos de pago per cápita a la atención primaria. Se asoció a un paquete de servicios –Plan de Salud Familiar– y se hizo «competir» a los municipios por inscribir población. Es así que hoy las personas eligen su centro de salud y según el número de personas inscritas se paga a los municipios desde el seguro público –FONASA– un per cápita. Este per cápita se ha ido incrementando en los últimos años pasando a ser desde 10% del gasto público, a principios de los años noventa, a 18% actualmente. Este aumento del financiamiento fue en paralelo a la cantidad de personas inscritas. En 1998 las personas inscritas eran 6.370.486 con un per cápita de 19 dólares al año. En 2003 el número de inscritos asciende a 8.543.138 de chilenos –aproximadamente 83% de la población; el resto está en ISAPRES– y recibe un per cápita de 30 dólares al año.

**Aumento de cobertura:** se procedió a aumentar cobertura de atención a través de extensión de horario en las tardes y los días sábados. Junto a esto se desarrollaron servicios de atención de urgencia en los propios centros primarios (servicios de atención primaria de urgencia: SAPUS), con atención continuada, en todas las comunas del país.

Se ha venido desarrollando la formación de «especialistas en atención en medicina familiar» como formación de postgrado en las facultades de medicina de Chile. Dicho programa daba formación en especialidades básicas con un enfoque integral. Con la introducción paulatina de estos nuevos especialistas los consultorios de atención primaria se fueron transformando en «Centros de Salud Familiar (CSF)» a lo largo de todo el país. Estos centros son igualmente administrados por los municipios, al igual que todos los consultorios y postas, y cuentan con financiamiento percapitado ligeramente superior al de los demás centros. Además de mejorar las competencias del recurso humano, se procedió a dotar de laboratorios básicos a la mayoría de los centros de atención primaria y a asegurar la existencia de un arsenal básico de medicamentos que incluyen tratamiento para problemas respiratorios, hipertensión arterial, diabetes mellitus y trastornos emocionales. Además de lo anterior, en todos los municipios del país se

formaron centros de atención odontológica (prevención y curación) y de salud mental (consultorios de Salud Mental: COSAM).

Como se señaló, este aumento de financiamiento se hizo sumando al per cápita recursos «amarrados» a la consecución de programas y metas específicas, con el objeto de mejorar la coordinación de la red, evitar que los municipios disminuyeran su aporte (que en promedio llega a 30%) y asegurar el cumplimiento de dichas metas por parte de los municipios. Todo este esfuerzo realizado en la atención primaria desde los inicios de la década de los noventa, se tradujo en que entre 1998 a 2003 aumentaran las atenciones médicas electivas en 60%; las atenciones de urgencia realizadas en los mismos consultorios en 30%, las atenciones odontológicas de urgencia en 221% y las odontológicas recuperativas en 52%, para citar algunas cifras de aumento de actividad. Este exitoso esfuerzo, ha generado consenso nacional en que debe ser mantenido, y también ha sido internacionalmente reconocido.<sup>f</sup>

Mejorar la eficiencia, la calidad y la participación usuaria en el sistema público: se diseñaron diversas fórmulas para incentivar productividad; el concepto era pagar contra resultados y para ello se diseñaron mecanismos de pago asociados a prestaciones efectuadas y luego a resolución de diagnósticos. Todos estos intentos fracasaron por no haber voluntad ni capacidad para dejar de transferir los presupuestos hospitalarios de manera distinta a los presupuestos históricos. Sólo después de 1995, el Fondo Nacional de Salud impulsó una reforma financiera que se visualizó a través de un grupo de programas bajo la denominación de «programas especiales». En éstos se agrupaban programas de resolución de problemas de alto impacto, tanto sanitario como ciudadano: resolución de listas de espera, atenciones a adultos mayores, resolución de enfermedades complejas (cáncer, cardiovasculares, politraumatismos, trasplantes, etcétera). Estos programas compartían los siguientes criterios: (i) se confeccionaba una «canasta» con base en consenso de expertos, que determinaba las acciones e insumos que se

<sup>f</sup> Lee Jong-wook. Lancet 2003;362: 2083-2088.

utilizaban para resolver un problema; a esta canasta se le colocaba un precio; (ii) este precio se transfería contra resultados; (iii) estos recursos pagados contra resultados eran recursos «frescos» para el prestador, y (v) el FONASA pagaba igual precio o arancel a privados para completar número deseado de prestaciones. Este último mecanismo fue tremendamente exitoso, altamente valorado por los usuarios y por los propios prestadores, y pasando de 2% del gasto hospitalario llegó a 25% hacia el año 2003. Este proceso\*<sup>§</sup> permitió sentar las bases de los mecanismos de pago y del ajuste de la oferta que posibilita el actual proceso de reforma – particularmente a través de un piloto del paquete de servicios obligatorio: plan «Auge»– en el que está nuestro país, y que se detallará más adelante.

En los aspectos de eficiencia y calidad, desde principios de los años noventa se decidió hacer un gran esfuerzo por generar capacidad crítica en gestión de servicios de atención, por lo que se desarrolló un ambicioso programa de identificación de necesidades de las redes de servicios –estudios de redes– y de capacitación en gestión y calidad de servicios. Para ello se crearon unidades especializadas en el Ministerio de Salud, se identificaron brechas de oferta y se impulsó la formación de líderes hospitalarios capaces de innovar, y se generaron instancias de cooperación y de intercambio de experiencias. Se inició una reforma programática en el Ministerio de Salud que posteriormente posibilitó la definición de objetivos sanitarios.<sup>¶</sup> Así también se inicia un lento y paulatino cambio de cultura organizacional en el sistema público, tendiente a reconocer al usuario como centro del quehacer, y comienza a desarrollarse un cambio tecnológico en la prestación de servicios. Este esfuerzo colaboró a sentar las bases para el actual proceso de

---

\* Fondo Nacional de Salud. Una mirada a fondo a la modernización del FONASA, 1999.

§ Fondo Nacional de Salud. FONASA: ¿una reforma en marcha? Santiago, 1999.

¶ División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud. Diseño e implementación de las prioridades de salud. La reforma programática chilena. Santiago de Chile, 1997.

reformas de Chile en el ámbito de los servicios de atención, particularmente en el de las redes y de la gestión hospitalaria.

Se desarrollaron programas de promoción y fomento, destacando en ello la creación a principios de los años 90 de estrategias conjuntas de salud y educación y de acciones en el ámbito de los gobiernos regionales («programas de regiones saludables») y locales («municipios saludables») y, a fines de los años 90, de programas como «Vida-Chile» que integran multisectorialmente acciones de deporte, salud y recreación. En cuanto a la participación ciudadana, a mediados de los años noventa se impulsó la creación de «Consejos de Desarrollo Hospitalarios» en el ámbito de los prestadores públicos, con el objeto de que se iniciara un creciente nivel de participación de los usuarios que posibilitara paulatinamente mayor control social. Esta iniciativa, que tuvo diversos grados de éxito, decayó en el tiempo por falta de objetivos precisos y de continuidad en la voluntad de la autoridad.

### **3. An lisis del proceso de cambios en el sector salud hasta fines de los años noventa**

Tal como se ha podido ver en las líneas precedentes, al revisar nuestros hitos institucionales en el sector salud, nuestro país tiene una historia de reformas o cambios en su estructura que son bastante originales.<sup>‡</sup> Son una buena mezcla de modelos copiados desde fuera, principalmente de Europa, con elementos propios. Así, nuestro país ha ido a un ritmo bastante compatible con las grandes reformas sociales posteriores a la revolución industrial de la segunda parte del siglo XIX (pobreza e higiene pública), del desarrollo de la seguridad social bismarckiana (1924, Seguro Obrero), de las estructuras del Estado benefactor (1952, Servicio Nacional de Salud), de la descentralización y privatización (1980, ISAPRES, Servicios Regionales, FONASA), y, últimamente, de la búsqueda de disminuir la segmentación y fragmentación del sistema sanitario, mejorando la equidad en el acceso y los

---

‡ Jiménez de la Jara J. Cambios en Salud. 2001. Informe No. 57. Disponible en : [www.asuntospublicos.org](http://www.asuntospublicos.org)

resultados de salud, y mejorando la efectividad, calidad y eficiencia de los prestadores de atención de salud, tanto públicos como privados.

Todos estos procesos de reforma han sido lentos e incrementales. Cada propuesta de ley ha contado con detractores y partidarios, siendo normalmente los argumentos casi los mismos. Empresarios y propietarios se han opuesto siempre y sistemáticamente a los mayores gastos y a la injerencia del Estado. Así ocurrió con la obligación de vacunar contra la viruela a fines del siglo XIX, con la Ley de Madre y Niño y de Medicina Preventiva, de Cruz Coke (1936-1937), con la creación del Servicio Nacional de Salud (Ley que fue discutida en el parlamento entre 1941 a 1952).

Los médicos, a través de sus organizaciones, se han opuesto a casi todas las iniciativas, en principio, basados en los riesgos de pérdida de autonomía profesional y disminución de ingresos.

El Colegio Médico de Chile se opuso al SNS en 1947-1948; en 1970-1972 se opuso a la creación de un Servicio Único de Salud, por la Unidad Popular; en 1981 se opuso a la privatización (aunque tíbilmente por la situación de represión imperante). En estos años el gremio médico ha cursado entre las mismas contradicciones de defender la libre elección contra la salud administrada en el sector privado y de oponerse a las medidas tendientes a una mayor eficiencia del sector público, modelo esencialmente jerarquizado de comando y control.

En las argumentaciones se confunden las críticas a las medidas de eficiencia pública (autonomía de hospitales, controles de horarios), con la protección de los usuarios y las demandas de mayores recursos. Es preciso hacer notar que, salvo la propuesta de Servicio Único de Salud, de la Unidad Popular, desbancada por el golpe militar de 1973, todas las demás reformas han sido asumidas *ex post* por el gremio médico, luego de una frontal oposición inicial.

El grupo médico en Chile, así como en otras partes del mundo, es esencialmente conservador respecto a los modelos de la práctica asistencial, dándose la paradoja que, dado que muchos

médicos tienen jornadas de trabajo por la mañana en hospitales públicos y en la tarde ejercen liberalmente su profesión, éstos corporativamente suelen tener un discurso fuertemente disociado. Por la mañana defienden la «salud pública», resistiéndose a cualquier medida que implique la introducción de criterios de gerencia, de disminución de la varianza en la práctica médica, de mayor empoderamiento al usuario (más simetría en la relación usuario y equipo de salud), u otras que vayan en la lógica de «lograr más por los recursos invertidos por la sociedad». A todas estas medidas se las etiqueta de «privatización» o de «mercantilismo en la salud» y la respuesta corporativa es una sola: más recursos, expresándose que «fortalecer la salud pública» es sinónimo de más recursos, particularmente más financiamiento a la alta especialidad en la introducción de más tecnología. Por la tarde, en cambio, el discurso va por la defensa de la «libertad de elegir» médico, en un contexto de plena autonomía profesional en lo concerniente a la fijación de tarifas y a las decisiones diagnósticas y terapéuticas. Defendiendo en la práctica la mayor desregulación posible del libre mercado de la salud, y el mantenimiento de la asimetría de información en la relación médico paciente. Dicha disociación ha hecho surgir la frase de «socialistas por la mañana, capitalistas por la tarde».

Del proceso de formación de políticas y estructuras de salud en Chile podemos destacar algunos hechos importantes, anteriores a las reformas del régimen militar, que de alguna manera reflejan un sentido de base científico-pragmática que después de superar obstáculos encuentra un modelo unitario, aceptado por la mayoría del país. El caso más paradigmático es el de la gestación del Servicio Nacional de Salud.

Las estructuras públicas creadas en la década de los 50 aún sobreviven, con modificaciones, producto de las políticas que han llevado a la búsqueda de menor tamaño del Estado, privatizaciones y empeños por la eficiencia en el gasto social. Después de un intento fallido en 1970-1973 de establecer un Servicio Único de Salud, el gobierno militar desarrolló modificaciones importantes, que por ser impuestas

autoritariamente carecieron de legitimidad política, siendo muy discutidas.

Por razones sanitarias (el cambio del perfil demográfico y epidemiológico de la población); por razones financieras (la sostenibilidad, tanto del sector público como del privado de cara a la carga de enfermedad y a la observación de un espiral de costos sostenido del gasto en salud casi del doble del crecimiento de la economía en la última década); y por razones de insatisfacción ciudadana y políticas de desacuerdo con el modelo instaurado por el gobierno militar, ya desde fines de la dictadura se había generado un debate al interior de las fuerzas políticas democráticas de lo imperioso de cambiar dicho modelo apenas se conquistara la democracia.

Una vez recuperada la democracia, en la coalición del nuevo gobierno conformada por demócratas cristianos, socialdemócratas y socialistas –los que otrora fueran adversarios– no se logró consenso en torno a los instrumentos para revertir el modelo heredado; este desacuerdo se explica por la convivencia de visiones que planteaban la desaparición de las ISAPRES y la vuelta al Servicio Nacional de Salud, junto a planteamientos más de mercado, que señalaban la necesidad de rectificar y completar lo iniciado por los militares y generar un escenario de seguros y prestadores en competencia donde las personas pudieran escoger su seguro, y aquellos sin recursos recibir un subsidio del Estado y con ello escoger un seguro que administrara su paquete básico de prestaciones.<sup>5</sup>

Por tanto coexisten –graficando la situación– una visión tradicional, «burocrática y estatista y otra neoliberal o de mercado». Las mismas que han convivido en nuestro país desde comienzos de los años 80, sin que ambas se diferencien en la visión biológica, mecánica de la salud, sólo diferenciándose en la manera de generar y asignar los recursos.

---

<sup>5</sup> Inostroza M. Las políticas de salud en Chile y sus oportunidades de debate público. Análisis histórico entre 1964 y 1997. CPU, mayo, 1997.

Al existir visiones tan contrapuestas y al haber otras urgencias –tal como consolidar la naciente democracia– se decidió postergar una reforma del modelo dejado por la dictadura y, como anteriormente se señalara, nada más intentar una mejor regulación de las ISAPRES y mejorar la cobertura, eficacia, eficiencia y calidad del sector público.

En el primer gobierno de la coalición – Concertación para la Democracia– del presidente Patricio Aylwin, el eje estuvo en la consolidación del proceso de democratización, y la agenda sobre derechos humanos copó gran parte de la agenda pública. Como ya se señalara, el gran énfasis del primer Ministro de Salud de la recuperada democracia –Dr. Jorge Jiménez de la Jara– fue la recuperación del sistema público.

Luego, en el gobierno de Eduardo Frei, el eje estuvo en otras grandes reformas pendientes: la educación, la justicia y la infraestructura. Además de tener otros puntos programáticos de gran trascendencia en la agenda, durante dicho período los grupos que generaban opinión en el propio gobierno mantenían propuestas encontradas sobre qué hacer en el sector, tanto es así, que el presidente optó inicialmente por poner a una persona fuera del sector como su Ministro –el economista Carlos Massad–; éste colocó gran énfasis en el fortalecimiento y modernización del sector público de salud, lo que al comienzo se interpretó como una señal de repriorización social del sector y de voluntad política presidencial para acometer los desafíos pendientes. De hecho, durante su gestión se consensuó la aprobación de la ley que introdujo perfeccionamientos iniciales al sistema ISAPRE, para hacia el final de su labor ministerial comenzar a abordar el diagnóstico y las propuestas de mejoramientos a la seguridad social en salud.

En efecto, Massad estaba consciente de que la mayoría de los problemas de equidad y eficiencia que presentaban el sector público, las ISAPRES y el sistema de salud en su conjunto, obedecían a una raíz estructural que estaba en el centro mismo de los incentivos con que funcionaba la seguridad social de salud en Chile. Si embargo, durante su mandato se encontró con fuerte resistencia del

ámbito gremial y de sectores de la propia coalición de gobierno que veían en todo este afán riesgos «privatizadores». No obstante lo anterior, la gestión ministerial de aquel periodo permitió transparentar aspectos del debate que serían cruciales para el actual esfuerzo de reformas. Dicha gestión ministerial además encargó estudios sobre carga de enfermedad, que posteriormente contribuyeron a definir objetivos sanitarios, y un estudio sobre reforma de la seguridad social en salud que sentó las bases de la discusión sobre aspectos de la actual reforma de la salud tales como paquete de servicios y gestión de los riesgos, entre otros temas.

Los cambios de dicho período en el ámbito de la reforma financiera del FONASA o de pilotos de innovación realizados en algunos hospitales, tal como la realizada en el hospital Luis Calvo Mackenna, de Santiago,<sup>12</sup> despertaron gran resistencia entre los gremios y sectores de la propia coalición de gobierno, observándose una creciente resistencia al interior del sector de importantes grupos que se oponían activa o pasivamente a estos cambios. Luego de Massad, el Presidente Frei estima necesario «bajar la presión» del sector y da ese encargo al último ministro de su período, el Dr. Alex Figueroa, quien atenúa el ritmo a los cambios, negocia la ley médica con el colegio y elimina el subsidio de 2% a las ISAPRES.

El Presidente Ricardo Lagos asumió el tercer período presidencial posterior a la dictadura, con el apoyo del mismo conglomerado de partidos, habiendo colocado muy alto en su programa de gobierno una reforma al sector salud, la que será analizada más adelante. Para señalar que efectivamente este tema iba a ser parte importante de su agenda de gobierno creó rápidamente una comisión de cuatro ministros a cargo de diseñar e impulsar los proyectos de ley y las medidas administrativas y financieras que fueran menester para llevar a cabo el propósito del gobierno.

La comisión interministerial fue formada con los Ministerios de Salud, de Trabajo, de Hacienda y la Secretaría General de la Presidencia. Dicha comisión ha tenido un secretario ejecutivo y un *staff* técnico dirigido por el Dr. Hernán Sandoval.

Este equipo técnico, de gran importancia en el actual proceso, interactuó muy cercano al Presidente y con su constante apoyo y supervisión directa. Esto permitió que tempranamente el gobierno como tal tuviera una clara opción de cambio y la voluntad política de llevarla a cabo.

La Ministra de Salud con que se inició el gobierno –Dra. Michelle Bachelet– una persona muy querida por la opinión pública, dio rostro humano a la reforma que vendría, a través de un ambicioso programa de reducción de las esperas de madrugada para obtención de atención en los consultorios municipales, que tuvo un formidable éxito en el breve lapso que el Presidente impusiera –tres meses–, e intentó generar consenso sobre los contenidos de la reforma al interior del ámbito gremial y de los sectores políticos de la coalición con mayor presencia en el sector salud. Pero al ver difícil dicho consenso, y que la mayoría de los sectores gremiales –entre ellos el Colegio Médico– y que algunos adherentes a los partidos de la coalición ligados a los partidos de gobierno, incluido el propio partido de la ministra –el socialista– no convenían con la idea que en el propio gobierno se estaba formando, y que estaba decidiendo impulsar le hizo tender, en la práctica, a no apresurar la toma de decisión por temor a la controversia y a la resistencia que ello generaría.

En paralelo, el debate no se abría a la opinión pública para no exponer las desavenencias que surgían al interior del propio gobierno. Aunque los puntos en debate no se abrieron –sino en trascendidos a través de los medios de comunicación, lo que aún enrarecía más las cosas– se desarrolló un amplio y masivo proceso de socialización – a través de centenares de reuniones, talleres y actos masivos– de la necesidad de un cambio profundo en salud –«una reforma en marcha»– que vino positivamente a colaborar en la adhesión de la ciudadanía al compromiso que el Presidente había explicitado sobre que debía impulsarse un proceso de reforma en salud de envergadura.

Viendo el Presidente que ya pasaban dos años de su gobierno y considerando que 2002 y 2003 eran los únicos años lejanos a contiendas

electorales, tomó la decisión de apresurar el proceso, aprovechando para ello la coyuntura de un nuevo gabinete, requirió al nuevo ministro –Dr. Osvaldo Artaza– explicitar la decisión de gobierno con relación a la reforma (la cual se estaba trabajando en la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interministerial), traducir dicha propuesta en proyectos de ley, tomar las medidas administrativas a corto plazo que fuera menester y contrarrestar la resistencia que se iba a desencadenar, aun a sabiendas del costo que esto iba a implicar. Con el apoyo de la Secretaría Ejecutiva y la presencia permanente del propio Presidente, en un periodo de dos meses ya se había explicitado a la opinión pública el contenido de la propuesta y, apenas iniciado el periodo legislativo, se inició con urgencia la discusión del paquete legislativo, el cual será detallado más adelante.

En paralelo, se negociaban con los gremios modificaciones a sus estatutos funcionarios (a casi 60 mil funcionarios, tanto de la atención primaria como de los hospitales) con el objeto de introducir cambios en los estatutos que permitieran que parte del salario fuera variable, ligado a cumplimiento de metas y desempeño, y se echaba a andar un ambicioso proyecto piloto de cobertura universal, con tiempo garantizado y cobertura financiera en temas prioritarios (piloto del «Plan Auge» que se inició con cobertura universal en cáncer infantil, malformaciones congénitas e insuficiencia renal, y que a la fecha ya entrega cobertura universal con tiempos máximos en 12 problemas de salud de alto impacto) con el objeto de que la opinión pública pudiera ver en la práctica el significado de la reforma.

Dada la velocidad con la que se instaló la propuesta –entre el anuncio de la propuesta y su envío al parlamento transcurrió muy poco tiempo– la resistencia fue de tal magnitud –de parte de los gremios, especialmente los médicos (fundamentalmente por diferencias profundas de paradigma), de las ISAPRES y de la oposición política de derecha, la cual es propietaria de casi todos los medios de comunicación del país) que se requirió del liderazgo permanente del propio Presidente. El rol del Presidente permitió sortear con éxito la resistencia, de tal forma que se aprobó con amplia mayoría el paquete legislativo en la

cámara baja y actualmente está en fase final de aprobación en la cámara alta.

La resistencia cobró sus costos en la persona del ministro y el Presidente dando señal de continuidad nombra al actual ministro de salud, Dr. Pedro García, quien aún con importantes resistencias, ha tenido la responsabilidad de conducir la parte final del proceso legislativo y de seguir implementando dichos cuerpos legales.

#### **4. Fundamentos del actual proceso de reforma al sistema de salud chileno**

En Chile, como se señalara, en la práctica no existe un sistema de salud mixto y complementario como reiteradamente se afirma. Lo anterior representa una situación de ambigüedad organizacional, puesto que las políticas de salud formuladas no cuentan con una estructura adecuada para su cumplimiento.

Durante la década de los noventa, como acción alternativa a la modificación del sistema, los gobiernos de la Concertación intentaron remediar la situación fundamentalmente a través de la inyección de recursos al sector público de salud, con énfasis en mejorar las condiciones de infraestructura y en parte la situación de los recursos humanos, sin modificar el modelo establecido en 1982. Estos recursos se destinaron preferentemente a aquellas regiones y establecimientos que presentaban un mayor grado de deterioro de su infraestructura y una mayor vulnerabilidad médico social de su población beneficiaria. El promedio anual de inversión en los años noventa fue seis veces mayor a la de la década anterior. Al mismo tiempo, se incrementaron las remuneraciones de los trabajadores del sector y se completaron las dotaciones de profesionales, las que acusaban serias insuficiencias; todo ello representó incrementar en dos veces el aporte fiscal al financiamiento del sistema público de salud, entre 1990 y 2000.

Esta política tuvo la desventaja de enfrentar las manifestaciones más evidentes del problema y no su origen, ya que a pesar de las políticas gubernamentales el sector privado de salud se fortaleció, tanto en la capacidad de aseguramiento

como también en un vigoroso desarrollo de un aparato prestador privado. La voluntad impuesta por el régimen militar en el diseño del sector en 1982 resultó ser más persistente que la voluntad de modificarla. Su capacidad de persistencia reside en el mantenimiento de las estructuras del modelo.

Además de los aspectos estructurales y financieros, Chile no es ajeno a tendencias universales que hoy día son objeto de intenso debate, y la organización actual del sector es coherente con una visión tecnologizada de la medicina que privilegia el acceso a la atención médica y al consumo individual de prestaciones médicas y medicamentos, y no considera que la salud es el resultado de un contexto sociocultural y de una práctica social que debe ser enfrentada por la sociedad en su conjunto.

En el contexto de una economía de mercado neoliberal, la población identifica su ascenso social y posible bienestar con la capacidad de consumo, que en el caso de la salud se equipara a prestaciones por enfermedades, más que a la atención integral de salud, en un concepto amplio que incorpore promoción, fomento, prevención y control, y por lo tanto ella exige casi únicamente la garantía de que tendrá respaldo financiero para consumir atención médica cuando lo necesite o crea que lo necesita. Ello se expresó claramente en el Informe de 1998 del PNUD sobre Desarrollo Humano en Chile en el cual se destacó la «inseguridad» de la población frente a la amenaza de las enfermedades que no podrían financiar si se les presentaban.

A principios de los años noventa, hubo una casi ausencia de una crítica del modelo vigente, que se fundara en una concepción amplia de la salud que abarque factores adicionales a la atención médica, que ponga al desnudo sus insuficiencias, a la luz de las necesidades y expectativas de la población y, en particular, con ausencia de participación de los usuarios en la definición de un nuevo modelo. Esta falta de debate en este ámbito fue también responsable de no avanzar durante estos años. A pesar del esfuerzo financiero no se modificó la esencia del sistema instaurado

por el régimen militar, y la discusión se centró casi exclusivamente en cómo aumentar el gasto y el nivel de aseguramiento de la población sin modificar el modelo, debate que es estimulado por quienes tienen interés en que ello así suceda, médicos, prestadores y aseguradores.

Además de las razones ciudadanas, ya expresadas, y de la preocupación creciente de los decisores con relación al mayor gasto en salud sin que mejorara la percepción ciudadana, y a la convicción creciente de que los buenos indicadores en salud no serían sostenibles dado el cambio de la población, comienza a hacerse más generalizado que será inevitable revisar el modelo vigente. A esto se suman las evidencias de que detrás de los «buenos» indicadores se escondían inequidades flagrantes. Diferencias de casi 10 años en la «esperanza» de vida al nacer de la población, según la comuna de residencia o en la mortalidad infantil, cuya tasa nacional es de 8,9 por cada 1000 nacidos vivos, pero duplicándose o triplicándose en algunas áreas.<sup>f</sup>

Comienza entonces a producirse un debate crítico del modelo y más centrado en lo sanitario, en cómo enfrentar el desafío que se plantea para el sector salud en la actualidad, que es distinto a aquel de la primera mitad del siglo XX, cuando los problemas prioritarios eran las enfermedades transmisibles y la salud materno-infantil. Hay consenso en que el modelo configurado para dicha época fue exitoso, al permitir controlar y erradicar enfermedades como el tifus exantemático, el cólera, la viruela, la poliomielitis, el sarampión, la desnutrición, las enfermedades diarreicas infantiles, entre otras. Pero, al encontrarnos con una carga de enfermedad diferente y creciente, asociada a una alta incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas como el cáncer, así como daños específicos resultado de algunos estilos de vida, muchas veces socialmente determinados, como son las enfermedades cardiovasculares y el incremento de los traumatismos, accidentes y violencias, a lo que se suma la carga de

---

<sup>f</sup> Vega J. Iniciativa chilena de equidad en salud, enero, 2003. Disponible en: [www.equidadchile.cl](http://www.equidadchile.cl)

enfermedad propia del envejecimiento de la población, y un importante incremento de los problemas de salud mental, como las adicciones y la depresión, problemas a los cuales el actual modelo no puede dar respuestas adecuadas, comienza a generarse creciente consenso en que el modelo vigente no sería igualmente exitoso.

El debate que comienza a surgir, desde la insatisfacción con el modelo heredado, es cómo enfrentar estos daños a la salud que responden a factores condicionantes asociados a cambios culturales y estilos de vida (tabaco, alcohol, drogas, actividad física, conducta sexual, y alimentación, entre otros), asociados a condicionantes ambientales (contaminación de aire, agua y tierra, ruido, radiaciones, hacinamiento, falta de áreas verdes, espacios públicos y otros), a los condicionantes propios de la pobreza y aquellos relacionados con aspectos psicosociales (violencia, estrés, inseguridad, autoestima, desprotección social, desintegración de la trama social tradicional, entre otros). Factores que a su vez están fuertemente determinados por la estructura social y que no dependen muchos de ellos de la voluntad de las personas.

El cuadro epidemiológico que empieza a emerger genera aproximaciones éticas diferentes para enfrentar el tema de salud y enfermedad.<sup>5</sup> La visión de la salud pública, que tiene el *ethos* de la búsqueda de la eficacia en términos poblacionales y de la costo efectividad en la asignación de los recursos, y la visión de la medicina clínica que busca la eficacia en la resolución de cada caso, a expensas de la eficiencia que sólo es buscada en la optimización de cada procedimiento, se distancian y bloquean la necesaria complementariedad de ambas visiones. En torno a ello se configura el debate sobre la necesidad de desarrollar un nuevo paradigma que signifique que la salud se construye colectivamente, a través de modificaciones culturales profundas que viabilicen la posibilidad de que gobiernos y

personas actúen anticipándose al daño que producen los estilos de vida que nuestra civilización conlleva, y que son el componente más significativo en las enfermedades crónicas no transmisibles, orgánicas y mentales.

Se socializa cada vez más, en los grupos dirigentes, que el estado de salud de la población no sólo depende de la atención médica y de la prestación de servicios oportuna y de calidad, sino también de las condiciones de vida. En este contexto el sector salud decide redefinir su quehacer formulando y proponiendo a la sociedad los objetivos sanitarios para la próxima década y, al mismo tiempo, impulsar un modelo de atención de la salud que permita enfrentar con éxito los nuevos problemas, teniendo en consideración que promover la salud y prevenir la enfermedad – frente a los factores económicos, culturales y psicosociales que están determinando estos nuevos problemas – es una tarea de gran complejidad, que requiere del concurso de todos y no sólo del sector salud.

Este esfuerzo de definir «Objetivos Sanitarios en Salud para la Década 2000-2010»,\* movilizó un gran esfuerzo técnico por parte del Ministerio de Salud entre los años 2000 a 2002, con una amplia participación de centenares de técnicos y de diferentes grupos e instituciones ligadas al sector salud. Este trabajo se desarrolló por el convencimiento de que Chile ha sido un país exitoso en el manejo de la salud de su población –a pesar de las limitaciones señaladas, en particular respecto de la equidad en salud– que está obligado a realizar esfuerzos adicionales para impedir que los niveles alcanzados sean amagados por los cambios en la demanda y en las necesidades de la población, que son cualitativamente diferentes por el tipo de enfermedades prevalentes y por las mayores exigencias de una comunidad más educada y con mayores expectativas.

---

<sup>5</sup> Sandoval H. Documentos Secretaría Ejecutiva Comisión Interministerial para la reforma de la salud Chile 2000 y 2001.

---

\* Ver en:  
[http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/Objetivos\\_Sanitarios\\_web.zip](http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/Objetivos_Sanitarios_web.zip)

## 5. Formulaci3n de la propuesta del actual proceso de reformas en salud

Considerando los antecedentes y debates ya consignados, el Presidente Ricardo Lagos y su gobierno plantearon la necesidad de llevar a cabo una profunda reforma del sistema de salud de Chile. Para ello se organiz3, por resoluci3n presidencial un Comit3 Interministerial para la Reforma de la Salud, integrado por los ministros de Hacienda, de Trabajo y Previsi3n Social, de la Presidencia y de Salud, presidido por el 3ltimo, y que adem3s constaba de una Secretar3a T3cnica encargada de preparar los documentos de trabajo y hacer una propuesta t3cnica, lo que se tradujo a fines de 2001 en la presentaci3n de un proyecto de ley sobre «Los Derechos y Deberes de las Personas en Salud», y a mediados del a3o 2002 en la presentaci3n de un paquete de proyectos de ley: «R3gimen de Garant3as en Salud (Plan AUGE)»; «Modificatorio de la Ley 2,726 de 1979 (Estructura del Sistema)»; «Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES)»; y «Financiamiento del Gasto Fiscal Representado por el Plan Auge».<sup>9</sup>

Los fundamentos de dichos proyectos de ley se sustentan<sup>1</sup> en la necesidad de que el acceso a la salud se constituye en un derecho que las personas puedan exigir efectivamente sin discriminaci3n de sexo, edad, condici3n socioecon3mica o cualquier otra condici3n; en la necesidad de revertir las desigualdades e inequidades, tanto en el acceso a los servicios como en los resultados observados en los indicadores nacionales; en la necesidad de enfrentar los antiguos y nuevos problemas de salud actuando sobre los determinantes sociales, colocando 3nfasis en la promoci3n, fomento y prevenci3n, en la necesidad de desarrollar un modelo de atenci3n que sea m3s efectivo y eficiente para alcanzar los «Objetivos Sanitarios» que el pa3s se propuso, y que adem3s responda mejor a las expectativas de la ciudadan3a.

Los valores subyacentes a dichos proyectos de ley son: a) equidad, entendida por el esfuerzo

intencionado en identificar y disminuir los factores o condiciones que generan las desigualdades evitables; b) solidaridad, entendida como el aporte desde las personas con m3s recursos hacia aquellos que tienen menos, de los sanos a los enfermos, de los j3venes a los ancianos, y de los ocupados hacia los desempleados, esfuerzo intencionado que hace la sociedad chilena para que los m3s vulnerables tengan iguales garant3as que los m3s favorecidos; c) el uso eficiente de los recursos como compromiso 3tico social de lograr con ellos los mejores resultados a la mayor cantidad de ciudadanos, y d) la participaci3n social que implica reconocer a las personas como ciudadanos co-responsables, ante los cuales el sistema de salud debe dar cuenta de la calidad, efectividad y oportunidad de servicio, as3 como del uso eficiente de los recursos.

Desde el punto de vista pol3tico el desaf3o era formular una propuesta equilibrada que rompiera la polaridad de los paradigmas «estadistas» versus «privatizadores» que ten3a por varios a3os atrapada la posibilidad de efectuar cambios reales en el sistema chileno. Por ello, se decidi3 colocar por delante los aspectos sanitarios –los objetivos m3s que los instrumentos– siendo entonces el eje avanzar hacia el acceso universal a trav3s de dar soluci3n integral a los problemas de salud m3s prioritarios, a la vez que se generaba un piso digno de equidad en salud y se les daba reales derechos sociales en salud a las personas.

Al estar por delante los temas sanitarios se pretend3a que el debate girara en torno a «qu3 salud quer3amos para todos los chilenos y chilenas sin distinc3n de ninguna especie» en vez de que fuera sobre el tipo de aseguramiento, fuentes de financiamiento u otros aspectos donde hubiera natural controversia. Esto 3ltimo se consigui3 s3lo muy parcialmente debido a que, tanto los sectores gremiales como pol3ticos siempre intentaron llevar –muchas veces con 3xito– el debate a los aspectos instrumentales donde prevalecen visiones muy polares.

Por otra parte, al colocar como centro los objetivos –equidad y enfrentamiento efectivo de problemas de salud prioritarios– se tomaba la decisi3n pol3tica

<sup>9</sup> Ver en:  
[http://www.minsal.cl/ici/encuentra.asp?cbc=102&id\\_bot=14](http://www.minsal.cl/ici/encuentra.asp?cbc=102&id_bot=14)

y técnica de modificar, tanto al sector privado como público en el sentido de los objetivos propuestos. El tema entonces, no era terminar con el rol de lo estatal o del mercado, sino producir modificaciones en ambos sectores coherentes con los objetivos. Esta decisión era básica para darle viabilidad política a la propuesta, al disminuir la percepción de amenaza que sentían unos y otros. Se corría el riesgo de presentar una propuesta «pragmática» que no dejará contentos a unos ni a otros, pero sí generaba el espacio para una negociación.

La opción tomada no sólo era balanceada, en el sentido de que daba espacio a los actores existentes en la realidad del sistema, sino que también era gradual, al entender que los perfeccionamientos que habría que hacer al sector privado y público eran de tal magnitud que sólo eran viables en la medida en la que se acometían paso a paso. Al mismo tiempo que era gradual, postergaba algunos debates que parecían imposibles de resolver adecuadamente sino habiendo alcanzado la reforma ciertas etapas que en la actualidad, al no estar dadas, imposibilitaban una debida resolución. Por ejemplo, intenso debate se generó en torno a si subsidios del Estado a las personas de menores recursos pudieran ser utilizados por ellas para «comprar» su paquete de servicios en las ISAPRES (portabilidad del subsidio). En este aspecto había opiniones cruzadas en todos los sectores políticos. La decisión fue explicitar que aquello no iba a estar en la propuesta de la actual reforma debido a que, por una parte, no había acuerdo político y a que, por otra, no existían las condiciones técnicas para plantearlo –la oferta pública debía ser sostenida financieramente y apoyarla en su transición, los seguros privados debían mudarse de seguros individuales de corto plazo a administradores privados de la seguridad social bajo reglas comunes con el FONASA, debía probarse el funcionamiento de un sistema de compensación de riesgos entre el FONASA y las ISAPRES para estabilizar el riesgo de las carteras, evitar el descreme y discriminaciones por sexo y edad, entre otras razones– lo que distendió la discusión y permitió avanzar.

Lo mismo sucedió con el ámbito de los recursos humanos, en el que las propuestas iban desde la

precarización extrema del empleo en salud, hasta el fortalecimiento de la inamovilidad. El compromiso suscrito con los trabajadores fue respetar el estatuto existente y dentro de ese marco producir modificaciones tendientes a asociar futuros incrementos salariales a desempeño.

Luego de tomada la decisión política por parte del gobierno –que no fue fácil de tomar dado el fuerte *lobby* que diferentes grupos ejercieron hasta último momento– y explicitada públicamente, quedaba la decisión de dónde generar el espacio de la negociación. La experiencia señalaba que mientras el espacio de negociación estuviera reducido a los actores del sistema y de los grupos de interés no habría avance. De hecho así fue durante todos los años noventa y durante los dos primeros años del gobierno del Presidente Lagos; esto explicaba el rumbo zigzagueante que tomaron los cambios que se había intentado hacer con anterioridad y el bloqueo político que se tenía a fines del año 2002, a pesar de la voluntad de avanzar del Presidente. Por ello, junto a la opción de gobierno por una propuesta se decidió que el escenario de negociación fuera el parlamento con plena transparencia del debate hacia la opinión pública.

Dicha decisión fue una suerte de «golpe de audacia» que descolocó a los actores y generó un amplio espacio de liderazgo por parte del gobierno. Esto implicó dar a conocer públicamente la propuesta, realizar una fuerte campaña comunicacional y, rápidamente, presentar los proyectos de ley al parlamento, sin discusión previa con los actores.

La estrategia comunicacional implicó una atrevida campaña por los medios de comunicación (que después ha implicado fuertes controversias con la Contraloría General de la República, aún no totalmente resueltas, sobre la pertinencia de dicha campaña), que tenía como objeto conseguir un fuerte apoyo de la opinión pública a la reforma. Esto se logró inicialmente, lo que permitió un «clima» favorable en la Cámara de Diputados. Posteriormente, los médicos y los medios de oposición hicieron una contra campaña de inmensa magnitud y persistencia en el tiempo, lo que no pudo contrarrestar el ejecutivo,

precisamente por las observaciones que había hecho el ente contralor. Al menos el objetivo se cumplió al conseguirse la aprobación de los proyectos en la Cámara. La estrategia en el Senado fue diferente, como se observará más adelante.

Entre tanto que se dio a conocer la propuesta, pero aún no ingresaban los proyectos se realizaban intensas conversaciones con los actores gremiales, tendientes a despejar fantasmas en torno a lo que sí era y no era la propuesta anunciada. Esto culminó con la firma de un protocolo de acuerdo que fue suscrito solemnemente en la casa de gobierno. Como era de esperar, poco después, cuando los proyectos ingresaron al parlamento, se efectuó la acusación de que dichos proyectos no honraban los acuerdos y eran la «privatización» del sistema.

Mucho se cuestionó la utilidad de dichas negociaciones, pero aunque no lograron detener las movilizaciones que después habría, si al menos permitieron influir en algunos grupos moderados de dirigentes que estuvieron dispuestos a comprender los objetivos de las propuestas. Dichas negociaciones fueron vistas como señales de «ambigüedad» y falta de claridad por parte del ejecutivo. Pero, la verdad sea dicha, no había tal ambigüedad, a juicio del ejecutivo no había otra forma de asegurar la viabilidad del trámite en la Cámara de Diputados, sin lograr el «ambiente» básico que permitiera alinear a los parlamentarios de la coalición de gobierno para cumplir con el encargo presidencial de sacar los proyectos de la Cámara de Diputados durante el año 2002.

La estrategia de instalar la mesa de negociación «en el sitio democrático por excelencia: el parlamento» fue un acierto para nuestra realidad. Lo que todos hubiéramos querido es que se hubiera construido un proceso social de consenso que entremezclara la recuperación de la democracia, el respeto de los derechos humanos, la democratización de nuestras instituciones y la modificación del modelo de salud heredado. Esto último no pudo suceder, no por falta de voluntad, sino debido a la presencia de las visiones contrapuestas existentes en salud dentro de las

propias fuerzas democráticas, que no estaban dispuestas a escucharse y a negociar consensos, sino que por el contrario pretendían la derrota política de la visión contraria.

Una vez instalados los proyectos en el parlamento, se produjo una especie de «*shock*» en los actores que esperaban –como era tradición– seguir negociando a «puertas cerradas» con el ejecutivo, usando los gremios la amenaza de la paralización como arma de negociación. Los médicos y trabajadores de la salud iniciaron una escalada de movilizaciones y paralizaciones progresivas tendientes a lograr «el retiro de los proyectos de ley» y su negociación fuera del parlamento.

Las movilizaciones y paralizaciones fueron muy duras, causaron una gran molestia en la opinión pública, la cual inicialmente expresaba gran disconformidad con los huelguistas, pero que paulatinamente comenzó a solicitar que el ejecutivo «resolviera las cosas». Gremios y medios de comunicación –que están en manos de la oposición– presentaban como responsable al ejecutivo que no quería «dar su mano a torcer». Esto obligó a un desgastante despliegue para posicionar el objetivo de la reforma y lo «que la gente iba a ganar» con los cambios en salud. Estrategia que fue liderada por el propio Presidente.

Si algo tuvieron de positivo los cerca de seis meses de huelgas, fue que se logró concordar con los propios trabajadores modificaciones muy relevantes de sus estatutos funcionarios. Así, los trabajadores de la atención primaria, y luego los de los hospitales expresaron su acuerdo con que en el proyecto de ley que modifica la estructura del sistema se incorporaran modificaciones a sus estatutos. Estas modificaciones ligaban todo futuro aumento salarial a remuneración variable ligada a desempeño y cumplimiento de metas que serían fijadas por la autoridad.

En vista de que las movilizaciones y huelgas no lograban su objetivo, que primero era «el retiro» de los proyectos y luego «el enlentecimiento» de su discusión, el Colegio Médico con el apoyo de los medios de comunicación efectuó una campaña

publicitaria con el objeto de restar credibilidad a la reforma, atacando directamente al concepto que el ejecutivo había utilizado como expresión comunicacional de la reforma –«el Plan Auge»– lo que generó gran confusión en la opinión pública, ya que los médicos gozan de prestigio dentro de la población. Esto último obligó a replantearse la estrategia comunicacional del gobierno, y a centrarse en otros aspectos de la reforma, no exclusivamente en el plan de salud.

En la estrategia de «retirar» y luego «demorar» la tramitación de los proyectos, hubo una suerte de complicidad de algunos parlamentarios de la propia coalición de gobierno que provenían o guardaban fuertes lazos con actores del sistema –particularmente algunos de la denominada «bancada médica» del parlamento– lo que obligó a generar espacios especiales de negociación con dicho grupo. Los parlamentarios de derecha inicialmente guardaron distancia esperando que las movilizaciones gremiales y las disputas internas de la propia coalición de gobierno terminaran por abortar las iniciativas, pero se encontraron con una férrea voluntad presidencial de avanzar y con una buena capacidad de articulación con los parlamentarios de la coalición que logró alinear a todos y sacar adelante con gran velocidad los proyectos.

Al ver que los proyectos avanzaban y que no tenían éxito ni paralizaciones ni campañas publicitarias, los actores gremiales han ido quedando progresivamente desmovilizados, y luego de un cambio ministerial, han ido surgiendo peticiones en torno a buscar «perfeccionamientos» de los proyectos, comprendiendo que ya es un hecho consumado.

### **Contenidos esenciales de la propuesta de cambios**

En octubre de 2000 y en virtud de los antecedentes señalados, el equipo técnico de la Secretaría Técnica del Comité Interministerial para la Reforma de la Salud presentó una primera propuesta sobre los temas y materias que debía abordar el ejecutivo y proponerle al país. Esta propuesta contenía los puntos siguientes:

### **Definición de los Objetivos Nacionales de Salud**

La formulación de Objetivos Nacionales de Salud es un componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud, ya que en el pasado fue precisamente la fijación de objetivos claros, medibles y practicables, lo que permitió los grandes avances en la salud de la población chilena. En la práctica, en ello estuvo la mayor fortaleza del Servicio Nacional de Salud desde su creación en 1952; con objetivos bien definidos se pudo asignar recursos y definir estrategias que hicieron posible el gran impacto del mismo en la salud de los chilenos.

Los objetivos son el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población. Desde 1980 el sistema chileno dejó de tener objetivos claros y con las modificaciones al Servicio Nacional de Salud, orientadas por visiones neoliberales, se profundizaron las opciones de dejar que el mercado actúe y que basta con poner los incentivos correctos. Los cambios del perfil epidemiológico de la población chilena, asociados al envejecimiento, entre otros factores, hacía necesario redefinir las prioridades del sistema de salud en su conjunto, asignar adecuadamente los recursos disponibles y también organizar la atención de manera de alcanzar los objetivos propuestos.

### **Nuevo modelo de atención**

Los cambios culturales, sociales y del perfil epidemiológico hacían necesario un nuevo enfoque de la forma de entregar los servicios de salud, y los avances tecnológicos hacen posible plantear que se puede lograr gran eficacia con una adecuada gestión de los recursos.

El nuevo modelo de atención debe tener una fuerte orientación a la promoción de la salud, es decir, a la eliminación de factores de riesgo de enfermar por condicionantes ambientales y sociales, y a la creación de condiciones materiales y modificaciones conductuales para una vida saludable; la prevención de las enfermedades

mediante la pesquisa oportuna de factores de riesgo o el diagnóstico precoz de las mismas; la atención oportuna y permanente de las enfermedades en los niveles de complejidad más adecuados, procurando una eficaz integración al interior de las redes asistenciales, superando la fragmentación y descoordinación hoy existente.

En Chile la adopción de criterios semejantes significa reforzar la atención primaria municipalizada en su capacidad resolutive, mejorando su capacidad de gestión y su integración a redes de servicios.

Por otra parte, en la atención hospitalaria, es preciso generar una autonomía de administración que permita una gestión eficiente de los recursos, buscando mecanismos de pago a las prestaciones o de transferencia de recursos financieros que incentiven la eficacia, eficiencia y calidad. La autonomía, a juicio del debate generado, es un mecanismo que puede ser eficaz en la medida que en paralelo se fortalezca la capacidad de interactuar en redes.

Una organización de este tipo representa una modificación mayor al Sistema Nacional de Servicios de Salud, heredero del SNS, pero parece difícil lograr un mejoramiento substancial de los servicios de salud sin enfrentar decisiones de envergadura. La mayor dificultad la representaría, sin duda, la necesidad de modificar los arreglos estatutarios y salariales del personal, profesional o de servicio, para introducir mecanismos de incentivos ligados al desempeño, incluyendo incentivos para la formación permanente que permita recoger la innovación tecnológica en medicina y profesiones relacionadas con la salud y ello, tanto en la atención primaria como en la hospitalaria, que aunque cuentan con estatutos funcionarios diferentes tienen problemas comunes. Este modelo debe, en lo esencial, satisfacer las necesidades y expectativas del usuario y optimizar las intervenciones, en su eficiencia y eficacia.

Para ello, se decide impulsar una atención primaria altamente resolutive, con capacidad para solucionar gran parte de las emergencias, donde existirán equipos de salud familiar y comunitaria «de cabecera», con una cantidad definida de

familias a cargo, dotados de la tecnología y equipamiento necesario y trabajando coordinadamente con la atención de especialidades. La atención primaria continuará siendo administrada por los municipios, coordinados por la red asistencial pública.

### **Derechos de las personas en salud**

Se plantea que las personas deben tener derechos personales precisos y resguardados por ley, independientemente de que se atendiera en el sector público o privado: derechos con relación a ser tratado con dignidad y respeto, a ser informado de los riesgos de las intervenciones a que fuera sometido; a que se le solicitara formalmente el consentimiento antes de ser sometido a tratamientos o procedimientos; al acceso a la ficha clínica; a la privacidad y resguardo de su intimidad; a ser acompañado por familiares durante la hospitalización, etcétera.

Además de los derechos personales, la propuesta propone que las personas tengan derechos sociales en salud garantizados por el Estado, que puedan ser exigidos por la ciudadanía en términos de oportunidad, accesibilidad, calidad y protección financiera, conocidos por las personas y legalmente exigibles. El concepto es entregar poder a las personas y hacerlas responsables de ejercer control social sobre los derechos que les son legalmente entregados.

Detrás de esta propuesta, está la convicción de que ciudadanos con mayor poder y protagonismo en el ámbito de la salud, pueden de forma importante equilibrar las tendencias de un Estado a continuar el paradigma «paternalista asistencial», y las del mercado en generar actitudes pasivas como meros consumidores de prestaciones. Un nuevo paradigma de sociedades saludables, sólo se construye desde personas capaces de asumir un pleno protagonismo.

### **Plan de salud garantizado**

Consideración fundamental de la propuesta fue señalar que la definición de Objetivos Nacionales de Salud no bastaba para garantizar la equidad en

acceso y en resultados para toda la población del país y que era preciso establecer un plan de salud garantizado que definiera derechos de las personas y prioridades sanitarias. En este sentido se postulaba que el derecho a la salud, señalado como elemento esencial de la política de gobierno, deberá ser garantizado a la población mediante un conjunto de disposiciones legales y reglamentarias que permitan el ejercicio del mismo, con el respaldo de una institucionalidad adecuada.

El Plan de Salud se concibe como universal, es decir, abarca al conjunto de la población del país, independientemente de que estén en FONASA o ISAPRES, tengan empleo o estén desempleados. El Plan de Salud es integral, porque garantiza, tanto las acciones de salud pública para toda la población como acciones de salud sobre las personas. Este Plan, o paquete de servicios, construido con base en las prioridades sanitarias, establece un piso ético común y obligatorio para los quince millones de chilenos y chilenas, sin discriminación de ninguna índole, y que se traduce en condiciones explícitas y exigibles de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera. Este Plan entonces, se transforma en un instrumento para avanzar en equidad y una universalidad real desde los problemas de salud más relevantes. Es por ello que a este plan se le denominó (y así es conocido por la opinión pública como «AUGE»: Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas).

### **Autoridad Sanitaria**

El Estado tiene la responsabilidad indelegable de guiar el desarrollo del sector salud y asegurar su efectivo desempeño para responder a las necesidades sanitarias de la población. La Autoridad Sanitaria es la institucionalidad permanente del Estado encargada de llevar a cabo estos objetivos.

La reforma sanitaria pretende una mejor salud para todos los chilenos, garantizando igualdad de derechos e implementando políticas basadas en la efectividad sanitaria, equidad, solidaridad y eficiencia social. La Autoridad Sanitaria juega un papel central en el diseño y desarrollo del proceso de ajuste del sistema a las necesidades de la

población. Para ello debe estar dotada de capacidad de análisis de la realidad epidemiológica y de las estrategias válidas de salud pública, tanto del escenario nacional como internacional. Debe ofrecer políticas que permitan a las personas desarrollar estilos de vida saludable y condiciones para una mejor salud, que contribuyan a prevenir y controlar los riesgos de enfermar, y debe ser capaz de garantizar el acceso a una promoción y atención digna, oportuna, humana y de calidad, al nivel que el país sea capaz de otorgar.

Para cumplir efectivamente su rol la Autoridad Sanitaria deberá contar con instrumentos eficaces para ejercer las funciones de rectoría, regulación y fiscalización del sistema público y privado de salud, asegurando la existencia de relaciones entre ellos que permita el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles para el sector. Así, concentrar al Ministerio en las tareas de rectoría y regulación, implica desligarlo de obligaciones vinculadas a la gestión del sistema público, que hoy ocupan gran parte de su quehacer, tanto a nivel del financiamiento como de las atenciones de salud. La Autoridad Sanitaria, en consecuencia, deberá velar para que todos los establecimientos asistenciales, tanto públicos como privados, estén acreditados en su capacidad de entregar una atención

### **Fondo solidario**

Un elemento crucial en el éxito de la reforma, lo constituye su financiamiento. Para tal efecto, se propuso el aumento del aporte fiscal al FONASA con el objeto de dar sostenibilidad al Plan garantizado (AUGE) para los indigentes; la obligatoriedad de cotizar para aquellos independientes que tienen recursos (según la información de Impuestos Internos asciende a 10% de la población, incluyendo sus núcleos familiares), la creación de un fondo solidario de compensación de riesgos, en el que los cotizantes de ISAPRES y los beneficiarios del FONASA ponen en común el equivalente al valor promedio del plan garantizado, para que se efectúen correcciones según el riesgo de cada sector y, así, se revierta el incentivo que tienen las ISAPRES para «descremar» y quedarse con la población más joven y de mayores recursos y

derivarlas al seguro público, cuando éstos envejecen o incrementan su riesgo.

La propuesta original contemplaba ajustes impositivos a los «males» tabaco, alcohol y gasolina diesel, como manera de obtener recursos de aspectos que afectan la salud de las personas; en paralelo, se desincentivaba su consumo. Esto generó gran debate político y fuertes presiones de grupos de interés, lo que será detallado más adelante.

Este instrumento permitirá, por un lado, desvincular el acceso a la atención de salud y costo de los seguros, de la capacidad de pago de las personas y de su riesgo individual de enfermar. Por otro lado, con este instrumento se materializará la solidaridad entre sanos y enfermos, jóvenes y viejos, ricos y pobres, hombres y mujeres.

### **Recursos humanos**

Los recursos humanos son el factor crítico en el sector salud por, al menos, tres razones: porque el trabajo en el sector es de «personas para personas», por su alta calificación y porque consumen directamente más de la mitad del gasto en salud y determinan el uso de la otra mitad. Además, una parte de los recursos humanos, los médicos y, en menor medida, el personal de enfermería tienen la característica de ser el elemento principal de la oferta sectorial y, al mismo tiempo, un poderoso inductor de la demanda.

La reforma tiene entre sus objetivos el desarrollo y fortalecimiento del recurso humano de salud para el nuevo modelo de atención. Los trabajadores de la salud constituyen la pieza fundamental en que se apoya cualquier intento de reforma sectorial, tanto para el cambio en el modelo de atención como en el desarrollo de una orientación hacia el usuario. Contar con un recurso humano comprometido, requiere de políticas que contemplen su permanente actualización, crecimiento profesional, remuneraciones acordes con sus responsabilidades y desempeño, y espacios de participación.

Tan importante como lo anterior, es dotar a los trabajadores del sector de un entorno laboral

confortable y que incorpore los avances de la modernidad y que favorezca la constitución de equipos de trabajo, en los que cada integrante pueda aportar su experiencia e ideas al proceso asistencial. Un renovado compromiso de los trabajadores del sector, llevará a profundizar un modelo laboral participativo, flexible, innovador y que estimule la creatividad y la calidad del servicio a entregar. Para ello será necesario el desarrollo de una política de personal al interior del sector público que dé cuenta de las particularidades del sector salud, combinando los requerimientos de organización y gestión local con el mantenimiento de un sistema global. Se trata de definir objetivos comunes por establecimiento y equipos de trabajo coherentes con la red, la integración real de todos los estamentos en las diferentes instancias de participación, la adecuación de las dotaciones con los nuevos perfiles epidemiológicos, las necesidades de la población y las metas planteadas.

### **Mejoramientos de gestión**

Finalmente, otra materia que se busca abordar en la reforma al sistema de salud se refiere a las mejoras de gestión, lo que constituye una obligación moral del Estado, siendo su responsabilidad ante la ciudadanía asegurar el máximo de eficiencia en el uso de los recursos públicos.

La eficiencia es hoy, más que nunca, un imperativo ético, ya que mientras mejor se utilicen los recursos disponibles, mayor cobertura y calidad se otorgará a la población. Esto es particularmente relevante en un contexto donde los recursos serán siempre escasos en relación con la magnitud de las necesidades. En este sentido, se insiste en la eficiencia y en la necesidad de rendición de cuentas por parte de los directivos del sistema público de salud.

Se proponen, entre otras, medidas tales como asociar mejoras salariales a desempeño y cumplimiento de metas sanitarias; mayor flexibilidad en la gestión del recurso humano; incentivos para el desarrollo organizacional de los prestadores públicos, de tal forma que se orienten hacia los usuarios y a lograr mayor efectividad,

eficiencia y calidad; mayor autonomía de gestión de los establecimientos hospitalarios en el contexto de redes de atención; mayor control de gestión, y estimular el aprovechamiento integral de todos los recursos que el país dispone a través de una mayor complementariedad entre el sector público y el privado.

## **6. Consideraciones políticas en el actual proceso de reforma**

### **Expectativas de la población**

Entre noviembre de 2000 y junio de 2001 se realizó un estudio de opinión pública, cualitativo y cuantitativo, que permitió conocer la percepción ciudadana sobre la salud.\* En dicho estudio se constató que la ciudadanía identifica a la salud exclusivamente como la ausencia de enfermedad, siendo esta dimensión la dominante en la conversación de las personas. Para ellas, hablar de salud es conversar sobre el grado en que los sistemas de seguros y de prestadores responden a la posibilidad de acceder a prestaciones curativas de calidad. Los afiliados a FONASA demandan fundamentalmente mayor oportunidad en la atención médica, y los afiliados a ISAPRES aspiran a un aumento de la seguridad de la cobertura prestada por el asegurador privado, y a un mayor control de las aseguradoras privadas por parte del Estado. Se aprecia una gran «impaciencia» y disconformidad de parte de la población ante el sistema de atención, un alto grado de pasividad representado por la expectativa de que «les resuelvan el problema» desde afuera y un fuerte discurso crítico hacia las ISAPRES. Estas instituciones son percibidas como parasitarias del sistema global de salud, en cuanto generan utilidades que no se traducen claramente en una agregación de valor a la experiencia del usuario con la red de prestadores (a excepción de la dimensión servicio). Las personas tienden a considerar que las virtudes de la gestión privada en materia de salud se realizan en el ámbito del

prestador y no del asegurador. En tal sentido, las ISAPRES no son percibidas como un agente de desarrollo del sector.

### **Posición de actores sociales y políticos**

Durante los primeros años del gobierno del Presidente Lagos, el decidido planteamiento del gobierno respecto de la necesidad de la reforma del sistema de salud, puso el tema en la agenda pública y desde los inicios del debate se percibió una rotunda polarización de los actores políticos y sociales en dos ejes principales: por una parte, los gremios de la salud y dirigentes de los partidos de la Concertación, con el apoyo soterrado de la burocracia del Ministerio de la Salud y por otra, las ISAPRES, la prensa y los partidos de oposición.

El debate se inició aun cuando el gobierno no definía los elementos de su propuesta y las opciones frente a una eventual reforma se referían a los planteamientos previos de los actores en pugna, en la práctica cuánto de privado y cuánto de Estado debería tener el sistema que emergiera luego de la reforma. Este debate, claramente ideologizado, influyó de manera decisiva en la conducta del propio gobierno, que demoró en definir el diseño de la propuesta de reforma por las pugnas internas de los actores políticos.

Los discursos fueron claramente marcados por una reiterada insistencia a mantener el sistema sin cambios en sus estructuras, ya que la mayoría de los actores sectoriales sostenía que sólo se requería mejorar el financiamiento y con ello se podrían solucionar los problemas del sector. Especial insistencia tuvieron los grupos sectoriales en señalar que el sistema de salud chileno no estaba en crisis; por el contrario, los indicadores sanitarios clásicos mostraban resultados favorables, refrendados el año 2000 por el Informe sobre la Salud Mundial, de la OMS, que situaba a Chile en un lugar destacado, 31, en el desempeño global del sistema, primero respecto de la salud de los menores de cinco años de edad y con una gran eficiencia por el monto de los recursos utilizados. Este informe señalaba como punto negativo la inequidad en la distribución de los recursos. Estos datos fortalecieron la visión acerca

---

\* Comisión Interministerial de Reforma de la Salud. Ministerio de Salud de Chile. Estudio de percepción de salud FEEDBACK, diciembre, 2000.

de la ausencia de crisis, a pesar de que dicho estudio comenzó a ser severamente cuestionado en el concierto internacional,<sup>13</sup> con un discurso sobre la necesidad de mayor aporte fiscal para el financiamiento del sistema público de salud por parte de los gremios de profesionales y funcionarios de éste, un sector importante de los parlamentarios de la Concertación (alianza de gobierno) y también por parte de los cuerpos ejecutivos del sistema público, que planteaban abiertas discrepancias con la iniciativa de «hacer una profunda reforma del sistema de salud chileno», como lo había planteado el Presidente.

Por su parte las ISAPRES y los prestadores privados sostenían que bastaba, para enfrentar los problemas del sistema, con mejorar la gestión del sistema público de salud e incrementar los recursos fiscales, sin tocar el financiamiento del sector privado de salud y dejando a los privados desarrollarse como lo habían hecho en los últimos 20 años con resultados positivos; este discurso era apoyado por los partidos de la oposición y por la mayoría de los medios de comunicación. La polarización se instaló muy precozmente, con estereotipos discursivos poco documentados y que no tomaban en cuenta los reales avances del diseño gubernativo. La oposición de derecha y de izquierda tenía el terreno común de la defensa del *status quo* y, en gran medida, la oposición de izquierda se apoyaba en organismos y personas tradicionalmente partidarios de la coalición.

En noviembre del año 2000, la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interministerial realizó un estudio de actores políticos y sociales considerados líderes de opinión.<sup>f</sup> En relación con ellos aparece una clara polarización entre los que defienden el sistema público en su forma actual, entre los cuales hay dirigentes políticos y parlamentarios de la Concertación, dirigentes de colegios profesionales y federaciones de trabajadores y además profesionales próximos al Ministerio. Este grupo es partidario de la coalición de gobierno, sin embargo no todos los que declaran afinidad por la coalición mantienen la misma posición. El otro grupo se asocia fuertemente con la salud privada

y en él encontramos a políticos de derecha, dirigentes de ISAPRES y clínicas privadas, editores de la mayoría de los medios de información principalmente diarios y algunos profesionales que en particular destacan la «ineficiencia» del sistema público y abogan por el mantenimiento del sector privado de la salud y mejoras de gestión en el sector público.

Destaca en este análisis que mientras la derecha –oposición al gobierno– mantiene una posición muy coherente con el sector privado, en la coalición de gobierno –Concertación de Partidos por la Democracia– hay matices que van desde una defensa ortodoxa del sistema público hasta una adscripción a las posiciones de defensa del sector privado, como un modelo de eficiencia. También aparece claramente en el estudio de líderes de opinión que por el momento no se ha desarrollado una capacidad de articular posiciones, porque prevalece la visión de que el gobierno no tiene credibilidad acerca de la firmeza de sus intenciones de reforma y porque hasta ese momento parecía incapaz de surgir con una propuesta concreta que permitiera un pronunciamiento por parte de los actores, y la generación de escenarios de negociación.

En el período inicial del gobierno, tal como se señalara anteriormente, el propósito inicial de enfrentar el proceso en forma participativa fue realizado sólo parcialmente, tanto por los temores que despertaba un proceso de esa naturaleza en una burocracia autoritaria y vertical, que busca más el control de los procesos sociales que abrirse a un experimento de formulación de políticas públicas donde su autoridad puede ser cuestionada, como por el temor a que se manifestaran las desavenencias al interior del propio gobierno. En la práctica, la burocracia del sector público actuó de consuno con los grupos de interés gremiales para detener el proceso de reforma y se sumó a la postura de señalar que el principal problema era el financiamiento y el mayor aporte fiscal. Al mismo tiempo, la oposición y los intereses privados de la salud se abstendían de hacer una oposición militante al proceso porque confiaban en que las disensiones internas de la Concertación lo paralizarían.

---

<sup>f</sup> MIDEPLAN, CASEN, 2000.

La reforma del sistema de salud implica una modificación del reparto de poder entre los actores, hoy concentrado en desmedro de usuarios y población. En consecuencia, en una primera evaluación del impacto de una intervención, corresponderá precisar los cambios que ella implica en los balances de poder y beneficio esperado para la población y usuarios directos. El mapa de actores está dominado por las organizaciones que tienen posiciones fuertemente instaladas: Colegio Médico, gremios de la salud, ISAPRE, Ministerio de Salud, partidos y parlamentarios de Concertación y oposición. Con muy poco poder y una voz poco definida aparecen las organizaciones comunitarias de base y los usuarios en general. Los medios de comunicación están alineados con los intereses de las ISAPRE, mundo privado y oposición.

El trasfondo de la relación entre los actores está dominado por la desconfianza, originada en diversos temores tales como la privatización, la estatización, el aumento de los impuestos, la expropiación de las cotizaciones, la pérdida de poder adquirido, y en los usuarios y personal de salud existe incredulidad, pues ningún cambio previo ha logrado modificar positivamente en forma permanente sus necesidades cotidianas. Este escepticismo, por el contrario, se acompaña, paradójicamente, de una apertura a que se produzca un cambio, pudiendo venir la propuesta desde el gobierno o cualquier otro actor válido.

El contexto estuvo dominado por las elecciones parlamentarias, municipales y presidenciales que ocuparon la preocupación política de los dos primeros años. Los temas que suscitan mayor conflicto entre los actores son el tipo y fuente de la solidaridad financiera, la portabilidad del subsidio estatal, la autonomía de la gestión hospitalaria, la libertad de elección, la gestión y conducción del recurso humano, y la competencia regulada entre seguros y entre prestadores como incentivo a la eficiencia.

Los temas que más preocupan e interesan a la población son la mejora del trato y oportunidad de atención en el sistema público y mayores garantías de cobertura en el privado, y la libertad para elegir

equipos de atención, como mecanismo para contrarrestar el enorme poder que los prestadores tienen sobre ellos.

Los procesos de toma de decisión en torno a las propuestas de reforma estuvieron entorpecidos por la dificultad inicial del gobierno para tomar opción en los temas políticos controvertidos, junto a la multiplicidad de intereses, actores y posiciones, y por dificultades en la conducción del proceso mismo. Esto a pesar de la popularidad, credibilidad y capacidad de la ministra de salud con quien se inició el período.

En el escenario de reforma se podían distinguir diferentes áreas de resistencia de los diferentes actores involucrados, que debían ser resueltas en breve para avanzar en una propuesta radical en su diseño y gradual en su implantación:

El primer proyecto de ley sobre «derechos de las personas en salud», recibió oposición de los trabajadores de la salud, particularmente de los médicos y también de los dueños de las clínicas privadas. Los trabajadores y los médicos temían a un usuario con mayor poder en una relación más horizontal que venía a poner en jaque la tradicional relación paciente – equipo de salud, de carácter vertical paternalista-. A su vez, médicos y dueños de clínicas temían un aumento de acusaciones por mala práctica.

En el debate con relación a dicho proyecto, primero se buscó compensar derechos entregados a las personas con «deberes» con relación al cuidado de los establecimientos; el cumplir con la entrega de información requerida; con el cumplimiento de los tratamientos y con los deberes de participación y co-responsabilidad. Esto último no fue suficiente y hubo que acordar con los médicos el desarrollo de un mecanismo prejudicial de solución de controversias, y de tal manera tranquilizar a los médicos en el sentido de que una nueva forma de relación usuario-prestador no iba a transformarse en una judicialización indeseada.

Los cambios ligados a mecanismos de solidaridad financiera son los de mayor rigidez a la reforma, en especial la creación de un fondo común donde se

comparten las cotizaciones (fondo solidario) y la capacidad de elegir seguros FONASA o ISAPRE para aquellos que reciben subsidio fiscal (portabilidad). Inicialmente se postulaba que un porcentaje de las cotizaciones (3 del 7% obligatorio), tanto de las personas de las ISAPRES como del FONASA irían a constituir un «fondo» común que iría a dar sostenibilidad al plan garantizado. La oposición al gobierno y sectores de la propia coalición oficialista se manifestaron abiertamente en contra de esta idea, constituyéndose este punto en el eje de la controversia y en excusa para paralizar la reforma. Las objeciones que provenían de la derecha esgrimían que esto atentaba contra el «derecho de propiedad» que las personas tendrían sobre sus cotizaciones y se constituiría en una «expropiación inconstitucional». Del interior de la Concertación salían opiniones de que esto atentaría contra la «clase media» haciendo impopular la reforma o a que los recursos no debían provenir de aporte contributivo (7% del salario) sino de aporte fiscal, vía impuestos generales. Además, se generó la controversia acerca de quién administraría el fondo y sobre si dineros del fondo pudieran ser utilizados en los seguros o prestadores privados.

Al final, la única manera de resolver la controversia y darle viabilidad al proceso fue olvidarse de utilizar las cotizaciones y plantear un esquema distinto de financiamiento. Inicialmente fue con base en una mezcla de reasignaciones al interior del gasto público más ajustes impositivos al tabaco, al alcohol, el diesel y los juegos de azar. La presión ejercida por los grupos de interés –empresas u organismos directamente relacionados con dichos impuestos– a través de los parlamentarios y medios de comunicación hizo que esta propuesta fracasara, obligando a negociar una modificación del proyecto de ley introduciendo un alza al impuesto al valor agregado (IVA).

La idea de desarrollar un plan de salud obligatorio, común y garantizado, contaba con importante apoyo ciudadano. Pero fue objeto de fuerte crítica por parte del Colegio Médico y los medios de comunicación de la oposición (la mayoría de ellos), incluso el Colegio Médico, como ya adelantáramos, financió una campaña de

publicidad en todo el país para intentar bloquear la reforma a través de señalar debilidades y problemas que tendría el Plan. El grueso de las críticas se centró en que el Plan no podía garantizar igual nivel de oportunidad y protección financiera a todos los problemas de salud. En contrario, ellos proponían un Plan «integral» (Plan «PAIS») que con base en mayores recursos podría solucionar todos los problemas de salud.

Junto a la campaña de los medios de comunicación y de los gremios –encabezados por el Colegio Médico– en contra se desarrollaron paralizaciones progresivas de los consultorios y hospitales, los que se estrellaron con la firme decisión del gobierno una vez que los proyectos de ley fueran enviados al parlamento.

La descentralización de gestión de los hospitales, la apertura de los establecimientos a la atención privada, y la adecuación del marco contractual y productivo de los recursos humanos encontraron una alta resistencia en las asociaciones sindicales de trabajadores de la salud, Colegio Médico, y parte de la burocracia ministerial. Estas medidas iban a mejorar el uso de los recursos, y colocar las responsabilidades en el mismo nivel donde se desarrolla la gestión. La instalación de una ley de derechos en salud enfrentó la oposición de los gremios, quienes quieren vincular derechos con deberes de los ciudadanos

## **7. Implantación del proceso**

El debate fue intenso durante todo el año 2001, expresándose en los frentes gremial y político, con poca participación de la sociedad civil y con amplia resonancia en los medios de comunicación que mantuvieron una posición de crítica y eventual rechazo a la reforma del sistema de salud, dándole amplia tribuna a los críticos y opositores a la propuesta gubernamental.

Los elementos centrales de lo que sería la propuesta de gobierno fueron recogidos en el mensaje presidencial del 21 de mayo, ocasión en que se inaugura el periodo ordinario de sesiones del parlamento y en el que el Presidente da cuenta de su gestión ante la ciudadanía. La discusión

giraba entre los contenidos posibles de la reforma y sobre la oportunidad de ésta, acerca de si era oportuno o no iniciar el proceso legislativo en 2001, año de elecciones parlamentarias, lo cual politizaría en extremo el debate legislativo, o si la misma circunstancia era una oportunidad para iniciar el proceso antes de las elecciones.

En agosto de 2001 se presentó el primer proyecto de reforma en el cual se consagraban los «Derechos y Deberes de las Personas en Salud», el cual generaba derechos personales independientemente del tipo de prestador, a través de normas en la relación usuario prestador; sin embargo, el proyecto no tocaba los puntos de mayor debate como eran el Plan de Salud Garantizado y el financiamiento y no llevaba urgencia para su despacho por el legislativo. Por esas razones, al menos inicialmente, no fue objeto de un debate importante y, a pesar de ser el primer proyecto presentado, aún a esta fecha no ha sido despachado por la Cámara de Diputados.

La mayor parte del contenido de este proyecto aparentemente generó consenso en los parlamentarios (derechos de información, trato digno, etcétera), salvo en el tema de «muerte digna» donde el grado de autonomía de la persona para decidir sobre hasta cuándo continuar con la asistencia médica aún genera controversias que han dilatado su aprobación. El tema de fondo –por ello se habló de «aparente consenso»– ha sido un recelo de las diferentes corrientes políticas expresadas en la comisión de salud de la Cámara de Diputados –donde predominan los parlamentarios médicos– a dar efectivamente más «poder» a las personas a través de derechos personales en salud.

En este temor ante un nuevo «poder» de las personas participan tanto, una izquierda tradicional aún anclada en modelos asistencialistas, una derecha conservadora que sólo aprecia el tema de las «libertades» en el reducido ámbito de los negocios, así como los médicos aún temerosos de un cambio en la actual asimétrica relación usuario-equipo de salud.

Sería hasta principios de 2002, con relación a un cambio de gabinete, cuando la coyuntura de un

nuevo ministro facilitó que el gobierno definiera y explicitara una propuesta concreta a la nación.

Junto a la explicitación de la propuesta, la formulación de los proyectos de ley, fueron clave dos decisiones que serían de gran importancia para la viabilidad del proceso. La primera consistió en impulsar desde el FONASA un «piloto» de lo que sería el plan garantizado. Para esto se escogieron inicialmente tres problemas de salud de alta importancia sanitaria, alto impacto social, y donde ya existieran sistemas de derivación y contra-derivación eficientes, y brechas de oferta abordables a corto plazo, que permitieran con una inversión baja y en un mínimo plazo poder comprometerse a dar universalidad plena con tiempos garantizados de atención. Todo esto con el objeto de que la opinión pública pudiera ver en forma práctica cómo operaría el sistema reformado, una vez aprobados los proyectos con un universo mucho más amplio de problemas de salud.

Fue así como el FONASA, aprovechando la experiencia desarrollada con los «programas especiales», en los cuales, como ya se explicó, se había inducido ajuste de oferta a demanda y construido redes efectivas, particularmente a nivel terciario, estuvo en condiciones de responder al desafío de cumplir con el compromiso asumido públicamente de responder en tiempos acotados a la resolución integral de «toda cardiopatía congénita operable, todo cáncer infantil, y toda insuficiencia renal crónica que requiriese diálisis». Este programa se conoció como «piloto Auge» y permitió darle rostro humano a la reforma. Fue tanto el éxito del programa y el nivel de cumplimiento que a los cuatro meses de iniciado se incluyeron otros problemas como cáncer cérvico uterino, depresión y cuidados paliativos. Un año después de iniciado el programa más de 10 mil personas, adultos y niños, antes excluidos o parte de listas de espera, ya se habían beneficiado.

La segunda iniciativa, era aceptar el reto público de que los hospitales públicos podían frenar su historia de endeudamiento –desde mediados de los años noventa los hospitales públicos entraron en una espiral creciente de endeudamiento, afectando no sólo sus sostenibilidad, sino también la credibilidad

en la capacidad gerencial del sector, debido a que se institucionalizó que, a fines de cada año, el ejecutivo no tenía más remedio que pagar las deudas lo que, además de potenciar un incentivo perverso a mayor endeudamiento, dificultaba una mayor inversión en la atención primaria.

Se efectuó un compromiso público acerca de que los hospitales disminuirían su nivel de endeudamiento sin afectar su nivel de producción –aumentando productividad– y que quienes lo hicieran de mejor manera recibirían un incentivo económico. En vez de pagar a los más endeudados, se incentivaría a quienes mayor esfuerzo hicieran. A lo anterior se sumó la exigencia de dar cuenta pública de la gestión y se dio la señal de que los directivos se evaluarían con base en dichos ámbitos. Este tema era políticamente crítico, ya que la oposición señalaba insistentemente que no debía darse mayor financiamiento a la salud mientras los hospitales se constituyeran en una suerte de «hoyo negro» o «saco roto». Estos argumentos esgrimidos constantemente a través de sus medios de comunicación afines habían sensibilizado favorablemente a la opinión pública.

Por lo tanto, junto al éxito del «piloto Auge» o «augito» como también se le ha conocido, fue vital cumplir con dicha promesa pública. Esta última también se logró, no sólo en 2002, sino también en 2003, gracias a la consistencia de las señales y el liderazgo ejercido. Está claro que apoyando ambas iniciativas estuvo también personalmente el Presidente de la República.

### **La tramitación parlamentaria de los proyectos**

Como se señalara, el primer proyecto ingresó en agosto de 2001 a la cámara baja –diputados– siendo el único proyecto que a la fecha no ha sido aún aprobado y despachado por dicha cámara. Tal como se describió, los temas pendientes, al menos formalmente, son los aspectos relacionados con la «muerte digna» y la posibilidad de «testamento vital», en los que la persona no sólo pueda rehusarse a un determinado tratamiento, sino también rehusarse a ser sometido a «ensañamiento terapéutico», pudiendo dejar por escrito su rechazo

a procedimientos que pudieran prolongar su vida, a través de procedimientos de excepción, una vez que se determina que, por esa enfermedad la persona necesariamente va a fallecer.

Los demás proyectos fueron presentados juntos a mediados del año 2002 a la Cámara de Diputados. Todos ellos fueron aprobados y despachados por ésta con votaciones altamente favorables y en un tiempo muy breve para la complejidad de las materias. Ingresaron al Senado a principios del año 2003 y actualmente están en fase muy avanzada de tramitación.

La razón de la velocidad imprimida para su aprobación en la cámara está dada por la voluntad del Presidente que así fuera, lo que implicó utilizar todos los mecanismos que el ejecutivo tiene para este objeto con relación a la modulación de los tiempos (urgencias) y a la colocación de otros proyectos por detrás de la reforma de la salud. Además, se trabajó con los parlamentarios paralelamente a las sesiones formales –que por lo demás se ampliaron en número– en sesiones informales para ir construyendo consensos, a la vez que formalmente se iban discutiendo y aprobando las materias. Esto significó el conformar equipos dedicados exclusivamente a estos objetivos, la conversación con los parlamentarios, la negociación, la preparación de indicaciones modificatorias de los proyectos y la posterior presentación a las sesiones formales de sala para su aprobación.

La razón presidencial para mantener un ritmo muy alto en la cámara radicaba en que la reforma de la salud y particularmente el «Plan Auge», que fueron la manera como la opinión pública identifica la reforma, partieron luego de su lanzamiento con una altísima aprobación popular. Pero dicho apoyo se fue mellando una vez desarrollada las huelgas y movilizaciones de los trabajadores de la salud y la campaña comunicacional en contra de la reforma, realizada por los médicos y los propios medios de comunicación afines a la oposición. Junto a ello, en 2004 se inicia un periodo electoral en Chile –municipales– por tanto era evidente que había que aprovechar el impulso inicial favorable y el espacio sin contiendas electorales en el país.

Durante la tramitación en el Senado, que le ha correspondido al actual Ministro de Salud, el ambiente ha sido distinto. Se ha percibido un genuino interés por parte de la oposición de contribuir al mejoramiento del sector público.

Por otra parte, el cambio de Ministro, implicó una mayor confianza del sector privado, que vio en ello una ratificación de que el sector privado mantendría un rol –aunque más regulado– en el sector salud chileno. Para esto último contribuyó de manera importante la postura de una comisión especial –económico social– que creara el partido Demócrata Cristiano –de fuerte presencia en el Senado– cuyo planteamiento venía a contribuir al perfeccionamiento de los proyectos –en la línea definida por el ejecutivo– dando condiciones de mayor tranquilidad para la oposición. El nuevo Ministro, había sido participante en dicha comisión.

Esta mayor confianza, también se ha traducido – hasta la fecha– en una relativa disminución de la presión comunicacional negativa.

### **El proyecto que modifica la estructura y funciones del sistema**

El proyecto sobre estructura del sistema, «modificador de la Ley 2.763», venía a cambiar substancialmente el diseño heredado por la dictadura, que estaba determinado en la Ley 2763 de 1979. Las modificaciones más importantes estaban:

En el aumento de las competencias rectoras y regulatorias del Ministerio de Salud y de sus órganos desconcentrados.

En la separación de la Subsecretaría de Salud en dos, una de Salud Pública y otra Coordinadora de las Redes Asistenciales.

En la creación de una Superintendencia de Salud, que fiscalizará por igual a los seguros privados y el público, y que también fiscalizará a los prestadores tanto públicos como privados.

En la separación de funciones entre las funciones rectoras y de prestación de servicios que estaban

integradas a nivel de los servicios de salud –28 organismos territoriales descentralizados, sucesores del ex Servicio Nacional de Salud– pasando las funciones rectoras y reguladoras fortalecidas a un representante regional del Ministro de Salud y quedando los servicios de salud con el rol de administrar redes; se conforman por ley redes prestadoras de servicios que integran los distintos niveles de atención y a prestadores estatales, municipales y privados.

En la creación de la figura de «hospital autogestionado en red», dando plena autonomía de administración a los hospitales públicos, a la vez que los mantiene coordinados a la red asistencial, y sujeta su actividad asistencial a los requerimientos sanitarios fijados por el FONASA.

El debate más importante radicó en dónde se debía radicar a la «Autoridad Sanitaria» de la región; la opinión mayoritaria en la Cámara de Diputados es que ésta debía estar radicada en un organismo diferente y autónomo respecto al gobierno regional –que es dirigido por un Intendente nombrado por el Presidente de la República– a diferencia de lo planteado por el ejecutivo. Las razones esgrimidas tenían que ver con una desconfianza sobre que la autoridad política pudiera tomar decisiones adecuadas en temas sanitarios con relación a las personas y, particularmente, con relación al medio ambiente. La visión del ejecutivo era, por el contrario, partidaria de que la autoridad política era el lugar más adecuado para dar un contexto multisectorial con visión de región a las decisiones. Dada la mayoría existente hubo que ceder y crear un organismo autónomo por cada región, que fuera la «Autoridad Sanitaria» de la región. Apenas ingresado el proyecto al Senado, los senadores por amplia mayoría revirtieron este punto a su idea original.

Facilitó la discusión, y que se aprobara rápidamente, que dentro de este proyecto se anexaran las modificaciones a los estatutos funcionarios ya señalados anteriormente. La clave fue negociar un «bono de fin de conflicto» que se ligó a la aprobación del proyecto completo. Esto implicó que los trabajadores en lo público estuvieran en contra de todos los proyectos de la

reforma, pero que en lo privado hicieran *lobby* por la tramitación urgente de este proyecto.

Este proyecto es el primero en ser Ley de la República, al ser aprobado totalmente por ambas cámaras en enero de 2004.

### **El proyecto que crea un plan de régimen de garantías en salud**

Este proyecto, conocido popularmente como «Proyecto Auge», creaba un cuerpo de prestaciones para solucionar problemas de salud que fueran priorizados con niveles de garantía en términos de calidad, oportunidad, accesibilidad y protección financiera, exigibles por ley por todo ciudadano chileno, independientemente de si estaba en ISAPRE o en FONASA.

Crea un Consejo con la responsabilidad de cada tres años colaborar al Ministerio de salud en redefinir dichas prioridades y garantías exigibles dependiendo de las necesidades de salud de la población y de los recursos existentes. Un decreto de Hacienda y Salud cada tres años formalizaría dichas modificaciones; generaba la obligación de otorgar dichas garantías por parte de las ISAPRES y del FONASA a todos sus afiliados por toda la vida, sin cambiar el precio del paquete de servicios asociado a dichas garantías con relación al riesgo de cada individuo; generaba la obligación de colectivizar el riesgo en las ISAPRES –al igual como siempre fue en el FONASA.

Crea un sistema de compensación entre el ISAPRES y el FONASA. El funcionamiento se basaba en que las garantías en salud tendrían un costo promedio –«una prima universal»– y que todos los afiliados a las ISAPRES y al FONASA tendrían que aportar el equivalente a dicha «prima» a un «fondo solidario» que se crea para tal efecto; con base en el riesgo de las personas de cada ISAPRE y del FONASA se hacen los ajustes compensatorios correspondientes. Esto implica que mientras el FONASA continúe teniendo a las personas de más riesgo –mujeres y personas de tercera edad– recibirá dinero desde las ISAPRES.

Se generaba la obligación del Estado de aportar al FONASA el equivalente a la «prima universal» por cada persona carente de recursos; obligaba a cotizar a aquellos independientes que Impuestos Internos identificaba como con recursos suficientes.

Genera cambios en la Superintendencia de ISAPRES con el objeto de que pudiera fiscalizar el cumplimiento de las garantías tanto en las ISAPRES como en el FONASA –Superintendencia de Salud– con igualdad de normas; y redestinaba el subsidio que el Estado paga a las mujeres embarazadas que cotizan en la seguridad social, focalizándolas en aquellas de menores recursos y redestinando el excedente al Plan de Salud.

Los puntos más discutidos fueron sobre cómo definir las garantías en salud –el paquete garantizado– modificándose la composición del consejo y discutiéndose largamente sobre si podía haber distintos niveles de garantías, dicho de otro modo, que si pudiera haber «garantías duras» –exigibles por ley, y otras «blandas» que sólo se dieran en la medida de las disponibilidades de la oferta, con limitaciones máximas en los tiempos de espera. Lo más resistido fue que hubiera una línea tajante, lo que daba cuenta de la dificultad para el mundo político de entender la necesidad de transparentar la forma en la que el sector privado y el público racionan habitualmente. Este debate se prolongó hacia el Senado y actualmente gira en torno a: (i) identificar un cuerpo dinámico de garantías máximas –con relación a las prioridades sanitarias– en conjunto con un cuerpo de garantías menores con relación al resto de prestaciones, (ii) a la gradualidad en que estas garantías podrán ser exigidas por los usuarios, tanto del sector privado como público. El tema de la gradualidad ha sido el centro del debate en el último tiempo, dado a que se han constatado las dificultades de la oferta pública para enfrentar las garantías planteadas (muchas de éstas han quedado al descubierto al implementarse el plan piloto. Dificultades que sin duda eran mayores a las estimadas inicialmente), y también del sector privado para efectuar la transición. Al parecer dicho aspecto se resolverá a través de un artículo

transitorio que fijará los tiempos de instalación, por cierto gradual, de las garantías en salud.

No sólo se discutió sobre el aspecto «cuantitativo» –cuánto está en el Plan– sino sobre el «cualitativo» –qué está en el Plan– si problemas de salud de resolución integral o grupos o canastas de prestaciones. En este punto quienes estaban más cercanos a los prestadores y aseguradoras privadas tendían a preferir los paquetes de prestaciones –días cama, cuidados intensivos, etcétera– haciendo el corte con relación a los copagos –o pagos complementarios de bolsillo–, ya que esta lógica les era más sencilla de implantar debido a como se habían ido construyendo los planes de salud de las ISAPRES y los convenios y mecanismos de pago con sus prestadores. Claramente la posición del ejecutivo buscaba ligar la priorización no a producción curativa, sino a la solución integral –desde la prevención– de los problemas de salud más prioritarios. Allí se generó un debate muy interesante del paradigma de la industria de la salud con uno, podríamos decirlo, más de la «salud pública», prevaleciendo afortunadamente este último.

La fiscalización de las garantías generó un fuerte debate. Un grupo significativo de parlamentarios de la coalición veía con temor que hubiera un sólo ente fiscalizador –Superintendencia de Salud– para todos los seguros –privados y público– y preferían que hubiera dos, lo que era consistente con su deseo de que persistiera el modelo dual debido a que no tenían fuerza política para imponer un modelo de seguro único estatal. La existencia de un solo ente fiscalizador consolidaba la existencia de seguros privados junto al seguro público. La discusión fortaleció el concepto de que no podía haber normas distintas o criterios distintos puesto que las garantías eran iguales para todos. Fue así como la Cámara de Diputados recibió un proyecto con dos Intendencias fiscalizadoras y aprobó el proyecto con una «Superintendencia de Salud». El debate en el Senado fue aún más allá al anexas a dicha Superintendencia de Salud no sólo la función de fiscalizar el cumplimiento de las garantías en las ISAPRES y el FONASA, sino también la de acreditar y fiscalizar la calidad de los prestadores públicos y privados. Esta última

función primitivamente estaba radicada en la Autoridad Sanitaria regional; los senadores estimaron que mejor estuvieran todas las competencias radicadas en un solo cuerpo fiscalizador. Así mismo, todos estos tópicos sobre marco regulatorio fueron aprobados, tal como se señalara, incorporados al proyecto de «Autoridad Sanitaria».

El fondo de compensación ha generado también un largo debate, ya que parlamentarios de izquierda y la denominada «bancada médica» estimaban que sólo podría haber compensación desde las ISAPRES hacia el FONASA y jamás – así lo estipularía la ley– hacia el contrario en el caso de que las ISAPRES hipotéticamente concentraran a la población con más riesgo de enfermar. En el Senado se vuelve al concepto original, cuidándose en no entrar en la cuestión de la «portabilidad del subsidio», siguiendo entonces aquellos con menores recursos, y que reciben subsidios del Estado, «cautivos» del seguro público. Aún así, las ISAPRES han efectuado un fuerte *lobby* para impedir que el Senado apruebe esta materia, ya que en una visión de muy corto plazo, dado a que las ISAPRES concentran a la población de menor riesgo, ellos vislumbran un traspaso de recursos desde las ISAPRES al FONASA, y una eventual disminución de sus millonarias ganancias, hasta que las carteras se equilibren con relación al riesgo y se disminuya el actual efecto de «reaseguro» que el sistema público efectúa al privado.

La modificación del subsidio maternal, que en Chile está muy mal focalizado –una ley del gobierno militar obligaba al Estado a subsidiar a todas las madres manteniéndoles el salario durante los periodos prenatal y postnatal– lo que se traducía que 80% de los recursos fueran a 20% de las madres trabajadoras, aquellas de mayores recursos afiliadas a las ISAPRES, fue un tema muy resistido por partidos de oposición y por el partido mayoritario de la coalición –el Demócrata Cristiano– que decían defender a las madres de «clase media». Por una cuestión fortuita de procedimiento, el tema en cuestión fue llevado a votación a la sala plena, y porque los parlamentarios demócratacristianos no quisieron

verse públicamente votando junto a la derecha, explica que votaran favorablemente aprobándose el proyecto completo. En el Senado la correlación es distinta y este único punto no tuvo destino por el momento.

### **El proyecto que modifica a las ISAPRES**

Este proyecto básicamente buscaba dar más competencias regulatorias a la Superintendencia y hacer más transparente el mercado de las ISAPRES dentro del contexto de las demás leyes. Sin duda, para hacer coherente a todos los proyectos era clave modificar las reglas del juego en las que se movían dichas instituciones, con el objeto de generar un diseño compatible con un modelo de administradores privados de seguridad social que colectivizaran riesgo, que no discriminaran a las personas, ni modificaran unilateralmente los contratos, y que efectivamente pudieran dar un plan garantizado común.

Este proyecto generó mucha cohesión dentro de los parlamentarios de la coalición de gobierno, que querían más y más exigencias –colocárselas «duras»– *versus* los parlamentarios de oposición que querían las menos reglas posibles. A este debate colaboró significativamente la pésima opinión que la ciudadanía tiene de las ISAPRES, y que muchas de las sesiones de la comisión especializada de la cámara fueran televisadas. Esto permitió que saliera de la Cámara un proyecto bien balanceado. Ingresando este proyecto al Senado, una ISAPRE cayó en insolvencia, situación para la cual hoy la legislación no tiene previsto nada que proteja realmente al afiliado de dicha ISAPRE; ante esto se tomó la decisión de partir el proyecto de ley en una «ley corta», que guardaba relación con los aspectos más urgentes, y otra para el resto del articulado. La «ley corta» fue tramitada por separado y ya fue aprobada por ambas cámaras.

### **El proyecto de financiamiento**

Este proyecto contemplaba inicialmente una mezcla de reasignaciones dentro del propio gasto gubernamental hacia salud, más ajustes impositivos al tabaco, los alcoholes, el diesel y los

juegos de azar. Como se explicó, se produjo un fuerte debate a través de los medios de comunicación, impulsado por los dueños de las empresas involucradas, junto a un fuerte *lobby* a los parlamentarios. En Chile existe una relación no totalmente transparente entre política y negocios –recién se aprobó una ley que da financiamiento público a las campañas políticas lo que se espera mejore este aspecto– por lo que los parlamentarios pueden ser sensibles a las presiones de quienes han contribuido a sus campañas. Lo concreto es que los parlamentarios de oposición sumaron votos de algunos parlamentarios de la coalición de gobierno, haciendo inviable la propuesta original. La única forma de obtener consenso a nivel parlamentario fue a través de subir un punto el impuesto al valor agregado. Sin duda la elevación del IVA es mucho más impopular y regresiva que la fórmula anterior, pero la posición de los parlamentarios no dejó opción que permitiera financiar la reforma a la salud.

### **Referencias**

1. Jiménez J. Política y organizaciones de salud en Chile. Reflexiones históricas. ARS MEDICA, Revista de Estudios Humanísticos; 2001 3(5):53-64.
2. Illanes MA. En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia social de la salud pública. Santiago de Chile: Editorial La Unión; 1993.
3. Cruz-Coker R. Los profesores de la escuela de medicina y la historia política nacional. Rev Med Chile ;1983;11:380-387.
4. Cruz-Coke E. Medicina preventiva y medicina dirigida. Santiago de Chile: Editorial Nacimiento; 1938.
5. Jiménez J. Evolución y reforma del sistema de salud en Chile. CPU Documento de trabajo No. 31/94, septiembre; 1994.
6. Sánchez H, Zuleta G. La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud. Washington, DC: BID; 2000.
7. Jiménez J. La salud pública en Chile. Revista Vida Médica; 1985:3681).
8. Colegio Médico de Chile. Municipalización, buscando la verdad. Revista Vida Médica;1983; 34(2).
9. González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la factibilidad política de la reforma en salud: un

- análisis comparativo de Chile, Colombia y México. Banco Mundial; 2000.
10. Jiménez J. Chile: sistema de salud en transición a la democracia. Santiago: Editorial Athena; 1991.
  11. Ministerio de Salud. Informe de evaluación proyecto MINSAL. Banco Mundial: una contribución al fortalecimiento del sector salud chileno». Santiago: Ministerio de Salud; 1999.
  12. Artaza O. Estructura y recursos humanos en un hospital público chileno: una experiencia de cambio. Rev Panam Salud Pública ;1997;2(5):342.
  13. Musgrove P. Lancet ;2003;361:1817-1820.

## VI. COLOMBIA

### 1. Rese a histÓrica del país

Colombia comienza su vida independiente ya endeudada, gracias a los préstamos adelantados por Inglaterra para ayudar al bando independentista, y la deuda externa seguirá siendo parte de su realidad económica hasta el día de hoy. Aparte de esto, la guerra dejó a la economía en tal estado de devastación que, por ejemplo, el comercio de exportación no alcanzará niveles semejantes a los de los últimos años del periodo colonial hasta 1850.

Y, desafortunadamente, la guerra de independencia no fue la última que se libró en el territorio nacional:

Entre 1839 y 1841 tiene lugar la guerra de los Supremos, que se inició cuando el gobierno decidió expropiar las propiedades de cuatro conventos con menos de ocho miembros. Los latifundistas y el clero temían que futuras medidas del gobierno afectaran sus propiedades. En este caso, ganó el gobierno central. En 1860, de nuevo el país se encontró en guerra civil cuando varios estados gobernados por liberales se rebelaron contra el gobierno central, en ese momento presidido por el conservador Ospina, cuando éste expidió varias leyes que permitían la intervención del gobierno central en los estados. En este caso perdió el gobierno central. En 1876, de nuevo varios estados se levantan para derrocar al gobierno, al que se le acusaba de fraude electoral. En este caso ganó el gobierno central. En 1885, el triunfo de Rafael Núñez, un liberal de ideas muy conservadoras, en las elecciones de 1884 y la derrota del candidato liberal radical Salomón Wilches condujo a sus seguidores a promover una revolución armada, en la que participaron todos los estados en contra del gobierno central. En este caso ganó el estado central. Finalmente, el siglo termina con la Guerra de los Mil Días. La principal causa de esta guerra parece haber sido la reacción liberal contra el monopolio conservador del poder y la imposibilidad de alcanzarlo por la vía pacífica.<sup>1</sup>

Todas estas guerras dejaron devastación y ruina, muchos campesinos muertos, y al Estado en una situación fiscal lamentable. Esto nos explica en

parte porqué el gobierno será incapaz de librarse de la deuda externa, cuyos intereses en años de no pago se capitalizaban, y por tanto crecía como un monstruo insaciable.

A las circunstancias anteriores, debemos agregar el hecho de que Colombia fracasó en este siglo como país exportador. Lo cual es bastante grave si tenemos en cuenta que los políticos y economistas liberales de la época contaban con un desarrollo guiado por las exportaciones. Primero, las exportaciones de tabaco perdieron ante la competencia de las plantaciones de Indonesia, lo que puede explicarse por la baja productividad de la hacienda y los altos costos de transporte interno del país. Luego, las exportaciones de quina fueron reemplazadas por exportaciones más baratas del Ecuador, y finalmente, las exportaciones de añil, planta de la que se obtenía el color azul, desaparecerán con la invención de las anilinas, o tintes químicos en Alemania, al mismo tiempo que desaparecen las exportaciones de plantas tintóreas en todo el mundo, por la misma razón.<sup>2</sup> En 1913, como consecuencia de todo lo anterior, el valor de las exportaciones per cápita de Colombia era uno de los más bajos de América Latina.

Y mientras las exportaciones fracasaban, las importaciones prosperaban, puesto que el país no logró industrializarse en el siglo XIX, como sí lo lograrán, por ejemplo, los Estados Unidos de América y el Japón.

Lo anterior se entiende aún mejor si tenemos en cuenta que la estructura económica colombiana en el siglo XIX dificultaba la industrialización al tiempo que favorecía las importaciones. Con sólo 6% de la población viviendo en las ciudades para 1870, la principal actividad económica era por tanto la agricultura. Sin embargo, a diferencia de la situación en Estados Unidos de América, donde prosperó la finca mediana familiar independiente, gracias principalmente a la Homestead Act, en Colombia en el siglo XIX lo que prosperó fue la hacienda o latifundio. La subasta al mejor postor de tierras baldías y desamortizadas, por parte de un Estado con dificultades financieras, empeoró

la situación heredada de la época colonial. Esta diversa estructura de la propiedad de la tierra condujo a resultados muy diversos para ambos países. En Estados Unidos de América, el sector primario contribuyó con capital a otros sectores de la economía mediante las vías de pago de impuestos y ahorro. Asimismo, los granjeros fueron un importante mercado para la industria naciente angloamericana, que entre otros productos abasteció a estos granjeros independientes con maquinaria agrícola, lo que elevó la productividad de la agricultura en dicho país. El incentivo para usar maquinaria provenía de la misma estructura de la tierra, puesto que al haber multitud de propietarios peleando por la fuerza laboral disponible se elevaron los precios de los salarios en el campo, y los granjeros buscaban medios por lo tanto para reemplazar a la costosa mano de obra. Finalmente, una economía en la que priman los salarios altos significa una economía con una demanda dinámica para los productos que comenzaba a ofrecer la industria.

En Colombia, por el contrario, la pelea por la mano de obra disponible, también limitada, se resolvió de manera muy diversa. Las élites regionales recurrieron al acaparamiento de tierras para obligar a los campesinos a trabajar para ellos, puesto que se les cerraba la posibilidad de trabajar en una parcela propia.<sup>3</sup> Este monopolio de la tierra en una zona posibilitaba al terrateniente respectivo a imponer las condiciones, que generalmente se traducían en que el campesino pagaba el derecho a cultivar una pequeña parcela de propiedad del terrateniente a cambio del pago de parte de su cosecha, y muchas veces también de la obligación de trabajar en otras tierras del terrateniente. Este sistema que se conoce en Colombia como *aparcería*, resultó en que los campesinos no manejaran dinero en absoluto. Por lo tanto, ni ahorraban ni pagaban impuestos, con lo que no se cumplió que la agricultura pasara capital a otros sectores de la economía por esos medios. Al no manejar dinero, igualmente, era imposible que los campesinos representaran un mercado para una industria naciente que, por lo tanto, sólo podía contar con la demanda de las pequeñas ciudades. Los terratenientes, por otra parte, tenían tal poder político que esto resultó en que no pagaran

impuestos. Como vemos, la diferencia entre un mercado interno dinámico y uno deprimido resultó en la rápida industrialización de los Estados Unidos de América, por un lado, y el mantenimiento de una economía pre-industrial en Colombia, por el otro.

En conclusión, el siglo XIX fue un siglo perdido para Colombia por cuanto no logró comenzar su industrialización ni unificar su mercado nacional, y tendrá que esperar hasta el siglo XX para lograrlo.

Ahora bien, la situación de Colombia como país exportador mejora en la primera mitad del siglo XX al tener gran éxito las exportaciones de café. Los ingresos por las ventas de café llegan, tanto a hacendados como a muchos pequeños campesinos de una zona de colonización reciente, así como a quienes trabajaban en el beneficio del grano, comerciantes y transportadores. Como resultado, las ciudades crecen y se construyen más vías de comunicación. La industria despegó, especialmente en el sector de alimentos y textiles, y el gobierno colombiano mejora su capacidad de endeudamiento. Esto último resultó un beneficio dudoso puesto que se abusó de él en la década de los veinte, década en la que se incrementaron las obras públicas, y en la que todos los dineros que entraron a la economía generaron una etapa de prosperidad que fue llamada «la danza de los millones» o «la prosperidad al debe».<sup>4</sup>

Lamentablemente esta etapa de prosperidad habría de ser de corta duración porque tiene lugar la crisis de 1929, en la que dejan de llegar capitales y caen las ventas y el precio del café, y el país termina más endeudado que nunca.

La dramática caída de las reservas internacionales resultado de la crisis dio lugar a una severa contracción monetaria y fiscal. Al adquirir las reservas del Banco de la República para los pagos al exterior, el público se veía obligado a utilizar parte de sus medios de pago domésticos. Por otro lado, el patrón oro implicaba que el Banco de la República no podía emitir sin reservas de oro que respaldaran dicha emisión, y dichas reservas estaban disminuyendo. Los medios de pago se redujeron así en 49% entre fines de 1928 y fines de 1931. La contracción fiscal también fue severa.

El gobierno tuvo que enfrentar simultáneamente la interrupción de los flujos de capital, la reducción de los impuestos a las importaciones y los mayores pagos por la deuda externa adquirida durante los años de bonanza. El resultado de la contracción monetaria y fiscal fue una recesión severa.<sup>5</sup>

La necesidad de afrontar esta difícil situación llevará aquí y en el resto del mundo al surgimiento del intervencionismo moderno. Si bien la intervención del Estado en la economía no nació súbitamente en los años 30, antes de la crisis mundial las esferas de acción del gobierno estaban circunscritas a unos pocos frentes y, ante todo, no existía la concepción del Estado como el gran regulador de la vida económica.

El gobierno intervino en varios frentes en esta década:

En el aspecto monetario, Colombia trató de mantenerse en el patrón oro hasta cuatro días después de que Gran Bretaña renunciara a él, el 21 de septiembre de 1931, y para entonces sus reservas internacionales se habían reducido en 65%. El pánico financiero que generó la decisión de abandonar el patrón oro obligó al gobierno a establecer un control de cambios. De esta manera, por un lado, se controlaba el valor del peso respecto a otras monedas y, por el otro, se limitaban las importaciones. Una vez que el gobierno entró a controlar directamente las operaciones de divisas se podía solucionar la escasez de medios de pago en el mercado interno sin que esto afectara la balanza externa. La emisión que se realizó, sin embargo, no fue un traspaso libre de dinero al gobierno, sino que se realizó en forma de créditos del Banco de la República a éste, los que se ampliaron rápidamente mediante el expediente de adelantar los ingresos del monopolio de la sal, cuya administración quedó así en manos del emisor. La política de crédito privado también se hizo muy activa. En 1931 y 1932 se crearon tres entidades: La Caja Agraria, el Banco Central Hipotecario y la Corporación Colombiana de Crédito. La primera fue constituida para fomentar el crédito agrícola, en tanto que las dos últimas se instituyeron para ayudar a sanear la cartera de los bancos privados.

En el frente externo, el gobierno primero reforzó los aranceles y luego se vio obligado a devaluar el peso (de \$1 bajó a \$1,75 en 1935).<sup>5</sup>

La política económica adoptada logró reactivar la economía y mantener ritmos de crecimiento satisfactorios entre 1932 y 1934. Sin embargo, la conjunción de la reactivación cafetera con la devaluación disparó en 1934 la inflación hasta niveles cercanos a 40%.

En este contexto se realiza la reforma tributaria de 1935. Esta reforma era, por una parte, un elemento de una ambiciosa reforma social emprendida por el gobierno de López Pumarejo, que incluía la reforma agraria (la que no llegó a aplicarse) y el fortalecimiento del sindicalismo. Mediante la reforma tributaria se buscaba una estructura de ingresos públicos más equitativa y satisfacía la vieja aspiración liberal de gravar directamente las rentas de mayores ingresos. Por otra parte, la reforma hacía parte de un paquete de estabilización monetaria y fiscal relativamente conservador, que reducía el gasto público y las emisiones del Banco de la República y estabilizaba la tasa de cambio.

La Ley 78 de 1935 fortaleció el impuesto a la renta, creado en 1918 (cuando se establecieron tarifas de 1% a las rentas del trabajo y 3% a las del capital), y aumentó su progresividad (equidad), estipulando una tasa máxima de 17%; por otra, creó los impuestos complementarios de patrimonio y exceso de utilidades.

El impacto de esta reforma y de las que acrecentaron el impuesto a la renta durante la Segunda Guerra Mundial sobre la estructura tributaria del país fue impresionante. Las aduanas pasaron de 75% a menos de 25% de los impuestos recibidos por el gobierno central, mientras que el impuesto a la renta elevó su participación de 4 a más de 30%.

Por otro lado, el ascenso de los liberales al poder en 1930 llevó a un cambio radical en la política hacia el movimiento obrero:

La Ley 83 de 1931 reconoció por primera vez en Colombia el derecho de sindicalización. El número de trabajadores sindicalizados aumentó de 42.678 en

1935 a 165.595 en 1947. Aunque la filiación sindical se cuadruplicó durante estos años, en 1947 apenas representaba 4,7% de la fuerza laboral del país.

La ampliación del sindicalismo coincidió con la creación de numerosas prestaciones sociales para los trabajadores. Ya durante el gobierno conservador se habían creado ciertos derechos de jubilación para los empleados públicos (1905, 1907 y 1913), dictado las primeras normas sobre accidentes de trabajo (1915) y seguro de vida obligatorio a cargo de las empresas (1921 y 1922), establecido el auxilio de enfermedad para los empleados oficiales (1923) y el descanso dominical para todos los trabajadores (1926) – este último sin derecho a remuneración pero con una indemnización equivalente a dos salarios en caso de que se trabajara – y consagrado las primeras normas de protección al trabajo infantil (1929). Además, en 1923 se había creado la Oficina General del Trabajo dentro del Ministerio de Industrias y dos años después se habían dictado las primeras normas que exigían reglamentos de trabajo e higiene en las empresas con más de 15 trabajadores. La legislación laboral del país a fines del período de la hegemonía conservadora andaba a la zaga, sin embargo, no sólo de los países desarrollados sino también de muchos latinoamericanos. Las normas dictadas hasta entonces eran, además, limitadas en su alcance. Los gobiernos liberales no sólo ampliaron considerablemente su cobertura sino que decretaron medidas adicionales de protección al trabajador.

Entre las normas cuya cobertura se extendió considerablemente, conviene mencionar el derecho de jubilación para los empleados públicos, ampliado en numerosas leyes, en especial la 165 de 1938; las medidas de protección a la infancia, mejoradas en 1930 y 1944; el auxilio por enfermedad, que cobijó en 1930 a los obreros oficiales, en 1934 a los empleados particulares y en 1944 a los obreros del sector privado; y, finalmente, las normas sobre accidentes de trabajo y seguro de vida, ampliadas considerablemente desde 1931 para cubrir a los trabajadores contratados por conducto de intermediarios y para eliminar ciertas cláusulas que limitaban la responsabilidad de los patronos. Entre las nuevas normas dictadas por el gobierno liberal, conviene destacar la jornada de ocho horas (nueve en el

campo), decretada en 1934; las medidas de protección a la maternidad de 1938; el derecho de vacaciones remuneradas, primero para los trabajadores del sector oficial en 1931, y posteriormente para los empleados (1934) y obreros particulares (1944); finalmente, el derecho al descanso dominical remunerado, creado en 1944, y el auxilio de cesantía.

Este último, que había sido constituido en 1934 para los empleados del sector privado como una indemnización por despido injusto, fue generalizado en 1945 para todos los trabajadores, y se determinó además al año siguiente que sería pagado al retiro del operario y que podía ser utilizado anticipadamente por el trabajador para adquirir vivienda.

Fuera de las normas anteriores, conviene mencionar la reorganización de la Oficina Nacional del Trabajo en 1936, a la que se dotó de instrumentos de inspección y vigilancia, y que dos años más tarde se convirtió en el Ministerio del ramo; la creación de la carrera administrativa en 1938 y de la Caja Nacional de Previsión en 1944, y la autorización simultánea al gobierno para dictar normas sobre salarios mínimos. El último gobierno liberal propuso, además, la fundación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, pero su aprobación legislativa sólo llegaría unos cuantos años más tarde.<sup>5</sup>

En otro frente es necesario resaltar la fundación del Instituto de Fomento Industrial (IFI), en 1940. Éste iba claramente más allá del objetivo de canalizar recursos de crédito, ya que se diseñó con la capacidad de aportar capital de riesgo en empresas recientes y de investigar las posibilidades de nuevas industrias en el país.

Hemos llegado en este recuento de la historia económica de Colombia al período de la Segunda Guerra Mundial.

Ya en 1940 la crisis del precio del café había llevado a que el gobierno utilizara un nuevo procedimiento de intervención: el control directo de las importaciones. Además, se instauró un depósito previo a las compras externas como mecanismo para elevar temporalmente su costo.

En 1942, a raíz de la entrada de los Estados Unidos de América en el conflicto bélico mundial, disminuye notablemente el volumen de las importaciones. En los dos años siguientes, las reservas internacionales del país se quintuplicaron y los medios de pago doméstico se elevaron a ritmos anuales superiores a 30%, tanto en 1942 como en los años siguientes. Esta expansión se dio simultáneamente con la escasez de ciertos insumos esenciales, generando una creciente inflación doméstica. Finalmente, la caída de las importaciones afectó profundamente la renta de aduanas y produjo un nuevo desajuste fiscal.<sup>5</sup>

En tal ambiente de inflación, recesión y crisis fiscal, el gobierno puso en práctica lo que Robert Triffin denominó en la época «el sistema más completo y más equilibrado que hasta la fecha se haya ideado contra la inflación en América Latina».

Durante la segunda administración de López Pumarejo, el plan incluía una elevación de 35% en las tarifas del impuesto a la renta y un «ahorro forzoso» en Bonos de Defensa Económica Nacional.

A comienzos de 1943 se aprobó un plan económico más amplio, dirigido a controlar la entrada de divisas, la expansión de los medios de pago y la inflación. En el primer frente se controlaron las entradas de capital, se autorizaron depósitos en moneda extranjera y se eliminaron algunos sobrecostos a las importaciones, entre otras medidas. En el frente monetario, se elevó por primera vez el encaje de los bancos comerciales, se obligó a las empresas y a los particulares a invertir en títulos del Banco de la República 20% de sus utilidades líquidas y 50% de los fondos de depreciación, y se estableció un depósito previo para giros de importación. Es interesante anotar que a diferencia de los depósitos previos adoptados desde 1937, este último tenía un objetivo de control monetario y no de reducción de la demanda de importaciones; en la posguerra, los depósitos se utilizarán alternativamente para uno u otro propósito. Finalmente, con el fin de amortiguar la elevación del costo de vida, se adoptó por primera vez el control de precios.<sup>5</sup>

Los años críticos del plan de estabilización fueron 1942 y 1943. A partir de 1944 mejoró el abastecimiento de insumos importados y se desaceleró la acumulación de reservas. El ahorro forzoso dejó de ser efectivo en 1945 y, más aún, presagiando una historia que sería común en los años siguientes, el control de importaciones retornó en este mismo año.

Tanto en la crisis de 1929 como en la Segunda Guerra Mundial, los términos de venta del café cayeron considerablemente, pero siempre se juzgó que esto era resultado de la coyuntura del momento, y que luego dichos términos se recuperarían. Si bien esto es cierto, no permitió que los políticos notaran que la tendencia a largo plazo de las exportaciones de productos agrícolas, y especialmente alimentos, no era tan favorable.

Varias razones explican esto. Primero, la población en los países industrializados durante el siglo XX tuvo bajas tasas de crecimiento, mientras que lo contrario sucedió en los países en desarrollo, exportadores de productos agrícolas y mineros principal o únicamente. Por lo que hay un mayor número de personas produciendo productos agrícolas y esperando venderlos a un número relativamente mucho menor que habita en los países ricos. Segundo, la ley de Engel explica que el consumo de alimentos es inelástico en relación con el ingreso. Esto quiere decir que Bill Gates, por poner un ejemplo, no aumentó su consumo de alimentos en la misma proporción en que creció su fortuna, y probablemente no toma más café hoy del que tomaba antes de ser millonario. Por tanto, las ventas de alimentos tienen un tope natural, a diferencia de las ventas de productos manufacturados cuyo consumo aumenta con el ingreso. Por lo que los países productores de manufacturas se han beneficiado más del enriquecimiento de los países que producen productos agrícolas que éstos del enriquecimiento de los primeros. En tercer lugar, los países desarrollados no han abandonado la agricultura sino que, al considerar la producción de alimentos como un recurso estratégico, la han subsidiado y se han convertido en importantes exportadores de los mismos, presionando los precios internacionales a la baja aún más.<sup>6</sup>

Lo que sí advirtieron los políticos y economistas latinoamericanos de mediados del siglo XX, fue que el modelo de desarrollo guiado por las exportaciones de productos agrícolas exponía a los países de América Latina a sufrir mucho cuando la coyuntura internacional era desfavorable, como había sucedido durante las dos Guerras Mundiales y la crisis de 1929.

En estos años, sin embargo, la dificultad para obtener productos importados llevó a una industrialización por sustitución de importaciones natural y a una economía más orientada hacia el mercado interno. En la posguerra, una política que permitiera continuar la Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI) fue vista como la única alternativa viable de desarrollo. Tal evolución hizo parte de un proceso que tuvo lugar en toda Latinoamérica y que se concretó en una concepción de desarrollo formulada a fines de los años 40 y en la década de los 50 por la Comisión Económica para América Latina de las Naciones Unidas, CEPAL, con Raúl Prebisch como su principal exponente.

La estrategia tenía como eje central la sustitución progresiva de las importaciones, en su mayoría de bienes industriales. No obstante, era también compatible con la sustitución de bienes agrícolas (el algodón fue un caso destacado en Colombia). Más aún, la estrategia no chocaba con un esfuerzo particular por impulsar nuevas exportaciones agrícolas o industriales, ya que éstas suministraban las divisas para adquirir bienes de capital e intermedios con el fin de alimentar el proceso de industrialización. Por ello no es sorprendente que el comienzo de la modernización agrícola haya coincidido con el despegue definitivo de la industria en la posguerra y que muchos de los instrumentos diseñados para fomentar la actividad manufacturera hayan favorecido también al sector rural.<sup>7</sup>

Los elementos más destacados de la estrategia de desarrollo durante esta fase fueron la canalización de mayores recursos de crédito hacia la industria, las inversiones directas del Estado en el mismo sector y el creciente proteccionismo. Como resultado de esta política:

Entre 1945 y 1975, la producción de la industria manufacturera colombiana se multiplicó por siete, creciendo a un ritmo anual promedio de 7,3%. Entre estos años, el empleo fabril creció de 135.400 a 447.900 trabajadores, a un ritmo anual de 4,2%.

Asimismo, entre 1945 y 1986 el PIB de Colombia se multiplicó por siete. La tasa de crecimiento correspondiente (4,8% anual) dista de ser espectacular pero es sin duda la más alta que haya registrado la economía colombiana en su historia. La población experimentó un crecimiento también rápido, de 2,5% anual, que le permitió multiplicarse por 2,8 durante esos años. El resultado neto del crecimiento económico y demográfico fue un aumento en la producción por habitante de 2,2% anual, es decir, 150% anual en estas décadas.

Este crecimiento hizo parte de la bonanza más espectacular que haya experimentado la economía mundial en su historia. Sin embargo, el crecimiento del producto por habitante en Colombia fue apenas similar al del conjunto de América Latina y de los países en desarrollo e inferior al que experimentaron las economías más avanzadas. De esta manera, la distancia que separaba a Colombia y a los países en desarrollo de las economías industrializadas, lejos de estrecharse durante estos 40 años, tendió más bien a ampliarse.

El crecimiento económico se vio acompañado de un cambio estructural de grandes proporciones: En términos de la composición de la actividad económica, el aspecto más notorio fue la fuerte reducción de la participación del sector agropecuario en la economía. Todavía en 1945-1949 dicho sector representaba más de 40% de la actividad económica del país; a comienzos de los años 80, su participación se había reducido a menos de 23%. Entretanto aumentaban su participación la industria manufacturera, pero también los sectores de transporte, financiero, comunicaciones y servicios públicos modernos. En conjunto, éstos pasaron de representar 23% de la actividad económica en la segunda mitad de los años cuarenta, a cerca de 40% a comienzos de la década de los 80.<sup>7</sup>

Tal proceso permitió la acumulación de capital privado y social más importante de la historia del país. En el frente privado, los aspectos más notorios fueron la construcción de grandes fábricas modernas y empresas agroindustriales, de un cuantioso parque automotor y de un enorme acervo de edificaciones y oficinas en las ciudades. No menos importante fue el aumento en los niveles de educación y en las capacidades técnicas de la fuerza de trabajo. En el frente colectivo, lo más importante fue la consolidación de una infraestructura de transportes y servicios públicos modernos.<sup>7</sup>

La acelerada urbanización fue un fenómeno notable. En efecto, la población que habitaba en las cabeceras municipales pasó de 31 a 67% en 1985. El proceso de movilización de la población hacia las ciudades fue traumático. La violencia ha sido una de las grandes causas de expulsión de la población de las zonas rurales. Las ciudades, a su vez, carecieron en todos los momentos de las facilidades necesarias para albergar a los nuevos habitantes. De esta manera se desarrollaron los grandes cinturones de miseria que todavía dominan el panorama urbano del país.<sup>8</sup>

En la posguerra, las formas de intervención estatal se multiplicaron, con la más extendida infraestructura de transportes, la concentración en manos del Estado de los servicios públicos modernos, la política de fomento industrial y agrario, la injerencia del Estado en el sector petrolero y minero, la consolidación de la política intervencionista en el sector financiero, el desarrollo en gran escala de programas de vivienda popular y la ampliación de los servicios sociales a cargo del Estado.

La expansión de las actividades sociales estuvo acompañada por un crecimiento significativo en el tamaño del sector público. El elemento más destacado fue la creación de un sinnúmero de establecimientos públicos descentralizados y empresas comerciales e industriales que entraron a ejercer las múltiples funciones que se le asignaron al Estado.

Reformas importantes que tuvieron lugar en este período fueron la introducción de la devaluación

gradual en 1967; la creación del «situado fiscal» en 1968, que la Ley 46 de 1971 destinó a los servicios de educación primaria y salud; la configuración de un Código Sustantivo del Trabajo, a partir 1950; la creación del Servicio Nacional de Aprendizaje en 1957; el establecimiento en el Instituto de Seguros Sociales (ISS) del seguro de invalidez, vejez y muerte, además de los de enfermedad general y maternidad, y el de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; y la creación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Por último es importante resaltar el comienzo de la planeación económica, con la creación en 1958 del Departamento Administrativo de Planeación y Servicios Técnicos, respondiendo a los compromisos firmados en la Carta de Punta del Este, dentro del marco de la Alianza para el Progreso, y, posteriormente, la creación del Consejo Nacional de Política Económica y Nacional, Conpes.<sup>7</sup>

Fuera de su influencia en la historia de la planeación, las fuentes internacionales de crédito tuvieron un impacto mucho más importante que la simple disponibilidad de fondos. Conviene destacar su influencia en la creación de instituciones de diversa índole (en el sector eléctrico, en el de carreteras y en el financiero, entre otros), en la política de tarifas y en la composición de la inversión y su contenido nacional. El acceso al crédito externo ha facilitado el desarrollo de programas de inversión en ciertos sectores (el energético, por ejemplo), a costa de aquellos que cuentan con menor acceso a dichos recursos (el gasto social), y ha implicado la obligación de mantener bajos niveles de protección para la industria nacional productora de bienes de capital. Además, en varios momentos críticos del sector externo la banca multilateral ha actuado, en asocio con el Fondo Monetario Internacional (FMI), como un poderoso mecanismo de presión para que se adopten políticas ortodoxas de ajuste económico.<sup>7</sup>

Precisamente, el FMI presionó siempre por el reemplazo del modelo de desarrollo basado en la ISI por otro basado en la promoción de las

exportaciones. Varios eran los argumentos en contra del modelo de la ISI. A este modelo se le acusaba de haber producido una industria ineficiente y poco competitiva, dada la protección y el reducido tamaño de los mercados nacionales que no permitía economías de escala. Lo último es cuestionable si se aprecia que en este período muchas filiales de multinacionales, que como su nombre lo indica no están limitadas al tamaño de un sólo mercado nacional, aprovecharon para vender en estos mercados protegidos a precios superiores a los vigentes en el mercado internacional. La protección a la industria nacional, por otro lado, no era tanta si las multinacionales podían instalar filiales y saltarse así las barreras aduaneras.

Al modelo se le acusaba también de generar inflación, por lo señalado anteriormente y por la falta de competencia, en general. Los graves problemas de muchos países de América Latina respecto a su balanza de pagos también se atribuyeron a la ISI. Por un lado, la industrialización no había reducido las necesidades de importación, puesto que las diversas empresas e industrias importaban tecnología, bienes de capital, insumos y bienes semielaborados; ya fuera que se tratase de empresas nacionales o multinacionales. Y es importante señalar que las primeras fueron progresivamente absorbidas por las segundas. Por otro lado, la producción industrial de estos países al ser poco competitiva rara vez se exportó, y en el caso de las filiales de multinacionales muchas veces éstas tenían prohibido exportar, con lo que los países de América Latina tuvieron que seguir dependiendo de las exportaciones de bienes primarios para adquirir divisas. El escaso dinamismo de estas últimas dificultó la situación. Las remesas de utilidades y el endeudamiento agravaron aún más el panorama.<sup>6</sup>

Por último, se acusaba a este sistema del déficit fiscal y el crecimiento desmedido del Estado, que según los monetaristas agravaba la inflación. Lo cierto es que, aun cuando se había invitado a la inversión extranjera ésta se centró principalmente en el sector de bienes de consumo, y no manifestó interés por otras ramas de la industria, como la siderúrgica, que requería grandes inversiones, por

lo que fue necesario crear empresas de propiedad del Estado para apoyar la industrialización. Muchos consideran que el grave endeudamiento de los gobiernos de América Latina para la creación de estas empresas y de muchas necesarias obras de infraestructura como el factor decisivo que llevó a la crisis de la deuda de los años 80, de la que Colombia se salvó por haber sido prudente en la acumulación de obligaciones de deuda externa.<sup>6</sup>

La crisis de la deuda llevará a que en América Latina se abandone definitivamente el modelo de la ISI y se adopten las políticas neoliberales de moda, que propugnaban por la liberalización del comercio y la reducción del tamaño del Estado. En Colombia, entre 1974 y 1990, aunque hubo defensores del modelo neoliberal, centrado en un funcionamiento más libre del mercado y una mayor dependencia de las exportaciones, tal tipo de estrategia sólo se reflejó parcialmente en la política económica colombiana. La adopción total de dicho modelo y la apertura tendrán lugar a partir de 1990.

Antes de discutir los resultados de la apertura, es necesario señalar que para los años 80 las exportaciones no tradicionales ya superaban en importancia a las exportaciones de café, y son éstas los textiles, los bananos y el petróleo. Igualmente, en esta década se siente con fuerza la entrada de dólares a la economía como resultado del auge del tráfico de drogas ilícitas.<sup>8</sup> Los grupos insurgentes que existían en el país se fortalecen gracias al nuevo negocio, con el cobro de «impuestos» a los narcotraficantes.

Ahora bien, los autores de la apertura predecían que el experimento redundaría en tasas de crecimiento superiores a 5%, pleno empleo y equilibrio de la balanza de pagos. Esto no se cumplió. En gran medida porque las actividades de mayor ventaja comparativa en Colombia, como el cultivo de yuca, papa y café, carecen de suficiente demanda.<sup>9</sup>

Con la política de apertura, la economía se vio expuesta a una entrada masiva de importaciones que afectaron a la agricultura y la industria y configuraron un déficit creciente de la balanza de

pagos, que tiene como contrapartida la ampliación del desempleo, y redujo la capacidad de crecimiento. En la agricultura el área cultivada decreció 20%, y en la industria el empleo disminuyó 25%.<sup>9</sup>

La desindustrialización, el desplazamiento de la mano de obra formada en el oficio y los bajos niveles de ahorro condujeron a la conformación de unidades ligeras dominadas por las multinacionales y orientadas a confeccionar las importaciones de las casas matrices. Al final surgieron una serie de actividades de ensamble que no aprovechan las ventajas ni las posibilidades de la economía y, por lo general, están en posición de desventaja respecto a los países que elaboran los bienes intermedios y se apropian del conocimiento tecnológico. Así, el crecimiento de las exportaciones tradicionales en los años noventa está representado en su totalidad por mayores importaciones; su contribución al valor agregado nacional ha sido prácticamente nula.<sup>9</sup>

No menos graves son las secuelas sobre la distribución del ingreso. La reorientación de la industria ha significado el desplazamiento de los bienes intermedios y de las actividades que emplean la mano de obra con la calificación promedio. Los trabajadores con menos de 14 años de educación, que representan 75% de la fuerza de trabajo, han quedado prácticamente excluidos de la posibilidad de un empleo bien remunerado.<sup>9</sup>

A los tres años de su puesta en marcha, del proyecto aperturista, la economía registraba un déficit de la balanza de pagos de 3,5% del PIB, y era fácil anticipar que su financiación significaría cuantiosas erogaciones por concepto de los intereses que lo ampliarían hacia el futuro. Sin embargo, los organismos internacionales y los autores de las reformas se resistieron a aceptar esta realidad. En lugar de ello, el desajuste de la balanza de pagos se atribuyó a problemas monetarios y se procedió a corregirlo mediante políticas restrictivas.<sup>9</sup>

A los daños ocasionados por la apertura se sumaron el mantenimiento de tasas de interés reales superiores a 20% durante tres años, su

elevación a 60% en 1998 y la aplicación de un severo choque fiscal. Los tres desastros en conjunto provocaron el derrumbe que en 1999 se materializó en una caída del producto de 4,5%, desempleo de 18% y quiebra del sector financiero.<sup>9</sup>

Tras la severa crisis de 1999, la economía quedó abocada durante dos años más a una baja capacidad de compra o, si se quiere, a una demanda efectiva deficiente, que limitó la producción y agravó el desempleo. La respuesta del gobierno fue asignar grandes sumas al rescate del sistema financiero, propiciar la devaluación, ajustar el presupuesto nacional y reprimir los salarios. Las prescripciones no funcionaron en su momento porque en su conjunto no elevaron la capacidad de compra y en algunos casos la deprimieron.<sup>9</sup> Sólo hasta 2003 se comienza a apreciar cierta recuperación de la actividad económica, especialmente en el sector de la construcción, y del empleo.

Adicionalmente a la crisis económica, fracasaron las negociaciones de paz con los grupos insurgentes, al tiempo que se fortalecieron los grupos paramilitares, lo que agravó el panorama social y económico del país. El Gobierno actual llega al poder con una propuesta de enfrentamiento a la subversión e introduce nuevos impuestos para poder enfrentar la deuda acumulada y financiar el conflicto bélico.

## **2. Antecedentes históricos del sistema de salud colombiano**

Se describen cuatro etapas fundamentales, en términos de financiamiento del sector salud, simultáneamente con el acontecer histórico y desarrollo socioeconómico del país. Son ellas la etapa religiosa, la etapa de la beneficencia, la etapa de la asistencia pública y la etapa actual, de la seguridad social. Si bien se resaltan unos hitos que enmarcan el final de una etapa y el comienzo de otra, en realidad estos escalones de la historia se superponen en buena parte, pues cuando comienza a practicarse un nuevo mecanismo de financiación de las instituciones de salud, aún subsiste por muchos años el anterior e incluso, en ocasiones, residuos de las etapas más antiguas.

## La Colonia, la etapa religiosa

Con la llegada de los españoles a las nuevas tierras y la imposición cultural propia de la dominación, comienza a sustituirse el concepto animista de la salud indígena, propio de una cosmovisión ligada a la tierra y la naturaleza, por el concepto religioso de la salud y la enfermedad, estrechamente relacionado con una visión del mundo y del hombre inmersos y dependientes en la voluntad de Dios, en esta etapa de Europa previa a la modernidad.

El concepto de enfermedad sólo encuentra explicación por tanto en esta visión religiosa como castigo de Dios o prueba del Señor, y por tanto su solución debe encontrarse necesariamente por el camino del ruego y el perdón en la oración y la penitencia.

La atención a los enfermos se inscribe en esta cosmovisión entre las obras de misericordia escritas en los libros sagrados y por tanto algunas órdenes religiosas se «especializan» en el cumplimiento de la caridad y la misericordia «en nombre del Señor», como la orden de los Hermanos de San Juan de Dios y la orden de San Rafael, las que tienen la misión también en el nuevo mundo de crear hospitales para cumplir su misión de consolar a los enfermos.

Es necesario, sin embargo, reconocer también que sólo en las universidades y bibliotecas religiosas, las únicas existentes en la época, reposa el conocimiento de la medicina heredado de Grecia y Roma, así como el recientemente incorporado de la cultura de los pueblos árabes. El conocimiento científico y astronómico, así como el filosófico, literario o artístico forzosamente pasaba por la Iglesia, puesto que los jóvenes pertenecientes a la casta de los hidalgos, (única liberada de la servidumbre a los nobles y de los bajos oficios de los artesanos, herreros, carpinteros o barberos, de no trabajar la hacienda familiar, labor que solía competir al primogénito), tan sólo tenían dos opciones: servir como oficial en el ejército del Rey o entrar a formar parte de la Iglesia y en ella explorar las posibilidades de las ciencias o las letras.

Entre los curas y frailes llegaron en la Colonia, desde España, importantes médicos y científicos, aunque escasos, como José Celestino Mutis. Sin embargo, la gran mayoría de los curas y frailes contaban con más ignorancia que sabiduría según los cronistas de la época. Las órdenes religiosas crean servicios de hospicio u hospitales anexos a los conventos en todas las ciudades fundadas en el nuevo Reino de Granada y comienzan a disponer de los diezmos para su administración.

*«A los primeros hospitales americanos podían entrar enfermos de todas las razas y castas. Hubo excepciones donde las camas fueron reservadas en el siglo XVI para castellanos, tal en la ciudad de Tunja... Leyes de Felipe II, de 1580, dictan y proclaman que los vasallos americanos «gocen de larga vida y se conserven en perfecta salud»; que tenemos a nuestro cuidado proveerlos de médicos y maestros que los rijan, ense en y curen sus enfermedades»; y que para ese fin se fundaran catedras de Medicina y Filosofía en las más principales universidades. Las ordenanzas del mismo año dicen que se hagan hospitales de indios y españoles; que los de enfermedades pestilentes se construyan en sitios elevados, de forma que los vientos dañinos no puedan herir a los pobladores».*<sup>10</sup>

Respecto a las enfermedades, *«La asociación de la nosología autóctona, típica de los pueblos precolombinos, y la aportada por los españoles ya desde sus primeros viajes transoceánicos, produjo como inmediata consecuencia el incremento de la patología general colonial, complicando la salud tanto de indígenas como de españoles. Podemos definir esta etapa como trágica calamidad pública».*

Se estima que el número de indígenas en la Nueva Granada disminuyó de diez a ocho millones en la Colonia, pues carecían de defensas contra los nuevos virus y bacterias. Los historiadores\*

\* Sánchez-Albornoz N, Paz-Otero G, Soriano-Lleras A, entre otros autores citados por Martínez Zulaica A. Fosas y bronces. La medicina en la ciudad de Tunja, su evolución histórica. Bogotá: Academia Boyacense de Historia - Editorial Nelly, 1989.

señalan que las causas fundamentales del derrumbe demográfico fueron las epidemias cotidianas casi y siempre trágicas. Las crónicas de la época<sup>f</sup> relatan que en el año de 1587 hubo en Santafé una gran epidemia de viruelas, en la que murió casi un tercio de los naturales y muchísimos españoles, pero en 1520 se había presentado ya la primera en toda América, seguida por una epidemia de sarampión en 1529 que arrasó a la población indígena que había sobrevivido a la de viruela. En 1566 se registra otra epidemia de viruela. Más epidemias de tifus, peste bubónica y viruela se registran en 1608, 1654, 1688, 1698, 1712 y 1739, que barren con la población del Nuevo Reino. En 1770 se presenta otra oleada de viruela que causa 700 muertos sólo en la ciudad de Bogotá. La ciudad contaba con 20.000 habitantes. «*En la epidemia de 1801, cuando Santafé de Bogotá tenía alrededor de 30.000 habitantes, los médicos pudieron establecer una estadística casi real de su mortalidad, que fue exactamente del 13.7%*».<sup>10</sup> Todo ello sin tomar en cuenta la endemia de Tuberculosis que afectó grave y crónicamente a la población indígena.

Un hito merece ser destacado al final de la Colonia, la expedición Balmis, que con un contingente de 22 niños huérfanos se embarca el 30 de noviembre de 1803 desde el puerto de La Coruña en España, para traer, por medio de las llagas en sus brazos, la vacuna de Jenner contra la viruela a todos los países de América. Por orden de Carlos III surge la expedición, que desembarca en La Guaira en 1804 y en la Capitanía venezolana se divide en dos contingentes. La comandada por Balmis recorrería Cuba, Mérida, Yucatán, Méjico, Filipinas, Visayas, Macao y Cantón. El segundo grupo, dirigido por José Salvany toma rumbo al Virreinato de Nueva Granada y sigue sin desmayo casi hasta la Tierra del Fuego.

---

<sup>f</sup> Rodríguez-Freile J, padre Dávila-Padilla, Cieza de León, entre otros autores citados por: Martínez Zulaica A. Fosas y bronce. La medicina en la ciudad de Tunja, su evolución histórica. Bogotá: Academia Boyacense de Historia - Editorial Nelly, 1989.

Comenta el Historiador Sánchez Albornoz que este prodigioso programa sanitario a escala continental tuvo efectos inmediatos limitados. Concentró sus esfuerzos especialmente en los niños y trasmitió la vacuna desde los brazos de estos huérfanos al brazo de cerca de más de un millón de americanos, aunque se tropezaron con la falta de educación y comprensión de gran parte de la población rural, lo que explica que siguiera presente la epidemia en el siglo XIX y primera parte del XX aunque fuera perdiendo gradualmente su carácter catastrófico. Finalmente, otro importante aspecto que merece resaltar en la Colonia se refiere a las estrictas normas sanitarias sobre construcción de ciudades, para el adecuado control sanitario de fuentes de agua, y aguas servidas, la construcción de alcantarillados, etcétera, y las normas también en ordenanzas y cédulas reales sobre salubridad urbana, mataderos, alimentos, boticas, leprosarios, cementerios, ejercicio de la medicina, etcétera. Cerca de 6.000 disposiciones recopiladas en un cuerpo legislativo a partir de Felipe II.

### **El siglo XIX y la primera mitad del siglo XX**

Concluida la gesta de la independencia en 1819, el naciente Estado se preocupa por la creación de escuelas de medicina y de otras ciencias, (que comienzan a proliferar sin control alguno y en completo desorden), buscando superar la dependencia cultural de España, hasta que superado por la crisis interna finalmente libera la enseñanza y el ejercicio de las profesiones (Ley Nacional del 15 de mayo de 1850), en un doble intento de ruptura con las normas del reino y superación de la deficiencia de profesionales en las artes y ciencias.

Médicos franceses e ingleses comienzan a llegar al país para suplir las necesidades y traer la nueva medicina científica al país. Tal estado de desorganización perduró hasta 1868<sup>11</sup> cuando se expidió la Ley 66 creando la Universidad Nacional de los Estados Unidos de Colombia, a la cual se incorporó la Escuela de Medicina Privada de Vargas, única sobreviviente, en medio de las guerras intestinas, de los esfuerzos de formar la academia que iniciaran en 1823 con el nuevo Estado.

## La etapa de la beneficencia

Eran los años de la revolución liberal, del nacimiento de la modernidad como señalaría Foucault,<sup>12</sup> de la separación de la Iglesia y el Estado, de la expulsión de los jesuitas y las desamortizaciones de las tierras de la Iglesia; también de las luchas entre federalismo y centralismo. Es en esta misma época, la sexta década del siglo XIX cuando se da la primera intervención de un Hospital, el de San Juan de Dios, por parte del Estado de Cundinamarca, acontecimiento que marca el hito para la segunda etapa de los servicios de salud en Colombia, la etapa de la beneficencia.

Nombran los estados provinciales juntas de beneficencia, donde aún persiste la cabeza de la Iglesia, pero acompañada de funcionarios del Estado y gente de prestancia, para que se hagan cargo de conseguir recursos para el funcionamiento de los hospitales, ya no dependientes de los diezmos de la Iglesia. Bienes mostrencos y otras herencias de haciendas dejadas a la caridad deben ser administrados debidamente para garantizar los recursos a los hospitales. A su vez, se nombran síndicos laicos y médicos de escuela francesa y ellos traen consigo los grandes descubrimientos de Pasteur, la morfina, la jeringa, la anestesia con éter y cloroformo, la antisepsia y los desarrollos quirúrgicos que permitía. Son los albores de la medicina actual, con bases científicas.

Comienza el proceso de sustitución de curas y frailes por médicos y posteriormente de las monjas por enfermeras, sustitución que sólo se completaría en todo un siglo, aunque subsistan excepciones, o las enfermeras jefes aún permanecieran utilizando con exclusividad la cofia como símbolo de autoridad heredado de las monjas.

Ya en el siglo XX se otorgan los monopolios de juegos de azar y licores a las beneficencias departamentales para que obtengan mayores recursos para el funcionamiento de los hospitales. El fomento de la venta de licores para el financiamiento de la salud y el hecho de que un gran porcentaje de las muertes violentas estuvieran asociadas al alcohol, supone cuando menos una

seria inconsistencia que fue denominada «El Estado Cantinero» por Alberto Vasco Uribe.<sup>13</sup>

El Estudio Sectorial de Salud de 1989 resume así la etapa higienista y de intervención norteamericana.<sup>14</sup>

## El modelo higienista

La Constitución de 1886 establece un nuevo marco jurídico de carácter centralista, que va a servir de fundamento, entre otras cosas, para la organización de la salubridad pública como una función del Estado. Como consecuencia de lo anterior se promulga la Ley 30 de 1886, por la cual se crea la Junta Central de Higiene, definiéndose por primera vez una estructura estatal encargada de los problemas de salud de la población.

La Junta Central de Higiene se ocupó de las enfermedades epidémicas, de saneamiento ambiental y, en particular, de lo relacionado con el control de los puertos dentro de las orientaciones de las Convenciones Sanitarias Internacionales y de las presiones del mercado internacional. El intento por organizar la salud pública a nivel nacional se vio obstaculizado por la debilidad de un Estado dotado de precarios instrumentos financieros e institucionales, y por la realidad de un país fragmentado económica y geográficamente.

La Ley 33 de 1913 crea el Consejo Superior de Sanidad, haciéndolo depender del Ministerio de Gobierno y con la asesoría directa de la Academia Nacional de Medicina. La misma Ley establece tres niveles más en la organización de la salud: las Juntas Departamentales de Higiene, las Juntas de Salubridad y las Comisiones Sanitarias.

Un año después, el Consejo Superior de Sanidad es transformado en la Junta Central de Higiene, adscrita al Ministerio de Gobierno (Ley 84 de 1914). Las disposiciones emanadas de esta junta son de carácter obligatorio, lo cual expresa la intención del Estado de intervenir más activamente en el asunto de la salud.

La ley 32 de 1918 convierte a la anterior Junta en Dirección Nacional de Higiene, dependiente del

Ministerio de Instrucción Pública. El Decreto No. 266 de 1920 la traslada al Ministerio de Agricultura y Comercio. Este paso se debe a que la agricultura y el comercio son, para esa época, los sectores más importantes de la economía nacional. La industria aún no representa un sector cuantitativamente significativo. No es de extrañar, entonces, que cuando esté en proceso de serlo, el manejo de la salud se adscriba al Ministerio de Trabajo, como sucederá en la década de los 30.

En 1923, por Decreto No. 1704, la Dirección Nacional de Higiene vuelve al Ministerio de Instrucción Pública. En 1925, el Ministerio se llamará de Instrucción y Salubridad Pública. Este hecho se relaciona con la concepción de la higiene como un problema básicamente educativo. «La Higiene es ante todo educación, y como tal necesita penetrar profundamente en el cerebro de las colectividades para que éstas se la asimilen».\*

### **La intervención extranjera**

La colaboración en materia de salud entre los Estados Unidos de América y Colombia marcha paralela con la creciente influencia de aquel país en la vida internacional y latinoamericana en todos los terrenos, empezando por el económico. La influencia en el ámbito de la salud se da a través de las organizaciones sanitarias internacionales, especialmente la Oficina Sanitaria Panamericana, y las fundaciones filantrópicas, dentro de las cuales se destaca la Fundación Rockefeller.

En 1924 se firma, en la VII Conferencia Sanitaria Panamericana, en La Habana, el Código Sanitario Panamericano que expresa la necesidad de controlar las enfermedades transmisibles para facilitar el comercio y las comunicaciones marítimo-internacionales. Esta orientación había inspirado, desde un comienzo, las preocupaciones sanitarias en el continente regidas desde Washington, sede de la Oficina Sanitaria Panamericana. Desde antes, esta situación preocupaba a los médicos nacionales que representaban el sector avanzado del manejo

---

\* Orozco G. De la Escuela de Medicina y su Universidad. Cali: Departamento de Publicaciones, Universidad del Valle, 1984.

sanitario frente a los tradicionales «clínicos» de orientación francesa.

A diferencia de la Constitución de 1886, la reforma de 1936 habla explícitamente de la asistencia pública: «La asistencia pública es función del Estado. Se deberá prestar a quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla de otras personas, estén físicamente incapacitados para trabajar». Y además plantea que «el trabajo es una obligación social y gozará de la especial protección del Estado.» De igual manera, se afirma que el gobierno asume el control de las instituciones de utilidad común. La salud - como la educación- será capítulo prioritario de este gobierno liberal.

Teniendo como punto de referencia el concepto anterior, la Ley 1ª de 1931 creó el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública. Este departamento pasa, en ese mismo año, a ser una dependencia de la Presidencia de la República por considerarse inconstitucional su carácter autónomo (Decreto 1828 de 1931) para, finalmente, convertirse en Departamento Administrativo del Ministerio de Gobierno (Decreto 189 de 1934). En la óptica de introducir elementos técnicos en el manejo de la salud, se crean los cargos de Director Técnico, Subdirector Técnico y Administrador General

En 1946 se crea en Nueva York, durante la Conferencia Sanitaria Internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS), y a partir de la Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Caracas en 1947, surge la Organización Panamericana de la Salud (OPS), dando continuidad a la Oficina Sanitaria Panamericana con una nueva estructura. Estas organizaciones ofrecen el marco adecuado para debatir y trazar las políticas sanitarias de los diferentes países del mundo y del continente. En el plano doméstico significan un importante punto de apoyo para el grupo de higienistas que plantean reformas en los diferentes niveles del manejo de la salud, incluido el campo de la educación médica.

En 1946, por la Ley 27 de ese año, se creó el Ministerio de Higiene, separando los asuntos de

la higiene y la asistencia pública, de los laborales y de la seguridad social, los cuales quedaron a cargo del Ministerio del Trabajo.<sup>15</sup>

Dentro de este mismo marco de influencia del Plan Marshall, llega a Colombia, en 1948, la Primera Misión Médica Norteamericana, del Unitarian Service Committee, dirigida por el Dr. G.H. Humphrcys. Como corolario de ésta, en 1953, viene la Segunda Misión Médica Norteamericana, seleccionada por la División de Salud del Instituto de Relaciones Interamericanas.

Con la llegada de estas misiones al país, se generan elementos de crítica y propuestas de modificación de la educación médica, las cuales van en el sentido de modernizar la práctica médica. Una propuesta central fue la de crear una sólida asociación de escuelas de medicina, con el objeto de unificar criterios en cuanto a la educación médica, aprobar nuevas escuelas, acreditar las residencias en especialidades y otros puntos.

Como consecuencia de este movimiento, en 1955, del 6 al 10 de diciembre, se lleva a cabo el primer Seminario Nacional de Educación Médica, en Cali. Asistieron a él más de 200 docentes de las Facultades de Medicina de las Universidades Nacional y Javeriana (Bogotá), de Antioquia (Medellín), de Bolívar (Cartagena), de Caldas (Manizales), del Cauca (Popayán) y del Valle (Cali). Además, asistieron observadores del gobierno, de la Oficina Sanitaria Panamericana, de la Fundación Rockefeller, del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública y de la Facultad de Medicina de Tulane. Es decir que, además de las facultades de medicina, se encontraban presentes todas las entidades internacionales que habían tejido su red para modificar la situación de la enseñanza médica y asegurar las condiciones de atención médica adecuadas a las necesidades del proceso de desarrollo del intercambio económico entre Los Estados Unidos de América y Colombia.<sup>16</sup>

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional había hecho una reforma de su Cátedra de Higiene, en 1949, convirtiéndola en Curso de Medicina Preventiva e Higiene, agregando algunos

elementos nuevos relacionados con la orientación salubrista norteamericana. Las demás cátedras de Higiene de las otras facultades eran de corte tradicional francés.

Como resultado de este seminario, las siete facultades de medicina asistentes acordaron una serie de recomendaciones sobre la educación médica, siguiendo los esquemas del modelo flexneriano, las cuales en adelante, deberían ser aplicadas por cada universidad. Así mismo, el grupo de Decanos asistentes tomó la determinación de crear la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina – ASCOFAME-. De tal forma que, como consecuencia de dicho movimiento, hacia 1964 se había formado, al decir de Guillermo Orozco,<sup>16</sup> una verdadera madeja, un verdadero consorcio de instituciones que, manejado por unos pocos médicos, controlaba las políticas de educación y salud del país. Tales instituciones fueron: Fondo Universitario Nacional (ASCUN) -con su Consejo de Rectores-, ASCOFAME -con su Conferencia de Decanos-, sus comités de Acreditación de Escuelas de Medicina y Hospitales, su Consejo General de Especialidades Médicas y sus divisiones de Planeación y Desarrollo y Estudios de Población- y, finalmente, la Asociación de Hospitales.

### **El nacimiento de la seguridad social**

La terminación de la hegemonía conservadora, en 1930, da paso a la «República Liberal», inaugurada por el gobierno de Enrique Olaya Herrera. A éste le sucede el decisivo primer período de Alfonso López Pumarejo, quien con el sector más avanzado y joven del Partido Liberal capta las corrientes de transformación que están al orden del día en la vida nacional, así como la necesidad de cambios institucionales para dar salida a tales corrientes. Es la «Revolución en Marcha».<sup>17</sup>

Una de las tareas inaplazables es la de darle al Estado un papel más activo en el manejo de los asuntos económicos y sociales. El Estado ya no es sólo el guardián de la propiedad privada sino que se convierte en el mediador entre los intereses privados y sociales, entre las clases sociales que necesariamente entran en conflicto en las

sociedades modernas. Al mismo tiempo se plantea que el Estado debe actuar frente a la propiedad, la cual debe, así mismo, cumplir una función social. Las profesiones, a su turno, cumplen una función social. Dentro de estas concepciones el gobierno se torna activo en diversas materias políticas y sociales. Esto se expresa en el Acto Legislativo Reformatorio de la Constitución Nacional, de agosto de 1936.

Tal como resalta Alberto Vasco, refiriéndose al trabajo de Alvaro Tirado sobre dicha reforma, en el siglo XIX era difícil hablar de un Estado homogéneo y consolidado, a pesar de tener una constitución (la de 1886) bastante prolija y aparentemente consistente. Sólo hasta el año 1936 puede hablarse de un cuerpo constitucional que da forma y co-herencia a un proyecto concreto de Estado para Colombia.

Según el investigador Oscar Rodríguez <sup>15</sup> el proceso de industrialización por sustitución de importaciones hace imprescindible la presencia del Estado en la regulación de la actividad económica, en campos tales como la moneda, el sistema tributario, y la existencia de las empresas manufactureras está ligada a la adopción de una política proteccionista. Incrementos en aranceles y control de cambios son las herramientas utilizadas para garantizar el desenvolvimiento de la industria fabril.

Las ideas keynesianas comienzan a cobrar fuerza en América Latina. El balance histórico de las economías desarrolladas lleva a reconocer el trascendental papel cumplido por el intervencionismo estatal. El intervencionismo de Estado se refuerza con las medidas adoptadas por Roosevelt a raíz de crisis de la bolsa de Nueva York y posteriormente por los excelentes resultados del Plan Marshall en Europa en la posguerra mundial.

Por otra parte, en las primeras décadas del siglo XX se desarrolla progresivamente la legislación laboral, a partir de movimientos laborales, el fortalecimiento de sindicatos y movimientos huelguísticos cuyos pliegos de peticiones incluyen servicios de salud, salario durante la incapacidad

médica, pensiones por vejez, y seguros de accidentes de trabajo, entre otras conquistas laborales como el descanso dominical remunerado. Desde luego existió una gran influencia de los movimientos laborales y de los partidos socialistas europeos.

Las investigaciones de historia económica realizadas sobre este periodo concuerdan en que a partir de 1940 la economía colombiana entra en un ciclo ascendente. Las cifras elaboradas por la CEPAL ponen de relieve que durante el periodo comprendido entre 1936 y 1950, a precios constantes de 1950, crece a una tasa promedio de 3.70%, es decir que el producto bruto casi se duplica en 15 años.<sup>15</sup>

Por medio de la Ley 90 de 1946 se estableció entonces el seguro social obligatorio y se creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales –ICSS– con el respaldo de las diferentes fuerzas sociales. Por un lado las organizaciones sindicales estaban especialmente interesadas, pues sólo un grupo muy limitado de trabajadores, vinculados a las empresas definidas como modernas tenía garantizada la seguridad social y la correlación de fuerzas preveía un gran desgaste en la lucha empresa por empresa para extender estos derechos. De otra parte, a los gremios empresariales les parecía conveniente ceder al gobierno la responsabilidad de administrar los seguros de reparto; esto significaba una disminución de los costos laborales, pues a partir de la Ley los trabajadores aportarían una proporción y el Estado otra (aunque ésta no se cumplió). Adicionalmente se repartirían por igual las cargas entre las empresas nuevas y las antiguas con mayores costos prestacionales. Finalmente el Estado estaba igualmente interesado en regular y armonizar la jurisprudencia laboral, en cumplir convenios internacionales, en su mayoría auspiciados por la Organización Internacional del Trabajo, que le planteaban la necesidad de modernizar su intervención en la esfera de lo social.

Señala la exposición de motivos de la Ley: *‘En el régimen de prestaciones patronales, aun las grandes empresas soportan una carga excesiva,*

*al convertirse en aseguradores de sus trabajadores contra todos los riesgos profesionales, sin la compensación que las compañías de seguros encuentran en la especialización de los riesgos, en la Ley de los grandes números y en el cálculo de probabilidades. En el de Seguros Sociales, la carga financiera es infinitamente menor, pues al distribuirse los riesgos entre toda la población activa, se reduce la incidencia individual de cada siniestro y, además, el estado contribuye a la debida financiación<sup>2</sup>.*

Los seguros económicos continuaron siendo asumidos por los patronos hasta 1967.

### **El Sistema Nacional de Salud. La etapa de la asistencia pública**

El fortalecimiento del Estado en los años 60, movimiento común a toda América Latina, dirigido por la «Alianza para el Progreso», a su vez consecuencia de la revolución cubana, trajo consigo el fortalecimiento de la inversión social en educación y salud, la creación del Situado Fiscal o nuevos recursos para estos sectores, pues se consideraban la mejor forma de redistribuir el ingreso para mejorar las condiciones sociales de una población marginada, en su mayoría rural, que no se beneficiaba de los progresos de la civilización. Se inicia entonces un gran proceso de planeación para organizar estos servicios y se comienza a invertir en la infraestructura necesaria. A mediados de la década de los sesenta se argumentaba que no estaban creadas las condiciones para la unificación técnica, administrativa y financiera de los servicios, lo que debería considerarse sólo como una aspiración a largo plazo (OPS/OMS, 1966).<sup>17</sup> Había una inclinación manifiesta por la coordinación administrativa entre los servicios de protección y promoción de la salud bajo la responsabilidad de los ministerios o secretarías de salud, con los servicios de atención de enfermedades, pertenecientes a las instituciones de seguridad social y a las beneficencias. Esta sería la forma de materializar la integración técnica de las acciones de fomento y protección de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación. Esta era también la mejor manera

de hacer un uso más eficiente de los recursos disponibles y obtener un mayor rendimiento de los mismos, objetivo central del proceso de integración en curso. Pero no sería una «integración orgánica» de los subsectores en aras de la universalidad de la cobertura, sino una «integración funcional», definida como la «coordinación entre los subsectores», preservando la autonomía jurídica, administrativa y financiera de cada uno de ellos (OPS/OMS, 1967).

Desde este ideario y con base en la Ley 65 de 1967, que otorgaba facultades extraordinarias al Presidente para reorganizar la administración pública, el Presidente Lleras Restrepo emitió el Decreto N° 2470 del 25 de septiembre de 1968, «por el cual se reorganiza el Ministerio de Salud Pública». Pero más que una reorganización institucional, el decreto enunciaba una forma general de organización del sector salud denominada Sistema Nacional de Salud (SNS), definida como «el conjunto de organismos que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad». Esta definición mostraba la decisión de adelantar una integración funcional que reconociera las autonomías institucionales en pugna.<sup>17</sup>

En tiempo récord su proyecto se convirtió en la Ley 39 de ese mismo año sobre «Plan Hospitalario Nacional». Esta iniciativa, condensada en cinco artículos, proponía la construcción, dotación y operación de 54 hospitales, entre 91 que fueron considerados como prioridades por el Ministerio de Salud Pública. Poco después, la creación del Fondo Nacional Hospitalario, con base en 10% de los recursos del ICSS para la construcción y dotación de hospitales públicos, se convirtió en una de sus principales herramientas financieras y en un nuevo mecanismo de integración funcional, por lo alto, entre la red hospitalaria pública y la seguridad social.<sup>17</sup>

Durante el debate en el Congreso de la República y en las instancias técnicas y políticas que participaron en el proceso de formulación del SNS se hizo cada vez más frecuente acudir a la imagen del Sistema como un paso obligado hacia un verdadero servicio unificado y universal. La

estructura del Sistema, producto del esfuerzo técnico del grupo que desarrolló el proyecto de «Rediseño del Sistema Nacional de Salud de Colombia», resultaba muy atractiva por su claridad y coherencia teórica. El respeto por las autonomías institucionales se concretó, como se ha mencionado, en la existencia de tres subsectores: oficial, privado y de seguridad social. Pero las instituciones estarían articuladas por «subsistemas», que vendrían a ser los vasos comunicantes que permitirían la «coordinación» o «integración funcional». En tal sentido, El Decreto Ley N° 526 de 1975 establecía «las normas para los sub-sistemas nacionales de inversión, planeación, información, suministros, personal e investigaciones».

Resultaron especialmente interesantes las figuras de «adscripción» y «vinculación» para todas las instituciones. Los hospitales privados (vinculados) deberían someterse a las normas del Sistema si querían recibir los nuevos recursos del presupuesto nacional. Los Decretos-Ley números 356 y 695 de 1975 definieron dos regímenes o formas de pertenencia de las instituciones de salud al SNS: el régimen de «adscripción», que incluía a todas las instituciones de derecho público, recibieran o no aportes del Estado, lo que implicaba una relación de dependencia de las instancias administrativas del Sistema y el carácter de empleados públicos de sus trabajadores; y el régimen de «vinculación», para la incorporación de las instituciones de derecho privado, con o sin ánimo de lucro. En sentido estricto, todas las instituciones estarían adscritas o vinculadas al Sistema, con alguna relación administrativa y, sobre todo, con franca dependencia normativa del remozado Ministerio de Salud Pública –MSP-.<sup>17</sup>

Con el poder que daban al gobierno estos nuevos recursos del Situado Fiscal, forzó igualmente a los departamentos a firmar convenios para incorporar las instituciones de beneficencia y las secretarías de salud al nuevo Sistema de asistencia pública. Se constituyeron 33 «Servicios Seccionales de Salud» y las 107 «Unidades Regionales de Salud», por medio de los Decretos-Ley números 056 y 350 de 1975. De esta forma, se definía una estructura de cuatro niveles administrativos -nacional,

seccional, regional y local- y tres niveles de atención, según la complejidad tecnológica de las instituciones de atención.

El Sistema Nacional de Salud tuvo un gran desarrollo entre 1975 y 1984, con el crecimiento de hospitales, centros de salud y funcionarios del sector, la que puede describirse como la época de mayor bonanza y crecimiento sectorial, pero la crisis fiscal de ese último año redujo los aportes para la salud de 8% del presupuesto nacional a menos de 4% en los años sucesivos y su cobertura efectiva quedó frenada indefinidamente en 29% de la población.

Corregido el problema de información, por la tendencia de los médicos a señalar como repetido todo paciente después de los primeros meses, este Sistema -de asistencia pública- realmente mostró una cobertura deficiente del doble de esta población (58%), con enormes diferencias regionales. El financiamiento basado en criterios históricos y presiones institucionales fue acentuando las diferencias entre regiones desarrolladas y subdesarrolladas en servicios de salud.

Por otra parte, 15% de la población tuvo en el mismo periodo cobertura por parte del Instituto de Seguros Sociales, una de las más bajas de Latinoamérica, básicamente limitada a la fuerza laboral, 5% por otros servicios de seguridad social para funcionarios públicos y sus familias (total 20%), y 10% de los colombianos podían financiar su salud privadamente. El resto (12%), se consideraba sin accesibilidad a servicios de salud aceptables.

La crisis de la asistencia pública obedeció básicamente a dos razones: la primera, su dependencia financiera total del presupuesto nacional, que le significó al Sistema Nacional de Salud una reducción severa de los recursos en la crisis económica y fiscal de 1984. La segunda, la reforma descentralizadora del Estado, que resultó incompatible con un Sistema manejado verticalmente desde el Ministerio de Salud.

La reforma constitucional de 1986 dio paso a la elección popular de alcaldes. Las Leyes 11 y 12

de 1986 les extendieron competencias. Los decretos reglamentarios, entre ellos el Decreto 77 de 1987, entregaban la responsabilidad de la salud a los alcaldes de sus comunidades, situación que resultó sorpresiva en comienzo para las directivas del Ministerio de Salud, que finalmente no tuvieron otra opción que ceder e iniciar el debate que finalizó con la expedición de la Ley 10 de 1990 que devuelve las responsabilidades del sector salud a departamentos y municipios, aunque aún no los recursos.

Esta ley también asignó mayores recursos al primer nivel de atención y complejidad, conformado por pequeños hospitales locales y centros de salud, sobre la base de que en ese nivel se deberían resolver la mayor parte de los problemas de salud.

La reforma constitucional de 1991 profundiza el proceso descentralizador y crea las transferencias del presupuesto nacional a los municipios, gran parte de ellas dedicadas a salud y educación. La ley 60 de 1993 decide la entrega de estos recursos a los municipios, grandes centros urbanos, medianos municipios o municipios rurales. El proceso de descentralización trae como resultado que la mayoría de los municipios del país cuentan ya con las responsabilidades y los dineros, pero sin la más mínima capacidad técnica para planificar y administrar los servicios de salud, al tiempo que los servicios seccionales de salud son desmontados y sustituidos por pequeñas secretarías, pues a los departamentos se les prohíbe gastar los recursos de salud en la burocracia, así sea para administrar el Sistema.

Como resultado de este proceso descentralizador acelerado y poco técnico, casi irresponsable, aunque inevitable, las coberturas de vacunación, uno de los mayores logros del Sistema Nacional de Salud, comienzan a caer hasta niveles críticos como todos los programas de prevención y control de patologías.<sup>18</sup>

Los hospitales evidencian una crisis desde la reducción presupuestal originada en la crisis fiscal de 1984. El Ministerio propende que mediante cuotas de recuperación consigan el 30% que no

les puede girar. Unos se niegan a cobrar y se convierten en instituciones que pagan nóminas y que no cuentan con los elementos para trabajar. Otros cobran demasiado o se dedican a atender la población de estratos medios en sus servicios para pensionados. Ni unos ni otros resuelven los problemas a la población pobre para la que supuestamente se había creado el Sistema, y el hecho de que los dineros del Estado para la salud no estén llegando efectivamente a los pobres. El sistema es entonces cuestionado por la mala asignación de recursos que se hizo más profunda a partir de las crisis presupuestales.

La reforma constitucional de 1991 establece que la salud y la seguridad social constituyen un derecho de todos los ciudadanos (Art. 46) y define que estos servicios públicos podrán ser prestados directamente por el Estado o a través de particulares, en consonancia con el proceso de reformas privatizadoras del modelo neoliberal en boga.

### **El Sistema General de Seguridad Social en Salud. La etapa de la seguridad social**

Colombia inició en Diciembre de 1993 un nuevo y ambicioso camino dirigido a lograr en una década la cobertura en salud de todos sus ciudadanos.

En esa fecha fue expedida la Ley 100, que pretende transformar el viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista estatal y caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada, en un Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un importante componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos.\*

La reforma parte de definir dos regímenes: el Contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes, y el Subsidiado, para quienes no tienen dicha

---

\* «La Reforma», análisis de la Revista Salud Colombia. En: [www.saludcolombia.com](http://www.saludcolombia.com)

capacidad y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio. *Para el Banco Mundial (1987), la política para superar la pobreza durante los ajustes estructurales debía comportar dos características: 1) ser complementaria y subordinada a los programas de ajuste estructural, pues del éxito de tales programas dependería el desarrollo social futuro, de ahí que el objetivo fuera proteger a los que transitoriamente no pudieran incorporarse o fueran excluidos del proceso de crecimiento económico; 2) tales políticas deberían ejercerse mediante gasto público social, aun cuando se reconoce la dificultad de aumentarlo en condiciones de restricción fiscal. En materia de salud este organismo a través de su Departamento de Población, Salud y Nutrición pregona el diseño, para los países de bajos ingresos, de un paquete mínimo de intervenciones clínicas y de salud pública con reducido costo destinadas a aliviar la carga ocasionada por las principales enfermedades y que debía ser subsidiado por el Estado<sup>a</sup>.*

*En este escenario, el Estado debía reasignar el gasto social para aumentar su eficiencia social y técnica. Por ello se debía focalizar o concentrar los recursos en aquellos que más lo necesitaban, es decir, ciertos estratos de ingresos, zonas geográficas, grupos de edad o género, entre otros; privilegiando además ciertas actividades de los servicios sociales, que se consideran más necesarias para ellos, tales como la medicina preventiva, la educación básica, la vivienda popular, entre otros. Los recursos públicos sociales debían destinarse a los más pobres, los menos pobres deben pagar los servicios que demanden, sean éstos públicos o privados<sup>a</sup>.<sup>15</sup>*

El Régimen Subsidiado instaurado en la ley colombiana también fue consecuencia del hecho de haber concebido el aseguramiento como el mecanismo capaz de hacer efectivo el derecho, es decir de garantizar la prestación de los servicios de salud. El World Health Report 2000, de la Organización Mundial de la Salud, siete años después señala en este sentido: *Los sistemas de salud no sólo deben fomentar la salud de los ciudadanos sino protegerlos frente a los costos*

*de la enfermedad. Los gobiernos deben reducir el regresivo gasto individual en salud y crear sistemas de financiamiento y prepago que reduzcan el riesgo para los ciudadanos<sup>a</sup>.<sup>19</sup>*

Transcurridos ya diez años de formulada la Ley 100 de 1993, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para todos los habitantes de Colombia, y pasado el año 2000, fecha en la cual se previó alcanzar la cobertura universal en el aseguramiento, que garantizara el acceso a un Plan Obligatorio de Salud –POS– igual para todos los colombianos (Art. 162),\* resultaba evidente que no se logró la meta estipulada en el plazo previsto.

Pese a que el propósito de aseguramiento universal puede ya considerarse una política de Estado, en la medida que se ha sostenido durante cuatro gobiernos consecutivos, el reconocimiento de la imposibilidad de alcanzar la meta de universalidad en el plazo previsto ha generado cierta desazón al interior del Sector.

#### Referencias

1. Mora C, Peña M. Historia socioeconómica de Colombia. Bogotá: Editorial Norma; 1985.
2. Mc Greevy WP. Historia económica de Colombia 1845-1930. Bogotá: Ediciones Tercer Mundo; 1982.
3. Kalmanovitz S. El régimen agrario durante el siglo XIX en Colombia. En: Manual de historia de Colombia. Bogotá: Instituto Colombiano de cultura; 1979.
4. Bejarano JA. El despegue cafetero (1900-1928). En: Ocampo J (editor). Historia económica de Colombia. Bogotá: Tercer Mundo Editores en coedición con Fedesarrollo; 1994.
5. Ocampo JA. Crisis mundial y cambio estructural (1929-1945). En: Ocampo JA (editor). Historia económica de Colombia. Bogotá: Tercer Mundo Editores en coedición con Fedesarrollo; 1994.

\* En el Artículo 153 de la Ley 100 de 1993 se define el principio de equidad: «el Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independientemente de su capacidad de pago....»

6. Bulmer-Thomas V. La historia económica de América Latina desde la Independencia. México: Fondo de Cultura Económica; 1998.
7. Ocampo JA, *et al.* La consolidación del capitalismo moderno (1945-1986). En: Ocampo JA (editor). Historia económica de Colombia. Bogotá: Tercer Mundo Editores en coedición con Fedesarrollo; 1994.
8. Palacios M, Safforg F. Colombia: país fragmentado, sociedad dividida. Bogotá: Editorial Norma; 2002.
9. Sarmiento E. El modelo propio. Bogotá: Editorial Norma; 2002.
10. Martínez-Zulaica A. La medicina del siglo XVIII en el Nuevo Reino de Granada. Tunja: Editorial Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; 1973.
11. Martínez-Zulaica A. Fosas y bronce. La medicina en la ciudad de Tunja, su evolución histórica. Bogotá: Academia Boyacense de Historia – Editorial Nelly; 1989.
12. Foucault M. El nacimiento de la clínica. México: Siglo XXI Editores; 1966.
13. Vasco-Urbe A. Estado y enfermedad en Colombia. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 1988.
14. Quevedo E *et al.* Análisis socio histórico. Capítulo de: Estudio sectorial de salud. La salud en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud - Departamento Nacional de Planeación; 1990.
15. Rodríguez O, Arévalo D. Estructura y crisis de la seguridad social en Colombia 1946-1992. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia; 1993.
16. Hernández M. 100 años de la OPS en Colombia. Bogotá: OPS-OMS; 2003.
17. Bejarano JA. El despegue cafetero (1900-1928). En: Ocampo JA (editor). Historia económica de Colombia. Bogotá: Tercer Mundo Editores en coedición con Fedesarrollo; 1994.
18. Ministerio de Salud – Organización Panamericana de la Salud. «Informe Colombia» en la Reunión Andina de Santa Cruz, Bolivia, los días 11 y 12 de Octubre de 1999. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional. Bogotá. Instituto Nacional de Salud; 1999.
19. Martínez F, Robayo G, Valencia O. ¿Por qué no se logra la cobertura universal de la seguridad social en salud? Bogotá: Fedesalud; 2002.

## VII. ECUADOR

Para intentar una «reseña comprensiva de la evolución histórica de los últimos cien años en los ámbitos políticos, sociales, económicos y sus efectos en los determinantes sanitarios y en las políticas en salud», nos pareció imprescindible una sintética revisión de etapas previas, toda vez que algunos hechos, procesos o características han influenciado hasta el presente el desarrollo del país en general y de la salud, en particular.

Efectivamente, si el último siglo, en términos generales, corresponde al progresivo desarrollo del Estado «moderno», cinco grandes etapas precedentes condicionaron sus características: la época aborígen, la «conquista» española, el período colonial, la independencia y la conformación de la República, respectivamente.

### 1. Epoca aborígen

Las primeras agrupaciones humanas corresponden a los años 500 DC; tales agrupaciones étnicas pasarían a integrarse hacia 1 500 al Imperio Inca que los conquistó.

El rasgo más relevante de la organización económica del período se fundamentaba en la propiedad comunitaria de la tierra y en el trabajo colectivo de los productores, siendo la reciprocidad y la solidaridad elementos característicos de la sociedad que limitaban los efectos de la desigualdad social entre dirigentes y súbditos en tanto «permiten a todos un apropiado acceso a los bienes necesarios para la vida.»<sup>1</sup>

La salud era considerada resultado de la «relación armónica entre el hombre y la concreción de lo

---

\* La revisión histórica se ha realizado con el apoyo de dos textos básicos: Ayala-Mora E. Resumen de la historia del Ecuador, y Acosta A. Breve historia económica del Ecuador. Nos han sido también de valioso soporte las publicaciones de Eduardo Estrella, destacado médico historiador ecuatoriano prematuramente fallecido en 1997, así como la compilación de OPS-Ecuador (el Cóndor, la Serpiente y el Colibrí) publicada con ocasión del centenario de la organización.

sagrado; la contravención a las normas divinas puede causar enfermedad y su acatamiento la salud».<sup>2</sup> En un inicio la medicina aborígen era ejercida por una persona con distintos saberes; sacerdote, mago, hechicero, adivino, además de curandero.

Con el devenir de los años, sin embargo, se desarrollarían «especialidades terapéuticas» como parteras, sobadores-fregadores, hierbateros, así como concepciones culturales mágico míticas combinadas con recursos terapéuticos, especialmente con base en plantas medicinales que, transmitiéndose de generación en generación, mantienen plena vigencia, en entornos campesinos e incluso urbanos, hasta nuestros días.

### 2. La Conquista (o el sometimiento)

La época denominada de la Conquista, (que expresa la perspectiva dominante del conquistador) a pesar de que correspondió a un período corto de tiempo (1528-1534), tuvo efectos catastróficos, diezmándose poblaciones enteras por efecto del impacto bélico y las epidemias derivadas de la conquista.

Desde la perspectiva de los vencidos, en palabras de Enrique Ayala,<sup>3</sup> la Conquista «significó el intento de expulsión de los indígenas del escenario de nuestra Historia». Hechos contemporáneos que se revisarán más adelante dejarán ver, sin embargo, que la rueda de la historia no se detiene y que el indígena ecuatoriano organizado, vuelve a convertirse en protagonista de nuestra historia.

### 3. La Colonia

Comprende un amplio período, entre 1534 y 1822, pudiendo identificarse tres fases o momentos:

a) **De asentamiento y consolidación inicial**, hasta 1590, aproximadamente, en que comienzan a tomar forma las relaciones de subyugación/explotación en ámbitos político-económico-comerciales entre la metrópoli española y la

colonia; la «encomienda» (encargo de grupos de indígenas a colonos españoles, con características de semi-esclavitud) será su «institución» característica y la formación de las ciudades constituirá hecho relevante.

b) **De producción textil** hasta 1680-1690, en que se materializa la especialización de la Real Audiencia de Quito como proveedora de tejidos y alimentos a otros centros de explotación minera (especialmente Potosí-Bolivia), a través de la «mita» (tiempo de trabajo obligatorio para obras públicas y servicio privado de colonos), nuevo mecanismo de extracción del trabajo indígena. La iglesia iría consolidando su poder y el mestizaje constituiría un fenómeno en progresivo ascenso.

En lo que respecta a la salud y la medicina, tres modelos se organizarían e interrelacionarían:<sup>2</sup> la medicina aborígen, perviviendo en sincretismos con prácticas religiosas católicas; la práctica médica popular de progresivo desarrollo «urbano», ejercida por barberos, flebotomistas, herbolarios y comadronas y la práctica médica oficial o científica, derivada del renacentismo europeo que propiciaría la creación de hospitales «de caridad», beneficencia y asistencia « a los pobres», y la educación médica universitaria, ubicándose en 1693 la génesis de la Facultad de Medicina de Quito.

Las epidemias por enfermedades importadas de Europa (influenza, viruela, sarampión, etcétera) diezmaban a los habitantes, sobre todo indígenas, por sus deficitarias condiciones socio-nutricionales.

c) **De crisis y agotamiento de la Colonia** (aproximadamente 1690-1800). Producida la crisis del imperio español la demanda de productos textiles disminuyó drásticamente y emergieron, como resultado, la explotación agrícola, el latifundio y la hacienda que se constituirían en símbolos de la producción en años futuros, sustentados invariablemente en la explotación de la mano de obra indígena, esta vez por medio de la figura del «concertaje» (que ataba al indio al latifundio forzándolo a trabajar indefinidamente en la hacienda para el pago de «deudas» contraídas.)

Por otra parte, el incremento en la producción y exportación del cacao en la costa habría de determinar el modelo agro-exportador que se desarrollaría más tarde, el incremento poblacional en dicha región, la rivalidad costa/sierra y la bipolaridad Quito-Guayaquil.

En lo relativo a la situación de salud, a las pestes y epidemias habrían de sumarse desastres naturales, erupciones y terremotos que agravaron las de por sí deterioradas condiciones de la población.

En esta etapa de la vida del país surge la figura del precursor de la medicina, periodismo y democracia en Ecuador, el Dr. Eugenio Espejo, quien se anticipa con mucho a posteriores descubrimientos bacteriológicos, siendo también sobresalientes sus aportes regulatorios de la salud pública, sus observaciones en torno a determinantes socioeconómicos de la enfermedad y sus denuncias de las desigualdades existentes.<sup>4</sup>

#### 4. La Independencia y la Gran Colombia

Período comprendido aproximadamente entre 1800 y 1830, que registra dos fechas culminantes: el 24 de mayo de 1822 cuando se libra la Batalla del Pichincha que marca la derrota definitiva de España y el 13 de mayo de 1830, cuando se constituye la República del Ecuador, luego de que sucumbiese el sueño del Libertador Simón Bolívar de conformar la Gran Colombia.

En una fundamentada reinterpretación de la historia, Ayala Mora <sup>3</sup> identifica a los verdaderos protagonistas de la Independencia y sus intereses: «... notables latifundistas, grupos medios de la sociedad colonial e intelectuales. Los grupos populares urbanos, fundamentalmente artesanales y el pequeño comercio, reticentes al principio, sólo apoyaron a los notables patriotas en estadios posteriores de la independencia. En las masas indígenas, protagonistas de repetidos alzamientos en las décadas previas, había la conciencia de quiénes eran los beneficiarios de la autonomía, justamente los terratenientes que habían contribuido a la sangrienta represión de esos alzamientos».

Producida la independencia, el liderazgo visionario del Libertador propuso la conformación de la Gran Colombia que, finalmente, no pudo concretarse, debido, según Ayala, a razones internas, derivadas, básicamente de «... conflictos de intereses entre las oligarquías regionales» y externas; «... potencias capitalistas interesadas en que no se consolidara un gran Estado...»

Otro hecho registrado en tales años - de indudable y con seguridad pernicioso trascendencia para Ecuador - lo constituyen los préstamos contratados en Europa para financiar las guerras independentistas. Como lo anota Acosta,<sup>5</sup> desde entonces «los continuos arreglos y renegociaciones y las múltiples suspensiones de pago... hicieron de la deuda externa un escollo casi permanente en la vida económica y política del país».<sup>5</sup>

## 5. La República del Ecuador

Antecedente inmediato de la historia del Ecuador del último siglo, este período se inicia en 1830.

De entonces hasta fines del siglo XIX, dos tendencias representativas de los intereses regionales sierra/costa habrían de dominar la escena política; la primera, de inspiración clerical y corte autoritario, en la que se consolida el estado terrateniente, bajo control político de la oligarquía serrana - aunque se registran también avances de modernización y consolidación estatal - y la segunda, inscrita en un contexto económico favorable - determinado por el incremento en la producción del cacao y el dinamismo de actividades conexas - que condujo al fortalecimiento « del poder político-económico de banqueros, comerciantes y terratenientes cacaoteros ...en el marco de una inserción cada vez más estrecha de la economía del país en el sistema económico mundial... ».<sup>5</sup>

Por estos años, comenzaría a tomar forma la «deuda interna», que favorecería los intereses particulares de los prestamistas, ligados a la banca, y conspiraría contra el fortalecimiento estatal en la medida de su dependencia económica «... de los grupos particulares poseedores del

dinero».<sup>3</sup> La situación habría de pesar en forma permanente sobre la economía ecuatoriana.

Como consecuencia e instrumento de la lucha regional por el poder en estos años se constituyeron los embriones de los futuros partidos Conservador y Liberal, registrándose también una reactivación de organizaciones sociales, especialmente vinculadas al artesanado.

### Salud: sanidad y beneficencia

En lo relacionado con lo que podría llamarse el «sector de la salud», se pueden identificar algunas acciones de salud pública, como «la institucionalización de las Juntas de Sanidad, que se preocupan por la higiene de las ciudades»<sup>6</sup> y el saneamiento de los puertos, en consonancia con el inicio de las actividades de intercambio comercial y agro-exportación. A nivel médico-asistencial se observa la progresiva conformación de la medicina oficial con la apertura de hospitales en varias ciudades, la constitución de centros universitarios de enseñanza de la medicina y la obstetricia, así como la organización de «sociedades médicas», antecedentes de los futuros gremios médicos.

La atención médica estaba dominada por una concepción asistencialista, materializada en «Juntas de Beneficencia» sustentadas en una Ley Reformatoria de Régimen Municipal, expedida en 1887 «... que autorizaba a los Concejos Municipales que administraban hospitales, cementerios y otras instituciones de servicio social, entregarlas a Juntas de Beneficencia».<sup>6</sup>

El «ejemplo mejor acabado de lo que sería la beneficencia, logra plasmarse en la ciudad de Guayaquil (1887)...»<sup>7</sup> donde el municipio de Guayaquil crea «una Junta de Beneficencia compuesta por ciudadanos respetables, la cual se encargará de la administración, conservación, mejora, buen régimen y disciplina de los hospitales, manicomio, cementerio y demás establecimientos municipales de beneficencia existentes en el Cantón, o que se fundarán más adelante».<sup>8</sup> La Junta posteriormente adquiriría un carácter totalmente autónomo y, fruto de su poder político, obtendría respaldo legal para explotar

monopólicamente la Lotería Nacional que, desde 1894, constituye una de sus más importantes fuentes de financiamiento.

En lo que tiene que ver con la situación de salud de la época, en la costa las epidemias de enfermedades tropicales, ligadas a las actividades productivas y de intercambio comercial provocaban muchos fallecimientos: «,... en 1842 la fiebre amarilla causó la muerte de 5.000 guayaquileños (cuarta parte de la población de la ciudad) y 3.500 manabitas».⁶ El paludismo se constituía en una endemia de consecuencias mortales que afectaba con mayor dureza a los emigrantes serranos.

En la sierra (donde se ubicaba 70% de los 750.000 habitantes del país) prevalecía en el grupo indígena la patología de la pobreza, con alta incidencia de desnutrición, tuberculosis y fiebre tifoidea. A nivel general fueron frecuentes las epidemias de viruela, sarampión, varicela y gripe, registrándose también desastres naturales, terremotos e inundaciones.⁶

## 6. El siglo XX

Se inicia con una población de alrededor de 1.3 millones de habitantes y un crecimiento económico de 2.5 del Producto Interno Bruto por habitante, superior a la tasa promedio de Latinoamérica e incluso de Estados Unidos de América y algunos países europeos.⁵ Destaca la figura del general Eloy Alfaro, líder histórico quien inició la revolución liberal en 1895.

El análisis de los hechos registrados en el presente siglo puede facilitarse con una periodización que considere lo sucedido hasta 1960 (con cuatro etapas «internas» identificadas por Ayala Mora) y desde entonces hasta nuestros días.

### La revolución liberal (1895-1912)

Representa la vertiente progresivo-democrática del liberalismo que, sustentada «en la participación

---

\* Ayala E. Eloy Alfaro, reconocido caudillo liberal que se desempeñó como Jefe Supremo, Presidente Interino y Presidente constitucional, entre 1895 y 1911.

de sectores populares ... considera importantes reformas sociales que se consagran en el plano jurídico, tales como la separación de la Iglesia del Estado, el divorcio, la educación para la mujer, la educación estatal laica y el replanteamiento y búsqueda de lo que sería la atención a los pobres y menesterosos a través de una organización estatal: la beneficencia pública».⁷ A nivel de realizaciones destaca ampliamente la titánica construcción del ferrocarril trasandino.

Sin embargo, cuando las reformas parecían profundizarse, la revolución «se volvió peligrosa para las estructuras de dominación»⁵ y Alfaro es bárbaramente asesinado.

### Salud: regulaciones sanitarias, instituciones y establecimientos de salud

En el campo de la salud, y en el marco de la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana en 1902, se emitieron una serie de normas legales regulatorias de la salud pública tales como el Reglamento General de Boticas, la Ley de Sanidad Pública y de Sanidad Militar y la Revacunación Obligatoria; se crean también instituciones como el primer Laboratorio Químico Municipal, la Liga contra la Tuberculosis, el Concejo Supremo de Sanidad e Higiene y la Dirección de Sanidad. Se reconstruye el Hospital General de Guayaquil y se establece la primera maternidad en Quito, creándose asimismo la primera Escuela de Enfermería.

El financiamiento de «la beneficencia» provendría de los recursos derivados de la expropiación de bienes de la Iglesia a través de la «Ley de Manos Muertas» y de la lotería, en el caso particular de Guayaquil.

En conclusión, en este período se desarrollaron estructuras «preventivas o de salud pública» cobijadas bajo el nombre genérico de «la sanidad» y otras asistenciales dentro del concepto de la beneficencia -fundamentalmente en repuesta a las necesidades de preservación de la fuerza de trabajo, ligada a la actividad agroexportadora - así como también de corte caritativo-social del Estado en favor de los pobres.

«Esta dicotomización de la salud ...reflejará una concepción no integral del proceso salud-enfermedad, que se mantendrá y que no será superada ni con la creación del Ministerio de Salud»,<sup>7</sup> años más tarde.

### **La oligarquía liberal (1912 – 1924)**

Período signado por el conflicto y la crisis derivada del decrecimiento de las exportaciones y la baja del precio del cacao, de la reacción de grupos organizados frente a la adopción de medidas económicas impopulares, y de las influencias internacionales relacionadas con el triunfo de la revolución soviética. El período de agitación social tuvo su trágico punto culminante con la sangrienta represión de manifestaciones populares, de noviembre de 1922 en Guayaquil.

### **Salud: de la beneficencia a la asistencia pública**

La asistencia técnica internacional para el «saneamiento del Puerto y de las zonas productivas»<sup>6</sup> se intensifica, registrándose la presencia de la primera Comisión Sanitaria Norteamericana de la Fundación Rockefeller y dos años más tarde de la Comisión para el Control de la Fiebre Amarilla.

En términos asistenciales, en 1913, se crea el «Servicio de Asistencia Pública» que reemplazará, al menos nominalmente, a la Beneficencia Pública. Efectivamente, como lo anota Margarita Velasco<sup>7</sup> la Asistencia Pública «hereda los hospitales de la Beneficencia y no modifica su práctica de salud, incluso perpetúa el carácter religioso de la prestación de servicios».

A diferencia de la «estructura» anterior, sin embargo, y «... respaldada por una concepción más clara de lo que significa una institución de caridad estatal a nivel nacional, logrará armar su aparato administrativo con un radio de acción nacional que intentará efectivizar la presencia estatal»,<sup>7</sup> a través de una incipiente regionalización administrativa en tres distritos; Quito, con influencia sobre provincias del norte y centro del país; Guayaquil que incorpora las provincias del litoral, y Cuenca, que lo hace con las provincias del sur.

### **Crisis e irrupción de las masas (1925-1944)**

La «revolución juliana» impulsada por militares progresistas, marca el inicio de una etapa de crisis global del sistema, afectado por el irreversible descalabro cacaotero y la depresión económica internacional de los años 30, las demandas de sectores medios vinculados al aparato burocrático, el ascenso organizativo de la clase trabajadora y el robustecimiento del latifundismo serrano que añoraba retomar el poder perdido. No es de extrañar, entonces, que sea éste el momento de constitución oficial de los partidos Liberal Radical, Conservador Ecuatoriano y Socialista Ecuatoriano.

Hacia 1933 aparece en escena el Dr. José María Velasco Ibarra quien habría de dominar el escenario político nacional por casi 40 años; su primer ejercicio presidencial (interrumpido a los dos años) marcaría la tendencia de 4 de sus 5 mandatos en los que provocaría intentos dictatoriales que invariablemente le alejarían del poder.

El período también da cuenta de la invasión militar peruana de 1941, que determinaría para Ecuador la cesión de «la mitad del territorio que había reclamado históricamente».<sup>3</sup>

### **Salud y seguridad social**

Como producto y expresión de demandas sociales en ascenso en este período se creará el Ministerio de Previsión Social y Trabajo (1926), al que le corresponden «... los ramos de Previsión Social, Trabajo, Asistencia Pública, Sanidad e Higiene»,<sup>1</sup> entre muchas otras competencias. Posteriormente (1935) el Ministerio incluirá el manejo de los Institutos de Previsión y de la Caja de Pensiones (creada en 1928), antecedentes inmediatos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Se expedirán también el «Código del Trabajo» (1938), la «Primera» (1935) y «Nueva» (1942) Ley del Seguro Social Obligatorio.

En esta etapa se constituirá el Servicio Sanitario Nacional (1925) y se expedirá el Primer Código

<sup>1</sup> Decreto Supremo No. 207 de 27 de noviembre, 1926.

\* Ayala Mora.

Sanitario (1944), registrándose escaramuzas y contradicciones entre el poder central y local (municipios) por ejercer el control de las actividades de la sanidad, que terminarán resolviéndose a favor del poder central.

En 1945 se elabora el primer Plan Cuadrienal de Salud, con la asesoría de la Organización Panamericana de la Salud; a pesar de que no llega a materializarse, en el Plan se identifican las primeras concepciones de salud como derecho, a

diferencia de las ideas predominantes hasta entonces, de la salud como caridad para los pobres. Refleja también el esforzado trabajo de visionarios profesionales que advertían la necesidad de contar con un Ministerio de Salud.

### Situación de salud

Los cuadros siguientes, permiten apreciar una perspectiva general de la situación de salud del período.

**Cuadro I.** Población, natalidad y mortalidad en el Ecuador, 1921-1954

A o	Población	Nacimientos	%	Defunciones	%
1921	1'585.212	78.569	5.05	49.111	3.16
1925	1'738.732	87.925	5.17	48.898	2.88
1930	1'958.469	97.387	5.11	44.569	2.34
1935	2'210.275	104.477	4.85	49.139	2.28
1940	2'481.166	116.888	4.82	62.139	2.56
1945	2'795.951	129.111	4.74	59.606	2.19
1950	3'211.916	149.159	4.78	55.986	1.79
1954	3'615.854	156.805	4.40	57.396	1.61

Tomado de: Estrella E. Medicina y estructura socio económica. Quito, 1980.

**Cuadro II.** Mortalidad infantil en el Ecuador, 1931-1950

A o	Nacimientos	Defunciones	Índice <sup>f</sup>
1931	98.915	13.861	140
1935	104.477	14.361	137.5
1940	116.915	18.539	158.5
1945	129.433	18.901	146
1950	149.153	16.367	119

Fuente: Andrade Marín C. Mortalidad infantil en el Ecuador. *Pediatría Ecuatoriana* (Quito) 1953; 4/7:49-54.

<sup>f</sup> Tasa por 1.000 nacidos vivos

Tomado de: Estrella E. Medicina y estructura socio económica. Quito, 1980.

### Período de estabilidad (1948-1960)

Inaugurando una situación muy diferente a lo experimentado en el cuarto de siglo previo (en el que se contabilizaron 22 gobiernos y 29 gobernantes) y con el favorable contexto de otro momento de auge exportador, esta vez del banano, se registra una inusual etapa de estabilidad política, en la que tres gobernantes (Galo Plaza, Velasco Ibarra y Camilo Ponce) logran concluir sus períodos de gobierno.

Plaza se esforzará por «... modernizar el aparato ecuatoriano y readecuar la economía ecuatoriana a las condiciones de la nueva presencia imperialista que se consolidaba»;<sup>3</sup> Velasco Ibarra «desarrolló un plan de construcción vial y educativo, pero frustró una vez más a sus electores al no desarrollar reforma importante alguna»,<sup>3</sup> y el conservador Ponce Enríquez realizó un gobierno de tono liberal, pese a ser representante de la derecha tradicional.

## **Salud: el frustrado intento de creación del Ministerio del ramo**

A inicios del período, en 1948, se registra un importante movimiento médico que cuestiona la fragmentada «organización» de la salud en el país que tenía el siguiente panorama:

La «sanidad» estaba dirigida por el Servicio Sanitario Nacional con sede en Guayaquil, la atención médica de la población pobre estaba a cargo de la Asistencia Pública (Juntas de Quito, Guayaquil y Cuenca), la de los trabajadores por el Departamento Médico de la Caja del Seguro, y la de los militares por la Sanidad Militar.

En algunos municipios funcionaban departamentos de Higiene y en Guayaquil el Instituto Nacional de Higiene, la Liga Ecuatoriana Antituberculosa y la Junta de Beneficencia, con total independencia económica, administrativa y técnica.

La práctica médica liberal y la medicina popular/tradicional completaban el cuadro que traduce una «estructura incoherente y caótica que conllevaba duplicación, pérdida de recursos y ausencia de coordinación en los grandes esfuerzos nacionales y en la estructuración de políticas estatales». <sup>9</sup>

Frente a dicha situación, la Federación Médica Nacional (creada en 1943) y la Asociación Médico-Quirúrgica de Quito trabajaban para institucionalizar la protección de la salud «a través de un único organismo estatal» y obtienen del Congreso Nacional, el 25 de octubre de 1948, la aprobación del Acuerdo Legislativo 626 que crea el Ministerio de Salubridad y Asistencia Social.

El Ministerio tendría por objeto «dirigir y coordinar la política de defensa biológica del País... como de los diversos organismos autónomos que actualmente existen; dirigirá y coordinará igualmente, tanto la labor de Saneamiento Ambiental, como de la Asistencia Social y Hospitalaria». <sup>10</sup>

El acuerdo fue objetado por el Presidente Plaza Lasso, argumentando una insuficiencia en las atribuciones del Ministerio, que tendría solamente un carácter de asesoría técnica sin efectividad, en tanto

no se lograría una dirección unificada de las grandes campañas nacionales, al respetar las autonomías económicas y administrativas de las entidades existentes. Las fuerzas que se identificaron como determinantes de la objeción fueron: <sup>10</sup>

La existencia de conflictos regionales focalizados en Guayaquil, sede de entidades que veían restringida su autonomía regional con la creación del Ministerio de Salud Pública (MSP).

La presencia en el ejecutivo de un Vicepresidente ligado a los intereses del puerto. El temor a la restricción o desvío de aportes económicos comprometidos en el desarrollo de campañas de saneamiento en las áreas de la frontera agrícola de banano.

Una insuficiente presión externa, en ese momento dirigida más a lograr la integración de la economía ecuatoriana al capital internacional y a la conformación de un bloque político racional, que al bienestar de la región.

Una demanda social poco efectiva y desorganizada, consecuencia de la política velasquista.

Habrían de pasar casi 20 años, entonces, hasta que en 1967 se materialice la creación del Ministerio de Salud, como se registrará más adelante.

## **7. La historia de los años 60 y 70**

Como ha sido clásico en la historia económica del Ecuador, luego de los períodos de bonanza, derivados de un incremento en la exportación de determinados productos, le sobrevienen períodos de crisis que incluyen reacomodos de las fuerzas políticas en el poder.

Cuando se produce la crisis de la exportación bananera, Velasco Ibarra asciende en 1960 por cuarta ocasión, pero es nuevamente derrocado un año después. Los años siguientes están dominados por la influencia internacional anticomunista de Estados Unidos de América, preocupado por evitar procesos revolucionarios similares al de Cuba, estableciéndose una nueva dictadura militar (que habría de extenderse hasta 1966), que buscó aplicar un programa de modernización estatal,

promulgando la Ley de Reforma Agraria, en procura de cambiar las relaciones pre-capitalistas en el agro. Sin embargo, y como también es denominador común en nuestra historia, cuando intentó reformas a los impuestos al comercio exterior, los grupos afectados orquestaron su caída.

Luego de los consabidos interinazgos, nuevamente reaparece en escena -por última vez- Velasco Ibarra, electo Presidente por quinta ocasión, quien nuevamente promovió una ruptura constitucional y su definitiva caída en 1972, «casi al fin del período, bajo el peso de los militares que habían sostenido su régimen de facto».<sup>3</sup>

Paralelo a un nuevo período de esplendor, derivado, esta vez, de la explotación y exportación petrolera en una coyuntura de precios elevados del producto en el mercado internacional, que condujo a «la etapa del auge más espectacular de la historia nacional»<sup>4</sup> el Gobierno Nacionalista y Revolucionario de las Fuerzas Armadas emprendería en 1972 un gobierno considerado progresista, especialmente en materia de defensa de los recursos naturales, propiciando y desarrollando el control estatal de la explotación y comercialización petrolera. El Consejo Supremo de Gobierno, que asumió el poder en 1976, contrató agresivamente empréstitos internacionales que dispararon el monto de la deuda externa y preparó las condiciones para retornar al sistema democrático en 1979.

En este período, entonces, habrían de producirse, según Margarita Velasco,<sup>7</sup> tres reformas del aparato estatal: la Reforma Agraria -cuya aplicación se inicia en las haciendas y tierras de la Asistencia Social-, la Reforma Administrativa, que expande sin precedentes el ámbito del Estado, y la Reforma Política que «... prepara el retorno a la democracia y permitirá la participación de la sociedad civil en el Estado, a través de una nueva Ley de Partidos y de Reformas a la Constitución».<sup>7</sup>

### **Salud: creación del Ministerio de Salud y el Seguro Social Campesino**

Entre 1960 y 1979 de entre varios hechos y realizaciones, dos aspectos sobresalen en el

campo de la salud; la creación del Ministerio de Salud Pública en 1967, siendo Ecuador el «último país en hacerlo en América Latina»<sup>7</sup> en un contexto de presión internacional (OPS, Alianza para el Progreso de los Estados Unidos de América, Reunión de Presidentes y Declaración de Punta del Este) y la creación del Seguro Social del Campesinado en 1968.

La creación del MSP significará la eliminación de las dos caducas instituciones de la sanidad y la asistencia pública, aunque mantendrá intocada la beneficencia guayaquileña.

Otras realizaciones de la época incluyen la expedición del Código de Salud en 1971, que consagra que la salud individual y colectiva es uno de los principales deberes del Estado. Este cuerpo legal se mantiene vigente hasta nuestros días, aunque su reforma está actualmente en trámite en el Congreso Nacional.

El hasta entonces existente «Servicio Cooperativo de Salud Pública», impulsado por el Punto IV de la Embajada de Estados Unidos de América, daría paso al Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias (IEOS) y posteriormente se crearía la Subsecretaría de Saneamiento Ambiental, adscrita al Ministerio de Salud.

Otra realización importante constituyó el inicio del Plan Nacional de Medicina, y luego Salud Rural, a través del cual los profesionales de salud cumplen un año de servicio obligatorio como requisito previo para su ejercicio profesional; el Plan contribuyó notablemente a la extensión de cobertura que hacia 1978, y con el influjo de Alma Ata, impulsó el MSP. Se inicia el programa que conduciría a la erradicación del bocio endémico en zonas de riesgo.

De la mano del incremento presupuestario proveniente de las exportaciones petroleras en este período se comprometen recursos económicos (préstamos reembolsables) con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para la construcción de unidades de salud de mediana complejidad (hospitales en ciudades pequeñas) y de baja complejidad (subcentros y centros de salud en la zona rural), a partir de los cuáles se

hizo posible la sostenibilidad de la atención primaria de salud.

Lo propio sucedió en el campo del saneamiento ambiental, aunque con escasa coordinación operativa con el Ministerio de Salud y sobre todo con los municipios, debido a las restricciones derivadas de la administración centralizada y en cierta forma autónoma de la Subsecretaría de Saneamiento Ambiental y el Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias (IEOS), con el consiguiente paralelismo y, en muchos casos, duplicación de esfuerzos y recursos.

El Ministerio de Salud avanza en su proceso organizativo; emprende en la formación de especialistas en salud pública en distintos países de América e incluso Europa, con auspicio económico de la Organización Panamericana de la Salud, la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos de América y otros organismos de cooperación.

Estructura el nivel administrativo provincial, con un apreciable grado de desconcentración financiera e impulsa la aplicación de métodos e instrumentos de planificación y programación local, con la influencia de CENDES-OPS.

Iniciando con los programas de Planificación Familiar, auspiciados por la Agencia de Desarrollo del Estados Unidos (USAID), desarrolla progresivamente el Programa Ampliado de Inmunizaciones y otros de prevención y control epidemiológicos de enfermedades prevalentes.

En conclusión, y seguramente por la confluencia de la estabilidad y continuidad de políticas y directivos, así como por la disponibilidad de recursos en montos significativos, el Ministerio de Salud obtuvo importantes avances en este período; lastimosamente, y como se anotará, no logró mantener y profundizar su desarrollo institucional.

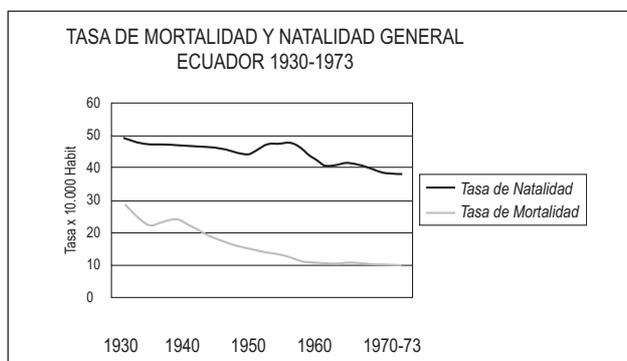
Paralelamente a la creación del Ministerio de Salud Pública, la antigua Caja de Pensiones (que cubría sólo a los trabajadores públicos) se transforma en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS, que da cobertura también a los trabajadores del sector privado con prestaciones de «enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y atención farmacológica, jubilación, montepío y mortuoria» y, posteriormente, préstamos hipotecarios para la construcción de viviendas para los afiliados (empleados y trabajadores con relación de dependencia).

Progresivamente, en este período, el IESS desarrollará una importante infraestructura hospitalaria, inicialmente en las ciudades de Quito y Guayaquil y posteriormente en otras de menor población (y número de afiliados).

### Situación de salud

La perspectiva de la situación de salud de la época, presentada en un valioso trabajo investigativo<sup>10</sup> configuraba el siguiente panorama:

Gráfico 1



Fuente: Estadísticas vitales –INE-JUNAPLA

Elaboración División de Programación y Evaluación de la Dirección Nacional Médico Social

**Cuadro III.** Esperanza de vida al nacer en Ecuador y países seleccionados

País	Año	Esperanza de vida al nacer		
		Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Ecuador	1961 - 1963	51,04	53,67	
México	1965 - 1970	61,03	63,73	
Costa Rica	1962 - 1964	61,87	64,83	
Perú	1960 - 1965	52,59	55,48	
Venezuela	1961			66,41
Estados Unidos	1970			70,8
Checoslovaquia	1966	67,33	73,37	

Fuente: Demographic Year Book – N.U. 1971

Elaboración: División de Programación y Evaluación de la Dirección Nacional Médico Social.

**Cuadro IV.** Número de defunciones y tasa de mortalidad por las 10 principales causas de muerte. Ecuador 1973

Causas de muerte	Número	Tasa *	% del total de defunciones
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	8.595	136.6	13.0
Bronquitis, enfisema y asma	4.866	77.3	7.4
Senilidad sin mención de psicosis	3.668	58.3	5.6
Sarampión	2.408	38.3	3.6
Influenza	2.316	36.8	3.5
Tos ferina	1.517	24.1	2.3
Anemias	1.511	24.0	2.3
Enfermedades cerebrovasculares	1.347	21.4	2.0
Tuberculosis del aparato respiratorio	10.83	17.2	1.6
Tétanos	1.039	16.5	1.6
TOTAL	28.350	-----	43.0

Tasa por 100.000 habitantes

Fuente: Estadísticas vitales – INE – JUNAPLA

Elaboración División de Programación y Evaluación de la Dirección Nacional Médico Social

**Cuadro V. Tasa de mortalidad materna, según reas. Ecuador 1973**

Area	Defunciones	Nacimientos	Tasa
Urbana	152	89.946	1.69
Rural	319	154.348	2.07
Total	471	244.294	1,93

Tasa por 1.000 habitantes

Fuente: Estadísticas Vitales – INE – JUNAPLA

Elaboración: División de Programación y Evaluación de la DNMS

Finalmente, la situación de recursos humanos mostraba notables deficiencias promedio (4.7 médicos y 1.17 enfermeras por 10.000 habitantes) pero con notables variaciones entre provincias (Pichincha, por ejemplo, registraba 11.4 y 3.8, respectivamente, a mucha distancia de Manabí, con 1.7 y 0.2, respectivamente).

## 8. El Ecuador de los últimos 25 años

### La administración de centro de Roldós-Hurtado

El retorno a la democracia fue testigo del ascenso al poder de Jaime Roldós, quien triunfó gracias a su oferta transformadora, expresada en su slogan

«la fuerza del cambio». Sin embargo, la heterogeneidad de su equipo de gobierno, las disputas con el partido populista que lo llevó al poder, agravados por un nuevo conflicto militar con Perú a inicios de 1981, representaron dificultades a vencer para materializar sus empeños progresistas. Infortunadamente Roldós murió en un accidente de aviación en mayo de 1981.

Se hizo entonces cargo del gobierno el vicepresidente Osvaldo Hurtado, de filiación política democristiana, quien dio mayor organización, coherencia y homogeneidad al gobierno, definiendo, según Ayala «una línea del más tímido reformismo, cada vez más limitado por la forma como enfrentó la crisis económica... al decrecer el auge petrolero», tomando duras medidas, como la sucretización de la deuda externa que favoreció a los dueños del capital, cediendo a presiones del Fondo Monetario Internacional. El Fenómeno de El Niño hizo su aparición en el país, ocasionando pérdidas por casi 200 millones de dólares.

### **Salud: el crecimiento del Seguro Social Campesino y el desarrollo progresivo de programas de prevención y control**

En lo que respecta a salud, en este período se continuó, aunque con menor ímpetu por reducción de los recursos presupuestarios, la expansión de servicios de salud del Ministerio y de las obras de saneamiento ambiental (agua potable, alcantarillado y letrización) a cargo del Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias (IEOS), especialmente en las zonas rurales. La falta de continuidad de los ministros de salud es notoria; seis ministros en cinco años.

La cobertura de salud del IESS es casi exclusivamente urbana por la ubicación de la mayoría de sus afiliados. Para la población rural empieza a incrementar su cobertura el Seguro Social Campesino –SSC-, que con una aportación simbólica (alrededor de US\$ 0.50) por familia afiliada, cubre a todos los miembros con atención médica itinerante (una o dos veces por semana; atención de enfermería cinco días a la semana) y medicación gratuita; pero, además, cuando lo necesiten, los afiliados a este sistema pueden acceder por referencia en forma gratuita a la

atención hospitalaria especializada –incluida cirugía- de las unidades de salud del IESS.

De esta manera una importante masa de población campesina, principalmente indígena de la sierra ecuatoriana, se beneficia y desarrolla un fuerte sentido de pertenencia que, desde entonces, habrá de defenderlo férreamente ante amenazas de supresión de este servicio; en cierta medida, éste sería uno de los gérmenes del movimiento reivindicatorio indígena que más adelante tomará fuerza y orientación política.

Debe resaltarse, también, la creación, mediante Decreto Presidencial, del Consejo Nacional de Salud, concebido como organismo asesor, del más alto nivel, con la finalidad esencial y privativa de la coordinación de las instituciones del sector salud.

### **El turno de la derecha: León Febres Cordero**

En oposición a la corriente reformadora que concluyó su mandato, y en el clásico péndulo político que ha caracterizado al Ecuador, triunfa en 1984 León Febres Cordero, quien desarrolla un gobierno de corte autoritario-represivo, con acusaciones de violación de derechos humanos. En lo político-económico «aplicó medidas neoliberales que dieron a banqueros y comerciantes un gran poder y lograron que los exportadores y productores para la exportación incrementaran sus ingresos».

### **Salud: los programas de Sobrevivencia Infantil (Child Survival)**

Tanto en el Ministerio de Salud como en el IESS se observa en este período una acentuación de la centralización administrativa y el impulso al desarrollo de programas verticales. Se adelantan las iniciativas de «Sobrevivencia Infantil», (que promueven las inmunizaciones, la terapia de rehidratación oral, el control de crecimiento y desarrollo y la lactancia natural) auspiciadas por USAID y UNICEF, así como también se producen importantes inversiones en equipamiento hospitalario con créditos extranjeros. Continúa la discontinuidad de gestión; cuatro ministros de salud y tres directores del IESS.

Al Consejo Nacional de Salud se le asigna,\* como finalidad esencial, el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, estableciéndose una relación más directa con el Ministerio de Salud.

Resulta revelador presentar, en este punto, las reflexiones realizadas por el representante de OPS Ecuador,<sup>11</sup> que concluía sus funciones por esos días: «Sobre la base de la experiencia personal de más de ocho años al frente de la Representación de OPS/OMS en el Ecuador, período durante el cual hubo ocho Ministros de Salud, se puede proponer a la discusión la hipótesis de que no se observó un proceso sistemático de definición y aplicación de políticas de salud en todos estos años... La ausencia de un proceso de planificación político-técnico sistemático fue reemplazado por la improvisación, que respondía a cálculos intuitivos inmediatistas; la coyuntura dominaba e impedía la conceptualización de un propósito final. La falta de direccionalidad que propone todo plan se expresó en la atomización y verticalización de los programas».

«Lo dicho hasta aquí es aplicable, con algunas diferenciaciones, a todo el sector salud: el IESS piensa en hospitales y equipos de última generación y no en la seguridad social, ni en un verdadero sistema regionalizado de servicios de salud con cobertura total a los trabajadores y sus familiares; el Seguro Campesino disputa su clientela, en términos de atención médica, al Ministerio de Salud; la universidad se moviliza por su presupuesto dirigido a graduar el mayor número posible de profesionales, con independencia de la calidad y adecuación del egresado a los problemas de salud del país y a la capacidad nacional de absorción de los profesionales y técnicos graduados; las corporaciones profesionales piensan en empleos y en salarios sin tener en cuenta los aspectos financieros ni el rendimiento del trabajo profesional; médicos en las escuelas, en las fábricas -¿para hacer qué?, ¿curar los enfermos ocasionales?, ¿duplicar acciones del Ministerio de Salud y del IESS?-. Esto en el marco de una población no atendida que se estima en más de tres millones de ecuatorianos que enferman y mueren, en su mayoría de causas prevenibles.

\* Decreto Presidencial No.3658 de 27 de enero, 1988.

El desorden y las peticiones de grupos señalan la ausencia de una política de salud y planes y programas que se dirijan a estructurar el mandato constitucional del Sistema Nacional de Salud».

### **El gobierno social demócrata de Rodrigo Borja**

Al término de la gestión social cristiana asumió el gobierno Rodrigo Borja, quien llevó adelante interesantes iniciativas sociales, tratando de institucionalizar una acción integrada en el «Frente Social» en procura de cumplir su *slogan* de pagar la «Deuda Social». No obstante, su política económica se mantuvo en las líneas tradicionales, aunque de manera gradual, sin haber logrado, tampoco, materializar reformas de fondo, pese a mantener el control total de las funciones del Estado en sus dos primeros años de mandato.

En este período se produjo la primera gran movilización indígena de 1990, que demandaba no sólo la entrega de tierras, sino también «... el reconocimiento de su autodeterminación y el carácter plurinacional del país».<sup>11</sup>

### **Salud: inusual estabilidad ministerial. Impulso a la atención primaria de salud**

En el Ministerio de Salud se produce el hecho inédito de la permanencia de un solo ministro<sup>121</sup> durante los cuatro años de gobierno, que impulsa decididamente la salud familiar y comunitaria, sustentada en los postulados de atención primaria de salud e inscrita en la tendencia regional de desarrollo de los Sistemas Locales de Salud, auspiciada por la OPS. Se obtuvieron logros tan significativos como poner en funcionamiento cerca de 500 nuevas unidades de atención primaria y obtener la incorporación de alrededor de 1.500 puestos locales de trabajo para profesionales de salud distribuidos en todo el país.

En sustento de esta iniciativa nacional se desconcentró la gestión en las Áreas de Salud urbanas y rurales, que son redes locales de servicios conducidas y coordinadas por una

<sup>11</sup>\* El Ministro de Salud en referencia es el Dr. Plutarco Naranjo

«jefatura» ubicada en la unidad de mayor complejidad. Las Áreas de Salud complementan la atención con referencias bidireccionales a los hospitales más cercanos de mayor complejidad. En apoyo a este modelo de atención y organización se diseña en este período el proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud, FASBASE (con financiamiento del Banco Mundial).

En otro orden de cosas, se produce por primera vez la epidemia de cólera (más de 34.000 casos entre febrero y agosto de 1.991), con una tasa de letalidad de 1.65 x 100 casos, que representó 565 decesos en el período.<sup>13</sup>

### **Sixto Durán Ballén: el péndulo gira a la derecha**

La siguiente justa presidencial fue ganada entonces, nuevamente, por la derecha; Sixto Durán Ballén, conservador, desarrolló un gobierno de clara tendencia neoliberal en el que las políticas de ajuste y la consigna de reducir el tamaño del Estado con base en privatizaciones fueron el eje ideológico. Se otorga un crédito subordinado al Banco Continental que inicia la secuencia de salvatajes bancarios registrados en años subsiguientes. En su período, Ecuador debió afrontar un nuevo conflicto bélico con Perú, con los consiguientes costos económicos (estimados en 250 millones de dólares) y sociales. Un nuevo paro indígena, en 1994, en protesta contra la Ley de Desarrollo Agrario, obliga a las otrora poderosas Cámaras de Agricultura a dialogar, y al final, a enmendar la ley.

En 1993 se promulga la «Ley de modernización del Estado, privatizaciones y prestación de servicios públicos por parte de la iniciativa privada» que crea el Consejo Nacional de Modernización (CONAM) para impulsar reformas al Estado.

En 1994, se aprueba la Ley de Maternidad Gratuita en la que se establece el derecho a la gratuidad de la atención del parto de toda mujer ecuatoriana, financiando los gastos de «medicina, insumos, alimentación y, en general, todos los que demande la atención del parto y del puerperio». La Ley identifica también fuentes explícitas de financiamiento.

Concebida así originalmente la Ley, reformas sucesivas habrían de precisar y ampliar la atención gratuita de las mujeres durante el embarazo, parto y post-parto, así como de los niños menores de cinco años de edad, básicamente en servicios del Ministerio de Salud, financiando medicinas, suministros y exámenes de laboratorio gestionados por comités locales integrados por autoridades municipales y de salud, previa transferencia de fondos desde el nivel central. Reglamentaciones futuras incorporarán también mecanismos operativos para promover la participación de usuarias en el desarrollo y vigilancia del programa.

Se emite también, en 1997, la «Ley de Descentralización y Participación Popular», cuerpo legal llamado a jugar un rol destacado en la reorientación de la gestión pública en general y de salud, en particular.

En lo fundamental la Ley transfiere competencias de gestión desde instancias del gobierno central hacia entidades seccionales (municipios y Consejos Provinciales). En salud deben descentralizarse las siguientes competencias:

Planificar, coordinar, ejecutar y evaluar programas integrales de salud, nutrición y seguridad alimentaria para su población, con énfasis en los grupos de mayor riesgo social, garantizando la participación activa de la comunidad, de las organizaciones de salud formal y tradicional y de otros sectores relacionados.

Construir, dotar, equipar y mantener la infraestructura física de los servicios de atención primaria de salud, garantizando la aplicación de las normas de bioseguridad. Planificación, ejecución, control y evaluación de proyectos y obras de saneamiento básico.

El Plan Nacional de Descentralización, elaborado en agosto de 2002, propondrá la creación del «Consejo Cantonal de Salud» como espacio local de concertación de actores públicos y privados para la planificación y coordinación cantonal de la salud. Similares funciones contempla también para el nivel provincial.

La progresiva aplicación de la Ley habría de producir en algunos sectores del Ministerio de Salud -especialmente organizaciones sindicales amenazadas en su poder, sustentado en esquemas centralistas- situaciones de conflictos derivados de la defensa a ultranza del *status quo* y espacios considerados «propios» en perjuicio del trabajo coordinado y complementario que en muchas ocasiones se había logrado entre estas dos instituciones.

### **Salud: la influencia del Banco Mundial**

En este periodo ingresa en plena ejecución el proyecto FASBASE (MSP-Banco Mundial) que, a más de las acciones de apoyo al modelo de atención anteriormente descrito, comienza a incidir de manera importante (técnica, política y financieramente) en el diseño de las primeras propuestas de reforma de los sistemas de salud y de la seguridad social, fortaleciéndose, simultáneamente, el Consejo Nacional de Salud, como espacio de análisis y concertación en torno a lo incipiente de las instituciones involucradas en la propuesta.

Sin embargo, y como se describirá a continuación, serán varias las propuestas que, con distintos orígenes y enfoques, se elaboran, reiterándose así la falta de visión común del sector y la debilidad de rectoría del Estado, a través del Ministerio de Salud.

A finales de 1994 la Comisión Interministerial de Reforma del Sector Salud del Ecuador, conformada por representantes del Ministerio de Salud, del Ministerio de Bienestar Social – que entonces tenía ingerencia directa sobre el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - y del Consejo Nacional de Modernización (CONAM), presentan la primera propuesta: «El Proceso de Reforma del Sector Salud del Ecuador».

En la misma, al Ministerio de Salud se le asignan funciones de dinamizador y rector del proceso, delegando progresivamente su papel de administrador y proveedor directo de servicios que adquirirían autonomía administrativo-financiera.

Al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) le corresponderían roles de asegurador -afiliando

y recaudando aportes-, con funciones de compra de servicios a proveedores plurales, incluyendo sus propias unidades a quienes se dotaría de mayor autonomía. Se plantea, asimismo, que el Seguro Social Campesino «pesada carga para el presupuesto del IESS» se constituya en la expresión de un «Seguro Subsidiado».

Las organizaciones autónomas, especialmente representadas por la Junta de Beneficencia de Guayaquil y la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA), podrían asumir roles de aseguramiento (organizaciones promotoras de salud), como también de provisión de servicios.

El subsector privado podría también intervenir en el aseguramiento «como opción alterna a la afiliación forzosa al IESS» así como ofertar el plan de salud integral que el sistema adopte y «planes adicionales vendidos a precio de mercado». En contrapartida, contribuiría obligatoriamente a la financiación de programas de salud para la población de menores ingresos.

La propuesta avanzaría con el estudio de «Demanda, Utilización y Oferta de Servicios de Salud» y algunos diseños operativos (plan integral de salud, contenidos y costos y modelo de financiamiento), pero sería discontinuada al producirse un nuevo relevo en la administración de salud.

Así pues, y en el contexto político neo liberal dominante, el Consejo Nacional de Modernización (CONAM), impulsará su propuesta, en esta ocasión sin participación institucional del Ministerio de Salud ni del IESS.

Efectivamente, en los primeros meses de 1995 circula el documento de Propuesta de Reforma a la Seguridad Social de Ecuador, preparado por el CONAM, sustentado en un restrictivo marco médico-céntrico –prescindiendo del concepto de salud pública-, y con claro énfasis privatizador. La validación política de la propuesta (al igual que 10 propuestas restantes) sufre una categórica derrota en el plebiscito convocado por el gobierno para adoptar reformas constitucionales en varios campos, uno de ellos la seguridad social.

Simultáneamente cobra fuerza en el sector la necesidad de que el Consejo Nacional de Salud constituya el espacio de discusión sobre temas relativos a la reforma.

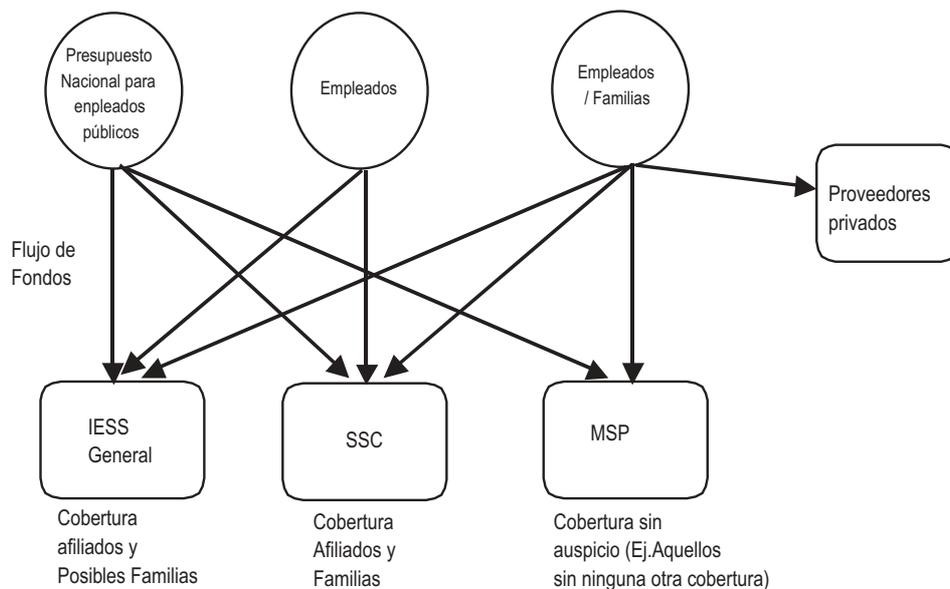
No obstante tal interés, otra propuesta de reforma, por pedido del Ministro de Salud en funciones, con influencia directa del Banco Mundial, habría de elaborarse y presentarse a inicios de 1996.

Efectivamente, una entidad especializada de Estados Unidos de América (Consortio de California, constituido por Lewin-VHI, The Health Care Redesign Group y el Dr. Alain Enthoven, de la Universidad de Stanford) con insuficiente

conocimiento de la realidad nacional, elaboran un trabajo de «Opciones para la Reforma del Sector Salud en Ecuador», básicamente a través de la combinación del incremento de afiliados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, con una ampliación de cobertura por parte del Ministerio de Salud.

El «modelo» de financiamiento por ellos asumido se representa en el gráfico 2. En lo sustancial, mantiene la fragmentación existente, con las inequidades propias de tal «organización», que podría acrecentarse por una creciente participación económica de las familias en el financiamiento de la atención.

**Gráfico 2.** Estructura financiera asumida



Tomado de: Consortio de California: Opciones para la Reforma del Sector Salud en Ecuador. Mayo 1996.

El período, pródigo en planteamientos, concluiría con la presentación de una nueva propuesta, esta vez por parte del Consejo Nacional de Salud; dotada de una sólida sustentación integral de salud, apunta al establecimiento de un verdadero Sistema Nacional de Salud que garantice atención universal, a través de mecanismos de aseguramiento público, enfatizando, además, en el fortalecimiento de acciones de salud pública.

Tratándose de fases iniciales de un proceso, son comprensibles sus vacíos en definiciones organizativas, operativas y de financiamiento que, de haber tenido la necesaria continuidad, habrían sido seguramente identificados. El alcance operativo, todavía general, de la propuesta nos parece se refleja en la descripción que realiza uno de sus principales impulsores:<sup>14</sup> «la idea es disponer de un sistema articulado, de carácter

mixto, unitario en su dirección, descentralizado en la gestión y pluralista en la provisión».

En conclusión, las propuestas generadas en el periodo, mas allá de su heterogeneidad, y del estadio inicial de las tesis del Consejo Nacional de Salud, se ubican dentro de las líneas generales de modernización del Estado que se propugnan en Ecuador: reducción de su tamaño, mayor participación privada y descentralización, básicamente.

En lo sectorial, incluyen la separación de funciones entre financiamiento y provisión, bajo esquemas de aseguramiento, con diferenciación de afiliados y prestaciones en regímenes contributivo y subsidiado y apertura a una pluralidad público-privada en la prestación de servicios en entornos «competitivos», determinados por el mercado, sin suficiente regulación estatal.

También más allá de sus diversos orígenes y con la excepción del tratamiento otorgado a la propuesta del CONAM -consulta plebiscitaria, aunque con resultados desfavorables- un denominador común ha sido la falta de poder político para su validación, al restringir su conocimiento y debate a ámbitos sectoriales, así como la discontinuidad de acciones, con procesos interrumpidos y reintentos que en general ignoran avances previos.

Un hecho conexo, la progresiva pérdida de la capacidad institucional del Ministerio de Salud, se acentuó como consecuencia de la aplicación de la citada Ley de Modernización que, propugnando por la reducción de la burocracia estatal, causó un «descreme» en el Ministerio de Salud por la salida de un buen número de funcionarios calificados, a través del mecanismo de «compra de renuncias».

Al finalizar el periodo, con apoyo técnico y financiero del proyecto FASBASE, se inicia la organización de la red nacional de emergencias médicas en las ciudades de Quito y Cuenca.

### **Período de crisis de gobernabilidad**

A partir de 1996, y por espacio de siete años, sobreviene un período de extrema crisis de

governabilidad en el que se suceden al menos cuatro Presidentes de la República; electo Abdalá Bucaram en 1996 es expulsado, luego de seis meses de gobierno, por un impresionante movimiento popular registrado especialmente en la Sierra que repudió su régimen corrupto; una expresión ciudadana mayoritaria reclamaba transformaciones profundas, lamentablemente frustradas por el interinazgo de Fabián Alarcón, fiel representante del *establishment* político quien gobernará durante 18 meses con un estilo típicamente clientelar.

En dicho año se instala la Asamblea Constituyente que elaborará el texto de una nueva Constitución.

### **Salud: texto constitucional y política de salud**

Se registra, de todos modos, el significativo logro de incluir un capítulo de salud en la nueva Constitución de la República<sup>15</sup> que, en lo sustancial: (i) reconoce a la salud, integralmente concebida, como un derecho ciudadano; (ii) asigna al Estado el deber de promover la salud y formular la política nacional de salud; (iii) dispone la conformación de un Sistema Nacional de Salud de funcionamiento descentralizado, desconcentrado y participativo, y (iv) explicita fuentes de financiamiento sectorial, de base pública.

Es menester señalar que la Constitución incluye también un capítulo de Seguridad Social que en alguna medida (al establecer el Sistema Nacional de Seguridad Social), podría considerarse una dualidad de mandato respecto de lo estipulado para el Sistema Nacional de Salud.

Se registra también un esforzado proceso impulsado por el Ministerio de Salud conducente a obtener consensos en torno a una política nacional de salud<sup>15</sup> que, con el carácter «de Estado» y no sólo de gobierno, oriente las acciones en el país. Los acuerdos se obtienen, aunque restringidos a los ámbitos sectorial e institucional, sin trascender hacia espacios de toma nacional de decisiones político-económicas, ni tampoco convocar el apoyo de organizaciones sociales.

<sup>15</sup> Constitución Política de la República del Ecuador, 1998.

Se definen políticas en varios ámbitos: (i) a nivel general e intersectorial, con acciones de promoción de la salud, y (ii) a nivel sectorial, propiciando la conformación del Sistema Nacional de Salud y el establecimiento de una Superintendencia de Salud que vigile su desarrollo, la implantación del seguro universal de salud, la modernización, descentralización y desconcentración de la gestión, el respeto a la medicina tradicional y el desarrollo de los recursos humanos en salud, el financiamiento de actividades de salud pública, entre otros aspectos.

La visión del MSP queda definida en los siguientes términos: «Queremos un Ministerio de Salud Pública que garantice a la población del Ecuador condiciones de vida saludables y el acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud, que tenga capacidad de rectoría y liderazgo sectorial, que impulse procesos sostenidos de cambio orientados a promover la cobertura universal de prestaciones de salud con calidad, equidad, eficiencia, y solidaridad. Un Ministerio de Salud Pública con capacidad de gestión desconcentrada, moderna y despolitizada, con recursos humanos suficientes, altamente calificados, capacitados, bien remunerados, comprometidos y estables y que cuente con el respaldo político, legal y financiero del Estado y de la participación activa del conjunto de la sociedad civil, respetando las particularidades de cada realidad local».<sup>15</sup>

Se elabora también su misión: «promover condiciones de vida saludables a toda la población y la construcción del Sistema Nacional de Salud en conjunto con las entidades del sector salud, para garantizar el acceso universal a servicios eficientes y de calidad, especialmente a los grupos de mayor riesgo biológico y social, para lo cual formula políticas, planifica, ejecuta y evalúa acciones de salud, a través de una gestión transparente, desconcentrada y participativa, con una adecuada conducción, regulación y control del sector».<sup>15</sup>

Como puede apreciarse son valiosas - y técnicamente bien sustentadas - las definiciones cardinales y de política que se adoptan, para tratar de orientar la salud en el país. Como se concluirá más adelante, sin embargo, tales atributos son insuficientes para validar políticamente las propuestas.

En los 18 meses de interinazgo se suceden dos ministros. Los efectos en salud del fenómeno El Niño fueron mitigados, y la infraestructura de servicios de salud reconstruida casi en su totalidad, con apoyo técnico y financiero del proyecto FASBASE, merced a una reorientación de recursos acordada con el Banco Mundial. Se aprueba la Ley Reformativa a la Ley de Maternidad Gratuita que, como se anotó, introduce elementos operativos para su concreción.

### **La debacle de Mahuad**

En 1998 triunfa, por estrecho margen, Jamil Mahuad en las elecciones presidenciales; atado a compromisos adquiridos con un conspicuo representante de la banca, quien había entregado un significativo aporte económico para su campaña, Mahuad se ve obligado a realizar importantes concesiones al banco propiedad del financista de campaña (y a otros bancos) que había festinado el dinero de los depositantes en operaciones oscuras y créditos vinculados a empresas fantasmas, perdiendo, a consecuencia de ello, la liquidez necesaria para el pago de sus obligaciones.

Se producen, entonces, en 1999, el congelamiento bancario y operaciones de salvataje que conducirán a una impresionante crisis nacional que lleva al derrocamiento de Mahuad por un movimiento indígena-militar en enero de 2000; días atrás se había adoptado la decisión de dolarizar la economía ecuatoriana.

Las manifestaciones más relevantes de la crisis pueden resumirse alrededor de los siguientes aspectos:

**Estancamiento del PIB per c pita** -desde 1980 hasta 1997-, resultante de desequilibrios estructurales sociales y económicos, determinados por un mal manejo de los déficits interno y externo, pero también como «expresión de desequilibrios sociales acumulados que no han podido ser resueltos (y en algunos casos han sido agudizados) por las políticas públicas».<sup>16</sup>

**Incremento de la inflación** que se elevó de 27.7% en enero de 1998 a 55% en mayo de 1999, a 88.9% en abril de 2000, a 92% a fines de 2000 y a 25% en diciembre de 2001.

**Pronunciada caída de los ingresos familiares**, (en casi 40% entre abril de 1998 y abril de 1999), lo que determina que casi 6 de cada 10 ecuatorianos/as vivan en hogares que no tienen capacidad para cubrir necesidades básicas de alimentación, salud, educación y vivienda.

**Crecimiento de la pobreza** (de 38%, en 1998 a 44% en 1999) con una elevación de la pobreza extrema, de 14.3 a 17.5% en el mismo período.<sup>16</sup>

**Elevación del desempleo** a 16.6% en julio de 1999, con el consiguiente crecimiento de la informalidad, especialmente en Quito y Guayaquil, donde ascendió de 26% y 29 % de la fuerza laboral a 32 y 38%, respectivamente.<sup>16</sup>

El impacto de la crisis sobre las familias, especialmente las más pobres, se desprende de un estudio <sup>16</sup> realizado en beneficiarios del bono de solidaridad (subsidio directo que, desde 1999 se entrega a personas pobres) que encontró «una reducción en el acceso de alimentos en 91% de dichos hogares»,<sup>16</sup> habiéndose sacrificado el consumo de carne, leche y pollos, previniéndose «un posible incremento de la desnutrición infantil en un futuro cercano».

Las consecuencias se reflejaron también en el acceso a servicios de salud, habiéndose incrementado, de 51% a 72% el porcentaje de familias que reconocieron tener problemas para acceder a la atención de salud por su situación económica. La encuesta anteriormente mencionada identificó, asimismo, que 67% de las familias beneficiarias del bono de solidaridad «decidió postergar la atención médica de niños y niñas menores de 15 años de edad, debido a restricciones económicas», lo que podría haber condicionado un importante incremento, de casi 30% de infecciones respiratorias agudas.

No obstante el adverso escenario descrito en este período, y como resultado de una acertada conducción y conformación de equipos competentes en los diversos niveles del Ministerio de Salud, se registran importantes avances para mejorar su gestión; como parte del segundo proyecto cofinanciado por el Banco Mundial, de

Modernización de Servicios de Salud (MODERSA) se desconcentran competencias para el manejo de recursos humanos y financieros y se establecen mecanismos para incorporar a la población en el control de la gestión de unidades de salud, así como posibilitar el aporte de usuarios de servicios de salud con capacidad de pago, en cumplimiento de lo dispuesto en la Constitución. El intempestivo fin del gobierno interrumpiría una vez más otro proceso de mejoramiento de la gestión de salud.

### **La sucesión vicepresidencial**

Asume el poder, entonces, el Vicepresidente Gustavo Noboa quien apuntala jurídicamente la dolarización. En su mandato, que continúa de manera invariable con las clásicas medidas de ajuste derivadas de acuerdos con el Fondo Monetario Internacional, se firma el contrato para la construcción del Oleoducto de Crudos Pesados (OCP), para transporte de petróleo de entre 18 y 24 grados API, a un costo de 75 millones de dólares.

Reportes económicos oficiales dan cuenta de que en 2001 las remesas de migrantes representaron 1.415 millones de dólares, constituyéndose en «el segundo rubro de ingresos de divisas para el país luego del petróleo».<sup>16</sup> En directa relación con lo señalado, el VI Censo de Población registra menor número de habitantes y mayor cantidad de pobres en relación con lo esperado. En lo internacional se producen los atentados terroristas del 11 de septiembre en Estados Unidos de América.

La corrupción, mal crónico del país, es denunciada por Transparencia Internacional que califica a Ecuador como uno de los países más corruptos de América Latina. Por primera vez en la historia el grupo directivo de una de las gestiones de salud huye del país una vez que la justicia inicia procesos por irregularidades en su contra.

En el año 2001 se aprueba la Ley de Seguridad Social, elaborada en cumplimiento de mandatos constitucionales específicos; en lo relativo a salud, establece el seguro general de salud individual y familiar, con separación de funciones entre los procesos de aseguramiento, compra de servicios médicos asistenciales y entrega de prestaciones

de salud a los afiliados. Propicia una libertad de elección restringida al ámbito institucional y la autonomía de gestión de las unidades del IESS, abre la posibilidad de participación de entidades privadas en la provisión de servicios y, en general, procura modernizar la gestión de salud.

La ley eleva el porcentaje de aportación para salud (hasta 10%) de la parte gravada del salario del afiliado, con contribuciones de patrono y trabajador, en caso de existir relación de dependencia. Tal aporte cubre al trabajador, su pareja e hijos hasta los seis años de edad.

La ley mantiene el Régimen Especial del Seguro Social Campesino, con aportes subsidiados y cobertura familiar de prestaciones de salud y maternidad en similares condiciones a las del seguro general individual y familiar.

#### **Salud: Ley del Sistema y política de salud. Realizaciones locales**

La gestión de la salud en el MSP se desarrolla nuevamente con la discontinuidad característica, sucediéndose tres Ministros; en el IESS se logra la permanencia de autoridades por un periodo record de casi cuatro años, que será interrumpido nuevamente por el cambio de gobierno.

Lo más relevante es una nueva reedición de consensos -otra vez limitados a ámbitos sectoriales- en torno a la política de salud<sup>17</sup> que, en general, reafirma elementos identificados anteriormente: (i) la construcción de ciudadanía en salud; (ii) la protección integral de la salud, especialmente a través de acciones de promoción de la salud, emprendidas por Consejos de Salud en diversos ámbitos territoriales, de vigilancia, predicción, prevención y control de enfermedades y riesgos, y de recuperación y rehabilitación, a través del aseguramiento universal de salud y la conformación de redes de salud, priorizando la atención materno-infantil y el cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita, y (iii) el desarrollo del sector de la salud, a través de la construcción del Sistema Nacional de Salud y el desarrollo integral del talento humano.

La otra realización es la aprobación de la Ley del

Sistema Nacional de Salud, a fines de 2002 que, sin embargo, y como se detallará mas adelante, efectuó importantes concesiones para lograr tímidas adhesiones de parte de instituciones autónomas, una vez que obtuvieron de la Presidencia de la República la eliminación de importantes contenidos que, desde nuestra perspectiva, limitan el carácter prescriptivo de la Ley.

Efectivamente, en un detalle que va más allá de lo semántico, en la Ley se sustituye el término original de rectoría del Estado (en la construcción del Sistema Nacional de Salud), por el de coordinación.

La función de aseguramiento, (garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud) considera la agregación progresiva de programas existentes de aseguramiento o prestaciones a grupos específicos (madres y niños beneficiarios del programa de maternidad gratuita y atención a la infancia).

La función de provisión, tiene atributos de pluralidad, operación en redes y de gestión desconcentrada y descentralizada.

La función de financiamiento contiene criterios de disponibilidad (todas las fuentes disponibles), asignación equitativa y solidaria, destino de fondos públicos para la población con mayor riesgo y vulnerabilidad, y creación de fondos específicos para enfermedades catastróficas.

Más allá de la pertinencia general de los contenidos de la Ley, resulta difícil visualizar la voluntad de conformación del Sistema cuando un artículo señala textualmente:

«Art. 8.- La participación de las entidades que integran el Sistema, se desarrollará respetando la personería y naturaleza jurídica de cada institución, sus respectivos órganos del gobierno y sus recursos. Por lo tanto las entidades y organismos autónomos y/o de derecho privado que integran el Sistema Nacional de Salud, conservarán su autonomía administrativa, técnica, funcional y financiera y sus recursos no formarán parte de los fondos de financiamiento del Sistema Nacional de Salud.»

La Ley incluye también un capítulo destinado a los Consejos de Salud, «organismos de representación de los integrantes del Sistema (nacional de salud) que constituyen instancias de coordinación, concertación sectorial, articulación interinstitucional e intersectorial, en apoyo al funcionamiento del Sistema». Establece la conformación del Consejo Nacional de Salud (CONASA), Consejos Provinciales de Salud (CPS) y Consejos Cantonales de Salud (CCS).

Resulta de interés consignar las funciones establecidas para los Consejos Cantonales de Salud:

Aplicar la política nacional en salud, adaptada al ámbito cantonal.

Formular y evaluar el Plan Integral de Salud en el Cantón.

Coordinar las acciones de promoción de la salud con otras entidades de desarrollo provincial, local y la comunidad.

Apoyar la organización de la red de servicios en el cantón.

Promover la participación, control social y el cumplimiento y exigibilidad de los derechos de los usuarios.

Vigilar que la celebración de contratos o convenios de prestación de servicios de salud entre las entidades públicas y privadas del cantón, guarden concordancia con los objetivos y el marco normativo del Sistema.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, por su parte, luego de superar una serie de vicisitudes legales relacionadas con cuestionamientos jurídicos a la Ley, avanzará lentamente en su implantación que en materia de salud intenta desconcentrar la gestión, separar funciones de financiamiento y prestación, otorgar mayor autonomía a las unidades de salud, fortalecer la atención en niveles primarios, entre otros aspectos. Adelanta, entonces, un importante número de reglamentos y disposiciones

administrativas que tratan de ser implementados, venciendo la cultura organizacional de resistencia al cambio.

Se dinamiza la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita, con la aprobación de su reglamento, aunque sin poder superar la dificultad derivada del incumplimiento del Ministerio de Economía en la transferencia de valores por tal concepto. En la actualidad están operando efectivamente menos de 30 convenios con municipios (de más de 200 existentes) para desarrollo del programa.

En el período se aprueba también la «Ley de importación, producción, comercialización y expendio de medicamentos genéricos», así como la «Ley de Creación del Fondo Especial para Vacunas», orientada a asegurar el financiamiento de biológicos e insumos para los programas de inmunización.

Por otro lado, determinados municipios, especialmente aquellos vinculados al movimiento indígena, empiezan a rescribir la historia, al revertir tendencias mantenidas por décadas - de elección de autoridades pertenecientes a minorías - y en su lugar eligen líderes nativos que, con el respaldo de organizaciones y movimientos de base, impulsan una gestión democrática y participativa orientada a la solución de problemas y necesidades sentidas de la población. Otros municipios con tradición democrática fortalecen sus ejecutorias y adelantan procesos de desarrollo organizacional, institucionalizando estrategias de planificación participativa en su gestión. Unos y otros empiezan a ser reconocidos como gobiernos locales o municipios alternativos.

Con el respaldo jurídico de la Ley de Descentralización, el soporte social de movimientos ciudadanos y la voluntad política de sus autoridades, muchos de estos gobiernos locales emprenden interesantes iniciativas en pro de la salud, dentro del marco filosófico de la promoción de la salud, constituyendo Consejos de Salud que impulsan Planes Integrales de Salud, con activa participación social y de actores relacionados con la salud.

## **El ascenso de Lucio Gutiérrez**

En el año 2003 asume la Presidencia de la República el coronel retirado Lucio Gutiérrez, participante en la revuelta que derrocó a Mahuad, con el apoyo de las organizaciones indígenas agrupadas en la CONAIE (Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador) y su brazo político Pachacutik, del Movimiento Patriótico 21 de Enero, organización de coyuntura, de inspiración electoral, y de algunos partidos minoritarios de izquierda.

El *slogan* que le dio el triunfo frente a su opositor, un empresario millonario con pocas luces, fue el de la lucha contra la corrupción y la pobreza. Su discurso de campaña - francamente progresista - habría de dar paso a posiciones más conservadoras (sobre todo en materia económica, en coincidencia absoluta con los lineamientos del Fondo Monetario Internacional) ya en el ejercicio del gobierno. Tal redireccionamiento habría de provocar la ruptura de la alianza con el movimiento indígena que contribuyó a su triunfo electoral.

Transcurrido ya un año de gobierno se advierten importantes debilidades en la gestión gubernamental, sin visualización clara de orientaciones y objetivos particulares en y entre los diversos ámbitos políticos, económicos y sociales, agravados por la insuficiencia de cuadros técnico-políticos, en general escogidos sobre la base determinante de su pertenencia al partido de gobierno o a la existencia de vínculos familiares con el gobernante y su entorno cercano.

La reciente reorganización del gabinete ministerial, con miras a «oxigenar» la gestión, ha convocado el concurso de actores pertenecientes a diversas corrientes en busca de respaldo político frente a amenazas de revocatoria del mandato, planteadas por el movimiento indígena, antiguo aliado de campaña, y otras fuerzas sociales.

En el difuso contexto gubernamental anotado y dada la inexistencia de una orientación ideológico-programática definida y/o en común del «equipo» de gobierno, existe marcada incertidumbre sobre su desempeño y resultados, en términos de

realizaciones que conduzcan al mejoramiento de las condiciones de vida de la población y al invariablemente postergado «pago de la deuda social», a despecho de los indicadores macroeconómicos exhibidos como logro por el gobierno.

De hecho, no es circunstancial que una nueva paralización en el sector de la educación adquiera ribetes dramáticos con profesores en huelga de hambre en plenas festividades navideñas del 2003 - en demanda del cumplimiento de compromisos de mejoras salariales - frente a lo cual la respuesta de las autoridades económicas y de gobierno ha sido una irreductible defensa de los «equilibrios macroeconómicos».

En estas circunstancias, resulta para el país, aún una incógnita la estabilidad de la presente gestión gubernamental.

## **Salud: la propuesta de aseguramiento universal de salud en un entorno de alta inestabilidad**

La sucesión de tres ministros de salud de dispar orientación y pertenencia (dirigencia médica gremial, tecnocracia sanitarista y gestión privada hospitalaria, respectivamente), en 11 meses de gobierno, con los consiguientes recambios de personal - en general improvisado y poco capacitado, en funciones directivas e incluso operativas - constituye un hecho negativo sin precedentes que obviamente ha impactado sobre el funcionamiento del ministerio del ramo.

La situación ha obstaculizado el desarrollo de acciones «regulares» del Ministerio - agravado por recurrentes paralizaciones de los servicios - pero además ha impedido casi por completo avanzar en los de por sí difíciles procesos de reforma sectorial, esbozados, al menos, en la Ley del Sistema Nacional de Salud, y en la implantación de la idea fuerza de «Aseguramiento Universal de Salud» promovida, a nivel declarativo, como oferta de campaña electoral.

Efectivamente, sin visualizarse con claridad el grado de apoyo político por parte de la presidencia, y la posibilidad real de asistencia técnica del

Ministerio de Salud - en el limitado margen que la administración de la coyuntura le permite- la Vicepresidencia de la República, por delegación presidencial, ha propuesto - de manera general - la implantación de un Seguro Universal de Salud.

De lo que se conoce, se constituiría con la integración sinérgica de los sistemas existentes (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Instituto de Seguridad Social de la Policía y Seguros Privados), y la creación de un «Seguro Público» cuyas expresiones operativas serían la provisión de los servicios contemplados en la Ley de Maternidad Gratuita, anteriormente reseñados, así como la implantación de un seguro de reducidas prestaciones para beneficiarios del bono de solidaridad.

No se han difundido aún precisiones operativas de organización y financiamiento que, al parecer, se encuentran en etapa de estudio, con la asesoría de organismos académicos de Estados Unidos de América.

Al momento se encuentra en etapa de discusión un proyecto de Ley de Reforma Integral del Código de Salud (obsoleto marco jurídico en vigencia desde 1971).

### **ConclusiÛn: los nuevos signos ‘modernizadores’<sup>2</sup>**

Juan José Paz y Miño, de la Revista Gestión Económica,<sup>1</sup> efectúa la siguiente apreciación analítica de las dos últimas décadas:

«Durante las décadas de los ochenta y noventa del siglo XX, la modernización impulsada por el Estado es modificada a favor de un nuevo «modelo», que intenta convertir al mercado, la empresa privada, las privatizaciones y el retiro del Estado como ejes y valores de una economía y una sociedad «modernas», inevitablemente condicionadas por la globalización y la hegemonía del capital financiero transnacional.

---

<sup>2</sup> Revista Gestión 2002; 100.

El punto más débil del nuevo «modelo» ha resultado ser la promoción social, pues durante las últimas dos décadas se reconcentró la riqueza, crecieron el desempleo y el subempleo, retrocedieron los índices humanos y se ahondó la pobreza. Hoy, el Ecuador comparte con el conjunto de América Latina el desafío por «modernizar» la «cuestión social», históricamente desatendida.

Hay quienes defienden que eso sólo lo logrará la privatización de todas las empresas y servicios públicos, y que eso es modernización; hay quienes recuerdan que ese camino no ha producido frutos para otros países que se adelantaron en privatizar y que han sufrido cataclismos sociales, como Argentina. En todo caso, lograr un estado de bienestar que sirva para la dignificación de la vida popular y la valoración justa del trabajo –sujeto aún a remuneraciones insuficientes, flexibilización laboral negativa e ineficaz seguridad social-, sigue siendo la aspiración pues sería el signo de un país realmente moderno».

### **Salud: orfandad política, emergencia de lo local**

En salud quizás tres sean las características dominantes: la primera es el limitado peso político que los gobiernos y los decisores nacionales han otorgado a la salud, que no ha logrado conquistar para sí un puesto, – no siquiera de privilegio – en la agenda nacional de prioridades políticas.

La segunda, guarda relación con la fragmentación sectorial, la cual constituye otra característica predominante del sector de la salud que no ha logrado ser superada; los intereses particulares tienen mayor peso a la hora de plantear acciones de conjunto; resulta lamentablemente anecdótico consignar cómo la valiosa y meritoria publicación de OPS Ecuador <sup>19</sup> con ocasión de su centenario refleje con exactitud matemática las historias institucionales (Ministerio de Salud, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Sanidad Militar, Junta de Beneficencia, Sociedad de Lucha contra el Cáncer, municipios, organizaciones formadoras de recursos, agrupaciones gremiales o profesionales, entre las más importantes); surgidas desde cada perspectiva particular, no hay historia en común.

No obstante, como tercer hecho destacable, un signo alentador, que tenemos la confianza se profundizará, es la emergencia de gobiernos locales alternativos, con un ejercicio de poder al servicio de intereses generales, sustentados y vigilados por personas dispuestas a ejercer ciudadanía como derecho, que pueden contribuir significativamente a la democracia y también a la salud.

### Referencias

1. Estrella E. Medicina y estructura socio-económica. Quito: Editorial Belén; 1980.
2. Estrella E, Crespo A. El cóndor, la serpiente y el colibrí. Quito: Monsalve Moreno Impresores; 2002.
3. Ayala E. Resumen de historia del Ecuador. Quito: Corporación Editora Nacional; 1994.
4. Obras de Espejo, vol. II. Quito: Imprenta Municipal; 1912.
5. Acosta A. Breve historia económica del Ecuador. Quito: Corporación Editora Nacional; 1994.
6. Crespo A, Rigail F. El cóndor, la serpiente y el colibrí. Quito: Monsalve Moreno Impresores; 2002.
7. Velasco M. Cuadernos Médicos Sociales; 1994.
8. Marangoni P. El cóndor, la serpiente y el colibrí. Quito: Monsalve Moreno Impresores; 2002.
9. Pacheco *et al.* El cóndor, la serpiente y el colibrí. Quito: Monsalve Moreno Impresores; 2002.
10. Basabe V. Diagnóstico de salud de Ecuador. Revista Médica IESS; 1976.
11. Pettigiani C. Consideraciones sobre la formulación y aplicación de políticas de salud. Revista Correo Poblacional y de Gerencia en Salud; 2002; 10(1):1.
12. Sacoto F. Experiencias y proyecciones del modelo SAFYC en los años 80 y 90. Revista Correo Poblacional y de Gerencia en Salud; 2002; 10(4)..
13. Ministerio de Salud Pública. Panorama epidemiológico del Ecuador. Quito: La Huella Impresores; 1992.
14. Echeverría R. El proceso de reforma del sector salud en el Ecuador. Quito: Efecto Gráfico Impresores; 1997.
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Rol del Estado, Políticas Nacionales de Salud y Reforma Constitucional. Quito: Efecto Gráfico; 1998.
16. UNICEF. Crisis social y económica y derechos de la niñez ecuatoriana; 1999.
17. Ministerio de Salud Pública – Consejo Nacional de Salud. Marco general de la reforma estructural de la salud en el Ecuador. Quito; 2002.
18. Organización Panamericana de la Salud. El cóndor, la serpiente y el colibrí. Quito: Monsalve Moreno Impresores; 2002.

## VIII. PERU

### 1. Contexto

El Perú en el contexto internacional es visto como un país de ingresos medios bajos<sup>1</sup> y ocupa el lugar 82 en la escala del Índice de Desarrollo Humano del Programa de Desarrollo de Naciones Unidas (PNUD) que mide la esperanza de vida al nacer, alfabetización y nivel de ingresos.<sup>2</sup> Etnicamente hablando el Perú es un país mestizo,<sup>3</sup> resultado de una mezcla de poblaciones aborígenes de la América Andina y de los habitantes de sus diferentes nichos ecológicos y de las migraciones europeas, africanas y asiáticas.

El Perú como Estado-Nación tiene 182 años de vida republicana y, como se sabe, fue el centro del imperio de los incas. Imperio que tuvo una vigencia de dos siglos.<sup>4</sup> Algunos analistas contemporáneos,<sup>5</sup> sostienen que los problemas actuales del Perú tienen sus raíces en el trauma de la conquista española. La naciente República heredó de la Colonia una sociedad de castas, con jerarquías sociales bien definidas, que mantenían rígidas funciones de control y subordinación.

La independencia peruana y el advenimiento de la República, por lo tanto, se asentaron sobre la base de una sociedad escindida, carente de unidad nacional y por tanto sin posibilidad de expresar ninguna voluntad general.

#### Cuadro I. Perú: desafíos de la gobernabilidad democrática

En 182 años de vida independiente como República, el Perú ha tenido:

107 gobiernos (promedio de 1.6 años por gobierno)

28 gobiernos democráticos (25% del total de gobiernos)

7 gobiernos democráticos terminaron su periodo de mandato constitucional (7% del total de gobiernos)

La formulación de propuestas y aplicación de los grandes proyectos políticos, que surgieron en la vida independiente, se orientaron a promover una gran reforma del Estado que cambie el futuro del país y genere bienestar de sus ciudadanos. En los inicios de vida republicana se buscó la transformación de la administración borbónica española de fines de la época colonial y emprender

Caracterizando así, las turbulentas décadas del siglo XIX, en donde las constituciones se suceden unas tras otra, en medio de disputas de caudillos militares por el control del poder central.

La formación del Estado Peruano, nos muestra desde su fundación las relaciones de conflicto permanente con la sociedad. Al final no se forjó un Estado integrado con vínculos de representación adecuados con el conjunto de la sociedad, característica histórica que ha permanecido hasta el siglo XXI. Esta tendencia se traduce en la existencia de un régimen político que restringe la democracia y concentra el poder, sin permitir el pleno ejercicio de los derechos ciudadanos, la vigencia de las instituciones y el equilibrio de poderes públicos.

La crisis de gobernabilidad en la historia del Perú Republicano se manifiesta en la elaboración de 12 Constituciones (1823; 1826; 1828; 1834; 1839; 1856; 1860; 1867; 1920; 1933; 1979; 1993). En el Perú contemporáneo se ha visto la continuidad de gobiernos dictatoriales y autocráticos con cortos periodos de gobiernos democráticos. En resumen, es la historia de una República que intenta reproducir las instituciones liberales desde hace 182 años,<sup>6</sup> sin que se genere una sociedad integrada, ni menos un Estado democrático.

la tarea de transformar el viejo Virreinato Andino en una república liberal. Durante el siglo XIX, no se logró el objetivo de formar una república democrática integrada, pero al menos se mantuvo en lo central el espacio geográfico de un Estado-Nación, en medio de guerras fronterizas que desmembraron su unidad territorial.

La segunda mitad del siglo XIX está marcada por la vigencia del proyecto liberal del civilismo, debido a la presencia del Partido Civil entre 1870 y 1930. La influencia de una generación educada en los valores del liberalismo y al mismo tiempo desilusionada con los resultados inmediatos de la independencia, tales como el caos político y el empobrecimiento económico, tenía como objetivo transformar la República en un país ordenado y estable. De un lado se tenía a los «conservadores» quienes buscaban el reestablecimiento del principio de autoridad y, de otro lado, a los «liberales», que buscaban en virtud de reformas liberales apropiadas la formación de una República culta y próspera.

En el siglo XX, se ve surgir la aparición de grandes proyectos políticos de corte populista, nacionalista e indigenista que representaban un conglomerado de ideas sociales e históricas. La corriente indigenista y el nacionalismo populista propusieron la revaloración e incorporación de las comunidades indígenas y de los diferentes pueblos

del interior en la vida política nacional.

Durante la segunda mitad del siglo XX hemos experimentado con una variedad de políticas económicas que van desde un liberalismo a medias, pasando por proteccionismo, estatismo, populismo hasta llegar a un liberalismo dogmático, sin la capacidad de aprender las lecciones que nos dejó cada una de ellas, ni cómo construir sobre lo que se avanzó.<sup>7</sup>

La economía peruana desde la conquista estuvo integrada a la economía mundial, en su condición de una economía primaria exportadora de materias primas, la que continuó hasta hace medio siglo. Al igual que el resto de países de América del Sur, se aplicaron políticas económicas de «sustitución de importaciones» y a nivel sub-regional se intentó ampliar el mercado interno a través de la Comunidad Andina de Naciones. En la última década, al igual que el resto de países de América Latina, se aplicó una política económica de apertura hacia la economía mundial.

**Cuadro II.** Perú 1960 – 2000: modelos de desarrollo

Periodo	Presidente	Modelo de desarrollo	Algunas características de la política económica
1963 – 1968	Fernando Belaúnde	Industrialización por sustitución de importaciones (primera fase)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Protección a la industria</li> <li>– Inversión pública en infraestructura</li> <li>– Políticas fiscales expansivas</li> <li>– Políticas redistributivas</li> <li>– Atraso cambiario</li> <li>– Incremento de la deuda externa</li> </ul>
1968 – 1975	Gobierno Revolucionario de las Fuerzas Armadas, Primera Fase: Gral. Juan Velasco Alvarado	Capitalismo de Estado	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reforma agraria</li> <li>– Sustitución de importaciones, llevada hasta el límite</li> <li>– Inversión pública en infraestructura</li> <li>– Retórica nacionalista</li> <li>– Atraso cambiario</li> <li>– Incremento de la deuda externa</li> </ul>
1975 – 1980	Segunda Fase del Gobierno Militar, Gral. Francisco Morales Bermúdez	Ajuste e inicio del modelo de crecimiento hacia fuera	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Promoción de las exportaciones no tradicionales</li> <li>– Liberalización comercial</li> <li>– Devaluaciones</li> <li>– Ajuste fiscal</li> <li>– Renegociación de la deuda externa</li> </ul>
1980 – 1985	Fernando Belaúnde	Liberalismo y populismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Políticas fiscales expansivas: inversión pública</li> <li>– Liberación comercial y posterior reversión</li> <li>– Mini-devaluaciones</li> <li>– Factores exógenos: crisis de la deuda y «Fenómeno de El Niño»</li> </ul>

1985 – 1990	Alan García	Populismo macroeconómico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de precios</li> <li>- Políticas fiscales y monetarias expansivas</li> <li>- Reactivación a partir del consumo</li> <li>- Protección comercial</li> <li>- Retórica redistributiva</li> <li>- Moratoria unilateral de la deuda</li> <li>- Atraso cambiario</li> </ul>
1990 – 2000	Alberto Fujimori	Estabilización, liberalización y apertura al exterior	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reformas estructurales pro libre mercado</li> <li>- Liberalización</li> <li>- Estabilización</li> <li>- Apertura al exterior</li> <li>- Renegociación de la deuda</li> <li>- Sector privado como motor del crecimiento</li> </ul>

Fuente: elaboración propia a partir de Wise, Carol, «State Policy and Social Conflict in Perú», en Cameron, Maxwell y Philip Mauceri (eds.). *The Peruvian Labyrinth*, Pennsylvania: Pennsylvania University Press, 1997, pp. 74-75. Tomado de Parodi. C. (2001) Perú 1960-2000 Políticas económicas y sociales en entornos cambiantes. CIUP.

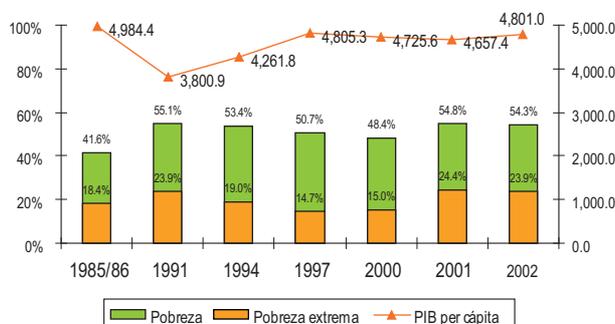
La historia económica de los últimos cincuenta años,<sup>8</sup> es la historia de una sucesión de ciclos de crecimiento económico y recesión. Se tiene una tendencia de ciclos económicos en la que no se crece lo suficiente, y cuando se crece, el crecimiento no es sostenido.

En el medio ambiente social la característica del Perú es la multiculturalidad, sin embargo, pese a diferentes esfuerzos políticos no se logró la integración en una identidad nacional que represente a todas las sangres. La marginación de vastos sectores sociales indígenas en la sierra y en la selva no ha podido ser superada, pese al desarrollo de promesas políticas y proyectos populistas en la segunda mitad del siglo XX. La permanencia de la exclusión social en sus diferentes manifestaciones, para poder acceder a

los beneficios de la vida moderna –a la democracia como ciudadanos y a los servicios de salud, educación y al poder judicial- se mantiene desde la conquista española hasta nuestros días. La exclusión social se concentra especialmente en las poblaciones indígenas de los Andes y de la Selva. No es casual que las principales víctimas de la violencia política de los últimos 20 años hayan sido estas poblaciones. De acuerdo con el informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación,<sup>9,10</sup> se estima que 70% de las 66,000 víctimas sean de origen quechua-hablante y 50% campesinos.

Los niveles de pobreza, tal como puede verse en el gráfico 1, no han cambiado esencialmente entre 1970 y el año 2002. El Perú está considerado entre los países con mayores desigualdades internas en la distribución de sus ingresos.

**Gráfico 1.** Evolución de la pobreza, Perú, 1985-2000



Fuente: Tomado del documento de trabajo «Análisis de la Situación de Salud en el Perú», Ministerio de Salud. Noviembre 2001, Lima-Perú.

El medio ambiente físico en el que se asienta la nación peruana se caracteriza por su extrema complejidad geográfica, la que genera las barreras al acceso a los servicios, de parte de las poblaciones rurales dispersas. La vulnerabilidad frente a los fenómenos naturales- la corriente de El Niño y la placa de Nazca- crean las condiciones para que, con cierta periodicidad, se den desastres naturales. Pero al mismo tiempo, esta compleja geografía da lugar a una enorme biodiversidad<sup>11</sup> que convierte al Perú en un país privilegiado.

Las abiertas diferencias en la evolución de las diferentes regiones del país, la profunda modificación del rol del Estado, la creciente injerencia de los factores internacionales sobre las dimensiones políticas y económicas locales, y la emergencia de una variedad de manifestaciones culturales en la última década, vuelve más imperiosa la necesidad de una nueva visión sintética de nuestro pasado.

En medio de una profunda desconfianza y de representatividad, la naciente democracia enfrenta una desconfianza extendida. Según el Latinobarómetro,<sup>12</sup> en el año 2001, luego de la década de la autocracia, el Perú ocupaba el penúltimo lugar entre 17 países de la Región, en un *ranking* que mide el nivel de confianza social. El Perú enfrenta los retos del futuro,<sup>13</sup> mediante una transición democrática y el desarrollo de una débil ciudadanía, la integración social, la integración de la economía formal con la informal, la independencia de criterio, la independencia en la acción, y buscando un justo medio entre las ideas que nos vienen de afuera y aquellas que se generan dentro del país.

En buena medida, la capacidad de asociación de la población con las políticas del gobierno y el arraigo de los valores cívicos generan la confianza cívica, sobre la cual se construyen instituciones sociales y políticas sólidas. La capacidad de formación de capital social que requiere el Perú sentará las bases para el desarrollo de políticas públicas saludables.

## 2. Sistema de salud

### Atención a la salud

La distinción entre el estado de salud de las poblaciones y la atención a la salud como una respuesta organizada de las sociedades, es clave para entender, tanto el estado de salud de los peruanos, como el rendimiento del sistema nacional de salud que se fue formando desde comienzos del siglo XX.

Si se acepta que los sistemas de salud «abarcan todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud»,<sup>14</sup> todos los países tienen sistemas de salud. Los sistemas nacionales de salud se fueron formando y reformando a la luz de los valores sociales prevalentes en la sociedad, de las ideologías y conocimientos científico-técnicos vigentes en el mundo contemporáneo. La manera en la cual los recursos de la nación destinados a la salud son organizados y la forma en que los servicios son entregados a la población, dicen mucho acerca de la estructura social. Pero, es a través de las políticas de salud como se diseñan y ejecutan alrededor de una agenda específica, o se da dirección y rumbo a los sistemas nacionales de salud. El Perú como Estado-Nación no escapa a estas «normas de conducta» que experimentaron los sistemas de salud en todo el mundo. El resumen de los hechos más importantes en la configuración del sistema de atención a la salud lo podemos ver en el cuadro III.

Si consideramos a la salud y la enfermedad como dimensiones clave de las condiciones de vida de la población y reconocemos la importancia de los determinantes de la buena salud que se encuentran tanto en el medio ambiente físico, como en el medio ambiente social, comprenderemos la importancia de la interacción de estos ambientes en el enfoque de las políticas de salud y cómo éstas repercutirán en el mejoramiento de la salud de las poblaciones.

La geografía es un determinante del clima y de la dotación de recursos naturales y puede jugar un rol fundamental en la carga de la enfermedad, los

costos del transporte, y la extensión de la tecnología de las áreas más avanzadas hacia las menos desarrolladas dentro de la sociedad.<sup>15</sup> Pocos países como el Perú han tenido que luchar contra condiciones climáticas adversas y una geografía demasiado accidentada y dura. Estas condiciones físicas han influido en el resultado de las marcadas

variaciones y diferencias intra-regionales en los patrones de vida y la salud.<sup>16</sup> La accidentada geografía del Perú, con una mixtura de clima tropical y subtropical, montañosa y desértica va a condicionar la prevalencia de las enfermedades infecciosas con carácter endémico y epidémico.

**Cuadro III.** Hitos importantes en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud

AÑO	DOCUMENTOS DE POLITICA	COMENTARIO
1903	Dirección de Salubridad Pública del Ministerio de Fomento y Obras Públicas	La primera agencia del Estado Peruano, dedicada a la Salud Pública
1935	Fundación del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social	Ley N° 8124
1936	Fundación del Seguro Social Obligatorio (Caja del Seguro Social)	Ley N° 8433
1948	Fundación del Seguro Social del Empleado	Decreto Ley N° 10902
1963	Oficina Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud	Primera oficina dedicada a este tema, que será potenciado en 1969 como parte del Sistema Nacional de Planificación
1964	Fundación de la Escuela Nacional de Salud Pública	Decreto Supremo 54-64-DGA
1973	Seguro Social del Perú	Decreto Ley N° 20212
1978	Sistema Nacional de Servicios de Salud	Decreto Ley N° 22365
1978	Consejo Nacional de Salud	Primera experiencia
1980	Instituto Peruano de Seguridad Social	Decreto Ley N° 23161
1985	Introducción de la Atención Primaria de Salud en el MINSa	Resolución Ministerial 0008-82-SA/DVM. Presentado por el Dr. Uriel García Cáceres, Ministro de Salud
1990	Descentralización: Regionalización	Ley N° APRA
1991	Recentralización	Ley N° Fujimori
1992	Consejo Nacional de Salud	Segunda experiencia
1998	EsSalud	Ley de Modernización N° 26790 (mayo '97) - Ley N° 27056 (Enero '99)

La ubicación del Perú en la placa continental de Nazca ocasiona movimientos sísmicos de diverso grado, dando lugar a desastres y empeorando las condiciones de vida de los peruanos. La ubicación del Perú frente al Océano Pacífico lo hace sensible a un evento periódico conocido como Fenómeno de El Niño (ENSO: *El Niño Southern Oscillation*) que tiene amplias consecuencias en el clima alrededor de todo el mundo y está especialmente asociado con las sequías e inundaciones. La irregular ocurrencia del Niño tiene implicancias para la salud pública,<sup>17</sup> ocasionando desastres naturales que aumentan el riesgo de enfermedades como la malaria y el cólera.

Desde los condicionantes del medio ambiente social, la pobreza y la exclusión constituyen los principales determinantes de la mala salud. En un país con grandes desigualdades sociales y que tiene un componente étnico importante, los esfuerzos por cerrar las brechas de las desigualdades solamente con intervenciones del sistema de salud serán insuficientes y demandarán una respuesta más amplia desde el conjunto de las políticas públicas.

Si se entiende como sistema de salud la capacidad de respuesta de la sociedad organizada para enfrentar los desafíos de la atención a la salud en un país dado, se podría afirmar a la luz de los resultados logrados que el desempeño del sistema de salud en el Perú no es el óptimo. Pese a los avances alcanzados especialmente en la segunda mitad del siglo XX, en términos del aumento de la expectativa de vida media y la disminución de las tasas de mortalidad infantil y un aumento en la cobertura de inmunizaciones, aún queda mucho por hacer.

En el Documento de «Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio agosto 2001- julio 2006», se señala que «el sistema de salud» de nuestro país mostró un pobre desempeño en la evaluación pública organizada y presentada por la Organización Mundial de la Salud, en el Informe sobre la Salud en el Mundo del año 2000, que nos ubicó en el puesto 129 a escala mundial y en uno de los últimos lugares de América Latina.

## **Período formativo del Sistema Nacional de Salud**

La enfermedad y la muerte han sido dos de las mayores determinantes de la experiencia humana, dando lugar a la preocupación por aliviar el dolor y evitar la muerte prematura, por la salud, la vida saludable y el ambiente sano, estando presente en las sociedades, en la comunidad académica, la cooperación internacional, la clase política, los gobiernos y, a través de las acciones del Estado.

Si consideramos a la enfermedad no sólo como «la falla mecánica en la maquinaria humana», sino que el patrón y magnitud de las enfermedades reflejan la manera como la gente vive, así como las circunstancias sociales, económicas y ambientales.<sup>18</sup> La enfermedad no puede ser explicada solamente «como algo en sí misma», debe ser analizada y entendida en el contexto del desarrollo humano que está en relación con la ecología y la cultura.<sup>19</sup> Las expectativas razonables que se puedan tener en la sociedad sobre la vida, la salud, la enfermedad y la muerte han venido cambiando a través del tiempo, así como ha venido cambiando la capacidad de respuesta por parte del Estado.

La ubicación geográfica del Perú y las condiciones ambientales asociadas a las grandes catástrofes y desastres naturales han jugado un rol en la configuración de la respuesta social organizada. En el campo de la atención a la salud, el papel que jugaron las epidemias, tanto por magnitud de la carga de morbilidad y mortalidad asociada, así como por el desafío que representa, brindan oportunidades de cambio a los individuos y las sociedades.

La epidemia de peste bubónica que afectó a las ciudades de la costa a comienzos de siglo XX dio lugar a la formación de la primera agencia pública estatal, mediante la creación de la Dirección de Salubridad Pública en 1903, la primera agencia nacional de salud.

El desarrollo de un movimiento social en la década de los 20,<sup>20</sup> y de los grandes proyectos nacionales dio lugar a la formación del Ministerio de Salud en 1930 y de la Caja Nacional del Seguro Obrero en 1938.

El Sistema de Atención a la Salud de la primera mitad del siglo estuvo marcado por la atención hospitalaria en medio de una fragmentación de propietarios y financiadores: (i) los hospitales de beneficencia heredados desde la Colonia; (ii) los hospitales del Ministerio de Salud; (iii) los hospitales de la Caja Nacional del Seguro Obrero, y (iv) los hospitales privados.

El Ministerio de Salud en el período de 1950 a 1960 experimentó la mayor «inversión en salud», consistente con las ideas prevalentes de esa época, a través de la construcción de hospitales públicos. De 1955, cuando había 179 hospitales se pasó a tener 296 hospitales en 1968. El Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social fue la agencia del Ministerio de Salud que posibilitó el aumento de 117 nuevos hospitales.<sup>21</sup> En 1958 se fundó también el Seguro Social del Empleado que financió la construcción de sus grandes hospitales en Lima y Arequipa.

El Gobierno Militar (1966-1980) representa un intento de modernizar la sociedad peruana, con un enfoque basado en una fuerte presencia del Estado y una planificación estratégica normativa. En el llamado «Plan Inca» en el que se presentaron las reformas en todos los campos de la actividad, no aparecía con claridad lo que pensaban hacer con el sector salud. De hecho, el sector salud fue el que menos se reformó en ese periodo. Sin embargo, se deben rescatar cuatro hechos:

Primero, la absorción e integración de los hospitales de Beneficencia al ámbito del Ministerio de Salud, perdiendo éstos su autonomía y una fuente adicional de financiamiento al sector.

Segundo, la segunda ola de inversiones en salud o en tecnología para equipamiento de los hospitales públicos, mediante un préstamo y una sola fuente de equipamiento proveniente de la República de Hungría.

Tercero, adelantándose al Programa Mundial de Medicamentos, que la Organización Mundial de la Salud lanzó en 1980, en el Ministerio de Salud se diseñó y desarrolló un Programa de Medicamentos Básicos que permitió resolver el suministro de medicamentos genéricos.

Cuarto, el debate político sobre el futuro del Sistema Nacional de Salud y la formulación de políticas de salud como parte de la estrategia reformista del Gobierno Militar. Durante año y medio (de abril de 1975 a agosto de 1976) se trabajó a tiempo completo, mediante una comisión especial representativa de los actores sociales y grupos de presión interesados en el desarrollo del sector salud. En esta comisión se estableció un debate en donde se polarizaron dos fuerzas ideológicas y políticas que competían por ganar un espacio en medio de un gobierno autoritario. De un lado, se agruparon fuerzas alrededor de la creación de un Sistema Único de Salud, de otro lado, se agruparon fuerzas alrededor de un Sistema Nacional Coordinado de Salud. Una tercera opción en minoría emergió en medio de este debate. La tercera opción buscaba una salida a través del Seguro Social de Salud y de una «seguridad privada».

Este debate se vio interrumpido por un cambio en la conducción de la Junta Militar de Gobierno. Las fuerzas que tensaron el debate de las políticas de salud de esa época conducirían el Colegio Médico del Perú en los últimos 25 años y muchos de sus líderes dirigirían el Ministerio de Salud y el Instituto Peruano de Seguridad Social, hoy Seguro Social de Salud

### **Atención Primaria de Salud**

Durante la década de los 70, se fue gestando un movimiento social importante que contribuyó a la caída del Gobierno Militar. Como parte de ese movimiento se fueron creando muchos organismos no gubernamentales que aplicando herramientas de educación popular en salud y utilizando tecnologías apropiadas promovieron la participación popular.

A la Asamblea Mundial de la Salud convocada por la Organización Mundial de la Salud en Alma Ata en 1978 asistió, como le correspondía, una delegación del Ministerio de Salud de la segunda fase del Gobierno Militar. En esta Asamblea se aprobó la meta de «Salud para Todos en el año 2000» a través de la Estrategia de Atención Primaria de Salud.

El Ministerio de Salud del Gobierno Democrático (1980-1985) enfocó la Atención Primaria de Salud como el desarrollo del primer nivel de atención,<sup>22</sup> y durante este período proliferaron los programas verticales de salud. Se podría afirmar que lo que realmente se hizo fue el aplicar la Estrategia de Supervivencia Infantil promovida por UNICEF.

El Gobierno de 1985 a 1990, plantea lineamientos de política salud basados en la Estrategia de Atención Primaria de Salud. El documento «Lineamientos de Política Nacional de Salud»,<sup>23</sup> parte por hacer un diagnóstico de la situación de salud, que se explicaría como un cuadro de injusticia social, y de la acción política del Estado, al cual responsabiliza de consolidar e incrementar las grandes diferencias, debido a sus políticas implícitas de asignación, distribución y uso de sus recursos.

La riqueza de este documento radica en que es el primer intento serio por presentar políticas de salud explícitas, que se resumen en siete lineamientos: (i) movilización y participación del pueblo organizado en todos sus estratos y a todos los niveles del sistema de salud; (ii) descentralización efectiva de los servicios de salud, con delegación de autoridad y de responsabilidad hasta el establecimiento de nivel local más periférico; (iii) acciones intersectoriales en el campo de la salud; (iv) desarrollo de nuevos enfoques para el enfrentamiento de los problemas de salud; (v) reordenamiento del sector salud y sus instituciones; (vi) rol rector del Ministro y del Ministerio de Salud en el sector salud, y (vii) salud para todos como objetivo final del sector salud.

En concordancia con estos lineamientos se realiza el primer intento de descentralización de los servicios, pero que no prospera debido a que es muy difícil descentralizar un sector del Estado de una manera aislada. Al finalizar el mandato de ese gobierno se da una descentralización de la atención a la salud, a través de una Ley de Regionalización.

En cuanto a la asignación de recursos- durante ese mismo Gobierno- merecen destacarse dos hechos. El primero tiene que ver con la

reestructuración del flujo del dinero que llega a los servicios de salud. Durante décadas, el dinero que iba a los servicios, pasaba a través de los hospitales. El poder del dinero en manos de los directivos de los hospitales daba lugar a que el dinero se quedara en los hospitales y los excedentes pasaran a los centros y puestos de salud que dependían de los hospitales. Con una nueva estructura organizativa intermedia, las Direcciones de Salud pasaron a recibir y redistribuir el dinero entre el conjunto de servicios de salud llámense hospitales, centros y puestos de salud.

El segundo hecho importante fue la primera extensión significativa de la atención ambulatoria. De 1000 centros y puestos salud al inicio del período de gobierno se pasa a 2000 a fines de 1990.

### **Gobierno del período 1990-2000 y reforma del sector salud**

Luego de la «década perdida», que en el Perú se vivió en medio de un período de violencia política sin precedentes y un período de hiperinflación que llevó al «colapso funcional» de los servicios de salud públicos, y en medio de la crisis de representación de los partidos políticos, asumió el poder del gobierno el ingeniero Alberto Fujimori.

Debido a la aplicación del Programa de Ajuste Estructural en 1990, el gobierno peruano recibe el ofrecimiento de grandes préstamos de parte del Banco Interamericano de Desarrollo y del Banco Mundial como parte de intervenciones de alivio a la pobreza, los que se asignan al Ministerio de Salud.

Durante la década de gobierno de Fujimori se sucedieron siete Ministros de Salud y se observó en el sector salud una práctica común de los gobiernos: los cambios en las políticas de salud dentro de un mismo gobierno. En ese sentido, se puede afirmar que durante ese período de gobierno se aplicaron cuatro políticas de salud diferentes.

En un primer momento se presentó el documento «Hacia un Sistema Nacional Regionalizado e Integrado de Salud»<sup>24</sup> y se enfrentó la epidemia

del cólera, en medio de la recentralización del poder, al anularse el proceso de descentralización vía la regionalización, aprobado por el gobierno anterior.

En un segundo momento se presentó el documento «Políticas y Estrategias del Sector Salud»<sup>25</sup> que intenta retomar el proceso de descentralización a través de las Zonas Descentralizadas de Salud (ZONADIS) y por cuarta vez se formó el Consejo Nacional de Salud. En 1992, desde el Ministerio de Economía y Finanzas se aprobó un decreto por el cual se creaban las Organizaciones de Servicios de Salud (OSS) como alternativa al seguro público de salud (IPSS) a semejanza de las ISAPRES de Chile, pero este decreto ley no se ejecutó por falta de respaldo dentro del poder ejecutivo. La preocupación por la descentralización y la participación se orientó a la formación de los Comités Locales de Administración en Salud (CLAS), una forma de democracia directa para la administración de los centros de salud, en la que se comparte la administración de los centros y puestos de salud, por autoridades del Ministerio de Salud y la comunidad. Este modelo de gestión abarcó cerca de 20% de los centros y puestos de salud del Ministerio.

El tercer momento está marcado por los intentos de introducir mecanismos de mercado y la competencia para estimular el mejor desempeño de los agentes y las organizaciones de atención a la salud. Para este fin se prepara el documento «Lineamientos de la Política de Salud: «Hacia la Equidad, Eficiencia y Calidad en Salud».<sup>26</sup> En este documento se reconoce que el sistema de salud «construido a lo largo de varias décadas fue luego desorganizado en forma importante durante la crisis prolongada que vivió el país desde la segunda mitad de los 70», y que el «punto de partida actual no es un sistema de salud organizado bajo los principios del populismo estatista, sino un conjunto de efectores de servicios desorganizados y un sector salud fuertemente desreglado. Este diagnóstico de los servicios de salud y las características del país indican la necesidad de construir un sector plural, basado en la complementariedad público-privada».

Se señala asimismo, que «la Encuesta Nacional de Niveles de Vida de 1994 encontró que alrededor de 30% de la población estaba enferma y que 67.6% de los enfermos pobres no había consultado en ningún servicio de salud; esta cifra para los enfermos no pobres alcanzaba 40.9%».

Se propusieron para el período 1995-2000 los siguientes objetivos de política:

1. Garantizar el acceso universal a los servicios de salud pública y atención individual, priorizando los sectores más pobres y vulnerables.
2. Promover la complementación y competencia entre los servicios de todos los subsectores de salud estatales, de la seguridad social y privados, para un mayor acceso y mejor atención a la población.
3. Asegurar la atención básica, estableciendo paquetes de prestaciones de salud, que cubran un conjunto definido de riesgos de enfermedad y daños a la salud para los sectores desprotegidos
4. Promover en forma progresiva mecanismos que conduzcan a una seguridad universal para la atención básica individual de salud.
5. Regular el mercado de los medicamentos.

Desde 1994, en el Ministerio de Salud se comienzan a recibir importantes aportes financieros, tanto nacionales como internacionales, a través de los siguientes Proyectos y Programas verticales: (i) el Programa de Salud Básica para Todos, financiado por el Tesoro Público, canalizando estos fondos con un criterio de focalización a zonas de extrema pobreza; (ii) el Proyecto de Fortalecimiento de Servicios de Salud, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo, destinado a reforzar la infraestructura y los sistemas operativos, la capacitación del personal y los estudios de la Reforma Sectorial; (iii) el Proyecto de Salud y Nutrición Básica, financiado por el Banco Mundial, orientado a apoyar la atención primaria de salud en zonas de extrema pobreza, y (iv) el Proyecto 2000, financiado por USAID destinado a apoyar la atención Materno Infantil y el mejoramiento de la capacidad de gestión del Ministerio de Salud (MINSA).

El cuarto momento del periodo de Fujimori se caracteriza por el enfoque orientado a los cambios en el Seguro Social de Salud y el desarrollo de los micro seguros de salud. En este periodo se cambia el marco jurídico y se promulgan dos leyes. Mediante la Ley de Modernización de la Seguridad Social se creó el Seguro Social de Salud (EsSalud), sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). A partir de esta ley, se establece un aporte equivalente a 9% de la remuneración que corre a cargo del empleador. La atención a la salud queda dividida en la llamada capa simple, para la atención ambulatoria, y la capa compleja, para la atención de hospitalización. A los asegurados se les da la opción de elegir corporativamente entre permanecer dentro de EsSalud, u optar por una de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS), para las atenciones de «capa simple» o baja complejidad. Esta división es complementaria entre una atención ambulatoria a cargo de una EPS, a la que se debe abonar 2.5% del aporte del empleador, para seguir recibiendo los beneficios de la atención de hospitalización a cargo de EsSalud, que recibiría el restante 6.5%.

Si en un primer momento se intentó buscar un seguro alternativo al IPSS, mediante las Organizaciones de Servicios de Salud, siguiendo el modelo de las ISAPRES en Chile, en este segundo momento se intentó un acercamiento al modelo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) de Colombia y su enfoque de capa simple y capa compleja.

La segunda ley aprobada, la Ley General de Salud, le asigna al Estado la responsabilidad de la provisión de servicios de salud pública y la promoción de las condiciones que garanticen a la población una adecuada cobertura de prestaciones de salud, en términos de seguridad, oportunidad y calidad; asimismo, establece que deberá intervenir en la provisión de los servicios según principios de equidad. Esta ley también reconoce los derechos de los pacientes.

En 1997 se inició el Seguro de Salud Escolar, que cubre los costos de la atención a la salud de los niños que asisten a las escuelas públicas, y en

1998 se inició la aplicación piloto del Seguro de Salud Materno Infantil, para atender a las madres durante la gestación, parto y puerperio, y a los niños hasta los dos años de edad.

El tema de la separación de las funciones del financiamiento y la compra de servicios, que pasó a ser el núcleo de las reformas del sector salud orientadas al mercado, no estuvo en la agenda del documento de políticas. La aplicación del contrato de gestión como mecanismo viabilizador de la separación de las funciones se intentó pilotear en cinco hospitales públicos de Lima Metropolitana en un periodo de dos años y luego se los abandonó. En el IPSS se hizo un simulacro de separación de funciones en 1995, mediante la creación de AFESSALUD, y se retomó este tema en 1998, mediante los acuerdos de gestión promovidos por el Fondo Nacional de Financiamiento Empresarial –FONAFE-. A partir de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, EsSalud tiene que rendir cuentas al FONAFE del Ministerio de Economía y Finanzas. Ni la formación de AFESSALUD, ni los acuerdos de gestión llevados a cabo entre 1998-2001 permitieron crear un mercado interno dentro de EsSalud, ni crearon los estímulos para competir, debido a que los hospitales del Seguro Social de Salud se encuentran férreamente dominados por mecanismos de «comando y control» desde el nivel central.

## **Balance de políticas y gestión durante el régimen autocrático**

### **1. Las mayores inversiones del siglo XX en el Ministerio de Salud se dieron en el período 1993-2000.**

El volumen de dinero adicional al presupuesto anual del MINSA, movilizado a través de proyectos y programas verticales, se puede resumir así:

El Proyecto de Fortalecimiento de Servicios de Salud financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (96 millones de dólares); el Proyecto de Salud y Nutrición Básica financiado por el Banco Mundial (40 millones de dólares); el Proyecto 2000, financiado por USAID (60 millones de dólares) y, el Programa de Salud Básica para Todos, financiado

por el Tesoro Público (1994: 200 millones de dólares, 1995: 150 millones de dólares, 1996: 100 millones de dólares; 1997: 100 millones de dólares).

Hay unanimidad en la sociedad peruana sobre que esa cuantiosa inversión o «masa de dinero público» no dio los resultados esperados. Si se tiene en cuenta que una de las características centrales del gobierno autocrático fue la corrupción, no resulta sorprendente sospechar que la corrupción también se dio en el MINSA. La moraleja del estudio de caso de ese periodo de gobierno podría ser que el dinero por sí solo no resuelve los problemas, sino que los agrava.

## **2. La fragmentación de la gestión del nivel central y el debilitamiento de las capacidades institucionales del MINSA.**

La existencia de Mega-Programas y Proyectos dentro del MINSA generó las condiciones para la repetición de funciones y el derroche del dinero público, así como la debilitación de su capacidad institucional. ¿En qué medida la cooperación internacional al desarrollo es responsable de tal situación?, es algo sobre lo que se debe reflexionar, si se quiere mejorar la calidad de los proyectos de desarrollo de la salud tanto en términos de estándares técnicos, como de transparencia en su gestión y de sostenibilidad. La organización interna del MINSA se debilitó por la presencia de programas y proyectos financiados con cooperación externa que actuaban paralelamente a las estructuras formales de dirección, planificación y administración del nivel central y de las direcciones regionales. La fragmentación de las intervenciones en salud aumentó por la existencia de 13 programas verticales, la mayoría con financiamiento propio, con muy escasa eficacia y marcada ineficiencia. Existía una muy escasa inversión en promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas.

## **3. Desarrollo de la red de servicios y la focalización**

El resultado más importante en este periodo de gobierno fue la extensión de la atención ambulatoria en centros y puestos de salud, que pasaron de 2000 a 5000. Con los fondos del

Programa de Salud Básica para Todos se intentó, y en cierta medida se logró focalizar en zonas de extrema pobreza.

## **4. Participación comunitaria y desarrollo de la ciudadanía**

La participación comunitaria se canalizó a través de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS). Si bien es cierto que, en su concepción original, fue un medio para desprender la responsabilidad de parte del Estado, su desarrollo fue limitado. A la fecha, los CLAS cubren sólo 20% de los puestos y centros de salud y continúan los problemas de gestión. La Ley General de Salud reconoce derechos ciudadanos a los cuidados a la salud, sin embargo, este avance es insuficiente si tenemos en cuenta el acceso a la información sobre salud con la que cuentan los ciudadanos y que lleva a reclamar por sus derechos, pero sin considerar los deberes de los pacientes.

## **5. Las cuentas nacionales de salud**

Los diversos trabajos sobre el financiamiento al sector salud llevados a cabo en la década pasada, no dan resultados comparables; esta situación estaría reflejando la fragmentación de las diferentes bases de datos del Ministerio de Salud y de EsSalud. De otro lado, no existiendo una cultura de construir tendencias del gasto, los estudios realizados sólo muestran cortes por años. Adicionalmente, si se compara los estudios de las cuentas nacionales de salud de otros países andinos, nos daremos con la sorpresa que los resultados tampoco se pueden comparar.

## **6. La regulación de servicios de salud**

El mercado de los servicios de salud se encuentra desregulado. Para hacer transacciones de servicios de salud con base en volumen, precio y calidad, las agencias (MINSA, EsSalud, clínicas privadas) requieren de una regulación que no se pudo realizar en el periodo de Fujimori, pese que en otros sectores de la economía si se hizo.

La única entidad reguladora existente es la Superintendencia de Empresas Prestadoras de

Salud. En el año 2000, a dos años de haber iniciado sus operaciones las EPS, alrededor de 5% de los asegurados al Seguro Social se hallaban afiliados a la nueva modalidad, sin que esto represente aún un aumento de la cobertura de la población asegurada.

## 7. Sostenibilidad institucional

Los cambios que se quisieron realizar en la década de la autocracia no fueron sostenibles ni financiera ni institucionalmente. La exclusión política propia de los gobiernos autoritarios da lugar a la revisión y al cambio de las políticas por parte del siguiente gobierno, salvo la existencia de poderosos «lobbies» económicos que defienden las inversiones privadas.

### Transición democrática

La última transición a la democracia en el Perú tiene dos momentos. En el primero, se instala un Gobierno de Transición, elegido por el Congreso de la República, que va de noviembre de 2000 a julio de 2001. En el segundo, se instala un gobierno que resulta de las elecciones generales y cuyo mandato va de 2001 a 2006.

En la primera etapa se presentó un documento de política titulado «Por un País Saludable. Propuesta de Políticas para la Salud»,<sup>27</sup> que es un intento por rescatar algunos aspectos positivos de la gestión del gobierno autocrático y se dan dos medidas importantes: (i) una ley por la cual se exonera de impuestos a los medicamentos anticancerosos y a los antirretrovirales para tratar el SIDA, y (ii) un Decreto Ministerial por el cual se autoriza el uso de la llamada anticoncepción oral de emergencia (AOE) o «píldora del día siguiente».

### Política de salud del gobierno de 2001-2006

En el año 2002, el segundo Ministro de Salud del actual gobierno presenta el documento «Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio agosto 2001-julio 2006».<sup>28</sup> En el documento se presentan

el diagnóstico situacional, los lineamientos y las estrategias. En el diagnóstico destaca la reducida cobertura y el aumento de la exclusión social. Se estima que 25% del total de la población no tenía posibilidades de acceder a algún servicio de salud, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG). Se destacan las barreras que impiden el acceso a los servicios:

1. Barreras económicas: 49.4% de las personas que en 1999 no pudieron acceder a un servicio de salud, explicaron que la causa fue económica.
2. Barreras geográficas: aproximadamente 8% de las personas encuestadas y que enfermaron, no pudieron acceder a los servicios de salud.
3. Barreras culturales: tomando como ejemplo la atención al embarazo y el parto en zonas rurales, se señala que aproximadamente 50% de las gestantes acuden al control prenatal en los establecimientos de salud, pero sólo a 21.3% se le atiende el parto con personal de dichos establecimientos.
4. Barreras en los propios servicios de atención a la salud: mediante encuestas a los usuarios, mandadas a realizar por las nuevas autoridades para apreciar la percepción de la población respecto de la calidad de los servicios recibidos, se encontraron que las dos primeras causas referidas por los usuarios como insatisfacción fueron el maltrato y el tratamiento inadecuado.

Los principios que guiarán las políticas de salud del actual gobierno son: (i) la solidaridad; (ii) la universalización del acceso a la salud; (iii) la familia como unidad básica; (iv) la integridad de la persona; (v) la eficacia y la eficiencia; (vi) la calidad de la atención, y (vii) la equidad como principio de justicia social.

Los ejes de las intervenciones de la nueva política de salud giran alrededor de: (i) el financiamiento de la atención a los pobres a través del Seguro Integral de Salud; y (ii) la promoción de la salud. La conducción institucional se dará a través del Consejo Nacional de Salud y de la descentralización.

**Cuadro IV.** Problemas prioritarios y lineamientos generales, 2002-2012

Problemas prioritarios	Lineamientos de política
<ul style="list-style-type: none"> <li>Deficiente salud ambiental, alta prevalencia de enfermedades transmisibles e incremento de las no transmisibles</li> </ul>	1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad
<ul style="list-style-type: none"> <li>Elevada desnutrición infantil y materna</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Elevada mortalidad infantil y materna</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Reducción de cobertura y aumento de la exclusión</li> </ul>	2. Atención integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud (Seguro Integral de Salud-SIS, EsSalud, otros)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Limitado acceso a los medicamentos</li> </ul>	3. Política de suministro y uso racional de los medicamentos. Política Andina de Medicamentos
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausencia de política de recursos humanos</li> </ul>	4. Política de gestión y desarrollo de recursos humanos con respecto y dignidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>Segmentación e irracionalidad en el sector salud</li> </ul>	5. Creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud
	6. Impulsar un nuevo modelo de atención integral de salud
<ul style="list-style-type: none"> <li>Desorden administrativo y ausencia de rectoría del Ministerio de Salud</li> </ul>	7. Modernización del MINSA y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial
<ul style="list-style-type: none"> <li>Financiamiento insuficiente e inequitativo</li> </ul>	8. Financiamiento interno y externo orientado a los sectores más pobres de la sociedad
<ul style="list-style-type: none"> <li>Limitada participación ciudadana</li> </ul>	9. Democratización de la salud

Fuente: Lineamientos Generales 2002-2012, MINSA.

### **Extensión del aseguramiento en salud a través del Seguro Integral de Salud**

Siguiendo una de las opciones y corrientes internacionales en boga en nuestro tiempo, y continuando con decisiones del gobierno autocrático, en el Ministerio de Salud se lanzó el Seguro Integral de Salud como una estrategia de financiamiento para dar acceso a los servicios de salud a los pobres. Se parte del supuesto de que el Seguro Integral de Salud (SIS) es la mejor forma de garantizar la equidad en salud a los pobres que no tienen empleo, medida complementaria a la ampliación del Seguro Social de Salud, que en conjunto darían a largo plazo el acceso universal a la atención a la salud.

El Seguro Integral de Salud tiene como antecedentes al Seguro Escolar Gratuito (SEG) y al Seguro Materno Infantil (SMI) y un soporte técnico y financiero por parte del Programa de Apoyo a la Reforma (PAR-SALUD) financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial.

En el año 2002 comenzó la implantación del Seguro Integral de Salud, que prioriza planes de atención para madres gestantes, niños de 0-4 años de edad, niños y adolescentes de 5-17 años de edad y atención de emergencias para adultos. Las metas y rendimiento durante el año 2002 se presentan en el cuadro V.

**Cuadro V.** Metas de afiliaciones y atenciones del Seguro Integral de Salud, 2002

Concepto	Beneficiarios				
	0-4 a os	5-17 a os	Gestantes	Adultos	Total
Atenciones realizadas	6.379.565	5.340.062	3.162.045	288.935	15.190.607
Afiliaciones programadas	1.771.479	3.681.285	463.615	397.620	6.313.999
Afiliaciones logradas	2.013.923	3.109.962	544.876	194.926	5.863.687
Porcentaje de cumplimiento	113.69%	84.48%	117.53%	49.02%	92.87%

Fuente: SIS, Estadísticas a Diciembre 2002.

El problema más importante que tienen que enfrentar los seguros de salud financiados por el Estado es el financiero. En el año 2002 apareció inmediatamente este problema. Para el presupuesto del año 2002 se aprobaron 131 millones de soles en 2001, cuando las necesidades estimadas eran 250 millones de soles. El MINSA logró incrementar el presupuesto del SIS con fondos propios y transferencias del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), a 211 millones de soles. Sin embargo, las transferencias del MEF

hasta diciembre sólo sumaron 171 millones, lo cual significó un déficit de 40 millones de soles. Si se tiene en cuenta que las atenciones realizadas sumaron 228 millones, el déficit alcanza a 57 millones de soles. Este déficit se traduce en una deuda a los hospitales, centros y puestos de salud que limita seriamente su capacidad operativa, por cuanto estos establecimientos transfieren esa deuda a sus proveedores y terminan estrangulados por la escasez de medicamentos y otros insumos.

**Cuadro VI.** Presupuesto, producción y beneficiarios del Seguro Integral de Salud, 2002

Concepto	Grupos de beneficiarios				
	0-4 a os	5-17 a os	Gestantes	Adultos	Total
Presupuesto anual	64.890.760	77.113.778	58.390.743	10.668.861	211.064.142
Valor de producción	78.426.074	69.034.786	68.933.280	12.075.987	228.470.129
Remesado a diciembre	50.373.751	61.521.897	46.844.235	7.492.792	171.039.439
Déficit 2002	28.052.323	7.512.889	22.089.045	4.583.195	57.430.690

Fuente: SIS, Estadísticas a Diciembre 2002, MINSA.

### **Promoción de la salud y prevención de la enfermedad**

Para dar relevancia a las intervenciones de salud pública, mediante la nueva Ley del MINSA en enero 2002 y su Reglamento de Organización y Funciones, se constituyó la Dirección General de Promoción de la Salud, que incorpora a los programas de salud que habían iniciado un proceso de integración. El impulso a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como lineamientos prioritarios de política, constituye un

intento importante por reorientar el interés de quienes buscaban la reforma de la salud de los años 90, mediante el mejoramiento de las capacidades de gerencia de los establecimientos de atención a la salud.

### **El Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNDCS)**

Mediante Ley aprobada en agosto de 2002, se instaló el Consejo Nacional de Salud, como primer paso para el relanzamiento del Sistema Nacional

Coordinado y Descentralizado de Salud. En este espacio de consulta y coordinación participan el MINSA, EsSalud, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, el sector privado, el Colegio Médico, un representante de la Asamblea de Rectores de Universidades Peruanas, la Asociación de Municipalidades del Perú, y las instituciones de la sociedad civil. El paso siguiente será la conformación de los Consejos Regionales de Salud que son las instancias de concertación y coordinación sectorial en cada uno de los gobiernos regionales.

Una de las dificultades que ha enfrentado y enfrentará el Consejo Nacional de Salud es el de representación de las organizaciones de la sociedad civil, en donde como se comprenderá, hay una pugna entre diferentes grupos que reclaman representar a la sociedad civil. Otros aspectos a destacar son el alcance y efectividad del Consejo Nacional de Salud. Habiéndose constituido once comisiones con un enfoque deliberativo, entre sus participantes se nota un cierto cansancio ante la falta de resultados de los comisionados.

### **Reestructuración del nivel central y la descentralización**

Debido a la gran fragmentación y descoordinación existente entre todas las instituciones que trabajan en salud, durante la década de los noventa se acentuó el centralismo en el sector público, que constituye otro problema importante del sector salud, concentrando la función de gobierno en el nivel central del MINSA y delegando en las Direcciones Regionales sólo funciones administrativas, con presupuestos francamente regresivos.

### **Acuerdos de gestión por resultados**

Desde enero de 2003, en el MINSA se dio un proceso de transferencia de funciones a las Direcciones Regionales de Salud, mediante la suscripción en enero de 2002, de Acuerdos de Gestión con la Dirección General de Salud de las Personas y la Alta Dirección. A través de estos acuerdos se transfieren recursos desde el nivel central en función de los resultados sanitarios que deben alcanzarse en cada región. Esta experiencia

ha permitido perfeccionar los acuerdos de gestión, haciéndolos más integrales en el año 2003 e incorporándolos como base de la nueva relación descentralizada que debe establecerse entre el MINSA y los Gobiernos Regionales.

### **Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos (SISMED)**

Dado que en la década de los 90, el MINSA liberalizó en extremo el tema del manejo de los medicamentos, el acceso a éstos devino en otra barrera para la atención a la salud de los más pobres. Encuestas efectuadas para medir el gasto en salud encontraron que los pobres gastan 60% en este rubro. De otro lado, el MINSA no provee antirretrovirales para el tratamiento del SIDA. De allí que la actual administración está impulsando el SISMED como sistema que permite realizar compras a escala en medicamentos, promocionar el uso racional de los mismos. Así mismo, se viene preparando la compra de antirretrovirales mediante mecanismos de compra conjunta en la Región Andina.

### **3. Salud pública**

Como se sabe, las enfermedades infecciosas han plagado a la humanidad desde los albores de la civilización.<sup>29</sup> La diseminación de las enfermedades infecciosas se ha intensificado a medida que progresa la civilización, y desde la conquista española al imperio de los incas han jugado un rol en diezmar a la población indígena. Se señala que los incas fueron vencidos por el sarampión y la viruela.<sup>30</sup>

La ubicación geográfica del Perú configura un medio ambiente físico para la aparición de epidemias de ciertas enfermedades infecciosas durante el siglo XX, tales como la peste bubónica, la fiebre amarilla, la malaria, enfermedad endémica en la costa y la selva, y el tifus y la viruela en los Andes; así como la alta prevalencia de la tuberculosis en décadas posteriores. En las últimas dos décadas aparecieron el SIDA, el cólera y el dengue, estableciéndose en el territorio peruano.

La fiebre amarilla, de 1919 a 1922, ataca a las principales localidades portuarias y azucareras de

la costa y es controlada gracias al apoyo de la Fundación Rockefeller, la que siguió apoyando al Ministerio de Salud durante la primera mitad del siglo XX.

Las epidemias del tifus y la viruela se hicieron presentes en los Andes en la década de los 30. Las epidemias del siglo XX nos mostraron la existencia de un perfil epidemiológico definido, que acentuó la división entre los habitantes de las regiones naturales del Perú: Costa, Sierra y Selva. La presencia de las enfermedades epidémicas fue la única ocasión para que la salud pública consiguiese la atención del Estado, de los gobernantes y de los organismos internacionales.

La epidemia del cólera de 1991 marca el retorno de esta enfermedad que había desaparecido durante casi un siglo, causando más de 3000 fallecidos y pérdidas en la economía peruana estimadas en 770 millones de dólares (debido al embargo de alimentos marinos y al disminuir el turismo).<sup>31</sup>

Los historiadores médicos han reconocido que la epidemiología del cólera ha estado íntimamente vinculada a cambios sociales, económicos y políticos.<sup>32</sup>

La reacción que origina las epidemias en la sociedad peruana no fue distinta a la de otras latitudes: culpar a los grupos más pobres de ser los responsables del origen de la enfermedad. El círculo vicioso entre «pobreza y la enfermedad, entre las epidemias y la pobreza, revela de manera concluyente la fragmentación social y la debilidad del Estado».<sup>31</sup>

Las respuestas en el campo de la salud pública se dieron de una manera mejor organizada a partir del diseño de programas verticales de control de enfermedades como la malaria, con un relativo éxito, por el uso del DDT.

La fundación del Instituto Nacional de Salud Ocupacional en 1956, contribuye al control de las enfermedades profesionales derivadas del trabajo en la rica minería peruana. Lamentablemente la experiencia de 25 años de trabajo en el control de

enfermedades ocupacionales se perdió, dándose lugar al DIGESA en 1987.

La fundación de la Escuela Nacional de Salud Pública –ENSAP- en 1964 marca el inicio de la formación de profesionales y practicantes de la salud pública en el país. Después de años de abandono la ENSAP también fue desactivada en el año 2002.

Mediante el apoyo decisivo de USAID, durante la década de los 80, se inicia el Programa de Epidemiología de Campo (PREC) formándose así los epidemiólogos que manejarán la vigilancia epidemiológica activa de enfermedades infecciosas, de la Oficina General de Epidemiología del MINSA que jugaría un rol clave en el control de la epidemia del cólera de 1991.

Dentro de la infraestructura de salud pública cabe destacar el papel que juega el Instituto Nacional de Salud Pública, que maneja la Red Nacional de Laboratorios Clínicos.

La erosión de la infraestructura de la salud pública entre otros factores, ha contribuido a la aparición de nuevas y reemergentes enfermedades infecciosas,<sup>30</sup> que comenzaron a golpear nuevamente en la década de los 90.

La debilidad de las respuestas del Estado peruano desde la perspectiva de la salud pública se puede apreciar en el informe de la aplicación de la encuesta sobre las Funciones Esenciales de Salud Pública, llevada a cabo por la Organización Panamericana de la Salud,<sup>33</sup> en donde el caso del Perú muestra la carencia mayor en la formación de profesionales de la salud pública.

## Referencias

1. The World Bank. World Development Report 2003: Sustainable development in a dynamic world, transforming institutions, growth, and quality of life. Washington D.C.: World Bank; 2003.
2. Programa de desarrollo de las Naciones Unidas. Informe sobre el desarrollo humano: PNUD; 2003..
3. De la Puente JA. Diversas formas de ser peruano. El Comercio, 28 de julio, página A14; 2003.

4. Rostorowsky M. Historia del Tawantinsuyo. Lima, Perú: Instituto de Estudios Peruanos;1990.
5. Hernández M. Memoria del bien perdido: conflictos, identidad, nostalgia en el inca Gracilazo de la Vega. Lima, Perú: Instituto de Estudios Peruanos; 1993.
6. Haya de la Torre A. Dictadura y democracia: la crisis del Estado republicano. Lima: Fondo Editorial/Foro Democrático; 2002.
7. Sagasti F. La independencia que nos falta. El Comercio, 28 de julio, página A15; 2003.
8. Parodi C. Perú 1960-2000. Políticas económicas y sociales en entornos cambiantes. Centro de Investigaciones Universidad del Pacifico; 2001.
9. Tafur JC. Reconciliación histórica. Correo, 24 de agosto, página 2; 2003.
10. Informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003, Lima, Perú. Disponible en: [cverdad-@cverdad.org.pe](mailto:cverdad@cverdad.org.pe)
11. Brack A, Mendiola C. Ecología del Perú. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Lima: Asociación Editorial Bruno; 2000.
12. Latinobarómetro. Disponible en: [www.latinobarometro.org](http://www.latinobarometro.org)
13. Barnechea A. El desafío peruano. Correo, 27 de julio, página 6; 2003.
14. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000, mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud; 2000.
15. Sachs D *et al.* The geography of poverty and wealth. Scientific American 2001: 63-67.
16. Hall T. Health manpower in Peru, a case study in planning. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins Press; 1969.
17. Kovats S. El Niño and health. Lancet 2003;362(9394).
18. Wulff H. The concept of diseases: From Newton back to Aristotle. Lancet 2000;354(Suppl.4).
19. McMichael A. Population, environment, diseases, and survival: Past patterns, uncertain futures. Lancet 2002;359:1145-1147.
20. Hilburg C. Análisis del contexto socio- económico 1902-2002. En: Organización Panamericana de la Salud. Cien años de cooperación al Perú 1900-2002. Lima, Perú; 2002.
21. Bermejo R. Desarrollo de los servicios de salud. En: Organización Panamericana de la Salud. Cien años de cooperación al Perú 1900-2002. Lima, Perú; 2002.
22. Ministerio de Salud. Atención primaria de salud en el Perú. Lima: Comisión Nacional de Atención Primaria de Salud; 1981.
23. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud. Presentación del Sr. Ministro de Salud Dr. David Tejada de Rivero, setiembre de 1985.
24. Ministerio de Salud. Hacia un Sistema Nacional Regionalizado e Integrado (objetivos, políticas, metas). Gestión Gubernamental 1990-1995.
25. Ministerio de Salud. Políticas y estrategias del sector salud. Dr. Víctor Paredes. Ministro de Salud, Perú, 1992.
26. Ministerio de Salud. Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de política de salud 1995-2000.
27. Ministerio de Salud. Por un país saludable. Propuesta de políticas para la salud. Julio 2001.
28. Ministerio de Salud. Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002-2012 y principios fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio agosto 2001-julio 2006. Lima Perú; 2002.
29. Satcher D. Emerging infections: Getting ahead of the curve. Emerging Infections Diseases, Vol. 1 (1):1-9.
30. Cueto M. El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX. Lima, Perú: Instituto de Estudios Peruanos; 2000.
31. Heymann D, Rodier G. Global surveillance of communicable diseases. Special issue. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
32. Lee K. Globalization and cholera: Implications for global governance. Global Governance 2000;6:213-236.
33. Organización Panamericana de Salud. La Salud Pública en las Américas. nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. OPS, Washington D.C. 2002.

## IX. VENEZUELA

### Reseña histórica del país

El inicio del Estado Venezolano en su sentido formal, comenzó en 1811 con la Declaración de Independencia de la autoridad de la Corona Española y surge como un Estado constitucionalista; a partir de ese momento se inicia un proceso de Guerra de Independencia que va a culminar en 1821 con la derrota del ejército español en la Batalla de Carabobo. El proyecto de República desarrollado por Simón Bolívar trascendía los límites de las fronteras de lo que para entonces era la Capitanía General de Venezuela y se planteaba la creación de la Gran Colombia como la concreción de la unidad de los pueblos latinoamericanos frente a los grandes poderes internacionales existentes para la época. En 1830, la propuesta de Bolívar es derrotada por las oligarquías regionales, fundamentalmente la caraqueña y la colombiana, y se disuelve la Gran Colombia como propuesta unificadora de nuestros pueblos, regresándose a la situación de fractura y separación de los países integrantes del proyecto bolivariano. A partir de esta fecha, se presenta un período marcado por la reconstrucción del Estado Nacional, al margen y en contraposición del proyecto de unidad latinoamericana propuesto por Bolívar, que debió enfrentar las profundas huellas dejadas por la Guerra de Independencia, que convulsionaron la economía, la estructura social y la mentalidad de los pobladores.

La estructura del Estado que se consolida luego de la Guerra de Independencia, es cooptada por grupos reducidos de intelectuales y caudillos, que desarrollaron un orden semicolonial vinculado estrechamente a los intereses extranjeros.

Desde el comienzo de la República, el Estado Nacional representó no sólo los intereses de los caudillos más poderosos y de los grupos más influyentes de la sociedad venezolana, sino también de los intereses extranjeros. Domina durante esta época el intento por centralizar el Estado, lo cual significaba acabar con la autonomía local.

En la Venezuela republicana del siglo XIX el caudillismo es el tipo de sistema político que se

impone, aunque no de manera uniforme pudiéndose diferenciar dos momentos: el caudillismo local, de 1830 a 1869, y el federalismo centralizado, de 1870 a 1902. Durante el primero, el poder se encuentra disgregado por todo el territorio nacional y se establece una especie de red caudillista como forma de mantener cierta cohesión y lealtad frente al caudillo principal; en el segundo período, las decisiones de los caudillos locales comienzan a depender más del poder central, perdiendo autonomía, y convirtiéndose en administradores de los recursos que el gobierno asigna a cada región, situación que exige la estabilización y fortalecimiento de las finanzas del Estado.

En lo económico, el modelo que se asume se inspira en la ideología liberal: se quería construir una nación controlada por el libre juego de la oferta y la demanda para provocar el desarrollo de las fuerzas productivas. Sin embargo, los sectores económicos dominantes durante el siglo XIX, no fueron capaces de plantear una propuesta de desarrollo nacional autónoma, conformándose con jugar el papel de productor de materias primas requerido por la economía mundial de la época. Las fuerzas internas se conforman fundamentalmente en torno a las demandas del mercado internacional, de manera tal que Venezuela se concentra en las actividades agrícolas del café y el cacao principalmente. A lo largo de este siglo el crecimiento nacional se sustenta exclusivamente en las exportaciones, pasando a ser la única vía de desarrollo económico, lo que agrava aún más la débil economía nacional.

La función del Estado se centra en servir a los sectores dominantes como mediador de la actividad privada a través de mecanismos de acción administrativa como vigilancia, aduana, y contribuyendo a aumentar la demanda, favoreciendo el incremento del poder adquisitivo de un sector de la población: la burocracia. Ya desde esta época, la deuda llega a convertirse en un problema crónico porque los gobiernos no pueden cancelar sus obligaciones debido a la inestabilidad del ingreso nacional. La sociedad de finales del siglo XIX no logra transformar el sistema productivo colonial, lo que imposibilita la

satisfacción de las necesidades sociales de importantes sectores de la población: campesinos y artesanos, siendo el comercial el sector económicamente más poderoso.

El siglo XX inicia sus primeros años con una Venezuela agroexportadora, sustentada en relaciones precapitalistas y con bajo nivel de desarrollo económico, careciendo además de una instancia estatal capaz de desarrollar políticas públicas. El inicio y la construcción del Estado Nacional que superara la etapa del caudillismo, significó la expresión de una estrategia de hegemonía de los sectores dominantes en función de un modelo de acumulación capitalista. El proceso de concentración del poder en el Estado, durante el período de su surgimiento, no alteró entonces significativamente las condiciones de reproducción social de la población. Este patrón económico, significó un desarrollo desigual entre la población venezolana, en términos culturales, sociales, económicos y territoriales.

A finales del siglo XIX se inicia la explotación petrolera en el país. Inicialmente con una tímida participación de los sectores nacionales. En 1914 se descubre el primer gran campo petrolero, sin embargo, desde los mismos inicios del siglo XX, las compañías petroleras extranjeras alientan y financian grupos nacionales con el propósito de lograr imponer gobernantes que favorecieran sus aspiraciones.

En relación con la explotación petrolera, las leyes de ese entonces permitían la acción especulativa que serviría de base a la conformación de grandes fortunas por algunos sectores nacionales privilegiados a través de la base de la transferencia de las concesiones petroleras a las compañías internacionales. En 1922, con el reventón del pozo Los Barrosos No. 2, se inicia el «boom» petrolero y una voraz competencia por parte de las compañías internacionales por adquirir concesiones en Venezuela. Se producen cambios acelerados en la estructura de la economía, pasando del modelo agro exportador centrado en el monocultivo (fundamentalmente café y cacao), al modelo petro-exportador, siempre en el marco del modelo monoprodutor de materias primas

para las exigencias del mercado mundial. El Estado deviene en un Estado rentista que obtiene sus ingresos del petróleo, así como antes de la renta de los cultivos de la tierra. Este proceso de exploración y explotación petrolera tiene su impacto en las características del patrón de ocupación del espacio y en la dinámica socioeconómica del país. A partir de este momento, en Venezuela van a coexistir en violenta contradicción, el latifundio, que hasta ese momento había dominado la vida nacional, y la economía petrolera, que lo relega.

Los ingresos petroleros que para el momento de la muerte del dictador Juan Vicente Gómez significaban 45% de todos los ingresos del país, impulsaron el proceso de modernización del Estado y sentaron las bases para el establecimiento de un mercado interno para el capitalismo.

Con la muerte de Gómez se inicia un período de transición hacia un régimen democrático que lidera Isaías Medina Angarita. En este período se legalizan los partidos y se construyen las bases de la institucionalidad democrática. Como toda transición, es un período inestable, sin embargo se realizan grandes avances desde el punto de vista social y político. La experiencia no dura mucho tiempo y Medina es derrocado por un golpe de estado, en 1945, encabezado por Acción Democrática y sectores militares que posteriormente abrirán paso a la dictadura de Marcos Pérez Jiménez, quien va a gobernar hasta 1958.

En el transcurso de la década de los 50 surge un segundo período caracterizado por una combinación del modelo petro-exportador y el inicio de una política de sustitución de importaciones. El bloque social liderado por el grupo militar en el gobierno de esa década, concibe y aplica una política desarrollista.

A la caída de la dictadura de Pérez Jiménez se inicia un período donde se sistematiza de manera planificada un modelo de industrialización apoyada en los excedentes generados por la renta petrolera, centrando los primeros años de esa década en la consolidación y defensa de la democracia representativa. Este período se inicia

con la derrota de las aspiraciones del movimiento popular y la conciliación con los grupos económicos hegemónicos. Se impone el modelo de sustitución de importaciones y se hacen concesiones a los sectores populares para contrarrestar la ofensiva de los sectores radicales. Al final se logra imponer un consenso social liderado por la burguesía nacional y tutelado por las grandes compañías transnacionales.

A partir de 1974 se enfatiza el desarrollo de la industria básica con un modelo de alto endeudamiento, en un momento en que el embargo petrolero de los países árabes a los Estados Unidos de América (EUA), triplica en pocos años los ingresos al país. Se producen los procesos de nacionalización de la industria petrolera y del hierro, a un costo enorme para el país y manteniéndose la dependencia tecnológica, mientras las transnacionales conservan el monopolio de la comercialización.

En la década de los 80 se inicia un período signado por la crisis económica y el derrumbe de la estructura financiera del país, lo cual se tradujo en una macro devaluación de la moneda y la quiebra de importantes entes financieros. Todo esto en un contexto de crisis del modelo de acumulación del capital imperante hasta ese momento en el ámbito mundial expresado, entre otras cosas, en una crisis internacional del mercado petrolero, y el fortalecimiento de las tendencias neoliberales promovidas desde los grandes entes financieros internacionales, como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial, dirigidas a instaurar los principios de las libertades económicas. Durante este período se generó una gran presión de diversos entes financieros internacionales en demanda de la cancelación de la creciente deuda externa acumulada.

Las dos últimas décadas del siglo XX significaron la aplicación de un nuevo modelo económico, incorporado a través de un conjunto de medidas y políticas impuestas por el FMI. El deterioro de los salarios reales, la devaluación progresiva de la moneda y los gastos por el servicio de la deuda fueron el preludio de la crisis, sólo que las abundantes reservas internacionales permitieron

atenuar y retardar el impacto socioeconómico de esa crisis.

El deterioro de la situación social y económica del país durante el período de la democracia representativa es contrastante con el monto de las divisas que entraron al país producto principalmente del petróleo. Se estima que entre 1959 y 1988 ingresaron divisas por el orden de los 271.562 millones de dólares. El modelo económico capitalista, dependiente y subdesarrollado, no pudo frenar el éxodo rural-urbano, la marginalidad, el desempleo, la desigual distribución de la riqueza, la corrupción y la dependencia tecnológica.

El «paquete de medidas» implementado por los gobiernos de la última década del siglo XX planteaba que estábamos transitando hacia una economía que debía generar sus propios excedentes dentro de sí misma. Sin embargo, el principal motor del proceso de acumulación lo va a constituir la devaluación, con su impacto en el nivel de los salarios reales. El 27 de febrero de 1989 ocurre una verdadera explosión social frente al paquete de medidas, y en respuesta directa al alza desmesurada de la tarifa del transporte colectivo y al acaparamiento de alimentos que se había producido en espera del alza de los precios. Esta explosión social, conocida como «El Caracazo», y que se extendió por todo el país y significó la masacre de miles de venezolanos, hizo nacer nuevos liderazgos y formas de organización de la sociedad venezolana, basados en una toma de conciencia frente al proceso de deterioro social y económico del país.

Las acentuadas necesidades económicas y sociales de extensos sectores empobrecidos de la población jugaron un papel clave en los profundos cambios en el sistema político venezolano que se inician a partir de la década de los ochenta y que se concretan con el proceso constituyente iniciado a partir de 1998. Las injusticias e inequidades en el acceso al derecho a la seguridad social han constituido un importante estímulo para los cambios, entre ellos el desarrollo de un nuevo sistema de salud que sea económica y financieramente viable, y socialmente sustentable.

A partir de 1998, con el triunfo del presidente Chávez, se inicia un profundo proceso de transformación y refundación de la República, proponiéndose la construcción de un Estado de derecho y justicia social en un contexto de profundas desigualdades sociales y económicas, con una economía fuertemente dependiente de la explotación petrolera, y con fuertes contradicciones y polarización en el seno del Estado y la sociedad, frente a un nuevo proyecto político para reorientar el modelo de Estado y de desarrollo nacional. El marco general de las propuestas de este nuevo período se expresa en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Constitución aprobada en referéndum popular y en cuya discusión se desarrolló una amplia participación de todos los sectores de la sociedad, fundamentalmente los sectores populares.

Las expectativas y necesidades de la gran mayoría de la población se expresan en la nueva Constitución Nacional, la cual reconoce a la salud como un derecho social fundamental de todas las personas, parte sustancial del derecho a la vida, base indispensable del desarrollo de las personas, de su dignidad y condición primaria para la prosperidad y el bienestar del pueblo; y establece la visión que debe orientar el sistema de salud como deber fundamental del Estado.

### **Historia de la salud pública en Venezuela**

El siglo XX inicia sus primeros años con una Venezuela agro exportadora, sustentada en relaciones precapitalistas y con bajo nivel de desarrollo económico, careciendo además de una instancia estatal moderna para desarrollar políticas públicas, entre ellas las destinadas a atender la salud individual y colectiva de la población. La historia de la salud pública en Venezuela surge, entonces, bien entrado el siglo XX.

La situación social a finales del siglo XIX y principios del XX era precaria, la población estaba desatendida, la salud se encontraba en completo abandono, no existían servicios de salud pública, ni organismos de lucha contra las enfermedades endémicas y venéreas. Venezuela era uno de los

países latinoamericanos con mayor incidencia de muertes por enfermedades como el paludismo, la malaria, la viruela y la tuberculosis.

El inicio y la construcción del Estado Nacional, que superara la etapa del caudillismo, significó la expresión de una estrategia de hegemonía de los sectores dominantes en función de un modelo de acumulación capitalista. El proceso de concentración del poder en el Estado, durante el período de su surgimiento, no alteró entonces significativamente las condiciones de reproducción social de la población. Este patrón económico significó un desarrollo desigual entre la población venezolana en términos culturales, sociales, económicos y territoriales; así, para 1936 la esperanza de vida al nacer era de 38 años, debido a una mortalidad que promediaba los 25 por mil.

Para 1936 Venezuela tenía una población de 3.500.000 de habitantes y la expectativa de vida al nacer era de menos de cuarenta años. En esta fecha se inicia una política orientada a estimular la natalidad para repoblar el territorio nacional. En 1945 se promueve una inmigración selectiva de europeos. La migración produjo cambios significativos en la estructura poblacional venezolana, en su filosofía de vida, valores y costumbres, todo lo cual tuvo incidencia en el perfil epidemiológico de los habitantes y en la implantación de las políticas de salud.

Es en medio de estos procesos, donde la vieja Oficina Nacional de Salud se convierte en Ministerio de Salubridad y Agricultura y Cría que luego -en 1936-, pasa a ser Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS). La Fundación Rockefeller, con la finalidad de controlar las epidemias que obstaculizaban el desarrollo del enclave petrolero, juega un papel fundamental en el desarrollo de las áreas de control de las endemias rurales y el saneamiento ambiental. Se hace énfasis en los programas de control de las enfermedades endémicas -especialmente la malaria-, y el saneamiento básico de las ciudades y los campos petroleros, que eran polos de atracción para la migración desde las zonas rurales en búsqueda de mejoras económicas. En este período se organiza de manera sistemática el

combate de la malaria, siendo el Dr. Arnoldo Gabaldon el primer Jefe de la recién creada Dirección Especial de Malariología, la cual centra su acción en el diagnóstico y la distribución gratuita de medicamentos antimaláricos, así como en el saneamiento ambiental y el control de vectores.<sup>1</sup>

Desde el inicio del MSAS se estructuraron redes de Unidades Sanitarias, cuyos efectos se sintieron en la reducción de las tasas de mortalidad infantil y las endemias, lo que aunado al aumento de la natalidad, significó un importante incremento de la población venezolana. Este Ministerio asume las funciones de sanidad nacional, higiene pública, la medicina social, la asistencia social y la prevención social.

Desde 1936 hasta 1945, la política del sector salud se caracteriza por su énfasis en las labores de policía sanitaria, el control de enfermedades seleccionadas, la socialización del control de tuberculosis, malaria, lepra y enfermedades venéreas, reservándose para ello el Estado la distribución y administración de las drogas y el saneamiento ambiental. Se inician la formación profesional y técnica del personal y los programas materno infantil, higiene del adulto y nutrición. Con una fuerte tendencia hacia la prevención y la salud pública, en 1944 se inicia el Curso Internacional de Malaria, primer curso de postgrado de salud en Venezuela; comienza también el control del ejercicio profesional y técnico de la salud; se resume para ese entonces la política de salud como la salud integral. La Constitución vigente para mediados de los años cuarenta autorizaba al Estado a nacionalizar los servicios de salud, tanto públicos como privados. Se contempla así mismo la creación del Instituto Nacional de Higiene, dedicado, entre otras funciones, a fabricar sueros, vacunas y productos biológicos y químicos requeridos por el gobierno para sus campañas sanitarias.

En esta perspectiva el gasto social del Estado marcha en estrecha relación con la construcción de una infraestructura adecuada para el desarrollo de un mercado interno, por lo que el gasto en salud se incrementa. El gasto en medicina preventiva llegó a representar 43% del presupuesto del MSAS; al control de la malaria y al saneamiento

ambiental se dedicaba 10% y 36% a la medicina curativa. En 1949 existían 379 medicaturas rurales con 422 médicos, y por lo menos una Unidad Sanitaria en cada una de las principales ciudades del país. Sin embargo, gran parte de la población vivía en condiciones precarias, con elevados índices de analfabetismo, bajo poder adquisitivo, y altos niveles de desnutrición.

El modelo económico del Estado petrolero comercial importador impulsa al Estado a ganar consenso y legitimación de los sectores medios y del proletariado urbano cada vez más creciente; por esta vía se impulsa, en 1944, la creación del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y del Instituto Nacional de Hospitales que va a asumir progresivamente los entes benéficos y los hospitales dependientes de los municipios, y comienza así la fragmentación de la organización del sector salud.

La orientación de los servicios de salud cambia al crearse el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) y expandirse la red hospitalaria. Se estanca la labor preventivista inicial y se prioriza la medicina curativa. Desde 1944 se mantiene el número de Unidades Sanitarias, mientras que en cinco años se cuadruplica el número de camas hospitalarias. La expansión de la red hospitalaria está asociada al aumento de los conflictos sociales y la consolidación de los sindicatos y gremios en la búsqueda de mejores condiciones para la reproducción de la fuerza de trabajo, lo que requería del Estado respuestas para su legitimación. Surgen múltiples instituciones de servicios desde los mismos organismos oficiales con lo cual aumentó el número de instituciones públicas y privadas dedicadas a la medicina curativa y, con ello, la fragmentación del sistema de salud.

A finales de la dictadura, en 1958, la población de Venezuela era de 6.879.127 habitantes, con una mortalidad general de 8.7 por 1000 habitantes. La mortalidad infantil se ubica en 62.5 por 1000 nacidos vivos; la materna en 1.4 por 1000 nacidos vivos, la natalidad en 42,4 por 1000 habitantes y la expectativa de vida al nacer es de 63.1 años. La atención institucional al parto se ubica en 72,4%.

En 1959 el MSAS anuncia el cambio de estrategia clásica de ataque vertical de los problemas de salud, por acciones de mayor cobertura mediante ataque horizontal; como áreas prioritarias establece: la atención a la madre y el niño, la del adulto en edad reproductiva y, en particular, a los trabajadores de la industria, la prevención de accidentes, el uso y abuso de las drogas y las enfermedades degenerativas. Se selecciona el indicador esperanza de vida al nacer como indicador de las acciones sanitarias. La construcción de viviendas y acueductos rurales es una función importante del Ministerio de Salud, así como la formación de los recursos humanos para la salud y la investigación.

La legitimación de la democracia pasa por el logro del consenso, así surge la Constitución de 1961, consagrando el derecho a la salud y la seguridad social, pero en la práctica cada ministerio, gremio, etcétera, pugnaba por tener su servicio de atención. En esencia, se instaura un modelo de partidocracia donde casi todos los aspectos sustantivos de la vida nacional pasaban por las decisiones de los partidos políticos.

El modelo de Estado que se implanta desde el inicio de la democracia pretendía transformar la estructura de la sociedad venezolana, emulando un Estado de Bienestar, con una amplia base económica sustentada en la renta petrolera; el papel del Estado dentro de un modelo que ha sido llamado populista era distribuir la renta. La política social en este contexto pretendió dotar a la población de los beneficios básicos para poder insertarse dentro de este nuevo esquema del capitalismo.

La acción del gobierno se centró en reforzar el capital humano del país distribuyendo servicios de educación y salud –entre otros-, bajo esquemas donde todos sentían de alguna manera ser ganadores con la política de gobierno. No obstante, esta política social no pretendía transformar la sociedad hacia formas más modernas y productivas, por lo que sólo lograba paliar los efectos de la ineficiencia y la improductividad de las empresas nacionales. Eran políticas sectoriales cuyos fines primordiales eran la inversión social

para proporcionar los recursos humanos que requería el desarrollo económico.

Esta política estimuló una relación entre el Estado y los beneficiarios que se expresó en un vínculo clientelar, paternalista y de dependencia. En salud, ocurre una mejoría en las condiciones de salubridad y la expansión de la atención médica, con una constante disminución de la mortalidad infantil y aumento de la esperanza de vida al nacer; sin embargo, detrás de la mejoría de los promedios nacionales se escondían importantes diferencias que reflejaban las fallas para cubrir universalmente a toda la población.

A partir de 1974 se enfatiza el desarrollo de la industria básica con un modelo de alto endeudamiento, en un momento en que el embargo petrolero de los países árabes a los EUA, triplica en pocos años los ingresos al país. Se producen los procesos de nacionalización de la industria petrolera y del hierro, a un costo enorme para el país y manteniéndose la dependencia tecnológica, mientras las transnacionales conservan el monopolio de la comercialización. De este periodo datan las últimas grandes inversiones en infraestructura y equipamiento en salud, orientadas fundamentalmente hacia las edificaciones hospitalarias.

En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, efectuada en Alma-Ata, realizó un diagnóstico contundente sobre la situación de la salud pública en el mundo, en el que señalaba:

1. Un aumento de la distancia entre los países ricos y los países pobres y, dentro de los mismos países, entre sectores ricos y sectores pobres.
2. No aplicación en la mayoría de la población de los conocimientos técnicos de los que en ese entonces se disponían en el campo de la salud.
3. Existencia de grupos desfavorecidos que no tenían acceso a ninguna forma permanente de atención en salud, que representaban para la fecha cuatro quintas partes de la población mundial.

4. Problemas de salud, derivados de la industrialización y de la alteración deliberada del medio, que no tenían solución con la asistencia médica, forma de intervención predominante en el modelo vigente en esa época.

5. Uso indiscriminado de la tecnología médica que generaba un sistema complejo y costoso de dudosa eficacia social.

Para finales de los años 70, más de 70% de los venezolanos y la casi totalidad de la población agrícola vivía en condiciones de subalimentación; un venezolano de cada tres en edad de trabajar estaba desempleado o subempleado, casi una cuarta parte de los venezolanos eran analfabetas, la mitad de la población vivía en ranchos sin disponer de la estructura sanitaria adecuada, y la mortalidad posneonatal había revertido su tendencia hacia la disminución. Para 1978, 31.2% de las muertes ocurrían en menores de 15 años de edad; entre las causas de muerte en menores de un año de edad se encontraban las afecciones vinculadas al parto y al período perinatal, seguidas de enteritis y neumonías, frente a limitadas coberturas de los programas de atención materno infantil.

A finales de esta década los servicios médicos y asistenciales concentraban geográficamente sus coberturas y extensión en el Distrito Federal y en el estado Zulia. Casi 36% de las camas hospitalarias se ubicaban en esas dos regiones, situación que se reflejó, por un lado, en la disminución del número de camas por mil habitantes, que de 3.5 en 1963, pasó a 2,5 en 1979, y en la concentración de profesionales de la medicina y la enfermería en esas zonas. Más de 53% de los médicos se concentraban en la región de la capital del país y el estado Zulia.

Córdova y otros describen la situación, de esta manera:

«Se profundiza fuertemente el modelo tecn-asistencial, con características como: atención a la salud sobre la base del modelo individual – curativo de alto consumo de tecnomédicos; abandono de los programas preventivos; administración sin base de previsión económica; profunda dependencia tecnológica que contribuye a la escasa

accesibilidad y utilización de la estructura sanitaria como espacio clientelar-partidista, en consecuencia espacio de corrupción.»<sup>2</sup>

La condición de Venezuela de país capitalista, dependiente y subdesarrollado, se expresa ya para comienzos de la década de los 80 por la acentuación de las desigualdades sociales, relacionadas con la acumulación de riquezas y poder por los sectores privilegiados y por el empobrecimiento relativo y progresivo de los sectores trabajadores; el crecimiento cuali y cuantitativo de la clase obrera se ve acompañado del fenómeno de marginalidad. Estos cambios tienen clara expresión en los patrones de mortalidad y morbilidad en lo que se denomina acumulación epidemiológica, con superposición de enfermedades y problemas sociales propios de países desarrollados y subdesarrollados. Por otro lado, se observan profundos desequilibrios territoriales entre las zonas urbanas y rurales y entre, y a lo interno, de los diferentes centros urbanos, con su expresión en las desigualdades de la distribución de los recursos sanitarios.

Por otro lado, el desarrollo del capitalismo dependiente convirtió a Venezuela en consumidora de tecnología importada, atrofiando las necesidades de investigación y desarrollo vinculado a nuestras necesidades reales, sin desarrollo de la industria químico-farmacéutica y tecnomédica propia. Todo lo anterior, acarrea además una elevación del gasto tanto público como privado en el control, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

La caída de los ingresos petroleros, la crisis mundial, la reducción del presupuesto nacional, el proceso inflacionario y la corrupción, generaron como herencia un enorme aparato burocrático, desarticulado y fragmentado, y una cultura clientelar organizada alrededor de núcleos de poder político y económico ejercido desde fuera de los poderes públicos. En resumen, la década de los ochenta finaliza con un Estado reducido en sus capacidades de rectoría y conducción, una economía debilitada, grandes desigualdades sociales y económicas y una sociedad disminuida en sus capacidades de organización y movilización.

Para 1980, ya la mortalidad general se ubicaba en 5.5 por mil habitantes, y la mortalidad infantil se ubicaba en 31.8 por mil nacidos vivos, habiendo disminuido a la mitad del valor observado para 1950. Aunque ya se habían controlado muchas enfermedades como el paludismo, el sarampión, la poliomielitis, éstas aún eran causas de muertes en algunos sectores de la población.

A partir de 1981 se inicia una continua caída de los recursos presupuestarios destinados a la salud, el gasto per cápita destinado a la salud se reduce en 30% entre 1980 y 1983. Para ese momento casi habían desaparecido los centros materno-infantiles, las acciones de promoción y fomento de la salud sufrieron un gran debilitamiento, 90% de la población presentaba caries, el índice de desnutrición aumentó en la población menor de 15 años de edad.

Si bien la Constitución de 1961, vigente para estas décadas, planteaba timidamente el derecho a la salud, en lo específico fueron los grupos que conformaban la base productiva nacional, profesores y trabajadores formales urbanos, quienes serían los primeros sujetos de garantías públicas, quedando postergados los adultos mayores, indígenas, campesinos y trabajadores informales. Así, los logros que resultaron de una política tradicional del modernismo y el desarrollismo durante las dos primeras décadas de la democracia, y que se soportaron en la extensión de los servicios de salud y educación, llegaron a su estancamiento en los años ochenta.

Los años ochenta estuvieron marcados por un doble discurso en la salud, uno que buscaba la legitimación de acciones fuertemente progresivas con la promoción de la atención primaria y la promulgación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, y otro, expresado en la práctica con un sistemático desmantelamiento de lo público, llegando incluso a iniciarse mecanismos de recuperación de costos autorizados por el propio Ministerio de Sanidad. Algunos autores<sup>3</sup> sintetizan el proceso sufrido por la sociedad venezolana en el área de la salud desde finales de los años 80 y la década de los 90 en los siguientes elementos:

a. La continuidad del desorden administrativo no hizo posible organizar un Sistema Nacional de Salud con el fin de concentrar y racionalizar el gasto, centralizando las orientaciones y descentralizando las realizaciones, con el propósito de incorporar a la comunidad. Multitud de proyectos se diluyeron, hasta que durante el gobierno de los años de 1985 a 1989 se aprobó una Ley Orgánica, que durante 10 años no pudo ser ejecutada ni reglamentada.

b. El descenso en medicina preventiva llegó a cifras escandalosas, ignorándose la imperiosa exigencia de canalizar programas de prevención frente a las patologías contemporáneas: infecciones de transmisión sexual, violencia, salud mental, estrés, contaminación a las cuales desgraciadamente se le sumaron los antiguos problemas de: malaria, sífilis y tuberculosis, con la trágica limitante de que la excelente infraestructura de atención primaria que el Estado construyó fue desmantelada.

El fortalecimiento del sector privado dedicado a los negocios en el área de la salud ha sido importante objetivo de la estrategia privatizadora, dirigido a que éste asumiera parte de la demanda de la atención médica. Para ello se desarrollaron estímulos fiscales y financieros, y se propició la asociación entre los «grupos médicos» pre-existentes y el capital monopolista, dando origen en nuestro país a un nuevo tipo de instituciones: los grandes hospitales privados de tipo empresarial en las principales ciudades: Caracas, Maracaibo, Valencia, Barquisimeto y Maracay, entre otras, partiendo de una experiencia presente en Norteamérica, y extendida en las dos últimas décadas (70 al 90) a Ibero América, como modelo a seguir.

c. La expansión de la cobertura del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), cuyo papel va desde la reducción de la exigencia al Estado, por ser una institución cuyo financiamiento descansa en una triple participación, donde el gobierno sólo responde por un tercio; hasta la transferencia constante de sus fondos al sector privado mediante el pago de servicios.

d. La tendencia al crecimiento de los Seguros Médicos, tanto individuales como colectivos,

asumidos por los sectores medios, donde se agrupan profesionales y técnicos, acompañados por la pequeña y mediana burguesía nacional; aspecto de la atención privada en salud, que dada la insoluble crisis del sector, también ha empezado a reclutar trabajadores del área calificada. Durante los últimos 20 años la Póliza de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM) ha crecido exponencialmente, generando una inversión que ha pasado de los centenares de millones a miles de millones de bolívares.

e. La descapitalización del sector salud ha sido otra de las vertientes utilizadas por el proyecto neoliberal, para liquidar las trascendentes conquistas de la salud pública en Venezuela; así, podemos apreciar como de la progresiva pero sostenida inversión del gasto, caracterizado por el dominante privilegio de la medicina curativa, orientación crucial de los años 50 al 70, se deslizó posteriormente a la conducta descapitalizadora, mediante la progresiva disminución del gasto en inversión reproductiva de las instituciones, reduciéndolo a personal y adquisiciones inmediatas.

f. El deterioro constante e insoluble de los salarios de los profesionales y técnicos del sector salud se convirtió en otro de los instrumentos de la privatización forzosa del sector salud; poco a poco migró el cuerpo de mayor calificación profesional hacia el área privada. Posteriormente, los hospitales se redujeron a Centros de Formación, donde los cuadros de salud hacían sus pasantías el tiempo necesario.

g. La partidización y el clientelismo se convirtieron también en instrumentos efectivos de la política privatizadora, mediante un efecto doblemente perverso: la desmoralización del cuerpo de profesionales y técnicos, y, como consecuencia natural, el deterioro cualitativo de la asistencia.

h. El Estado venezolano asumió una conducta de liberalidad externa frente al ejercicio profesional, comportamiento que ha permitido la incorporación a la actividad sanitario-asistencial de todo un conjunto de recursos clásicos de la «Medicina para los Pobres», sumándose a la política de Estado, realizada desde el Ministerio de Hacienda, de

puertas abiertas a la comercialización tecnológica y de productos químicos farmacéuticos, independientemente de las políticas sanitarias, o de los intereses de la empresa nacional de medicamentos.

i. La coincidencia manifiesta entre el Estado venezolano a través de sus órganos de planificación y de reforma del estado (CORDIPLAN, COPRE), con las recomendaciones del Banco Mundial y FMI (1987), en materia de financiamiento de la salud pública; cuyas propuestas fueron acogidas e instrumentadas, permitiéndose el cobro de aranceles a los usuarios de los servicios de salud.

Aunque en teoría los planes de la nación elaboraron interesantes lineamientos para la política social, basados en la universalización de los derechos, lo que decían los planes y lo que finalmente se hizo nunca concordó; en esta época ya se proponían proyectos de acción para atacar la pobreza crítica y la pobreza en general, y se crea en esos años el Ministerio de la Familia.

Las políticas de ajuste económico de los años 90 vieron en esta situación de debilitamiento del Estado y sus respuestas una justificación para reducir sus espacios de intervención; se convirtió en política institucional una práctica proselitista de los partidos políticos, como la de transferir subsidios directos y focalizados a la población más pobre, adoptándose como norte de la política social «la lucha contra la pobreza». Estas políticas y sus programas compensatorios desplazaron y debilitaron las políticas de servicios en salud y educación, y simultáneamente se inician procesos dirigidos hacia la democratización del Estado, reduciendo los recursos y núcleos de poder de la administración central.

Con las leyes para la descentralización y la elección popular de alcaldes y gobernadores, estos nuevos sujetos, así como las comunidades y organizaciones de la sociedad, cobran relevancia como gestores y ejecutores de la política social. El resultado fue la fragmentación del Estado y la exclusión de grandes sectores de la población ahora expuestos abiertamente a las capacidades individuales y colectivas para comprar servicios

de salud y educación. El porcentaje de hogares pobres pasó de 36% en 1984 a casi 70% en 1994.

En los años 90 comienza con auge un proceso de reforma del sector salud y de la seguridad social, cuyos énfasis se hicieron en la descentralización, la reestructuración institucional, el desarrollo de un nuevo marco jurídico, el rescate del rol rector del Ministerio de Sanidad, elevar la situación de salud a partir del impulso a la atención primaria y fortalecer la democracia y la participación popular. En la práctica, se generaron y fortalecieron las condiciones para colocar a la salud como bien sujeto al mercado y la capacidad de compra de los diferentes agentes sociales. Termina la década de los noventa con la aprobación de un conjunto de leyes en el marco de la reforma de la seguridad social, centradas en las administradoras de fondos de pensiones y administradoras de fondos de salud, que apuntaban abiertamente hacia la privatización de la salud y la seguridad social.

La acumulación de problemas que se venía dando en el campo de la salud, frente a este nuevo modelo privatizador, que si bien no tuvo todos los desarrollos que pudieron verse en otras regiones de América Latina, significaron una exacerbación de la situación de pérdida de los derechos sociales de la población, lo que tuvo fuertes impactos en lo socio-epidemiológico, la gestión de la salud, la capacidad rectora del Estado, la calidad y cobertura de la atención y el financiamiento público de la salud, y que vieron su expresión política más tarde en las elecciones presidenciales de 1998.

Finalmente, durante los primeros años del siglo XXI se inició un proceso de transformación y refundación de la República, proponiéndose la construcción de un Estado de derecho y justicia social, en un contexto de profundas desigualdades sociales y económicas y con una economía caracterizada todavía como dependiente de la exportación petrolera, con fuertes contradicciones y polarización en el seno del Estado y la sociedad frente a un nuevo proyecto político para reorientar el modelo de Estado y de desarrollo nacional.

### **La salud en el contexto actual venezolano**

Venezuela inicia el siglo XXI con marcadas desigualdades sociales y económicas entre sus

habitantes, reflejo de la concentración del poder político y económico en sectores reducidos de la sociedad, y de la posición periférica del país dentro de un desequilibrado sistema internacional. Indicadores de tales desigualdades son la regresiva distribución del ingreso personal y familiar, y la concentración de la mayor parte de las tierras productivas en escasos propietarios. El 5% más rico de la población concentra 27% del ingreso nacional siendo Venezuela uno de los países más desiguales del mundo (coeficiente de Gini de 0.590 en 1995). En el ámbito internacional el peso de la deuda externa y las desiguales relaciones de intercambio comercial internacional ejemplifican las transferencias de recursos del tercer al primer mundo. Este contexto económico es determinante de la calidad de vida y condiciones de salud de la población venezolana, y afecta negativamente su salud, en estrecha relación con las deficiencias institucionales del Estado en general, y en particular del sector encargado de los servicios de salud.

Las acentuadas desigualdades en las condiciones de salud y de nutrición entre diversos grupos de población y el consecuente impacto en sus indicadores, constituyen un reto de gran envergadura para el sector salud. Esto se traduce en un perfil epidemiológico complejo y heterogéneo, pues junto a la reaparición y recrudescimiento de antiguos problemas de salud (enfermedades infecto-contagiosas: diarreas, infecciones respiratorias agudas y crónicas, malaria, dengue, cólera, trastornos nutricios, enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, mala atención del embarazo y parto, por ejemplo), se agrega la aparición de «nuevos» problemas como la violencia en todas sus formas, las adicciones y las infecciones por VIH-SIDA, todos ellos de compleja determinación y causalidad, y agravados por su distribución desigual en la población.

En efecto, en Venezuela existen marcadas diferencias en los indicadores de salud de acuerdo con clase social, género y etnia, como diversos estudios lo ilustran. De acuerdo con FUNDACREDESA, por ejemplo, el costo de la alimentación básica para cubrir las necesidades

proteicas y calóricas para una familia de cinco miembros, aumentó 100 veces en 10 años, entre 1989 y 1998, existiendo en el estrato V (metodología de Graffar modificada por Hernán Méndez Castellanos y colaboradores) 9 millones de venezolanos en pobreza crítica, condición ésta asociada al estado actual de la situación de salud.

El análisis de mortalidad de acuerdo con el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), realizado por la OPS a comienzo de los años 90, mostró una marcada diferencia en la prevalencia de diversas enfermedades entre municipios con distinto grado de NBI. Un ejemplo en cuanto a etnia es la prevalencia de malaria por *P. falciparum*, potencialmente mortal, registrada a mediados de los años 90, la cual fue nueve veces más alta para la población indígena que para la criolla en el Amazonas venezolano. Una situación similar se presenta con otras endemias, tales como oncocercosis, cólera y tuberculosis.

Comparaciones con otros países de la Región también reflejan los deficientes índices de salud en Venezuela. A pesar de la tendencia a la mejoría relativa de los principales indicadores sanitarios en el país durante las últimas cinco décadas, el ritmo de las mejoras ha disminuido en algunos índices y en otros se ha estancado, siendo estos resultados deficitarios cuando se comparan con lo ocurrido en otros países latinoamericanos con similares características económicas y sociales. Si bien la mortalidad infantil ha disminuido de 67,2 en 1957 a 19,1 por mil nacidos vivos registrados en 1999, es decir en 40 años, esos avances fueron más acentuados y en mucho menor tiempo en otros países latinoamericanos de menor desarrollo económico que el nuestro. El estancamiento de otros indicadores de salud como mortalidades materna, perinatal y neonatal, o desnutrición aguda y crónica, corroboran la crítica situación sanitaria.

Este perfil de salud trae consigo un alto nivel de exigencia al sistema de servicios de salud imperante, y redefine los grupos de población que se deben priorizar, los programas de salud que es necesario enfatizar y el tipo de intervenciones que se proponen para mejorar el estado de salud.

El sistema público de salud dominante en Venezuela durante las últimas décadas se

caracteriza por su acentuada ineficacia en solventar los requerimientos en materia de salud y, particularmente, de servicios y programas tanto preventivos como curativos. Las razones fundamentales de tal incapacidad responden al empleo de modelos inapropiados de atención y gestión en salud. Un modelo de atención fundamentalmente medicalizado que enfatiza las acciones curativas por encima de las preventivas e intersectoriales, ha caracterizado nuestro sistema; por otro lado, un modelo gerencial altamente centralizado, que ha dificultado responder oportuna y creativamente a la dinámica del sector salud y ha favorecido el uso de la salud como espacio para los negocios y no para la mejora de la calidad de vida.

Así, los servicios de salud se han caracterizado por un bajo desempeño expresado en limitado rendimiento, eficiencia y calidad, lo que entre otros factores responde a la manera como se ha organizado el sistema de salud. Este se ha constituido en múltiples instituciones, dispersas y desintegradas, lo que ha producido una alta fragmentación en la cual coexisten diversos regímenes públicos de financiamiento y prestación de servicios de salud, resultando dividida la población en diferentes grupos con coberturas diferenciadas, generándose grandes inequidades a medida que distintos grupos de la población tienen accesos desiguales al sistema de acuerdo con su condición laboral y su nivel de remuneración. En este contexto de fragmentación, recursos del Fisco Nacional son asignados para subsidiar el déficit de 60% del Fondo de Asistencia Médica del IVSS, el cual cubre sólo a 30% de la población total, que corresponde a la población trabajadora «formal».

La alta fragmentación del sistema se traduce en grandes ineficiencias, a medida que la multiplicidad de organismos públicos financiadores y prestadores de salud multiplican también las funciones del sistema, lo que representa una seria dispersión de recursos (desperdicios, duplicidades, mayores costos), con el agravante de que muchos de sus «componentes institucionales» no tienen responsabilidades en el fomento de la salud y en la prevención de

enfermedades, aunque disponen de mayores recursos presupuestarios, de procedencia fiscal, lo que acentúa la perversión regresiva del sistema de salud. De esta manera podríamos encontrarnos ante situaciones en las cuales en una misma región coexisten dos regímenes, usualmente el del IVSS y el del Ministerio de Salud, ambos públicos pero con distintos mecanismos de financiamiento y prestación de servicios, y atendiendo a grupos diferentes de la población. En esta «coexistencia» fragmentada uno de los establecimientos prestadores de salud podría estar colapsado mientras que el otro podría tener recursos ociosos, situación que se traduce en gran ineficiencia pues con los mismos recursos públicos podría darse mayor cobertura, incluso de manera más equitativa si el sistema fuese único e integrado.

Otra de las áreas críticas del sistema la constituyen los modelos de gestión de sus establecimientos, en los cuales predomina una descentralización orientada hacia la fragmentación del sistema de salud, cuyo eje programático es la minimización del papel del Estado, y cuya expresión fue la ausencia de ejercicio de la rectoría por parte del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Por otra parte, la ausencia de enfoques estratégicos de planificación y gerencia se ha traducido en escasa consideración a la planificación por resultados y metas, deficientes procesos de formulación presupuestaria, contabilidad de costos y aplicación de estándares de desempeño y calidad, así como una alta discrecionalidad para la toma de decisiones. Todo lo anterior ha llevado a la imposibilidad para que los establecimientos de salud cumplan sus funciones específicas atendiendo a las políticas nacionales de salud y a los principios generales que deben regir el sistema, afectándose por tanto la eficacia, eficiencia y calidad de los mismos.

El proceso de descentralización venezolano, que se inicia en los años noventa como expresión del agotamiento del modelo político existente, se expresa en un modelo de descentralización político administrativa orientada al mercado, como parte de las políticas neoliberales de ajuste estructural dirigidas hacia la privatización. Su expresión en salud fue la reducción del rol rector del Ministerio

de Sanidad y Asistencia Social, de su capacidad política y técnica para conducir y ejecutar políticas públicas de salud. A diferencia de otros procesos latinoamericanos que explícitamente adoptaron en salud la vía de reforma neoliberal, en el caso venezolano podríamos hablar de una reforma neoliberal de salud de carácter silencioso, que puso énfasis en la reducción de la presencia rectora del aparato público en salud a nivel central, delegó funciones y competencias a los niveles estatales, no acompañadas de generación de capacidades a esos niveles, mientras reducía el gasto público en salud. Como resultado, capacidades nacionales de respuesta ante los problemas de salud desarrolladas a lo largo de décadas sufrieron un deterioro marcado y minaron la credibilidad de la población en el sistema público, con la finalidad de legitimar la privatización de los servicios de salud.

A consecuencia de las serias limitaciones del sistema, existen notorias insuficiencias en la cobertura de los servicios de salud: mientras amplios grupos de la población carecen de acceso a los mismos o sólo tienen un acceso muy restringido, algunos cuentan con doble o triple cobertura, en varios servicios aunque no necesariamente de calidad aceptable, y sólo un pequeño grupo goza de una cobertura aceptable. Numerosas etnias indígenas así como nutridos grupos de sectores urbano-marginales se encuentran dentro del grupo sin cobertura o con acceso y cobertura restringidos. Los trabajadores del sector educativo público, por ejemplo, ilustran el solapamiento en la oferta de servicios pues tienen, al menos teóricamente, acceso a los servicios del IVSS, al Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación y a los servicios públicos del MSDS. A su vez, otros grupos de trabajadores de empresas estatales como la industria petrolera e institutos autónomos cuentan con amplia cobertura en numerosos servicios de salud públicos y privados.

Las deficiencias de cobertura también se evidencian por las diversas barreras existentes para el acceso a los servicios y programas de salud, tanto en el plano económico, geográfico, temporal o cultural. Por un lado, el cobro directo

monetario o en insumos al usuario en muchos establecimientos públicos constituye un importante obstáculo económico para el uso de los servicios. Si a ello se le suman barreras geográficas por la distribución inequitativa de los recursos asistenciales, así como una oferta horaria de servicios muy limitada, o trabas culturales como en el caso de los indígenas ante un sistema sanitario culturalmente inapropiado, estamos en presencia de severas limitaciones al acceso universal a los servicios y programas del sistema sanitario actual.

Estas graves debilidades del sistema público de salud se acompañan de una pérdida progresiva del rol rector por parte de un ente nacional responsable, en este caso del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Esta ausencia de rectoría ha conducido a que se carezca de evaluaciones consistentes y permanentes del sistema en función de su equidad, eficiencia, eficacia y efectividad, así como de adecuados y oportunos sistemas de información, tanto del funcionamiento y operación de los servicios, como de los perfiles epidemiológicos de la población. Ello dificulta los procesos de planificación, programación, ejecución y monitoreo, y por ende la definición de una política de salud sustentada en la identificación de los problemas y necesidades prioritarias para el sector, y por tanto una falta de coherencia entre las políticas y las estrategias de salud. Es así como se sobrepone la ausencia de planes nacionales estratégicos de salud a corto, mediano y largo plazo, la débil elaboración de programas nacionales de salud pública orientados correctamente con base en conocimiento adecuado de la dinámica sanitaria y sus determinantes regionales y locales, y la debilidad de la gestión operativa de la vigilancia de la salud pública.

Con un gasto público en salud insuficiente, adicionalmente el sector se ha caracterizado por una alta dispersión y fragmentación de los recursos financieros, pues los mismos se distribuyen en distintas instituciones, como el Gobierno Central (MSDS y otros ministerios), gobernaciones de estado, alcaldías, seguro social, fuerza armada, institutos autónomos, previsión social de los maestros, pólizas HCM para el sector público,

entre otras. Esto hace que se produzcan multiplicidad de fuentes para mismos grupos de población; grandes inequidades entre la población en la medida en que algunos grupos cuentan con financiamiento público mayor que el resto en términos per cápita; multiplicación de costos en los servicios de salud producto de la baja racionalización del gasto en desmedro de posibles economías de escala y, en general, serias ineficiencias en el sistema.

Aunado a ello, la disociación de la salud a lo largo de la historia de nuestra salud pública y del sistema de salud, ha conducido a una inadecuada división entre la medicina curativa y la medicina preventiva, esta última, a su vez, bajo la concepción dominante se ha fragmentado en múltiples programas, uno para cada patología o proceso que se quería enfrentar, surgiendo múltiples actividades preventivas y educativas que se convirtieron en programas verticales de salud sin mayor interdependencia entre ellos: malariología, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, materno-infantil, cáncer, y otras –hasta 25 programas distintos-, que llegaron a existir dentro del sistema sanitario venezolano, cada uno con su propia dinámica técnica y administrativa, sistemas de información, estadísticas, etcétera. Ha existido una concepción de la salud pública enfocada a la prevención y atención de daños y riesgos, más que un enfoque integral de la salud.

En el marco de la Asamblea Nacional Constituyente, cuyos miembros fueron elegidos de manera directa por el pueblo, se inicia la elaboración de una nueva Constitución que sentaría las bases del nuevo país, cambiando su estructura jurídica e institucional. En definitiva, este proceso toca aspectos básicos de la organización del Estado y la sociedad, su forma de funcionamiento, las relaciones con sus ciudadanos y el desarrollo de los derechos y deberes humanos universales.

Esta nueva Constitución, en abierta confrontación con las concepciones privatizadoras y como propuesta alternativa para Venezuela, incorpora los siguientes elementos fundamentales para garantizar el derecho a la salud:

1. La salud como derecho social y humano fundamental y responsabilidad del Estado, que debe construir un Sistema Público Nacional de Salud, universal, accesible, de calidad y participativo.
2. La salud como proceso determinado por las condiciones de vida y trabajo y, por ende, objeto de políticas y acciones transectoriales.
3. La salud como condición básica para la construcción de ciudadanía y de ejercicio de la democracia participativa y protagónica.

Este reconocimiento de la salud como plenitud de derechos para todos los ciudadanos retoma aspectos que siempre habían estado en la agenda política y que tocaban al sistema de salud en Venezuela. La salud había pasado por cuatro grandes momentos en sus procesos de reforma hasta ese entonces: 1) la propuesta de creación del Sistema Nacional de Salud en 1978 que nunca fue implementado; 2) la propuesta de descentralización de la salud a partir de 1989 desarrollado de manera desigual de acuerdo con las políticas e intereses de cada uno de los gobernadores de los estados; 3) la propuesta de reestructuración del IVSS en 1992, que se ejecuta en el marco de la reforma del sector salud paralizada en 1998 con el triunfo del presidente Chávez a solicitud de los sectores populares, y 4) la propuesta de reforma de la seguridad social en 1998.<sup>4</sup>

### **La reforma de la seguridad social**

En relación con la seguridad social, el desarrollo de la legislación y la evolución institucional de la seguridad social, no correspondieron a la lucha de los trabajadores, sino a las decisiones de la elite política. En consecuencia la población en su conjunto y los trabajadores en particular, nunca se apropiaron de la seguridad social, al no reconocerla como un producto de sus esfuerzos. El modelo rentista petrolero impregnó la cultura venezolana en sus relaciones institucionales. La seguridad social, a pesar de ser contributiva, no fue asumida como un bien colectivo, fruto de los aportes individuales, sino como una suerte de producto de la redistribución de la riqueza petrolera.

El movimiento sindical es la expresión más palpable de esta situación. La seguridad social era para él sólo la expresión de un contenido del discurso, pero no de una práctica reivindicativa para lograr su expansión, consolidación o mejora. El retardo en la instrumentación del seguro de paro forzoso y en el incremento de la base contributiva de las cotizaciones, avaladas por el silencio sindical, es una lamentable evidencia de esta percepción cultural. Las elites de las organizaciones sindicales y gremiales son en buena parte los responsables directos de la crisis del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). La mayoría de las federaciones y sindicatos de la administración pública se dedicaron a construir servicios paralelos a los del seguro social, en vez de corregir sus debilidades y mejorar su atención.

La crisis de las diversas instituciones y programas de la seguridad social son en buena parte producto de la anteriormente señalada ausencia de cultura de la seguridad social, reforzadas por su partidización, inexistencia de criterios gerenciales en su administración y frecuentes casos de corrupción.

Los aspectos que caracterizan la seguridad social en Venezuela se pueden resumir en los siguientes aspectos:

1. No existe una noción clara acerca de la seguridad social, y como consecuencia, la población desconoce e ignora su importancia.
2. La población en general y, particularmente, la dirigencia nacional, atribuye o asigna diversos contenidos a la seguridad social, lo cual hace más imprecisa y más remota la posibilidad de estructurarla como un sistema debidamente organizado de protección social.
3. En el pasado remoto y en el reciente, Venezuela no concedió importancia al desarrollo de la seguridad social. De ahí que las instituciones e instrumentos creados para tal fin se hayan mantenido y conservado en un atraso considerable. Venezuela, a diferencia de otros países, llegó a la situación de crisis de la seguridad social sin haber tenido la oportunidad de estructurar un buen sistema de protección social.

4. Ausencia de una institución rectora.
5. Existencia de múltiples instituciones y programas de seguridad social sin coordinación, con evidente solapamientos, ineficiencias y con elevado costo fiscal.
6. Las dificultades y problemas que presentan las instituciones más importantes de seguridad social en Venezuela se ubican en la esfera de la planificación, la administración, gerencia y en el campo del financiamiento.
7. Ausencia de cultura ciudadana de la seguridad social.
8. Condiciones socio-demográficas, sanitarias y económicas adversas: estructura regresiva de la distribución de la riqueza y el ingreso; incremento del sector informal; incremento de la pobreza absoluta y relativa; incremento del desempleo; deterioro de algunos indicadores de salud; descenso de la natalidad; incremento de la esperanza de vida al nacer.
9. Existencia de una base legal contradictoria.
10. Ausencia de una propuesta gubernamental uniforme.
11. Existencia de conflictos intergubernamentales por la hegemonía y control del proceso.
12. Angustia en la población por la incertidumbre del rumbo de la seguridad social.
13. Deterioro acelerado del IVSS.
14. Campaña sistemática de descrédito a la capacidad gubernamental de reestructurar la seguridad social.
14. Propuesta de reformas e instituciones y programas de seguridad social sin una base integral y de conjunto.
15. Presión para una privatización inmediata de los regímenes de pensiones y salud.

Las características de la fuerza de trabajo en Venezuela marcaron, durante muchos años, el predominio del Seguro Social como la institución más importante de la seguridad social venezolana, coexistiendo con la asistencia social, la beneficencia pública, los seguros privados y otras forma de seguridad social, pero los cambios en la composición y estructura de la población, las modificaciones económicas y sociales marcaron el cambio de las formas protectivas, perviviendo instrumentos de protección que en forma descoordinada prestaban iguales o diferentes servicios a grupos poblacionales específicos. Así, la protección se definía predominantemente en función de la capacidad contributiva de los miembros de la sociedad.

La agudización de los elementos configuradores de la crisis económica, social y política de Venezuela de las últimas décadas, puso al descubierto el grado de indefensión y desprotección de los venezolanos. En el pasado reciente, en los años de bonanza, el hecho de que los servicios públicos funcionaran mal preocupaba a pocos. Los servicios públicos de salud, por ejemplo, eran utilizados generalmente por un sector pequeño de la población. La mayoría de la población, con menos o más esfuerzos, lograba tener acceso a los servicios del sector privado. Hoy, las cosas han cambiado. La inmensa mayoría de la población requiere que el Estado establezca un régimen de protección social garantizador de un mínimo de condiciones que favorezcan una calidad de vida muy superior a la indigencia.

En Venezuela, el IVSS es uno de los organismos públicos más sometidos a cambios organizativos, reestructuraciones e intervenciones. Los resultados, como se observa con facilidad, han sido nefastos.

La «época de oro» del IVSS se agota en sus dos primeras décadas de existencia. Los últimos años, coincidentes con el período de la democracia representativa, han sido de constante declinación y crisis; pero, es justo admitir, que se ha ampliado su infraestructura para la asistencia médica, no así, para los restantes servicios y su gestión administrativa, al punto de ser una de las

instituciones más atrasadas del país en cuanto a modernización gerencial se refiere y automatización de sus sistemas, procesos y procedimientos.

Por otra parte, el IVSS nació como una institución descentralizada y desconcentrada, pero el centralismo característico de la práctica gubernamental venezolana la hizo capitalina, presidencialista y distante de los requerimientos y necesidades de la población usuaria y, por supuesto, carente de mecanismos participativos y de control de gestión.

El IVSS reúne todas las críticas que, de un tiempo a esta parte, se le han hecho a la mayoría de las instituciones de seguridad social. Entre ellas, tenemos:

1. Desproporcionalidad entre contribución y beneficios obtenidos por afiliados.
2. Excesiva permisibilidad o discrecionalidad a los cuerpos directivos para el manejo de los recursos, lo cual violenta la autonomía e independencia de los fondos.
3. Altos porcentajes de evasión y mora contributiva y bajo porcentaje de recaudación.
4. Ineficientes políticas de inversión.
5. Excesivos costos de la asistencia médica.
6. Desequilibrio financiero por la relación ingresos - egresos. Los ingresos disminuyen por: bajos salarios de cotización, desempleo, crecimiento de la informalidad laboral, bajos porcentajes de cotización; mientras que los gastos o egresos se incrementan por: elevados precios de la asistencia médica, ajustes salariales, compensación al desempleo, ajustes de las pensiones, excesivos gastos administrativos.
7. Desequilibrio actuarial determinado por los cambios en las variables demográficas.

Como se observa, las fallas que se reconocen a los seguros sociales y, podríamos agregar,

generalizando, a todas las instituciones de protección social, son, en su gran mayoría, de tipo administrativo, por consiguiente, la crisis, es básicamente de gestión y no de viabilidad de los seguros sociales como modalidad solidaria de protección social.

### **El derecho a la seguridad social en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en la nueva Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social**

La seguridad social se ha revelado en los últimos tiempos como un tema sensible, refractario y complejo de abordar. Múltiples y disímiles factores aparecen al momento de examinar, por algún motivo, el tema en cuestión. No existe duda de las profundas relaciones que la seguridad social tiene con la macro y micro - economía y la serie de intereses que le rodea. En función de tales vínculos e intereses, en algunas veces se ha señalado que la seguridad social es la caja de resonancia del acontecer económico y, en no menos medida, también, del acontecer político y social.

Estos vínculos e intereses se pusieron notoriamente de manifiesto en las discusiones que se sucedieron en la Asamblea Nacional Constituyente (ANC), en la oportunidad del debate sobre el derecho a la seguridad social y su establecimiento en el texto constitucional.

La consagración del derecho a la seguridad social en el nuevo texto constitucional de la República resultó ser una de las materias más polémicas y, en consecuencia, más debatida, al punto de amenazar con un cisma en la ANC. El motivo fue el interés de algunos sectores de opinión, nacionales e internacionales, en convertir la seguridad social en un negocio previsional, es decir, hacer de la protección social un acto de comercio y, por tanto, de carácter lucrativo. Diversas y variadas concesiones tuvo que hacer el grupo de constituyentes que abrazó la causa de una seguridad social humana, universal y solidaria. Al final, se logró un acuerdo que permitió estructurar la norma constitucional en los términos como aparece en el Artículo 86 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Uno de los aspectos que más preocupa cuando se alteran las bases o cimientos de la organización política – social de una nación, representada por una determinada forma de Estado, es el relacionado con la calidad de vida y la protección social de la población, es decir, el constitucionalismo social.

En la historia constitucional de la República de Venezuela anterior a 1999 se distinguen cinco grandes momentos: 1811, 1830, 1864, 1947, y 1961. Con la Constitución de 1811, Venezuela nace al mundo como República soberana e independiente; en 1830 se refunda la República, al obtener Venezuela la separación de la Gran Colombia; en 1864 se adopta la forma del Estado Federal, vigente hasta nuestros días; en 1947 se erigen los pilares de una sociedad moderna y se avanza considerablemente en el desarrollo del constitucionalismo social, y, finalmente, en 1961 se crea, bajo la denominación «Pacto de Punto Fijo» la sociedad política y social de la segunda mitad del milenio pasado.

Las bases del constitucionalismo social, específicamente del derecho a la seguridad social, las encontramos en las Constituciones de 1947 y de 1961.

La Constitución de 1947, consagra, por primera vez en Venezuela, el derecho a la seguridad social, en los términos siguientes:

*Artículo 52. Los habitantes de la República tienen el derecho de vivir protegidos contra los riesgos de carácter social que puedan afectarlos y contra la necesidad que de ellos se derive.*

Posteriormente, en la Constitución de 1961, en el entendido que esta Constitución, en propiedad, es una reforma de la Constitución de 1947, consagra, en el Artículo 94, el derecho a la seguridad social, así:

*Artículo 94. En forma progresiva se desarrollará un sistema de seguridad social tendiente a proteger a todos los habitantes de la República contra infortunios del trabajo, enfermedad, invalidez, vejez, muerte, desempleo y cualesquiera*

*otros riesgos que puedan ser objeto de previsión social, así como contra las cargas derivadas de la vida familiar. Quienes carezcan de medios económicos y no estén en condiciones de procurárselos tendrán derecho a la asistencia social mientras sean incorporados al sistema de seguridad social.*

Si calificamos estas normas como programáticas, debemos decir, desde el punto de vista formal, que su desarrollo legislativo fue extremadamente débil, con un sesgo laboralista. Si lo observamos desde el ámbito de lo real, de su aplicación práctica, la situación es más grave aún, por cuanto Venezuela, a lo largo de varias décadas, no logró configurar un verdadero sistema de seguridad social, y la mayor parte de la población del territorio nacional permaneció y permanece excluida de las modalidades securistas de protección social. Este hecho justificaba plenamente la revisión conceptual, filosófica, doctrinaria y operativa del ordenamiento jurídico venezolano, planteada en el proceso nacional constituyente, como en efecto sucedió.

La ANC, una vez instalada, recibió varios anteproyectos de Constitución y diversidad de documentos contentivos de opiniones y propuestas sobre temas constitucionales. Los anteproyectos más acabados fueron los dados a conocer por el Presidente de la República, el Polo Patriótico, la organización política Patria Para Todos (PPT) y la Comisión Constitucional de la ANC. De estos anteproyectos, por elemental lógica, fue sometido a discusión de la ANC el preparado por su Comisión Constitucional.

La ANC, luego de un amplio e interesante debate, logró, al final de su gestión, aprobar el texto siguiente:

*Artículo 86. Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda,*

*cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social.*

*El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no ser motivo para excluir a las personas de su protección.*

*Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines.*

*Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social no serán administrados sino con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial<sup>a</sup>*

En síntesis, podemos decir que los Capítulos V y VI del Título III configuran, en lo fundamental, el Sistema de Seguridad Social que el Constituyente de 1999 ordena desarrollar mediante una Ley Orgánica Especial.

El Artículo 86 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela establece un conjunto de instituciones y preceptos dirigidos, en primer término, al legislador ordinario, quien deberá desarrollarlos mediante una Ley Orgánica Especial, y, en segundo término, a la población en general, por cuanto, aún sin normas especiales que los desarrollen, ellos, en sí mismos, tienen la fuerza imperativa necesaria para exigir su cabal cumplimiento, razón ésta que hace del Artículo 86 una norma operativa, lo cual marca la diferencia respecto a la forma programática como en las Constituciones anteriores (1947 y 1961) se había consagrado este derecho fundamental de los seres humanos. Entre las instituciones y preceptos del artículo 86, tenemos los siguientes:

a. La seguridad social es un derecho humano fundamental.

b. Toda persona tiene derecho a la seguridad social, independientemente de su capacidad económica para contribuir a su financiamiento.

c. El Estado tiene la obligación de garantizar la efectividad del derecho a la seguridad social, mediante la creación de un Sistema de Seguridad Social, regulado por una Ley Orgánica Especial.

d. La seguridad social es un servicio público de carácter no lucrativo.

e. Los recursos de la seguridad social, así como sus rendimientos y excedentes, no podrán ser aplicados a fines distintos a los de su cometido original, es decir, protección social de la población afiliada y fines sociales del Estado.

f. El Sistema de Seguridad Social debe amparar a las personas sujetas a su campo de aplicación ante las contingencias de enfermedad o accidente cualquiera sea su origen, magnitud y costo, maternidad, paternidad, invalidez, incapacidad parcial, desempleo, vejez, muerte, riesgos laborales, viudedad, orfandad, vivienda, cargas familiares, necesidades especiales, y cualquier otra circunstancia de previsión social.

g. El Sistema de Seguridad Social debe ser universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente, participativo y de contribuciones directas o indirectas.

h. Prestaciones que respondan a las contingencias.

i. Creación de un Sistema Público Nacional de Salud integrado al Sistema de Seguridad Social.

j. Las pensiones y jubilaciones otorgadas mediante el Sistema de Seguridad Social no podrán ser inferiores al salario mínimo urbano.

k. Las amas de casa tienen derecho a la seguridad social de conformidad con la Ley.

l. El Estado garantizará a las trabajadoras y trabajadores culturales su incorporación al Sistema de Seguridad Social.

m. La Ley proveerá la incorporación a la seguridad social a los empleados públicos.

n. La Ley Nacional establecerá el régimen de las jubilaciones de los funcionarios públicos.

ñ. Las Fuerzas Armadas Nacionales poseerán un régimen de seguridad social integral propio, según lo establezca su respectiva Ley Orgánica.

o. El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales y las cotizaciones obligatorias de la seguridad social.

La promulgación de la nueva Carta Fundamental de la República dejó sin asidero constitucional las leyes de seguridad social promulgadas durante el período de gobierno del Dr. Rafael Caldera, incluyendo las reformas parciales hechas en la primera parte de la gestión gubernamental del Comandante Hugo Chávez. Por esta razón, su entrada en vigencia ha sido diferida en varias oportunidades en espera de la nueva institucionalidad, fruto de la labor legislativa que desarrolle los mandatos constitucionales. En un actuar lógico y coherente, el Ejecutivo Nacional, en agosto del año 2000, designó la Comisión Presidencial para la Seguridad Social, con el cometido de preparar la propuesta del gobierno en materia de seguridad social.

La designación de la Comisión Presidencial para la Seguridad Social reactivó el interés nacional sobre este polémico tema. Varias entidades económicas, políticas, sindicales y financieras plantearon su posición al respecto. El aspecto más candente, como de costumbre, lo constituyó la reforma pensional.

La Ley en referencia presenta tres caracteres básicos: primero, tiene carácter orgánico por ordenarlo así la Constitución de la República en su Artículo 86; segundo, desarrolla un derecho humano fundamental: la seguridad social y tercero,

respetar la supremacía, en el orden interno, de los tratados, pactos y convenciones relativos a derechos humanos, suscritos y ratificados por Venezuela, con lo que nuestro país se coloca en la vanguardia de las naciones que admiten y justifican el principio de la internacionalización de la seguridad social.

La Ley está concebida como una ley marco o cuadro, desarrollo inmediato de la Constitución, por tanto, orientada a trazar los grandes lineamientos del Sistema de Seguridad Social. Establece las pautas para que leyes y normas de rango inferior, excepción hecha de la Ley Orgánica de Salud y la Ley Orgánica de Prevención y Condiciones del Medio Ambiente del Trabajo, la desarrollen exhaustivamente.

La Ley responde a plenitud no sólo con las instituciones y preceptos que la Constitución consagra en materia de seguridad social, como lo veremos, sino que realiza efectivamente los principios que han orientado la evolución y consolidación de la seguridad social como institución protectora y, más recientemente, como derecho humano universal. Por consiguiente, la Ley es de vocación universal y no laborista. En consecuencia, extiende la cobertura a sectores de población, temporal o permanentemente, sin capacidad para aportar, de manera directa, al financiamiento de la seguridad social.

Es profundamente solidaria. Toda persona con capacidad económica debe aportar al financiamiento, pero aquellas sin capacidad o con capacidad disminuida serán subsidiadas por todos a través de recursos fiscales, con lo cual la seguridad social se convierte en un auténtico y efectivo mecanismo de distribución de la riqueza socialmente producida. Pero, solidaridad no implica el desconocimiento del mayor esfuerzo contributivo, razón por la que las prestaciones, con excepción de salud y vivienda, tomarán en cuenta la proporcionalidad entre contribución y cuantía prestacional.

Es unitaria. Persigue, en forma progresiva, sin sobresaltos, consolidar en un comando único la heterogénea y múltiple red de instituciones

oferentes de prestaciones previsionales. Es integral. Procura que las prestaciones sean oportunas y cubran en su integralidad el estado de necesidad sobrevenido y amparado mediante una administración eficiente, que maximice resultados o beneficios y racionalice recursos.

La Ley es participativa. Crea las condiciones para que las personas se conviertan en actores fundamentales, no sólo del diseño y definición de las políticas del Sistema sino de su ejecución y control. Por último, y esto es una diferencia notable y significativa, la Ley rescata un principio de la seguridad social interesadamente olvidado por los efectos de la globalización y la precarización del empleo: la universalización. La Ley, en lo esencial, es territorial, pero extiende la cobertura a los venezolanos donde ellos se encuentren y reconoce, con jerarquía supra constitucional, los tratados, pactos y convenciones relativos a derechos humanos.

Desde otra perspectiva analítica, es decir, combinando los preceptos constitucionales con las instituciones jurídicas fundamentales del derecho a la seguridad social, tenemos que la Ley tiene por objeto crear un sistema de seguridad social, no en el entendido de inexistencia de instituciones previsionales, sino en el de coherencia, coordinación, comando único o unidad administrativa, para hacer efectivo el derecho humano a la seguridad social que la Constitución consagra para toda persona (ámbito de aplicación personal universal), posea o no capacidad contributiva directa, se encuentre dentro del territorio nacional, y, para el caso de los venezolanos, cualquiera sea su residencia, siempre que cumpla con los requisitos exigidos, entre otros, el de la afiliación.

El Sistema de Seguridad Social, sus instituciones oferentes de prestaciones, tiene el carácter de servicio público, es decir, de libre acceso, regulado y administrado por el Estado en el significado de máximo garante, por tanto, no pensado como actos de comercio con interés lucrativo para terceros, es decir, los comerciantes, ni como remuneraciones por servicios prestados, sino de máximo rendimiento para los propietarios-

beneficiarios de unos recursos que, administrados sanamente deben multiplicarse, con el expreso fin de cumplir obligaciones, lograr objetivos y garantizar el equilibrio financiero y actuarial del Sistema.

La comunidad organizada y los particulares, con pleno ejercicio de las libertades económicas, tienen un importante espacio en la gestión previsional creando regímenes complementarios de afiliación voluntaria o facultativa. Esto es así, porque en anteriores propuestas de gestión previsional, obviando la realidad socio-laboral y económica del país, se le pedía al Estado que asumiera para sí, con cargo al Fisco Nacional, las prestaciones mínimas o básicas de la mayoría poblacional, dejando a otros sectores que gestionaran, bajo un particular régimen de aporte definido y prestación indefinida, las prestaciones de la fuerza de trabajo ocupada con mayores ingresos y capacidad de ahorro y afiliación obligatoria, con lo cual el Sistema de Seguridad Social se volvía excluyente y segregacionista, como lo revela la experiencia reformista latinoamericana.

El Sistema de Seguridad Social, creado por la Ley, garantiza y asegura a las personas que conforman su campo de aplicación poblacional, protección ante la serie de contingencias que prolijamente enuncia el Artículo 86 Constitucional: salud, maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. Estas contingencias se organizan en regímenes prestacionales, que, junto con los órganos de dirección, registro, recaudación, inversión, distribución, control y pago de prestaciones, configuran la estructura organizativa y funcional del Sistema de Seguridad Social.

La rectoría y dirección del Sistema queda a cargo de un órgano ministerial con competencia en la materia y cuenta con el apoyo de dos unidades técnicas: la Oficina de Estudios Económicos y Actuariales y la Oficina de Asuntos Educativos y

Comunicacionales; se crea la Tesorería de la Seguridad Social como organismo especializado de registro, recaudación, inversión y distribución de los recursos económicos del Sistema. Esta Tesorería, así como el Ministerio, jamás pueden entenderse como una reedición de las fallas del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales; por el contrario, se trata de instancias organizativas muy bien pensadas para garantizar una sana administración de los recursos.

La supervisión y control de las actividades administrativas queda a cargo de la Superintendencia del Sistema de Seguridad Social. La parte operativa o de gestión comprende, en lo atinente al pago de las prestaciones dinerarias, al Instituto de Prestaciones Dinerarias, con lo cual se separa la recaudación de la liquidación y la prestación de servicios de la recaudación y la liquidación. Los regímenes prestacionales de salud, dinerario, de empleo, de seguridad, salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo, vivienda y hábitat, incorporando la terminología técnica correcta, innovando en la concepción de la protección al desempleo y la satisfacción de la necesidad de vivienda, agrupando, técnicamente, las prestaciones por su contenido y minimizando la importancia que en la reforma de la seguridad social se viene dando al tema pensional. En síntesis, la administración de la seguridad social está a cargo de órganos públicos y la garantía plena del Estado.

El financiamiento del Sistema se fundamenta en el principio de la solidaridad; por tanto, se contempla diversidad de fuentes financieras: cotizaciones de las personas con capacidad contributiva, aportaciones indirectas, vía recursos fiscales, aportaciones voluntarias, remanentes netos de capital y otras. Cada uno de los regímenes prestacionales generará sus propios fondos que recibirán y los recursos del ente recaudador y establecerán sus regímenes financieros y la intransferibilidad entre ellos.

El Régimen Prestacional de Salud, denominado por mandato constitucional «Sistema Público Nacional de Salud» y el Régimen Prestacional de

Empleo, integrarán los recursos fiscales y parafiscales representados por las cotizaciones obligatorias del sistema de seguridad social, los remanentes netos de capital y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la Ley. La carga que asumirá el Estado por el Sistema de Salud no será mayor a la que en la actualidad tiene. El Régimen Prestacional Dinerario, a cuyo cargo están todas las prestaciones dinerarias por concepto de vejez, discapacidad parcial permanente, discapacidad total permanente, gran discapacidad, viudedad, orfandad, pérdida involuntaria del empleo, ausencia laboral y subsidios para la vivienda y el hábitat, adoptará diversos regímenes financieros. En pensiones se adopta un modelo de dos niveles obligatorios. También se contempla una opción de ahorro previsional no regulada por esta Ley.

El nivel básico, general, de prestación definida, a cargo del Fisco Nacional en el caso de las personas sin capacidad contributiva; el segundo nivel, de aseguramiento colectivo obligatorio, cotización definida y prestación definida, proporcional al número de cotizaciones y al monto de los aportes, y régimen financiero de capitalización colectiva. Cómo se evidencia, el sistema de financiamiento es tripartito (trabajador, empleador, Estado), para los afiliados trabajadores bajo relación de dependencia; bipartito (trabajadores, Estado) para los afiliados trabajadores cuentapropistas, y unipartito (Estado) para los afiliados sin capacidad contributiva. Los dos niveles pilares se financian mediante un régimen de reparto, el más ajustado a nuestra realidad económica y demográfica.

El Régimen Prestacional de Vivienda y Hábitat por su especial y complicada naturaleza y por la extensión que se ha hecho de la noción de vivienda, goza de un régimen de financiamiento particular. Será financiado con aportes fiscales y remanentes netos de capital para garantizar el acceso a una vivienda a las personas de escasos recursos, y con los aportes parafiscales de empleadores, trabajadores dependientes e independientes, para garantizar el acceso a una vivienda a quienes tengan capacidad de amortizar créditos, con o sin garantía hipotecaria. Por último,

el Régimen Prestacional de Seguridad, Salud de los Trabajadores y Medio Ambiente de Trabajo, es financiado mediante un régimen obligatorio a cargo del empleador.

En el momento actual, y basándose en el desarrollo del nuevo marco constitucional y en el mandato legal de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, se trabaja en la aprobación de la nueva Ley Orgánica de Salud. En materia de reforma del sector salud el país se encuentra en una situación altamente compleja, en virtud de que existen leyes aprobadas en la reforma anterior (1998), las cuales fueron declaradas en «*vacatio legis*», por ser abiertamente contradictorias con la nueva Constitución por tener un fuerte contenido privatizador de la salud y la seguridad social.

## Referencias

1. Guerrero L, Borges L. Arnoldo Gabaldon. Un prócer civil. Maracay-Venezuela: MSAS-BM, 1998.
2. Córdova Y, Colmenares L, Sánchez M. La salud en un nuevo proyecto de país. Caracas: Colectivo Constituyente por la Salud, 1999.
3. Carquez F, León J. La crisis sanitario-Venezolano. Los proyectos privatizadores y las políticas del Estado. Universidad de Carabobo, Venezuela, 1995.
4. Feo O. Repensando la salud: propuestas para salir de la crisis (análisis de la experiencia venezolana). Venezuela: Universidad de Carabobo-Instituto de Altos Estudios «Dr. Arnoldo Gabaldón», 2003.



## TERCERA PARTE

### Presentación

#### **La situación actual de los países del Pacto Andino: aspectos sociales, económicos y sanitarios. Su sistema de salud**

En esta parte, cada país presenta su situación social, económica y sanitaria actual, así como los principales elementos que constituyen su sistema sanitario, junto a los actuales procesos que éste está desarrollando.

Dado, tal como ya se ha señalado anteriormente, que las políticas públicas en salud se construyen en contextos determinados de país, es natural que se deba tener a la vista la mayor información posible de todos los determinantes que intervienen en la condición de salud de personas y poblaciones. Intervenir sobre los determinantes requiere de políticas sociales comprensivas, integrales, coherentes y persistentes, así como de la capacidad permanente para evaluar los impactos y de corregir insuficiencias y errores.

Información, capacidad de armonizar políticas, de hacerlas sostenibles y aprender sobre éstas, son todas áreas donde, sin excepción, se observan aún grandes deficiencias.

## X. BOLIVIA

### 1. Indicadores demográficos

El Censo Nacional de Población y Vivienda realizado en 2001 empadronó a 8,274,325 habitantes, 4,123,850 hombres y 4,150,475 mujeres. La tasa anual de crecimiento registrada en el periodo intercensal 1992 a 2001 fue de

2.74%. La densidad demográfica calculada es de 7.56 habitantes por kilómetro cuadrado.

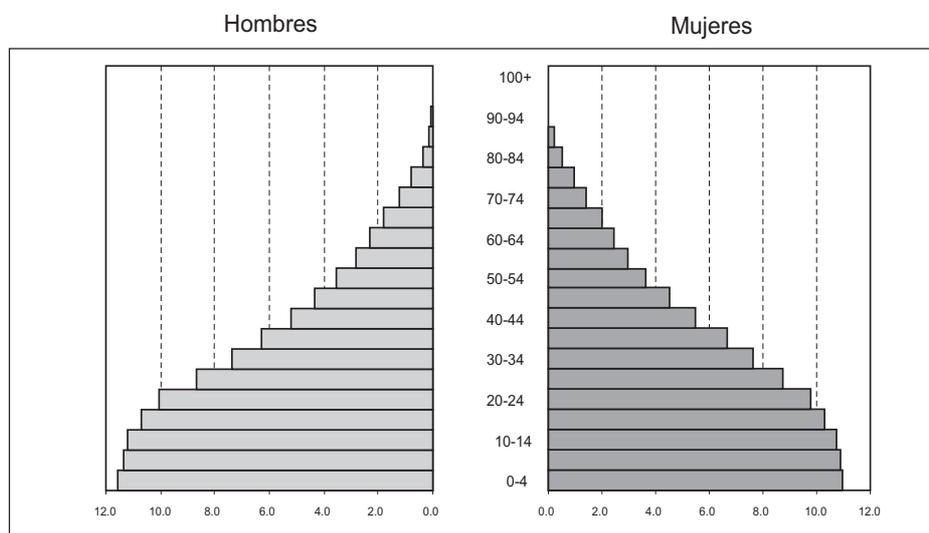
La población por grupos de edad para 2001 se puede observar en el cuadro I. El gráfico 1 muestra la pirámide poblacional:

**Cuadro I.** Distribución de la población por grupos de edad

Grupo et reo	PoblaciŪn	%
< 1 aűo	204,233	2.47
1 a 4 aűos	883,029	10.67
5 a 14 aűos	2,110,454	25.50
15 a 44 aűos	3,671,595	44.37
45 a 64 aűos	992,359	12.00
> a 65 aűos	412,745	4.99
<b>Total</b>	<b>8,274,325</b>	<b>100</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Censo 2001

**Gráfico 1.** Pirámide poblacional 2001



Fuente INE 2001

Si bien la dinámica demográfica tiende a un lento descenso, marcado por la disminución constante de las tasas de fecundidad, el país transita en este momento por una «inercia demográfica» debida a

la alta proporción de población joven (59% de la población es menor de 24 años de edad) resultado de elevadas tasas de natalidad en décadas pasadas.<sup>1</sup>

La tasa bruta de natalidad y de mortalidad muestran tendencias de decrecimiento constantes

como se puede apreciar en el cuadro II.

**Cuadro II.** Tendencia de tasas brutas de natalidad y mortalidad

A o	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Tasa de natalidad	34.46	33.97	33.48	32.96	32.41	31.86
Tasa de mortalidad	9.63	9.41	9.20	9.00	8.81	8.63

Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2001

La esperanza de vida al nacer en los últimos años muestra cambios positivos y diferencias a favor de la población femenina, producto de la

mortalidad diferencial entre ambos sexos. El cuadro III muestra ese comportamiento de forma global y por sexo.

**Cuadro III.** Esperanza de vida al nacer por sexo

Esperanzade vida al nacer	A o					
	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Global	60.39	60.81	61.23	61.65	62.08	62.50
Hombres	58.77	59.18	59.59	60.01	60.42	60.84
Mujeres	62.08	62.51	62.94	63.38	63.81	64.25

Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2001

La tasa global de fecundidad inició un lento pero sostenido proceso de descenso a mediados de la década de los sesenta, estimándose que fluctuaba entre 6.7 y 6.6 hijos por mujer. Con mayor énfasis se constatan los descensos alrededor de los años 70, alcanzando para el año 1998 un nivel de 4.2 hijos por mujer. Se ha estimado para el periodo 2000 – 2005 una disminución hasta 3.9, y 3.5 hijos

por mujer para el periodo 2005 – 2010. El descenso observado en la fecundidad entre el periodo 1970 a 2000 ha significado una reducción de 49%. La tasa calculada para los últimos años a partir del número de nacimientos por 1000 mujeres en edad fértil se observa en el cuadro IV. En el cuadro V se observa la tasa de crecimiento anual para los años entre 1995 y 2000.

**Cuadro IV.** Tasa de nacimientos por 1000 MEF

A o	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Nacimientos por 1000 MEF</b>	142.6	140.32	138.04	135.61	133.63	130.45

Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2001

**Cuadro V.** Tasa de crecimiento anual 1995-2000

A o	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Tasa de crecimiento anual por 1000 h.</b>	24.83	24.56	24.29	23.97	23.6	23.23

Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2001

Las corrientes migratorias internas se dirigen preferentemente de áreas rurales y ciudades pequeñas hacia centros urbanos grandes. Así, del total de la población empadronada en 2001, 62,4% fue registrada en el área urbana y 37,6% en el área rural, confirmación de un proceso de urbanización que vive Bolivia desde mediados del siglo pasado y que se ha acelerado principalmente en la última década. Este proceso de urbanización ha transformado un país predominantemente rural en uno predominantemente urbano que permite a la población un mayor acceso a los servicios sociales.

Los procesos de migración externa no influyen significativamente en la dinámica demográfica del país. En 1976 en el país habitaban 58 mil inmigrantes de toda la vida, es decir que nacieron en el exterior y que al momento del censo vivían en Bolivia; en 1992 se estimaron en aproximadamente 60 mil personas, lo que significa que la inmigración se habría incrementado solamente en 3%, tendencia que no se ha modificado significativamente en la última década.

En cuanto a la magnitud migratoria, estimada y proyectada a través de saldos migratorios (inmigrantes menos emigrantes), el Instituto Nacional de Estadística (INE) indica que entre 1980 y 1985 Bolivia habría tenido una pérdida de 155 mil habitantes; en el periodo 1985 – 1990, 103 mil y en los cinco años anteriores a 1996, 50 mil. Finalmente, se ha estimado en 35 mil migrantes netos para el periodo 1995 – 2000. Dichas

proyecciones prevén que el país continuará perdiendo población por la salida sistemática de profesionales calificados y de mano de obra no calificada hacia otros países.<sup>1</sup>

## 2. Indicadores socioeconómicos

De acuerdo a datos oficiales, 59% de la población boliviana es indígena. Entre 37 diferentes pueblos indígenas u originarios residentes en las regiones amazónica, andina y oriental, el país reconoce a tres grupos étnicos principales, los aymaras, los quechuas y los guaraníes. Los quechuas y aymaras se localizan principalmente en las zonas altas, aunque por fenómenos migratorios también tienen en la actualidad importante presencia en las tierras medias y bajas. El pueblo guaraní esta principalmente circunscrito a la región del Chaco en el oriente boliviano. Más adelante se presentan resultados del Censo 2001 que investigaron el sentido de pertenencia étnica, aspecto que tiene suma relevancia en el proceso salud enfermedad.

La situación de la economía del país no es de las más alentadoras. Durante los últimos años el crecimiento del PIB per cápita, que había llegado en promedio 2% anual entre 1990 y 1998, se tornó negativo registrando, en promedio, 0.6% anual. En el cuadro VI, además de mostrar las tendencias del PIB se muestra el PIB per cápita ajustado a 2002 (PPA en US\$). En el cuadro VII, se muestra el porcentaje del producto interno bruto por sectores para los años 1997 a 2001.

**Cuadro VI.** PIB, PIB per cápita y crecimiento real del PIB

<b>A o</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
PIB (en MM. US\$ corrientes)	8.508	8.324	8.456	7.942	7.645
PIB per cápita (en US\$ corrientes)	1,070	1,023	1,016	934	880
PIB per cápita (PPA en US\$)	-	-	-	-	2,300
Crecimiento real del PIB	5.0	0.4	2.4	1.2	2.6

Fuente: UDAPE

**Cuadro VII.** Porcentaje del producto interno bruto por sectores

Actividad económica	1997	1998	1999	2000	2001
Agricultura, silvicultura, caza y pesca.	15	14	14	14	14
Extracciones de minas y canteras	10	10	9	10	10
Industrias manufactureras	17	16	17	17	17
Electricidad, gas y agua	2	2	2	2	2
Construcción y obras públicas	4	5	4	3	3
Comercio	9	8	8	8	8
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	11	11	11	11	11
Establecimientos financieros, seguros, inmuebles, y otros prestados a las empresas.	12	13	14	14	14
Servicios comunales, sociales, personales y doméstico	4	4	4	4	5
Restaurantes y hoteles	3	3	3	3	3
Servicios de las administraciones públicas	9	9	9	9	9

Fuente: Elaboración propia con información del Instituto Nacional de Estadística

**Cuadro VIII.** Ingresos y gastos totales del sector fiscal como porcentaje del PIB

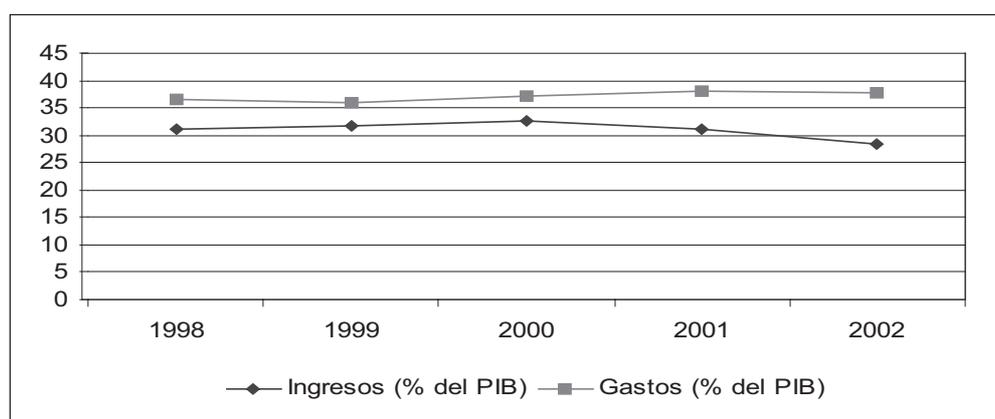
Sector Fiscal(% PIB)	A o				
	1998	1999	2000	2001	2002
<b>Ingresos Totales</b>	31.1	31.6	32.7	31.1	28.4
<b>Gastos Totales</b>	36.5	35.8	37.2	38.1	37.7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Los ingresos y gastos totales del sector fiscal en porcentaje del PIB, se describen en el cuadro VIII. En el gráfico siguiente se observan las tendencias

de ingresos y gastos totales, observándose que en los últimos años la brecha entre ingresos y gastos se ha ido ampliando significativamente:

**Gráfico 2.** Tendencias de ingresos y gastos como % del PIB



De igual forma, Bolivia presenta un déficit crónico en su balanza de pagos, registrando para el año 2002

una diferencia de aproximadamente 200 millones de dólares como se observa en el cuadro IX.

**Cuadro IX.** Situación de la balanza de pagos al 2002

<b>Balanza</b>	<b>2002 en MM. US\$</b>	<b>2002 en % del PIB</b>	<b>2002 en % de Exportaciones</b>
Exportaciones FOB	1,319	17.25%	-
Importaciones FOB	1,520	19.88%	115.24%
Deuda externa total (en MM. US\$)	4,316	56.45%	327.2%
Saldo de reservas internacionales	854	11.17%	-

Fuente: Ministerio de Hacienda

La deuda externa a 31 de diciembre de 2002 llegó a \$US 4,299.7 millones (56% del PIB), de los cuales la mayor parte es de carácter concesional, razón por la que el valor presente del servicio de la deuda alcanza 50% de su valor nominal.

Hasta la fecha, el país se ha beneficiado de diferentes iniciativas de reducción de deuda, inicialmente en el marco del Club de París para reducir la deuda bilateral, y últimamente dentro de la iniciativa de países altamente endeudados (HIPC) I y II para reducir la deuda multilateral. Adicionalmente, en 2002 los gobiernos de Alemania, Estados Unidos de América y Dinamarca, eliminaron completamente la deuda bilateral boliviana por un monto total de \$US 450 millones; y recientemente el gobierno de Japón redujo la deuda que Bolivia tenía con ese país en \$US 300 millones.

El alivio de la deuda obtenido por el país dentro de la iniciativa de países altamente endeudados, ha significado un alivio en el servicio de la deuda, del orden de \$US 448 millones, en valor presente, bajo el programa de alivio HIPC I, y de \$US 853 millones bajo la iniciativa HIPC II.

Durante la mayor parte de los años 90 el desempeño macroeconómico del país fue positivo, alcanzándose un crecimiento promedio del PIB de 4.35% entre 1990 y 1998. Desde 1985 la inflación se mantuvo bajo control y en descenso, lo cual fue apoyado por la independencia del Banco Central y la trayectoria descendente del déficit fiscal que limitó de manera importante las necesidades de financiamiento interno y externo del sector público. El cuadro X muestra las variaciones de los últimos cinco años en las tasas de inflación, de devaluación y el tipo de cambio.

**Cuadro X.** Tasas de inflación, devaluación y tipo de cambio 1998-2002

<b>Fin de periodo</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>Promedio</b>
Tasa de inflación	4.4	3.1	3.4	0.9	2.4	2.84
Tipo de cambio	5.65	6.00	6.40	6.83	7.50	-
Tasa de devaluación	5.2	6.2	6.7	6.7	9.8	6.92

Fuente: Ministerio de Hacienda

Sin embargo, contrastando con los resultados favorables logrados hasta 1998, los efectos de la crisis internacional y de crisis cambiarias regionales como las de Brasil y Argentina en 1999 y 2002, respectivamente, y de elementos de orden interno como la reducción de los cultivos de coca y una severa contracción del crédito bancario, entre otros, determinaron que el ritmo de

crecimiento de la economía se tornara mucho menor, alcanzando solamente 1,7% en promedio para el periodo 1999-2002.<sup>2</sup> Esta desaceleración de la economía implicó la persistencia de los niveles de pobreza, llevando a serios cuestionamientos sobre el modelo de libre mercado vigente.

Algunas causas que determinaron el deterioro económico del país fueron: (i) la recesión o bajo crecimiento en sectores importantes de la economía como minería, construcción, industria, agroindustria, comercio y transporte; (ii) el bajo crecimiento del consumo privado y de la inversión total, y (iii) la significativa contracción del proceso de intermediación financiera, sumada al deterioro general del sistema financiero. Al respecto, la cartera del sistema financiero se contrajo en 42,9%, bajando de \$US 5,081 millones en 1998 a \$US 2,899 millones a fines de 2002; mientras que los depósitos cayeron en 20,1%, de \$US 3,527 millones a \$US 2,818 millones en el mismo periodo. Como es lógico, todos estos factores han influido a su vez, en el deterioro de la situación del sector público.

Sin duda una de las características más impactantes de la crisis por la que atraviesa la economía boliviana, es el elevado déficit fiscal que ha alcanzado 8,9% del PIB en 2002 y para cuyo financiamiento, dada la reducción de los ingresos fiscales que pasaron de 30.4% del PIB en 1998, a solamente 25.5% en 2002, se ha recurrido al endeudamiento público, sobre todo interno. Este endeudamiento interno ha contribuido a ensanchar la brecha fiscal por el servicio de la deuda, además de haber desplazado a la inversión privada por el fenómeno de «*crowding out*» (Una declinación en las inversiones causada por una política fiscal expansionista que aumenta el gasto público y el déficit fiscal, incrementando las tasas de interés).

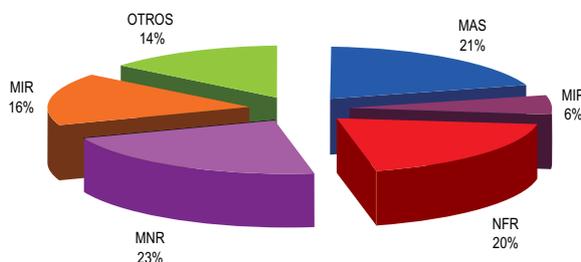
Cabe hacer notar que Bolivia fue el primer país que implementó, en un contexto de recuperación

democrática, una exitosa política de estabilización macroeconómica que data de 1985. Además, en ese marco, al cabo de una década de aplicación de la economía de mercado, Bolivia fue el primer país que aplicó avanzadas y novedosas reformas de «segunda generación», a partir del paquete de reformas estructurales aplicadas desde 1994, cuyo contenido ya ha sido analizado. También Bolivia ha sido el primer país de América Latina en beneficiarse de las políticas de alivio de deuda.

El recordatorio anterior señala que Bolivia ha sido el principal laboratorio de aplicación de las más avanzadas e innovadoras propuestas dentro del actual modelo de desarrollo de toda la Región, con excepción de la peculiar experiencia chilena. Sin embargo, luego de 18 años no ha podido superar el estancamiento económico, no ha logrado reducir la pobreza, ni ha podido incluir de manera orgánica las demandas de su población indígena.

Esta situación ha generado un marcado grado de desconfianza en los partidos políticos tradicionales, que se expresa en una atomización del voto que crea un ambiente de inseguridad e incertidumbre. El surgimiento de nuevas fuerzas políticas originadas en innumerables movimientos sociales de distinta tendencia muestra, por un lado, la presencia política de grupos indígenas, como el MAS y el MIP, que por primera vez tienen importante representación parlamentaria y, por otro, que no hay ninguna fuerza política capaz de lograr un mínimo de hegemonía. El gráfico 3 muestra la dispersión del voto registrado en las últimas elecciones.

**Gráfico 3.** Dispersión del voto. Elecciones nacionales 2002



Fuente: Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Análisis de situación de salud Bolivia con información CNE.

Con esos resultados electorales surgió un acuerdo político entre el Movimiento Nacionalista Revolucionario (MNR), primero en las elecciones con solamente 23% de votos), y el Movimiento de Izquierda Revolucionaria (MIR), cuarto en las elecciones con 16% de votos que permitió constituir un gobierno con apoyo mayoritario. Luego de un año de gobierno, la Nueva Fuerza Republicana (NFR), tercera en votación con aproximadamente 20%) aceptó formar parte de la coalición de gobierno, dando con ello aparentemente un nuevo respiro y la posibilidad de mayor gobernabilidad. Sin embargo, luego de 14 meses de gestión, la oposición, principalmente el MIP y el MAS, junto a organizaciones sociales, sindicatos y grupos de poder interesados forzaron la renuncia del Presidente de la República, produciéndose la sucesión constitucional al Vicepresidente quien ha conformado un nuevo gobierno separado de los partidos y que actualmente vive una tregua social.

### 3. Indicadores laborales

El aumento de la población durante la última década ha generado el aumento de la oferta laboral potencial, medida por la proporción de población en edad de trabajar (de 71 a 74%) y un incremento en la tasa de participación laboral global (de 63% a 65% entre 1997 y 2002).

Si bien el aumento de la población económicamente activa se constituye en una oportunidad de crecimiento para cualquier país en desarrollo, en Bolivia representa una de las principales causas del desajuste del mercado de trabajo. Cada año la población boliviana se incrementa en aproximadamente 200,000 personas, estimándose que más de 100,000 ingresan a la oferta laboral potencial. El incipiente desarrollo industrial y la baja capacidad del aparato productivo para generar empleos de calidad, determinan una alta incorporación de la fuerza laboral a las actividades agropecuarias y al sector informal.<sup>x</sup>

**Cuadro XI.** Indicadores laborales Bolivia

Indicador	2001	%
Población en edad de trabajar	6,046,286	73
Población económicamente activa	4,099,151	49
Tasa de participación		65.00
Tasa de empleo		94.75
Tasa de desempleo		5.24

Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2002

### 4. Situación de pobreza e Índice de desarrollo humano

La pobreza humana y de ingresos para el año 2001 muestra las siguientes cifras:

- Tasa de analfabetismo adulto (porcentaje de niños de 15 años de edad y mayores): 14%.

- Población sin acceso sostenible a fuentes de agua mejoradas: 17%.
- Niños de peso inferior al normal (porcentaje de menores de cinco años de edad): 10%.
- Población bajo el umbral de la pobreza de ingresos se observa en el cuadro XII.

**Cuadro XII.** Población bajo el umbral de la pobreza de ingresos

US 1 dólar diario 1990 – 2001	US 2 dólares diarios 1990 – 2001	Umbral de pobreza nacional 1987 – 2000
14.4%	34.3%	62.7%

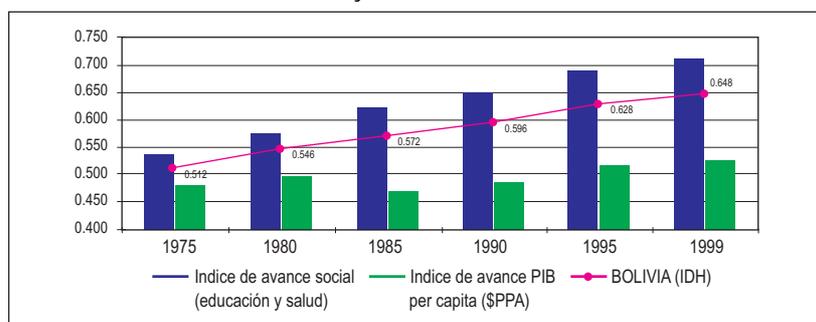
Fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe de desarrollo humano

<sup>ξ</sup> Revisión de la estrategia boliviana de reducción de la pobreza 2004-2007.

El índice de desarrollo humano (IDH) medido a partir de 1975 muestra que la secular pobreza se mantiene, aunque con tendencia a mejorar. En 1975 el IDH era de 0,512; en 1992, Bolivia se ubicaba, en el puesto 113 entre 173 países de

acuerdo con la clasificación del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).<sup>3</sup> En 1999, llega al puesto 162 entre 194 países con IDH de 0,648, muy por debajo del promedio de América Latina que es de 0,760.

**Gráfico 4.** Evolución del IDH en Bolivia entre 1975 y 1999



Extraído de: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe de desarrollo humano en Bolivia, marzo 2002

Entre 175 países del mundo, Bolivia en el año 2001, con un IDH de 0,672, ocupó el puesto 114, clasificando como un país de desarrollo medio.

La pobreza no sólo está determinada por el bajo nivel de ingresos por habitante, sino también por la elevada desigualdad en la distribución del ingreso. Al respecto, el ingreso promedio del decil de población con mayores ingresos es 15 veces mayor que el ingreso promedio del decil inferior. En los últimos años el índice de Gini se mantuvo entre 0,56 y 0,60, apenas por debajo de países como Brasil y Colombia que tradicionalmente se destacan por su elevada desigualdad.\*

Para realizar el Censo 2001 se actualizó el mapa de pobreza de Bolivia a partir de los indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas, esta metodología permitió conocer la proporción de población que no logra alcanzar un mínimo de bienestar asociado a las condiciones de infraestructura de la vivienda, insumos energéticos, niveles educativos y atención de salud.

Los resultados muestran que 58,6% de la población se encuentra por debajo del umbral de pobreza, es decir, más de 4,5 millones de

bolivianos residen en viviendas inapropiadas, carecen o presentan inadecuados servicios de agua y saneamiento, utilizan fuentes de energía no adecuadas, tienen bajos niveles de educación y/o manifiestan inadecuada atención en salud.†

El Instituto Nacional de Estadística, con base en los mismos resultados, manifiesta que en el área urbana la pobreza afecta a 39 personas de cada 100, mientras que en el área rural, 91 personas de cada 100 se encuentran en esta condición.

Las diferencias son también evidentes en la educación, encontrándose que los bolivianos en general estudian en promedio solo 7.57 años, siendo la población masculina del área urbana la que registra el promedio más alto con 10.19 años, mientras que las mujeres indígenas del área rural apenas alcanzan un promedio de 3.36 años, lo que se expresa también en la tasa de analfabetismo de la población femenina en el área rural que alcanza 37%.

Bolivia tiene una diversidad étnica importante y determinante para el desarrollo socioeconómico

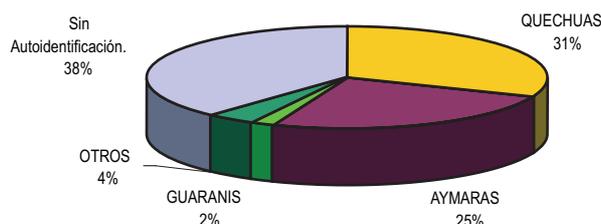
\* Revisión de la estrategia boliviana de reducción de la pobreza 2004-2007, Bolivia, octubre de 2003.

† La inadecuada atención en salud se determina por la baja proporción de mujeres que son atendidas por médicos, enfermeras o auxiliares de enfermería (atención por personal calificado).

y político del país. Los pueblos originarios de mayor importancia son los aymaras, que viven principalmente en el altiplano, y los quechuas que habitan en los valles y más de 35 etnias que habitan en las zonas de los llanos. En el último censo de 2001 se investigó el sentido de

pertenencia étnica, observándose que 62% de la población se auto identifica con alguna etnia (gráfico 5). El origen étnico y el idioma materno tienen una estricta relación con la probabilidad de muerte a los dos años, tal como se observa en el cuadro XIII.

**Gráfico 5.** Sentido de pertenencia étnica: Bolivia



Fuente: Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Análisis de situación de salud Bolivia en base al Censo 2001

**Cuadro XIII.** Probabilidad de muerte en menor de 2 años en relación al idioma materno por regiones

Idioma	Altiplano	Valle	Llano
Aymara	122	114	206
Quechua	206	156	183
Castellano / otro	108	115	133
Castellano	75	86	92

Elaboración propia con base en: Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Situación de Salud Bolivia, que cita al IDH 1998 PNUD.

## 5. Estrategia boliviana de reducción de la pobreza

La estrategia boliviana de reducción de la pobreza – EBRP- partió del criterio de corresponsabilidad entre el Estado (en sus diferentes niveles, central, departamental y municipal) y la sociedad civil, y en tal sentido representa una contribución a las políticas públicas.

La EBRP recogió las reflexiones, acuerdos y propuestas de la sociedad civil expresadas a través del Diálogo Nacional e identificó la pobreza como una manifestación de bajos ingresos, el reducido acceso a servicios básicos, la elevada vulnerabilidad y exclusión social de la población pobre.

La EBRP 2001-2003 nació del Diálogo Nacional 2000 y se constituyó en un marco estratégico para

las políticas de lucha contra la pobreza en el país. El Diálogo se estructuró con base en tres agendas: social, económica y política, sobre las que se desarrollaron amplios procesos participativos a través de mesas de trabajo y talleres de naturaleza territorial, desde los ámbitos municipal y sectorial involucrando a diversos sectores de la sociedad boliviana. Sin lugar a dudas se trató del evento participativo más innovador de la historia de nuestro país, conducido y convocado desde el Estado.

En este proceso se acordó distribuir automáticamente los recursos provenientes del alivio de deuda externa (HIPC II) a las municipalidades, a través del establecimiento de una cuenta especial a favor de los gobiernos locales que son los encargados de ejecutar estos

recursos en el marco de la EBRP. En consecuencia 70% de los recursos se distribuyen de acuerdo con los niveles de pobreza, el otro 30% de forma igualitaria hacia los nueve departamentos, y al interior de los mismos la distribución se basa en indicadores de pobreza.

Entre los aspectos positivos de la EBRP se destacan la distribución más pro-pobre de recursos fiscales, el desarrollo de sistemas incipientes de control social a través de la Iglesia y los Comités de Vigilancia, y la incorporación de una agenda de lucha contra la pobreza en las políticas sociales y económicas. Los aspectos negativos se circunscriben a un descuido en la definición de prioridades estratégicas que magnificó la dispersión del programa de inversión y de transferencias públicas, así como el descuido en el uso de instrumentos de fomento a la producción. En el mismo proceso de implantación se encontraron graves deficiencias en las capacidades de ejecución de los recursos HIPC II de parte de los gobiernos municipales y de las entidades ejecutoras nacionales (Fondos de Inversión y de Desarrollo).

## 6. Situación de salud

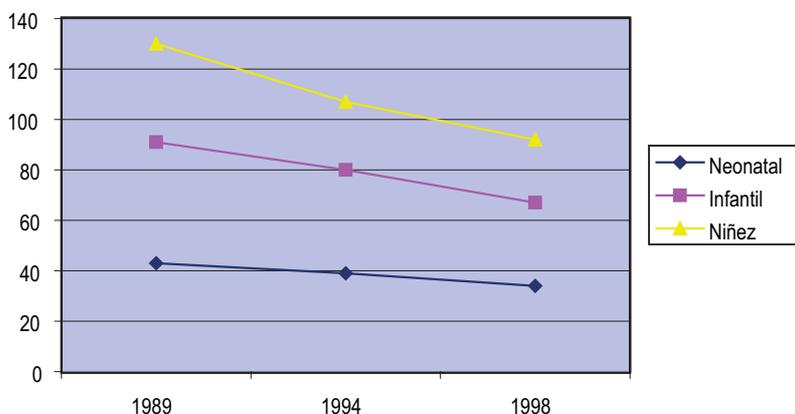
En las últimas décadas no se han producido cambios importantes en la forma de enfermar y morir de la población boliviana. Continúan los

círculos viciosos de desnutrición-enfermedades transmisibles en niños y el de desnutrición-analfabetismo-embarazo de riesgo-riesgo neonatal en mujeres y recién nacidos, motivos por los que, pese a importantes avances en la situación de salud, todavía «sigue muriendo la gente que no debería morir por causas que no deberían ser».

Desde el punto de vista epidemiológico, Bolivia se caracteriza por ser un país que no ha logrado superar las enfermedades infecciosas; sin embargo, se observa que paulatinamente grupos de la población, cada vez más importantes, viven una transición epidemiológica y sufren además de enfermedades crónicas y degenerativas, accidentes, violencia, etcétera.

La tasa de mortalidad infantil a fines de 1998 fue de 67 por 1000 nacidos vivos, estimándose para el año 2000 una reducción a 55 por mil. Las causas de muerte en menores de cinco años de edad corresponden en 36% a la diarrea, en 20% a la neumonía, en 16% a causas perinatales, en 3% a enfermedades inmuno prevenibles, y en 24% a otras causas, todas relacionadas en forma significativa con la desnutrición.<sup>4</sup> Las tendencias observadas en los últimos 15 años (gráfico 6), muestran una sostenida disminución en las tasas de mortalidad en la niñez, especialmente en los grupos etáreos de 1 a 4 años y de 1 a 11 meses de edad.

Gráfico 6. Tendencia de tasas de mortalidad en la niñez

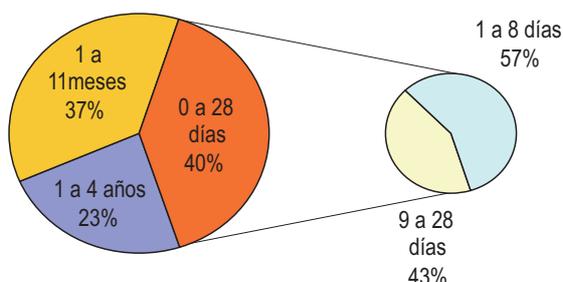


Fuente: ENDSA 1989, 1994 y 1998

La mortalidad en menores de cinco años de edad por subgrupos etáreos muestra que 23% corresponde a niños de 1 a 4 años, 37% a niños

de 1 a 11 meses, y 40% a menores de un mes. De este último subgrupo, 57% muere antes de cumplir los 8 días (gráfico 7).

**Gráfico 7.** Distribución etárea de la mortalidad en la niñez

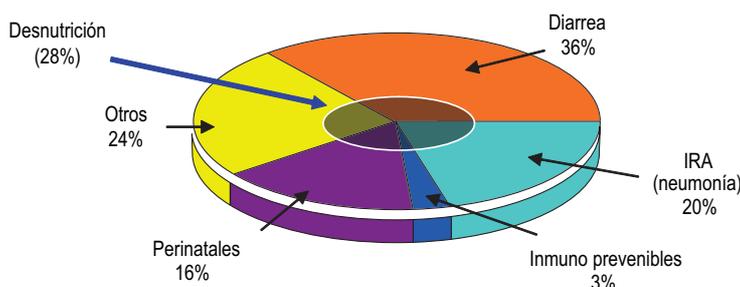


Fuente: Modificado de Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud con información ENDSA 98

La desnutrición y la pobreza están íntimamente relacionadas entre sí en un círculo vicioso fuertemente arraigado. La magnitud de este drama, que afecta aproximadamente a 25% de menores de tres años de edad, llega inclusive a 40% en los hogares más pobres. Pero también se observa distintos grados de desnutrición en 6% de los hogares considerados no pobres.

Así, la desnutrición se encuentra presente coadyuvando a las principales causas de muerte en menores de cinco años de edad. En 1994 se encontró que entre las principales causas de muerte se encontraban la diarrea (36%), las neumonías (20%), y las causas perinatales (16%). Gráfico 8.

**Gráfico 8.** Principales causas de muerte en menores de cinco años de edad



Fuente: Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Análisis de situación de salud

De acuerdo con las estadísticas hospitalarias 12% de los recién nacidos anualmente tienen bajo peso, estimándose que el promedio general es mucho más alto.\*

La mortalidad materna calculada para el periodo 1989-1994 tenía un promedio nacional de 390 por

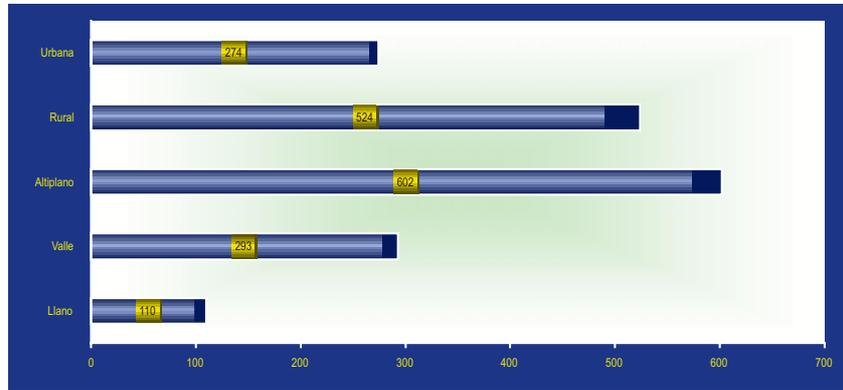
100,000 nacidos vivos. En el área urbana llegaba a 274 muertes mientras que en el área rural se registraban 524 por 100,000. El análisis de muerte materna por piso ecológico muestra que por cada madre que muere en los llanos mueren seis en el altiplano (gráfico 9). Se identificó que 62% de las muertes maternas se producían durante el embarazo, 23% durante el parto y 15% durante el

\* Banco Mundial. Pobreza y nutrición en Bolivia.

puerperio. De acuerdo con el MSD, en Bolivia anualmente se practican entre 50,000 a 89,000

abortos, que ocasionan la muerte de aproximadamente 400 mujeres.

**Gráfico 9.** Mortalidad materna por área y piso ecológico



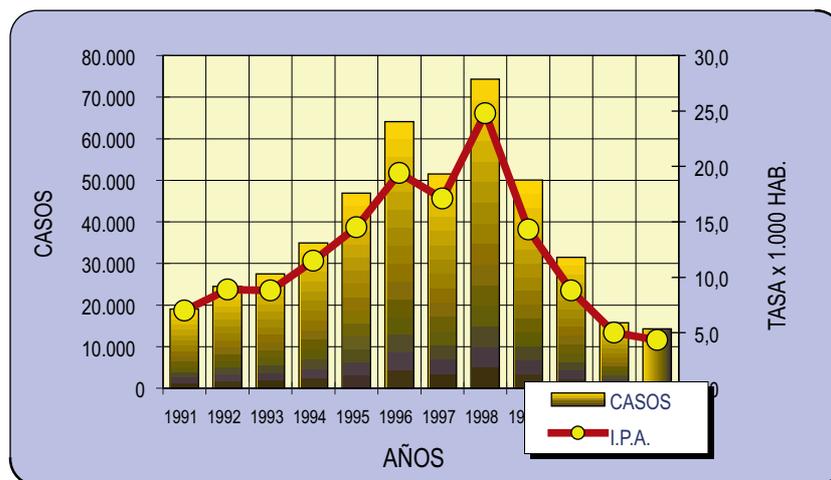
Fuente: Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Inequidades en mortalidad materna basados en ENDSA 1994

Las principales enfermedades endémicas, y responsables de gran parte la carga de enfermedad en Bolivia son la malaria, la tuberculosis y el chagas.

años se ha logrado reducir la cantidad de casos de más de 70,000, en 1998, a 5,000 en 2002. A pesar de las grandes dificultades de financiamiento con las que tropiezan las acciones contra la malaria, los resultados fueron particularmente importantes en la disminución de casos causados por *Plasmodium falciparum*, observándose una caída de casos entre 1998 y 2002 de 11,400 a 250.

La malaria es endémica para 40% de la población boliviana en aproximadamente 70% del territorio nacional. Más de 50% de los casos corresponden a la región amazónica de Bolivia. En los últimos

**Gráfico 10.** Evolución de la malaria e incidencia parasitaria Bolivia 1991-2002



Fuente: Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Situación de Salud, citando al Programa Nacional de Malaria

A pesar de haberse realizado progresos importantes en la lucha contra la tuberculosis en las últimas dos décadas, la incidencia de esta enfermedad en Bolivia es una de las más altas en Latinoamérica. La incidencia de la enfermedad cayó de 164 casos por 100,000 habitantes en 1991 a 105 casos por 100,000 habitantes en 2001, un total de 9280 casos. Pese a que se está curando prácticamente a más de 80% de los casos, el riesgo de infección sigue siendo alto, lo que permite asegurar que la tasa de incidencia se mantendrá todavía elevada los próximos años.

La enfermedad de Chagas es endémica en 60% del territorio nacional, poniendo en riesgo a más de cuatro millones de habitantes. La prevalencia de infección es de aproximadamente 22%, lo que afecta a más o menos 1,8 millones de habitantes. Los esfuerzos para controlar la enfermedad se iniciaron a principios de la década de los 90 con actividades relacionadas con el control vectorial, especialmente el rociado con insecticidas y, en menor proporción, el mejoramiento de viviendas. En los últimos años se han hecho mayores avances relacionados con la prevención de transmisiones por transfusiones sanguíneas, educación a la población que vive en lugares endémicos, uso de insecticidas residuales y programas masivos de mejoramiento de vivienda.

Otras enfermedades endémicas de menor magnitud son la leishmaniasis, la lepra, la fiebre amarilla, el dengue. La tasa de incidencia de leishmaniasis de 1991 a 1999 tuvo un ascenso de 21.27 por 100,000 habitantes a 30.34. El año 2000 se reportaron 1735 casos, correspondiendo a una tasa de 22.94 por 100,000. De los casos notificados 68% corresponden al sexo masculino, 84% presentaron la forma cutánea y 16% la forma mucosa. Respecto a la lepra, el país se encuentra en el grupo 5 de la estratificación en las Américas, con una tasa de prevalencia de 0.41 por 10,000 habitantes; 48% corresponde a la forma lepromatosa, 36% a la tuberculoide, y 16% aproximadamente a sus otras formas. En el periodo 1996 – 2002 se han confirmado en Bolivia 245 casos de fiebre amarilla selvática, 30 en 1996, 63 en 1997, 57 en 1998, 68 en 1999, 8 en 2000, 4 en 2001 y 15 en 2002, con una tasa de letalidad de más de 60%.<sup>5</sup> Desde 1987

se documentó la circulación del virus del dengue serotipo 1, y la ocurrencia de dengue clásico. En 1999 y 2000 se reportaron 27 y 80, respectivamente, de casos de dengue clásico, y no se habían confirmado casos de dengue hemorrágico.

La tasa de incidencia del VIH/SIDA en el ámbito nacional es de 0.62 por 100,000 habitantes, del año 1985 a 2000 fueron registrados 605 casos, aunque se estima un subregistro de 30%. El 100% de los casos provienen del área urbana, y 90% de las ciudades del eje troncal, Santa Cruz, Cochabamba y La Paz.

Del 1 de enero hasta el 31 de marzo del año 2002 se han registrado 43 nuevas personas que viven con el VIH o SIDA en Bolivia. De las 43 registradas, 72% son hombres, y 68% tiene entre 15 y 34 años de edad. El 89% de las personas indicó como probable vía de transmisión la vía sexual, 2% la vía sanguínea y 9% no respondió respecto a la probable vía de transmisión. Con las tendencias que muestran los datos del primer trimestre, se estima que en el año 2002 se registrarán unas 200 nuevas personas que viven con VIH-SIDA.<sup>6</sup>

La diabetes es una de las principales enfermedades crónicas; su prevalencia en los principales centros urbanos de Bolivia (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz) llega a 7.2% de la población. Esta prevalencia en mujeres alcanza a 7.6% y en los hombres a 6.8%. La prevalencia a los 40 años de edad llega a 10% y en el grupo poblacional entre los 60 y 64 años de edad llega a 20%.

La hipertensión arterial es otra de las enfermedades crónicas más frecuentes; su prevalencia llega a 18.6%, correspondiendo 21% a varones y 16% a mujeres.<sup>6</sup>

Respecto a la salud de los trabajadores, el Instituto Nacional de Seguridad Ocupacional informó en la presente gestión que en Bolivia se reportan 38 por 100,000 accidentes laborales por año, considerándose ésta la tasa más alta de América Latina, ya que esta fluctúa en promedio alrededor de 12.

Anualmente se registran un promedio de 32 accidentes laborales fatales y se considera que

existe un importante subregistro de morbilidad y mortalidad por causas laborales.

## 7. Organización del sistema de salud

El sistema de salud en Bolivia ha sufrido importantes modificaciones durante las últimas décadas. En particular, la red de servicios públicos de salud se ha extendido de manera significativa en los sectores rurales y urbano-marginales a partir de una importante ampliación del número de establecimientos de primer nivel de atención.

Esta modernización de la red de servicios, sin embargo, se aplicó de manera paralela a las estrategias de «recuperación de costos», es decir, del cobro de tarifas en los propios servicios públicos.

Fue recién, a partir de la aplicación de las leyes de Participación Popular y Descentralización Administrativa, a mediados de la década pasada, cuando se inició un proceso de reformas profundas que iban más allá de la simple modernización del sector. Es por eso que la reforma del sistema de salud en Bolivia fue un proceso inducido desde fuera, catalizado por reformas extra-sectoriales.

### Organización y rectoría

El Ministerio de Salud en los últimos años ha ido fortaleciendo su papel rector en el sistema de salud a través del desarrollo de sistemas de información, de monitoreo y evaluación y por la suscripción de compromisos de gestión con base en metas medibles.

Paulatinamente las estructuras descentralizadas, prefecturas y gobiernos municipales han asumido responsabilidades en la administración de recursos y la provisión de servicios de salud a la población.

La organización del sector salud básicamente cuenta con tres subsectores:

#### Subsector público

El mismo que es encabezado por el Ministerio de Salud y Deportes, responsable de las normas y

de la implantación de las políticas sectoriales. Paulatinamente asume un rol rector más importante a nivel del sistema de salud, delegando sus funciones asistenciales.

El Ministerio de Salud se encuentra descentralizado hacia los gobiernos prefecturales a través de los Servicios Departamentales de Salud y, últimamente, en el ámbito municipal, a través de sus responsables en los Directorios Locales de Salud, quienes asumen gradualmente más competencias en la gestión y administración de recursos.

#### Subsector de la seguridad social

Incluye a las cajas de salud y los seguros universitarios quienes operan basados en el Código de Seguridad Social, al cual ya nos hemos referido.

#### Subsector privado

No lucrativo, representado casi exclusivamente por las organizaciones no gubernamentales.

Lucrativo, representado por empresas particulares que prestan servicios de salud, entre éstas se incluyen a las clínicas y consultorios.

Seguros privados, que son fundamentalmente las compañías de seguros, que a cambio de primas contratan servicios de salud, actuando como intermediarios en la administración de riesgo. Sólo una parte pequeña de la población (5%) accede a este tipo de seguros.

### Políticas y planes nacionales de salud

El Plan Estratégico de Salud 1997 – 2002 (PES), adoptó los lineamientos de descentralización sectorial con base en cuatro niveles de gestión: el central, a nivel del Ministerio, el departamental a través de los Servicios Departamentales de Salud – SEDES -, el distrital y el nivel de área.

El Modelo de atención establecido en el PES propugnó por la atención primaria, la Salud Familiar/Comunitaria, la promoción de Municipios Saludables, el Escudo Epidemiológico y el Seguro Básico de Salud.

Estableció las redes de servicios constituidas por cuatro niveles de atención de diferente complejidad, pero de igual jerarquía, con un enfoque sistémico, en apoyo a la medicina familiar y comunitaria, para realizar acciones de prevención de enfermedades y promoción, protección, restauración y rehabilitación de la salud del individuo, la familia y la comunidad, garantizando así la atención integral de salud.

Los cuatro niveles de gestión son: primer nivel, constituido por los puestos y centros de salud, segundo nivel, constituido por los poli consultorios y los hospitales de distrito, un tercer nivel constituido por los hospitales generales y de especialidad, y un cuarto nivel constituido por los institutos nacionales.

El instrumento principal para garantizar el acceso de la población a un conjunto de prestaciones de salud y reducir el impacto de la morbilidad y mortalidad prevalentes es el Seguro Básico de Salud, que brinda atención de salud y nutrición al menor de cinco años de edad y a la mujer, así como diagnóstico y tratamiento de las principales endemias que afectan al país, incluyendo tuberculosis, malaria, cólera e infecciones de transmisión sexual.

## **La seguridad social y el aseguramiento público**

### **Seguridad social**

Mediante Ley No. 1732, de 29 de noviembre de 1996, se pone en vigencia la Ley de Pensiones, basada en principios de Capitalización Individual, sustituyendo al régimen de pensiones de la Seguridad Social creada en 1956. El nuevo seguro se inicia el 1º de mayo de 1997, con base en la Resolución No. SP 001/97, de la Superintendencia de Pensiones que determina el inicio de actividades de las Administradoras de Fondos de Pensiones. Todas las personas que en la fecha indicada se encontraban trabajando en régimen de dependencia laboral, adscritas o no al Sistema de Reparto, quedaron automáticamente afiliadas a este nuevo sistema.

La reforma del sistema de seguridad social tiene dos componentes:

1. El Seguro Social Obligatorio –SSO-, a largo plazo, que comprende las prestaciones de jubilación, de invalidez, muerte y riesgos profesionales.

2. La administración de las acciones de propiedad del Estado en las empresas capitalizadas, transferidas en beneficio de los ciudadanos bolivianos, destinadas a financiar el pago de una anualidad vitalicia, denominada «Bonosol» (Bono de Solidaridad) y el pago de gastos funerarios.

La financiación del SSO del nuevo régimen está basada en el sistema contributivo, con aportaciones exclusivamente laborales, es decir, a cargo de los trabajadores; independientemente, la población en general, con edades iguales o superiores a los 65 años, es beneficiaria del Bonosol, basado en el sistema no contributivo.

El sistema de seguridad social boliviano es obligatorio para todas las personas, nacionales o extranjeras, que trabajen en el territorio de la República y prestan servicios remunerados a otra persona, natural o jurídica, mediante designación, contrato de trabajo o de aprendizaje, sean éstos de carácter privado o público, expreso o presunto. El sistema se estructura en seguros de salud y regímenes de pensiones. Los primeros, administrados por las Cajas, Nacional de Salud - que agrupa a 87% de la población asegurada-, Petrolera, Ferroviaria, de las Corporaciones, de Caminos, ocho Cajas integrales pertenecientes a las Universidades y la Corporación del Seguro Social Militar; los segundos se hallan conformados por dos Administradoras de Fondos de Pensiones –AFP- y la Unidad de Recaudaciones, denominada en la actualidad «Dirección Nacional de Pensiones», que heredó el activo y el pasivo del Ex-Fondo de Pensiones Básicas y 36 Fondos complementarios y facultativos, existentes antes de la promulgación de la nueva Ley de Pensiones. El sistema de seguridad social es netamente contributivo, basado en sistemas financieros de reparto simple para el seguro de salud, asignaciones familiares y vivienda; reparto de capitales con prima variable, para el seguro de riesgos profesionales; y capitalización individual, para los seguros de invalidez, vejez y muerte.

La tasa de financiación, para el seguro de salud, alcanza 10% de la totalidad de los salarios sujetos a cotización, a cargo exclusivamente del empleador. En los seguros de pensiones, la tasa de financiación es de 10% del total de las retribuciones, con destino a la cuenta individual del afiliado, para el régimen de jubilaciones, y 2,0%, por la prima del seguro de invalidez y muerte, causadas por un riesgo común, porcentajes ambos a cargo del trabajador y, por último, 2,0% del total de las retribuciones, para la cobertura del seguro de riesgos profesionales, a cargo del empleador.

La tutela en el área de salud es ejercida por el Ministerio de Salud y Deportes, mientras que el control y la fiscalización están a cargo del Instituto Nacional de Seguros de Salud –INASES-. En el área de pensiones, el control y la fiscalización están a cargo de la Superintendencia de Pensiones.

La gestión y administración de las prestaciones está a cargo de seis instituciones para los regímenes de salud; dos Administradoras de Fondos de Pensiones para el nuevo régimen de pensiones, y la Dirección Nacional de Pensiones, para la administración del régimen de reparto, en proceso de extinción.

### **Aseguramiento público**

Las iniciativas de aseguramiento público más notables se iniciaron a partir de 1996 con la creación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez. Este programa se inició con el dictamen del Decreto Supremo 24303, y su objetivo fundamental fue el de incrementar la cobertura médica en mujeres en edad reproductiva de bajos ingresos y en niños menores de cinco años de edad, para reducir las elevadas tasas de mortalidad materna e infantil. La principal virtud de este programa de aseguramiento fue el de haber sido aplicado en el marco del modelo de descentralización fiscal, implementado a partir de 1994 a través de la Ley de Participación Popular,<sup>\*</sup>

<sup>\*</sup> La Ley 1551 de Participación Popular promulgada en Junio de 1994, tal como hemos descrito al referirnos a las reformas estructurales establece la transferencia del 20% de los recursos nacionales del TGN a favor de

garantizando así una fuente de financiamiento estable.

La reglamentación que haría viable el seguro nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) estableció que los municipios deberían destinar 3,2 del monto de inversión de los recursos de Coparticipación Tributaria para el financiamiento de medicamentos, insumos y hospitalización correspondientes a sus asegurados.

Una evaluación efectuada a más de un año de la implantación del SNMN, evidenció a partir de los patrones de utilización que el consumo de los servicios cubiertos se incrementó notablemente, la atención de parto en el sector público aumentó en 50%, las atenciones prenatales aumentaron en 40%; en lo que hace a la atención de menores de cinco años de edad, las atenciones de infecciones respiratorias agudas –IRAS- y enfermedades diarreicas agudas –EDAS- se incrementaron en un rango que va de 50% a 150% respecto a otras atenciones pediátricas.

Encuestas a la salida de los hospitales mostraron que la mayoría de las mujeres pertenecían al nivel socioeconómico más bajo y que gran parte de ellas usaban los servicios por primera vez, lo cual demostraba un adecuado aprovechamiento del seguro desde el punto de vista de su focalización y de la equidad.<sup>†</sup>

A partir de 1999 entro en vigencia el Seguro Básico de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo 25265, el mismo que establece fundamentalmente un incremento en las prestaciones, de 32 a 92, que se venían otorgando hasta entonces a la mujer embarazada y al menor de cinco años de edad a través del SNMN. Adicionalmente se incluyeron prestaciones en beneficio de la población general,

los gobiernos municipales. Esta transferencia reconocida como Coparticipación Tributaria, es calculada a partir del número de habitantes del municipio, y está restringida para su uso en gasto corriente a un máximo del 15%, estableciendo que el 85% restante debe ser utilizado en inversiones.

<sup>†</sup> Dmytraczenko T *et al.* Evaluación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez en Bolivia, octubre de 1998.

tales como diagnóstico y tratamiento de tuberculosis, malaria, cólera, e infecciones de transmisión sexual exceptuando el tratamiento del SIDA, problemas de salud que hasta entonces se manejaban a través de programas nacionales independientes.

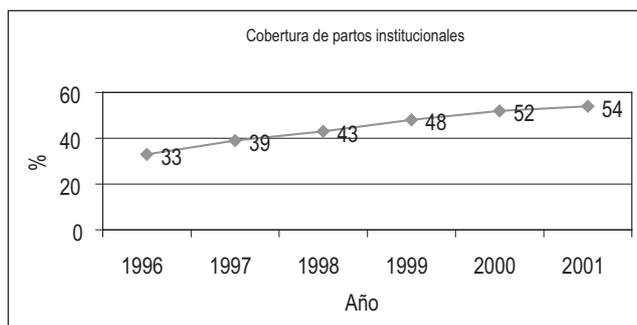
Los montos de financiamiento se incrementaron al doble, lo que demandó un mayor esfuerzo de los gobiernos municipales que incrementaron los recursos para el Seguro Básico de Salud de 3,2% a 6,4 del 85% de sus recursos de coparticipación tributaria.

Los fondos cubrían los costos de medicamentos e insumos, la reposición de materiales, los costos de consulta externa, hospitalización, exámenes auxiliares, diagnósticos, visita domiciliaria, costos de viáticos y carburantes para la atención de

comunidades rurales sin servicios de salud y costo de transporte de pacientes en casos de emergencia obstétrica.\* Al igual que en todos los programas de aseguramiento, el pago al personal de salud se realizaba con recursos asignados por el Tesoro General de la Nación. La modalidad de «pago por servicio» se mantuvo, aunque se hicieron mejoras respecto a las tarifas y las formas de pago.

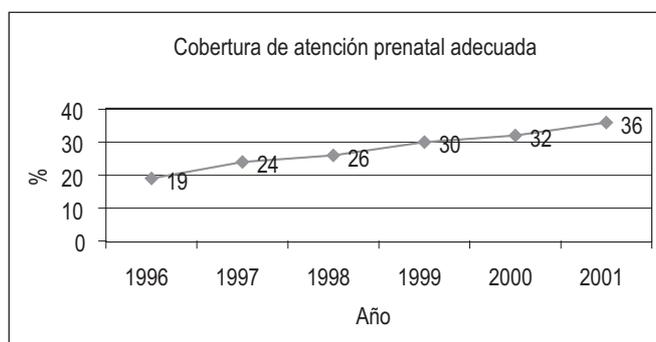
La evaluación efectuada a 2001 demostró que la cobertura de parto institucional se incrementó sostenidamente desde 1996 (gráfico 11), con tasas de crecimiento más aceleradas a partir de la implantación de los programas de seguros, SNMN y el Seguro Básico de Salud (SBS), la cobertura del cuarto control prenatal sigue una tendencia similar (gráfico 12).

**Gráfico 11.** Cobertura partos institucionales.



Fuente: Elaboración propia en base a información UDAPE

**Gráfico 12.** Cobertura de atención prenatal



Fuente: Elaboración propia en base a información UDAPE

\* Decreto Supremo 25265 de creación del Seguro Básico de Salud.

Las coberturas de neumonías y enfermedades diarreicas agudas se incrementaron de manera importante entre 1996 y 1997 como efecto del SNMN, para empezar a nivelarse en 1998, y volver a subir en 1999 y 2001, como efecto del SBS. Sin embargo, para la gestión en 2001 se había observado una disminución en la captación de casos de diarrea en los departamentos con mayor concentración urbana, aspecto relacionado con una mejoría en la infraestructura sanitaria.<sup>7</sup>

## 8. Financiamiento de la salud

El gasto total en salud calculado en las cuentas nacionales de financiamiento y gasto en salud

asciende para la gestión de 2000 a 427 millones de dólares americanos, equivalente a 4.9% del PIB. El mismo ha registrado un incremento, con relación a la gestión 1998, de solamente 5 millones de dólares, variación que corresponde a menos de 2%, lo que demuestra más bien que el gasto en salud per cápita se ha reducido considerando la tasa de crecimiento poblacional.

En el cuadro XIV, de agentes y fuentes de financiamiento comparativa para las gestiones 1998 y 2000, se pueden observar variaciones muy pequeñas, especialmente en lo que corresponde al gasto de empresas/instituciones y de los hogares.

**Cuadro XIV.** Bolivia: agentes y fuentes de financiamiento 1998-2000

Agentes	Fuentes									
	Gobierno		Empresas/ Instituciones		Hogares		Externas		Total	
	1998	2000	1998	2000	1998	2000	1998	2000	1998	2000
Sector público	71.743	76.356	1.407	14.554	5.236		19.045	22.068	97.431	112.978
Cajas	10		178.757	156.497			323		179.090	156.497
Seguros privados			8.906	16.524	8.072				16.978	16.524
ONG's					5.292	6.248	6.720	7.450	12.012	13.698
Hogares					116.146	127.368			116.146	127.368
<b>TOTAL</b>	<b>71.753</b>	<b>76.356</b>	<b>187.663</b>	<b>187.575</b>	<b>134.746</b>	<b>133.616</b>	<b>26.088</b>	<b>29.518</b>	<b>420.250</b>	<b>427.065</b>

Fuente: Elaboración propia en base a Cuentas Nacionales en Salud.

Es posible observar una reducción de aproximadamente 1 millón de dólares del gasto de hogares que se considera responde a diversos factores, entre ellos la profundización de la crisis económica y el mayor uso de los seguros públicos.

### Fuentes de financiamiento del sistema

Las fuentes de financiamiento del Sistema Nacional de Salud son:

Recursos del Tesoro General de la Nación; recursos propios del Seguro Social de corto plazo; recursos generados por los establecimientos de salud; créditos y contribuciones de la cooperación

<sup>7</sup> Bohrt R, Larraín O. En: La revolución silenciosa: el Seguro Básico de Salud. 2002.

nacional e internacional; recursos de la coparticipación tributaria; recursos de la Cuenta Especial del Diálogo 2000; recursos de los gobiernos municipales asignados a salud; recursos de las iglesias, organizaciones privadas, con y sin fines de lucro, bajo convenio con el MSD.

Principales aportantes del sistema:

Aportes estatales. El sector público es responsable por la salud de la mayoría de los bolivianos. A pesar de ello, el financiamiento estatal orientado al servicio público de salud propiamente dicho es de apenas 18% del gasto total, aproximadamente \$US 75 millones, registrando un ligero incremento en su participación en los últimos años, lo que explica el bajo crecimiento del gasto en salud, apenas 0,5% anual.

Aportes patronales. La seguridad social cubre aproximadamente a 20% de la población boliviana. Estos seguros principalmente se ubican en las ciudades importantes, siendo sus beneficiarios trabajadores o ex trabajadores de empresas que gozan de condiciones de ingreso aceptables en relación a la mayoría de los bolivianos

El Estado financia aproximadamente \$US 80 millones del gasto en salud como aportes patronales a la seguridad social.<sup>\*</sup>

Aportes de los trabajadores y empleadores. Las empresas e instituciones aportan algo más de \$US 178 millones a través del pago de primas y cuotas médicas, las cuales cubren el gasto en salud de sus dependientes.

Captaciones adicionales de recursos en el presupuesto

Apoyo financiero externo. Las fuentes externas aportan 6,19% del total de los recursos destinados

al sector, a través de los distintos agentes del subsector público y las organizaciones no gubernamentales.<sup>†</sup>

Existen grandes limitaciones para estimar el gasto privado en salud, debido a la escasa información financiera disponible y muchas veces por la confidencialidad de la misma, situación particularmente observada en las ONG, cuyas actividades se encuentran fuertemente subvencionadas principalmente con recursos externos que llegan en calidad de donación.

Hogares. Los hogares representan la fuente más importante de financiamiento en el ámbito privado, se calcula que anualmente esta fuente contribuye con aproximadamente 133 millones de dólares (30% del gasto total en salud), estimación hecha a partir de información proporcionada por la Encuesta Integrada de Hogares. Véase el cuadro XV que sigue.

**Cuadro XV.** Gasto nacional en salud desagregado por fuente de financiamiento/2000

Agentes	Fuentes				
	Gobierno	Empresas/ Instituciones	Hogares	Externas	Total
Sector Público	76,356	14,554		22,068	112,979
Cajas		156,497			156,497
Seguros Privados		16,524			16,524
ONG			6,248	7,450	13,698
Hogares			127,368		127,368
TOTAL	76,356	187,575	133,616	29518	427,066

Fuente: Extraído de Cuentas Nacionales de Financiamiento y gasto en Salud 2000

### Financiamiento público versus provisión pública de los servicios

Como se mencionó, el sistema de salud se encuentra segmentado entre el sistema público, la seguridad social, las entidades privadas no lucrativas -ONG- y el sector privado lucrativo.

El sistema público tiene 30% del gasto total si consideramos el gasto de los hogares por medicinas y servicios; considerando sólo el aporte estatal y externo, el subsidio asciende a 23% del gasto total. Este sector atiende a un porcentaje de la población que se estima en 40%, con un gasto

<sup>\*</sup> Franke P. Financiamiento de la salud, 2002.

<sup>†</sup> Cárdenas M. Cuentas Nacionales, financiamiento y gasto en salud; 2000.

per cápita de \$US 33 dólares anuales. Sin embargo, si consideramos a toda la población que debería cubrir, su gasto per cápita es apenas de \$US 21 anuales. Es el principal proveedor y a veces el único en las zonas rurales. En algunas zonas urbano-marginales comparte la atención a los pobres con las ONG.<sup>x</sup>

Por otra parte, se observa que la seguridad social, el agente más importante en lo que se refiere a uso de recursos del sistema (37% del total), solamente tiene una cobertura de 20%, utilizando por cada uno de sus beneficiarios 93 dólares. Véase cuadro XVI.

**Cuadro XVI.** Gasto por persona cubierta en los distintos segmentos del sector

Segmento	% del gasto*	\$US (millones)	% de población	Habitantes (millones)	Gasto per capita \$US
Público: cobertura real	26	113	40	3,4	33.6
Público: objetivo	26	113	65	5,5	20.7
Cajas	37	156.5	20	1,7	93
Seguros privados	4	16.5	5	0,42	39
ONG	3	13.7	5 - 10	0,42 - 0,84	16 - 32
Hogares	30	127.4			
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>427.1</b>	<b>100</b>	<b>8,4</b>	

Fuente: Modificado de Reformas del Sector Salud en el Contexto de la Descentralización. Franke y Schwab.

#### Modalidades de financiación de los servicios

El gasto del sector público en salud es bastante bajo, estimándose en \$US 127 millones en total, pero de este monto se estima que unos 30 millones corresponde al gasto de hogares por compra de medicinas y servicios.

A partir de la Ley de Participación Popular de 1994 se inicia un proceso de descentralización del sistema público de salud, con la entrega a los municipios de los bienes muebles e inmuebles de los establecimientos de salud. Al mismo tiempo, se incluyeron dentro de las responsabilidades de los municipios el mantenimiento, el equipamiento, y la compra de insumos y medicinas para los establecimientos de salud. Posteriormente, este proceso se ve complementado con el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez –SNMN-, el Seguro Básico de Salud –SBS- y finalmente el Seguro Universal Materno Infantil –SUMI-, que establecen un financiamiento de estos seguros a cargo de los municipios, con un porcentaje de recursos de coparticipación tributaria que ha ido

gradualmente aumentando, llegando en la actualidad a 10%.

Los fondos asignados al SNMN en 1998 fueron de aproximadamente 5,8 millones, al SBS se le asignaron aproximadamente 12 millones anuales en las gestiones de 2000 a 2001, mientras que al SUMI anualmente se le estarían asignando, a partir de la presente gestión, alrededor de 18 millones. Cabe destacar que los fondos asignados por los municipios al aseguramiento público no incluyen el pago al recurso humano, el mismo que en la actualidad representa alrededor de 60 millones de dólares anuales, los mismos que son pagados a través de los Servicios Departamentales de Salud, con recursos del Tesoro General de la Nación, sin intervención de los municipios.

Adicionalmente, los establecimientos generan recursos por la venta de servicios; no existe información real sobre los montos, sin embargo se estima que podrían alcanzar, en toda Bolivia, los 10 a 12 millones de \$US anuales.

La administración de estos recursos le corresponde a las municipalidades; en muchos casos éstas devuelven la mayor parte de los

<sup>x</sup> Franke P. Financiamiento de la salud en Bolivia; 2002.

mismos a los establecimientos, e incluso algunos municipios otorgan gran autonomía a los establecimientos en el uso de estos fondos.

También administran los recursos generados a través de los fondos de medicamentos que se establecen para el tratamiento de patologías no cubiertas por los programas nacionales y los seguros públicos; no existe ningún registro ni estimación de los montos que podrían verse involucrados, pero una primera aproximación hecha por Pedro Franke, consultor del Banco Mundial, indica que podría estar entre 10 a 30% del mercado de medicamentos, lo que equivaldría a entre \$US 10 a 30 millones.

### Cobertura de los servicios

Estimaciones efectuadas, con base en la cobertura de algunas prestaciones, muestran que todavía probablemente 26 % de la población no accede a servicios de salud de ninguna naturaleza.<sup>6</sup>

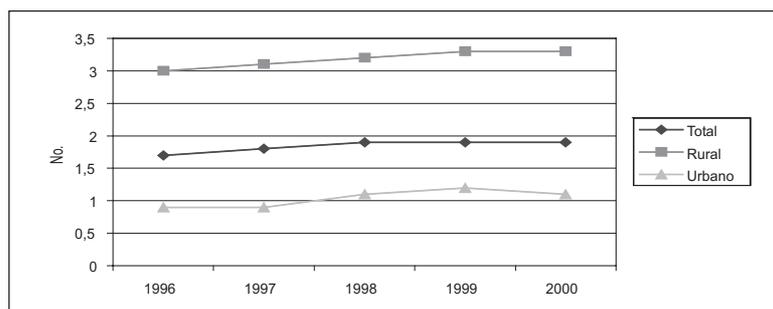
Aún bajo estas circunstancias, la cobertura de parto institucional se duplicó, de 25% en 1994 a 54% en 2002. En el mismo periodo la cobertura de neumonías en niños menores de cinco años de edad subió de 25 a 100%. Información aún por

confirmarse muestra que este incremento de coberturas resultó en una ligera disminución en la mortalidad infantil de 67 a 66 por 1000 nacidos vivos en el periodo 1998 - 2002 y de la mortalidad materna de 390 por 100,000 nacidos vivos en 1994 a 234 muertes por 100,000 en el año 2000.

Según reporte del SNIS, la Red de Servicios cuenta con 40 hospitales generales, 30 especializados, 149 básicos, 986 centros de salud y 1408 puestos de salud de atención ambulatoria. De estos 2613 establecimientos, 1995 son del sector público, 197 de la seguridad social, 254 de ONG, 101 de la Iglesia y 66 del sector privado.

La relación de establecimientos de segundo nivel de atención por 100,000 habitantes y su distribución entre el área urbana y rural muestra una ligera disminución relativa de hospitales de éstos en el área urbana y un incremento lento pero sostenido en el área rural, como se observa en el gráfico 13. La relación de establecimientos de primer nivel de atención por 10,000 habitantes y su distribución urbano rural se ha mantenido prácticamente invariable entre los años 1996 y 2000, notándose una ligera disminución en la última gestión.

**Gráfico 13.** Bolivia: establecimientos de salud de 2do nivel de atención

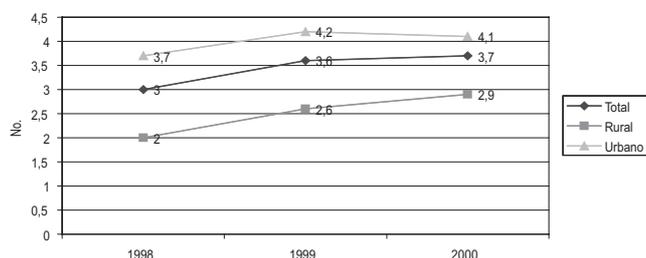


Fuente: elaboración propia en base a información [www.udape.gov.bo](http://www.udape.gov.bo)

La relación de médicos por 10,000 habitantes muestra en general una disminución en su crecimiento a partir del año 1999, especialmente

en el área urbana donde en la última gestión se ha registrado una leve, pero evidente disminución. Véase gráfico 14.

**Gráfico 14.** Número de médicos por 10.000 habitantes



Fuente: elaboración propia con base en información [www.udape.gov.bo](http://www.udape.gov.bo)

El déficit de recurso humano en el área rural comienza a revertirse a partir del año 2002, por un lado, a través de la disponibilidad de nuevos fondos provenientes del alivio de la deuda externa que permiten la contratación, a través de los municipios, de recurso humano permanente para el área rural, y por otro, con la implantación del Programa Nacional de Extensión de Coberturas en Salud –EXTENSA- que despliega equipos itinerantes de salud con personal multidisciplinario.

### 10. Inicio de la reforma como proyecto específico

A diferencia de la mayoría de los países donde el proyecto de reforma del sector salud nace para acomodar los servicios a una insurgente economía de mercado con objetivos que buscan la eficiencia y equidad de los servicios médicos, en Bolivia este proyecto tiene sus orígenes en una serie de acontecimientos, entre los que destacan el impulso a la gestión y administración descentralizada de distritos, y la mejora de la infraestructura de salud entre los años 1989 a 1993; y posteriormente, entre 1993 y 1997. La creación de los seguros públicos de maternidad y de niñez y de vejez en el marco de las nuevas condiciones derivadas de la aplicación de la Ley de Participación Popular, fue anterior a la puesta en marcha de la reforma como proyecto específico.

Junto al Plan Estratégico de Salud del Periodo de gobierno 1997- 2002 se incorporó un marco general para la reforma de salud, el mismo que tenía el objetivo fundamental de incrementar las

coberturas en salud y fortalecer la capacidad de respuesta del sistema a las necesidades más apremiantes.

En fecha 1 de abril de 1999 el gobierno boliviano remitió una presentación del plan de gobierno y solicitud de financiamiento al Banco Mundial para desarrollar formalmente un proyecto de reforma del sistema de salud, proyecto que en su diseño había sido discutido en el marco del pilar equidad del Plan de Gobierno 1997-2002 y la Estrategia de Asistencia al País. Esta propuesta se basó en los avances logrados por Bolivia con el Modelo Sanitario y el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez.

El objetivo del pilar «equidad» era el de mejorar las condiciones de vida de la población, en particular de la más pobre. Con esta finalidad se definieron las intervenciones prioritarias en cinco áreas, vinculadas a pobreza, educación, productividad rural, agua, saneamiento básico y salud.

En el área de salud el reto más importante para los siguientes años correspondía a reducir de forma acelerada la mortalidad infantil y la mortalidad materna.

Los objetivos planteados en el Plan Estratégico de Salud fueron los siguientes: la mortalidad infantil debería bajar de 67 muertes por 1000 nacidos vivos, en 1997, a 48 por 1.000 nacidos vivos en 2008. En ese mismo camino, la mortalidad materna debería ser reducida de 390 por 100.000 nacidos vivos en 1997 a 320 en 2008. En relación con esos

indicadores, se planteaba la situación como crítica, buscando el concurso activo de los sectores de educación y saneamiento básico para el desarrollo de intervenciones multisectoriales con relación al agua y saneamiento, educación y atención de salud. El gobierno ya había comprometido acciones en los dos primeros sectores, y en relación con el tercero, el Ministerio de Salud trabajó sobre dos grandes líneas, la protección epidemiológica y el fortalecimiento de la atención primaria en salud.

Las áreas prioritarias a ser implementadas incluían:

1. Desarrollo de modelo de atención integral basado en: (i) atención integral al niño; (ii) un paquete de servicios para mujeres y recién nacidos, y (iii) el establecimiento de un nuevo y sostenible programa de vacunas que incluyera vacunas de mayor impacto.
2. El establecimiento del Seguro Básico de Salud, como un sistema nacional sólido, financiado con recursos públicos de los gobiernos municipales.
3. Creación de compromisos de gestión para garantizar el desarrollo progresivo y sistemático de instrumentos de supervisión y responsabilidad.
4. Desarrollo de nuevos mecanismos de asignación de recursos, con un enfoque basado en la demanda, y que promuevan la participación comunitaria y el empoderamiento de los usuarios respecto a las políticas de salud.
5. Profundizar la descentralización a través del establecimiento de redes de servicios, las mismas que permitirían mejorar las capacidades locales, moviendo las decisiones más cerca del ámbito local y a las personas.

El Banco Mundial acaba de publicar un informe pormenorizado de la Reforma del Sector Salud en el que se muestra en detalle las últimas políticas orientadas principalmente a reducir la mortalidad materna e infantil. Estas políticas describen (i) la introducción de los compromisos de gestión que fijan metas anuales con indicadores prioritarios;

(ii) la creación del seguro público de salud materno infantil; (iii) el fortalecimiento de los programas de salud pública para combatir las principales endemias nacionales; (iv) el aumento de los recursos humanos del sector con los fondos de alivio de la deuda externa aprovechando la iniciativa HIPC,<sup>1</sup> y (v) la promoción del empoderamiento de los sectores indígenas y populares y el desarrollo de un enfoque intercultural en los servicios.

La lectura del documento preparado por Nicole Schwab y Pedro Francke <sup>7</sup> aporta información de gran valor para el mejor conocimiento de los avances logrados en el último año, por lo cual resulta ser de ineludible consulta para conocer los últimos avances de la reforma como proyecto específico y con financiamiento del Banco Mundial. Estos avances se refieren a lo que está logrando actualmente el Seguro Universal Materno Infantil y el Nuevo Modelo de Gestión Compartida con Participación Popular a los cuales nos referiremos en la tercera parte entre los desafíos y nuevas estrategias, porque en realidad son cambios muy recientes y en pleno proceso de implantación.

## 11. Desafíos de la reforma

Claramente, Bolivia está obligada a encarar audaces políticas de desarrollo que incluyan la reducción de la pobreza y, como parte fundamental de esta estrategia, poner en práctica innovadoras formas de terminar con la exclusión social. La pobreza, que como acabamos de ver es el telón de fondo de las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad en el país necesita ser combatida con igual o mayor esfuerzo que el que es necesario hacer para mejorar la calidad y ampliar la extensión de los servicios de salud. La secular exclusión social, que se ha mantenido pese a los grandes

---

<sup>1</sup> La iniciativa HIPC (del inglés *Heavily Indebted Poor Countries*), se refiere al beneficio acordado internacionalmente en favor de los países pobres y fuertemente endeudados a los cuales se les perdona la deuda externa con la condición de que la suma condonada sea invertida en favor de su propio desarrollo social.

avances de la Revolución Nacional de 1952 y que todavía está presente a pesar de la puesta en vigencia de la Ley de Participación Popular, es un obstáculo no sólo contra el desarrollo nacional sino que, simultáneamente, dificulta la extensión de los servicios de salud precisamente allí donde son más necesarios.

Las profundas raíces de la exclusión social dejan ver que ésta no podrá desaparecer tan fácilmente a corto plazo sin una decisión política sostenida y un esfuerzo compartido nacionalmente en el que los protagonistas principales sean los propios excluidos.

El sector salud, por sí solo, no puede combatir exitosamente las grandes endemias como la enfermedad de Chagas, o la malaria, porque éstas requieren de inversiones específicas no sólo para mejoramiento de la vivienda, sino además de otras obras de infraestructura para el desarrollo en general. Así mismo, el perfil epidemiológico con alta prevalencia de enfermedades infecciosas o con patologías ligadas a la desnutrición infantil, no podrá ser modificado si no se logra un positivo despegue de la economía nacional, la que necesita romper su estancamiento crónico y crecer sostenidamente.

El más importante desafío que tiene el sector salud del país es convencerse de la íntima relación que existe entre el desarrollo nacional y la salud general de la población, para aliarse con los otros sectores y con la población misma en pro del logro de un desarrollo inclusivo. Los esfuerzos intra sectoriales, serán siempre necesarios, pero el mejor de sus rendimientos no podrá compensar los defectos de una sociedad patógena que necesita cambiar y aceleradamente para mejorar homogéneamente la calidad de vida de sus habitantes.

El Seguro Universal Materno Infantil es el primer paso hacia la consecución de un seguro integral y universal para toda la población que tendrá que lograrse a breve plazo, combinando creativamente distintas fuentes de financiamiento actualmente existentes con otras que se han empezado a utilizar. Pero quizá de mayor trascendencia,

aunque todavía no se lo visualice así, es el fortalecimiento de la Gestión Compartida con Participación Popular. Los Directorios Locales de Salud –DILOS- no tienen que ser vistos solamente como los organismos descentralizados que se constituyen en la máxima autoridad de salud de cada municipio, sino como el centro de convergencia donde confluyen el Estado, el municipio y la propia población organizada para dar respuesta al derecho a la salud de la población. El Estado no delega en el municipio sus propias responsabilidades, sino que comparte con él obligaciones solidarias que vinculan el desarrollo local con la salud de la población, y para garantizar el éxito de esta responsabilidad compartida incluyen a la población organizada para defender sus derechos con todo el poder y los recursos que se ponen a disposición del Directorio Tripartito, en el cual sus tres miembros tienen igual jerarquía y poder de decisión.

Los DILOS tienen pues el desafío de convertirse en el instrumento que impulse la inclusión social, promueva el desarrollo local y haga que éste sirva para mejorar la calidad de vida y la salud de todos los habitantes del municipio.

## **12. Estrategia de reducción de la pobreza y metas del milenio**

La situación actual de la formación social boliviana está signada por un profundo proceso de inflexión social y político que marca el agotamiento del ciclo histórico iniciado en 1985 con la adopción de la economía de mercado para el desarrollo

El proceso histórico boliviano ha ingresado a un periodo de transición de imprevisibles consecuencias y grandes incertidumbres. El sistema político democrático inaugurado hace 21 años sufre de una crisis de representación y credibilidad, habiéndose agotado su modalidad de «democracia pactada» entre los partidos sistémicos tradicionales. Nuevos movimientos sociales han emergido con gran fuerza cambiando radicalmente el panorama político, de donde emergen nuevas representaciones con un contenido antisistémico y claramente opuesto al

modelo neoliberal de desarrollo. Este último ha entrado en un proceso de estancamiento crónico que no parece tener salidas a corto plazo. Las nuevas tendencias objetivas se orientan claramente hacia un renacimiento de las reivindicaciones indígenas, étnico-culturales y de nuevo nacionalismo económico, acompañado de tendencias regionalistas crecientes.

En lo económico, la preocupante inestabilidad fiscal en la que se encuentra el país desde fines de la década pasada, ha promovido de parte del actual gobierno dos propuestas:

El diseño de una Ley de Responsabilidad Fiscal que logre mantener un balance fiscal positivo y una relación deuda/PIB razonable.

La introducción de presupuestos plurianuales a partir de la gestión de 2004, que posibiliten la vinculación entre el presupuesto y la planificación estratégica, asignando los recursos a programas priorizados en el marco de la Estrategia Boliviana de Reducción de Pobreza. Esta modalidad presupuestaria permitirá lograr consistencia macroeconómica en la formulación presupuestaria, la ejecución de la inversión pública concentrada en proyectos de alto impacto, una adecuada articulación con las fuentes de financiamiento, y una mejor focalización y equidad en el gasto.

Luego de un año y medio de implementada la EBRP, resulta evidente que los supuestos sobre los que se formuló no se cumplieron. Por un lado, no se alcanzaron los niveles de crecimiento

económico esperados, no se superó el 3% en los últimos tres años pues se requería por lo menos de 5% promedio, y por otro, los municipios y las entidades ejecutoras, como el Fondo de Inversión Productivo y Social, no contribuyeron en la medida esperada debido a dificultades estructurales en sus capacidades de ejecución de programas y proyectos productivos y sociales.

Por ello la implantación de la EBRP requiere de un giro que pasa por implementar una estrategia de crecimiento inclusivo, que articule el patrón de crecimiento con las necesidades de empleo y generación de ingresos de la población, y por fortalecer los niveles de articulación entre los diferentes niveles de administración en torno a pactos, sociales y productivos, basados en la gestión por resultados.<sup>7</sup>

En ese marco, la EBRP 2004-2007 propone un desarrollo de base ancha que privilegia la creación de empleo e ingresos de miles de actores de la micro, pequeña y mediana empresa, para lograr impactos acelerados en lo social y económico. El principal cambio en la estrategia pasa por reconocer que sólo un enfoque de generación de riqueza podrá redistribuir ingresos de manera acelerada y proveer a la economía excedentes para la inversión social a mediano y largo plazo.

La EBRP alinea los esfuerzos de política social y económica hacia el logro acelerado de las Metas del Milenio (MDM) para 2015. Las Metas del Milenio constituyen un piso mínimo de logros en lo social y productivo.

---

<sup>7</sup> Informe de Avance y Perspectiva – EBRP, Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas; 2003.

**Cuadro XVII. Metas del milenio**

- **Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.**  
Meta: hasta el año 2015, reducir la incidencia de la pobreza moderada a 41%, y la pobreza extrema a 20%. En 1999 la incidencia de pobreza era 62% y la extrema pobreza 36%.
- **Objetivo 2. Alcanzar la educación primaria universal.**  
Meta: aumentar el porcentaje de niños y niñas con el ciclo completo de primaria (hasta el octavo grado), de 52% en 1999 hasta 89% en 2015.
- **Objetivo 3. Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer.**  
Meta: eliminar la disparidad de género en la educación primaria (la brecha promedio de la tasa de término a octavo de primaria es de 5.1%).
- **Objetivo 4. Reducir la mortalidad infantil y de la niñez.**  
Meta: reducir la tasa de mortalidad infantil de 75 por mil en 1990 a 45 por mil el año 2015.
- **Objetivo 5. Mejorar la salud materna.**  
Meta: Reducir la mortalidad materna de 416 a 200 por cada 100,000 nacimientos vivos entre 1990 y 2015.
- **Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.**  
Meta: combatir el VIH/SIDA, las infecciones de transmisión sexual y otras enfermedades endémicas. Se establece el compromiso de disminuir el número de municipios con tasa de infestación de Chagas mayor a 3%, de 48 a 0.
- **Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.**  
Meta: incrementar la cobertura de agua potable de 72.5% en 2001 a 84.5% en el año 2015.  
Meta: incrementar la cobertura de saneamiento básico de 42% en 2001 a 64% en 2015.
- **Objetivo 8. Desarrollar un acuerdo global para el desarrollo. Orientar esfuerzos especialmente a países menos desarrollados, altamente endeudados y mediterráneos.**

En este contexto, el Ministerio de Salud y Deportes orientó la construcción de las políticas sectoriales hacia la solución de los principales problemas de salud, traducidos en elevadas tasas de mortalidad

y la marcada presencia de enfermedades endémicas, definiendo como metas hasta 2015 expuestas en el cuadro XVIII.

**Cuadro XVIII. Bolivia: metas del milenio en salud**

No.	Indicadores	Línea de base		Metas comprometidas				
		Año	Valor	2004	2005	2006	2007	2015
<b>Indicadores de impacto</b>								
1	Prevalencia de desnutrición en menores de tres años de edad (talla/edad)	1998	25.6	22.9	-	-	20.2	17.3
2	Tasa de mortalidad infantil	1998	67	59	-	-	55	45
3	Tasa de mortalidad materna	1994	390	317	-	-	279	200
<b>Indicadores intermedios</b>								
4	Cobertura de vacuna pentavalente en menores de un año de edad	2002	98%	90%	90%	91%	93%	95%
5	Porcentaje de partos atendidos institucionalmente	2002	54%	61%	65%	66%	67%	78%
6	IPA de malaria en áreas de riesgo	2002	4.3	4.2	4.0	4.0	3.9	3.5
7	Porcentaje de municipios con TIC > 3%	2003	48%	38%	30%	20%	10%	0%
8	Casos TBP BAAR (+) curados con DOTS	2002	80%	83%	84%	85%	86%	90%

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes - 2003

El logro acelerado de las MDM dependerá del alineamiento de políticas, programas y proyectos hacia tres objetivos estratégicos: i) el desarrollo productivo de la micro, pequeña y mediana empresa para ampliar la base de generación de ingresos y empleo; ii) el desarrollo social de un piso mínimo de servicios de educación, salud y saneamiento para extender coberturas y mejorar la calidad de la prestación de servicios, y iii) el desarrollo de políticas diferenciadas y transversales de desarrollo social y productivo desde enfoques de género y generacionales, pueblos indígenas y originarios, el medio ambiente y la promoción del desarrollo alternativo.<sup>2</sup>

Los factores críticos para el logro acelerado de las MDM son: (i) la sostenibilidad fiscal del financiamiento y la protección del gasto pro pobre (Ley de Responsabilidad Fiscal y Presupuesto Plurianual); (ii) la sostenibilidad institucional para mejorar la capacidad de gestión y desarrollo institucional de entidades ejecutoras, y (iii) institucionalizar mecanismos de participación y diálogo en torno a la EBRP y al presupuesto plurianual.

### 13. Política nacional de salud

Conceptos básicos.

La Nueva Política Nacional de Salud es parte del Plan Bolivia que nace de la concertación de las dos fuerzas políticas, el MNR y el MIR que deciden conciliar sus ofertas electorales para constituir un plan común de gobierno capaz de enfrentar la crisis económica, tomando en cuenta los determinantes externos e internos que la generan y dar soluciones reales a los problemas sociales derivados de los elevados niveles de pobreza y de exclusión social concentrados específicamente en las áreas rurales.

Con base en las diferentes experiencias acumuladas en el sector salud, particularmente la de la participación popular vivida en los albores

de la recuperación democrática, con los excelentes resultados que ya han sido comentados, se decidió retomar la filosofía de la atención primaria en salud e imprimir cambios significativos en la organización del sector.

Una primera formulación de esta política sostiene, recordando a Amartya Sen,<sup>9</sup> que la pobreza, junto a las privaciones sociales sistemáticas y la escasez de oportunidades económicas son las peores enemigas de la libertad y del desarrollo. Afirma que lo prioritario es el desarrollo humano integral, no sólo como un medio sino como fin en sí mismo, el cual se debe buscar con mecanismos descentralizados de gestión que integren lo productivo, el mercado, el desarrollo social y la integración social.<sup>9</sup>

La Nueva Política Nacional de Salud declara ser parte de la intervención del Estado en el Programa de Obras con Empleos que prioriza la inversión pública en la generación de infraestructura fundamentalmente caminera con dos efectos importantes, primero, la generación de empleos con incorporación de la población excluida al aparato productivo del país y segundo, facilitar el acceso de las poblaciones rurales y tradicionalmente excluidas a los mercados nacionales e internacionales. Paralelamente, la política de salud se refuerza también con el programa intensivo de construcción de viviendas, de dotación de tierras en propiedad a comunidades excluidas, de programas intensivos de saneamiento básico, de electrificación rural y dotación de gas domiciliario para mejorar la calidad de vida de la población rural excluida y para dinamizar la economía nacional utilizando la enorme riqueza gasífera descubierta después de la capitalización.

En cuanto a la Seguridad Social de tipo bismarkiano, vigente en el país, se afirma claramente que «los loables objetivos del Código de Seguridad Social aprobado en 1956 como formidable avance de la revolución nacional, se frustraron por una serie de factores económicos y sociales». Se señala que no se pudo pasar de los seguros sociales a una seguridad social integral y universal que era el objetivo inicial de sus

<sup>2</sup> Revisión de la estrategia boliviana de reducción de la pobreza 2004-2007, Bolivia, octubre de 2003.

promotores, pero que al beneficiar a los trabajadores asalariados se debería mantener como importante conquista social. Conquista que sigue siendo válida, aun reconociendo que tal sistema de seguro no es equitativo, ya que los aportes patronales, laborales y del Estado son cargados al precio de los productos que se comercializan en el mercado con el resultado final de que son los compradores los que pagan todos los aportes sin recibir ninguno de los beneficios. La solución a esta contradicción intrínseca del seguro bismarkiano se reconoció que vendría paulatinamente al complementarse con los seguros públicos de cobertura universal que tendrán que ampliarse y perfeccionarse. La convergencia progresiva de ambos tipos de seguros conducirá a un único seguro universal de salud.

En síntesis, la Política Nacional de Salud trata de ser tal, en el sentido sociológico y político y no se restringe limitadamente a su sector. Con este carácter abre una luz de esperanza en el sombrío panorama de convulsión social que vive el país durante los últimos años, y busca superar los ancestrales problemas de pobreza y exclusión que afectan a la mayoría de su población, no solamente en lo que hace a su salud, sino limitando además, todo su desarrollo. La Política de Salud busca ser así un puente para la paz social en el país y fuente de desarrollo humano solidario.

#### El Sistema Nacional de Salud

El Sistema está compuesto por el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud. Involucra al sistema público, seguro social a corto plazo, iglesias, instituciones privadas con y sin fines de lucro y la medicina tradicional, que es incorporada oficialmente para contribuir, con los servicios públicos, a la mejor atención de la población que demande su concurso.

El Sistema Nacional de Salud, establece cuatro ámbitos de gestión:

**Nacional**, corresponde al Ministerio de Salud y Deportes -MSD. Es el órgano rector - normativo

de la gestión de salud y es responsable de la formulación de estrategias, políticas, planes y programas nacionales, así como de dictar las normas que rigen al Sistema. Paulatinamente se buscará que cada establecimiento formule en forma participativa con la comunidad sus planes anuales, los cuales se irán consolidando en los distintos niveles jerárquicos hasta llegar al Ministerio que deberá hacer la planificación nacional con base en los diferentes planes locales.

**Departamental**, corresponde al Servicio Departamental de Salud -SEDES- que es el máximo nivel de gestión técnica en salud del departamento. Articula las políticas nacionales y la gestión municipal en el departamento. Se encarga de cumplir y hacer cumplir la política de salud y las normas establecidas en el sector público, el seguro social de corto plazo, iglesias, organizaciones privadas con o sin fines de lucro y la medicina tradicional. El SEDES es, además, el responsable de coordinar a nivel departamental con todos los otros sectores los proyectos de desarrollo económico social que mejoren la calidad de vida.

**Municipal**, corresponde a una circunscripción municipal que es regida por los **DILOS**. Por su importancia y su reciente creación describimos su estructura y funciones en el capítulo correspondiente al Nuevo Modelo de Gestión.

**Local**, que corresponde a cada establecimiento de salud en su área de influencia y, en determinados casos, a la brigada móvil de salud correspondiente. Sus características son también parte del Nuevo Modelo de Gestión que describiremos más adelante.

#### **Estrategias de la Política Nacional de Salud.**

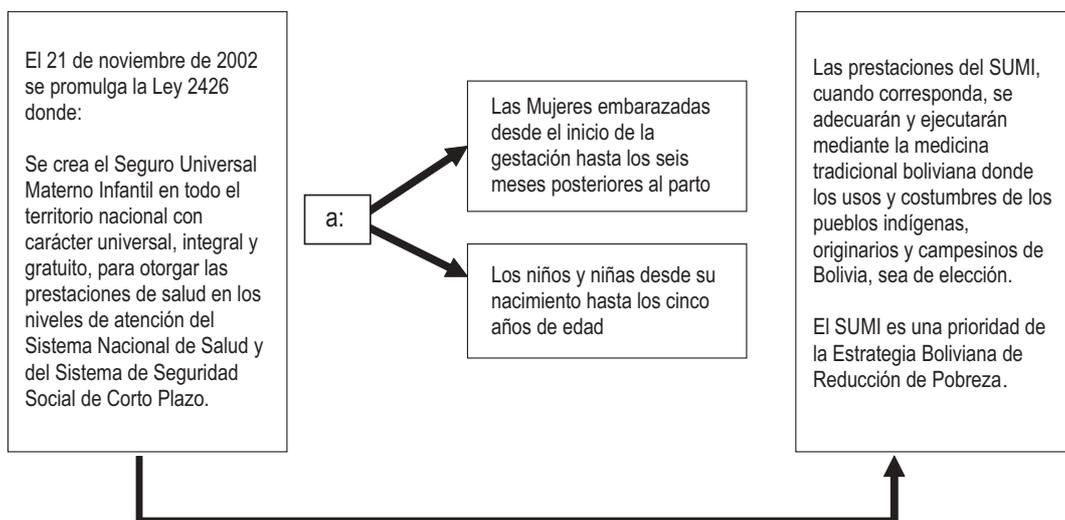
Los desafíos para el futuro se identificaron con la capacidad de aplicar a la práctica el concepto de que el proceso salud enfermedad es la expresión de la calidad de vida, por lo cual para mejorar la salud es indispensable superar la pobreza, la exclusión social y lograr un mínimo de bienestar material que abarque a toda la población lo más homogéneamente posible.

Para superar la difícil situación por la que atraviesa el país, la política nacional de salud dice claramente «no podemos seguir haciendo más de lo mismo», y con tal criterio plantea convertirse en un puente de concertación que vincule el desarrollo económico y social del país con las organizaciones populares, fundamentalmente las organizaciones indígenas originarias cuya exclusión no puede mantenerse más tiempo. La activa participación popular en salud puede abrir el cauce para que otras políticas vinculadas al desarrollo productivo puedan también hacerse en forma participativa para garantizar la equidad social tan esperada. Entre sus grandes líneas estratégicas están: la aplicación del Seguro Universal Materno Infantil - SUMI - El Nuevo Modelo de Gestión Compartida con Participación Popular. El Programa Nacional de Extensión de Coberturas y el control de enfermedades transmisibles e inmuno prevenibles.

### Seguro Universal Materno Infantil -SUMI-

A tres meses y medio del cambio de gobierno, el 21 de noviembre del 2002 se aprueba la Ley 2426 que crea el SUMI que otorga atención integral y gratuita en todo el territorio nacional a todas las mujeres desde el primer día de su embarazo, hasta los seis meses después del parto y a las niñas y niños desde su nacimiento hasta los cinco años de edad sin exclusión ninguna. Los extranjeros con residencia en el país son también beneficiarios del Seguro. Por primera vez en la vida republicana se dispone que las prestaciones de este seguro deben adecuarse a los usos y costumbres de los pueblos indígenas y originarios, autorizándose además que allí donde sea requerida y a libre elección de los pacientes se pueda recurrir a la medicina tradicional, la cual podrá ser ejercida dentro de la estructura de los servicios públicos de salud en cuyas farmacias se incluirán las hierbas medicinales de uso más frecuente. Ver gráfico 15.

**Gráfico 15.** Seguro universal materno infantil



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes

El SUMI es un seguro público, de nuevo tipo, que con el financiamiento procedente de la Coparticipación Tributaria que reciben los municipios de parte del Tesoro General de la Nación (TGN) precisamente para inversiones en salud y educación, otorga atención médica integral, de cobertura universal en favor de los grupos de

población más vulnerables, sin aporte personal alguno y sin copagos. De este modo garantiza el acceso universal de todos, venciendo la barrera económica de los servicios.

La atención integral incluye la consulta médica en todos los niveles de atención, los medicamentos,

todas las pruebas de laboratorio que se requieran, hospitalización con las intervenciones quirúrgicas que fueran necesarias, con puntuales excepciones como por ejemplo la cirugía estética.

El seguro se financia exclusivamente con aportes públicos. El municipio contribuye con 10% de los fondos que recibe del Tesoro General de la Nación como Coparticipación Tributaria (se inicia con 7%, para pasar sucesivamente a 8 y a 10% definitivo en tres años). Los recursos humanos del sector público continúan siendo pagados con fondos del TGN. En igual forma, los recursos humanos de los seguros sociales continúan recibiendo sus haberes de sus propias cajas.

El SUMI como seguro público de salud de nuevo tipo, tiene la particularidad de que es financiado de manera complementaria por el gobierno nacional y cada uno de los gobiernos municipales del país. Por eso, en lugar de tener un solo fondo nacional que actúa como pagador, tiene en la actualidad 314 fondos locales compensatorios de salud. Es el único seguro público cuya descentralización incluye parte del financiamiento.

Es de hacer notar que el SUMI aprovecha además la capacidad instalada ociosa, tanto de recursos humanos como de infraestructura, calculada en 40%, tanto en los servicios públicos como en los de la seguridad social.

Los recursos financieros sobrantes deben destinarse a infraestructura sanitaria, saneamiento básico o adquisición de equipo. Si por el contrario los recursos no fueran suficientes, el municipio

correspondiente recurre al Fondo Solidario Nacional especialmente creado con los fondos de alivio a la deuda externa.

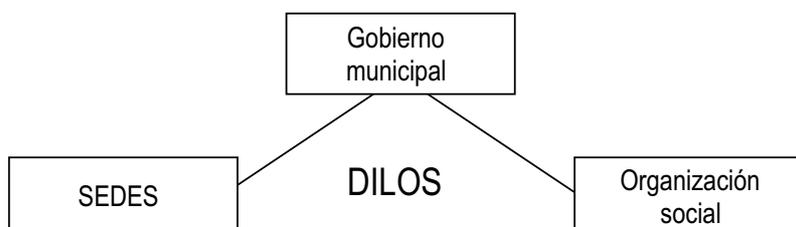
En el balance del primer semestre de 2003 sólo los tres municipios de las ciudades grandes tuvieron gastos mayores y tuvieron que apelar al Fondo Solidario. Los demás municipios en conjunto gastaron menos del aporte recibido; en gran parte, por falta de infraestructura y equipamiento. Se espera que al utilizar sus excedentes mejoren la capacidad de sus servicios.

Nuevo modelo de gestión compartida con participación popular.

El cambio más importante y con mayores proyecciones hacia el futuro es el que se hace con base en una descentralización que, a diferencia de otros países donde el Estado se desvincula de toda obligación para entregar los servicios a los municipios o al sector privado bajo una supuesta búsqueda de calidad y eficiencia, en Bolivia se descentralizan los servicios buscando acercar el poder y los recursos a la población reconocida como sujeto con derecho a defender sus propias reivindicaciones.

En cada municipio o, si éstos son muy pequeños, en dos o más municipios mancomunados se organiza un **Directorio Local de Salud - DILOS** - que está integrado por tres representantes de igual jerarquía: uno es el Alcalde o su representante quien preside el Directorio, el otro es el representante del Servicio Departamental de Salud y el tercero, el representante de la comunidad.

Gráfico 16. El directorio local de salud



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes

Este Directorio se constituye en la máxima autoridad de salud en toda el área territorial del municipio correspondiente y es el responsable de mantener y mejorar la oferta de servicios, con mayor énfasis en las áreas rurales bajo un enfoque de interculturalidad, género y generacional. Es el organismo donde confluye la gestión compartida entre el Estado y el municipio con el ingrediente especial de que tal gestión debe hacerse con activa participación de la comunidad representada por sus organizaciones legítimas, juntas vecinales en las ciudades y organizaciones indígenas originarias en las áreas rurales (gráfico 16).

Los **DILOS** asumen la responsabilidad total por la gestión de los servicios de salud en su municipio, garantizan la aplicación del SUMI y de todos los programas nacionales, promueven y gestionan proyectos de cooperación técnica y financiera en el marco de las regulaciones existentes- Instruyen la realización de auditorías financiero-contables, administrativas y médicas. Fiscalizan el uso de las Cuentas Municipales de Salud y promueven la presentación de informes periódicos a los concejales y a la comunidad.

En este contexto, un modelo de gestión basado en un concepto renovado y más amplio de «gestión compartida con participación popular» considera, entre otros, por lo menos los siguientes aspectos:

El mayor protagonismo del gobierno municipal en el proceso de toma de decisiones y en la gestión integral del proceso sanitario, en el ámbito municipal, superando su papel pasivo de simple pagador del SUMI y de los gastos de infraestructura, mantenimiento y servicios básicos de los establecimientos de salud.

El refuerzo y ampliación de la participación popular en todos los niveles y ámbitos del sistema público en el ámbito municipal, incluidos los ámbitos de responsabilidad de los servicios y establecimientos de la red de servicios de salud. A esto se debe añadir la participación y gestión social de los otros actores del proceso sanitario, tanto públicos como privados, en los procesos de planificación y control social.

El refuerzo de la capacidad de rectoría y conducción técnica del Ministerio de Salud y Deportes a través del SEDES en el marco de la «gestión compartida con participación popular» y el desarrollo del Sistema Nacional de Salud en el ámbito municipal.

El DILOS debe seleccionar por concurso de méritos un **gerente de red**, que se constituye en su brazo operativo para coordinar el funcionamiento de todos los servicios médicos de primero y segundo nivel que existan en el municipio y supervisar el cumplimiento de los contratos de gestión basados en indicadores de resultados, que cada establecimiento debe suscribir con el DILOS que le corresponda. El gerente de red debe asegurar el acceso equitativo a los servicios y vigilar que éstos se brinden con la calidad necesaria, sean suficientes y oportunos, optimicen su capacidad resolutoria y mantengan con suficiente eficacia el sistema de referencia y contra referencia con el hospital de segundo nivel de atención que corresponda. El gerente debe también vigilar que el hospital cuente con la capacidad resolutoria suficiente y otorgue el trato adecuado a todos los pacientes respetando sus patrones culturales y la dignidad de las personas.

Cada establecimiento de salud del nivel que sea, dirigido por un médico o una enfermera, debe además convocar a la o las organizaciones sociales existentes en su área de influencia para constituir un **Comité Popular o un Consejo**, o lo que se prefiera, por libre acuerdo de sus miembros con el fin de constituir un organismo que represente a toda la comunidad para participar con el personal de salud, tanto en el diagnóstico de situación de la zona como en la planificación de las actividades y en su ejecución misma, en forma voluntaria bajo, el concepto de que participan en la defensa de sus derechos. Estos Comités son los responsables de movilizar la comunidad en defensa de su salud y se constituyen en el elemento central del «pacto social» y en los núcleos deliberativos para impulsar la planificación de abajo arriba considerando debidamente las necesidades y potencialidades locales.

Para comprender mejor el nuevo modelo de gestión compartida con participación popular

tenemos que hacer referencia especial a algunos de sus principales instrumentos estratégicos.

### **Redes sociales y de servicios**

Tanto los establecimientos de salud como las organizaciones sociales que participan con ellos están organizados en redes. Los establecimientos complementan así sus recursos unos con otros para brindar un mejor servicio y, sobre todo, se vinculan con el establecimiento de segundo nivel de atención que se constituye en el referente de la red. Integran la red de servicios, no solamente los establecimientos del sistema público de salud y del seguro social de corto plazo, sino también los establecimientos de salud de la iglesia, privados con o sin fines de lucro y de medicina tradicional, bajo convenio suscrito con el DILOS. En igual forma las organizaciones sociales de cada establecimiento se constituyen también en red social organizada para intercambio de experiencias y para elegir una delegación especial de todas ellas que debe reunirse periódicamente con el DILOS en mesas de diálogo destinadas a supervisar y hacer ajustes para el mejor funcionamiento de todos los establecimientos de salud. Las mesas de Diálogo que deben ser convocadas por los DILOS están abiertas a la participación de las organizaciones sociales mencionadas más otras como ONG, iglesias, colegios de profesionales del sector salud, organizaciones privadas y otras, incluso extra sectoriales, para coordinar también la necesidad de mejorar los servicios con otros objetivos de desarrollo destinados a mejorar la calidad de vida y el desarrollo humano integral.

### **Mesas de di logo**

Las **mesas de di logo** no se limitan solamente a mejorar los servicios de atención médica sino al intercambio de opiniones y experiencias para hacer promoción de la salud, prevención de las enfermedades prevalentes y todas las actividades vinculadas a la defensa colectiva de la salud. La experiencia inicial ganada con el funcionamiento de los 314 DILOS repartidos en todo el territorio nacional ha permitido observar que bajo el mismo sistema participativo y multisectorial se podían organizar otras actividades de fomento a la

producción y al desarrollo integral del municipio, teniendo como eje central de consenso la defensa del derecho a la salud y un trabajo colectivo para mejorar también los determinantes y condicionantes económico sociales del desarrollo. Bolivia, que por sus antecedentes largamente analizados vive permanentemente al borde de una conmoción social, puede encontrar en la defensa colectiva de la salud, una fuente de unidad y de paz social tan necesarias para su progreso.

### **Pactos sociales**

En el marco de garantizar la participación popular sin restricciones, y de que ésta se ejerza con absoluta libertad y sin ningún sentido de subordinación o dependencia de los servicios, el Ministerio ha suscrito acuerdos de participación en los que se deja constancia expresa del respeto que le merecen las diferentes culturas y organizaciones y el derecho que les asiste para exigir que la atención médica llegue a los lugares más alejados y se la brinde con la mejor calidad posible, que se incluya a los terapeutas tradicionales nominados por las propias comunidades y que se les permita participar en la formulación de políticas locales, las cuales a su vez deben ser tomadas en cuenta para la aprobación de la política nacional de salud.

Se han suscrito pactos por separado con las siguientes organizaciones que representan a toda la población campesina de Bolivia:

Confederación Sindical Unica de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTB), que aunque teóricamente abarca como organización única a toda la población campesina del país, está mejor organizada y con fuerte hegemonía en el altiplano aymará y los valles de lengua quechua.

Consejo Indígena del Oriente Boliviano (CIDOB). Agrupa a diferentes etnias de los departamentos de Santa Cruz, Beni, Pando, Chuquisaca y Tarija. Uno de los grupos mejor organizados que pertenecen al CIDOB es la Asamblea del Pueblo Guaraní - APG - hegemónica en toda la extensión del Chaco Boliviano con prolongaciones en las zonas vecinas de Brasil, Paraguay y Argentina.

Consejo Nacional de Marcas, Ayllus del Collasuyo (CONAMAC), grupo menos numeroso pero también con organización propia que se asienta en varias zonas de colonización nueva de los departamentos de La Paz, Oruro y Potosí.

### **Programa Nacional de Extensión de Cobertura. EXTENSA.**

La magnitud de la población dispersa que habita en comunidades muy pequeñas, distantes unas de otras a decenas de kilómetros, imposibilita que puedan tener acceso a establecimientos de salud que forzosamente deben ubicarse en los lugares más poblados. Esta situación crea un desafío difícil de vencer, tanto para los servicios de educación como de salud. Como parte del Nuevo Modelo de Gestión se está robusteciendo este programa con el cual se busca llevar auxilio médico allí donde nunca había llegado y, simultáneamente, dar a conocer y promover el uso de los servicios, facilitando a esos pobladores medios de locomoción para trasladarse hasta los establecimientos de salud más cercanos. Se está haciendo un esfuerzo especial para que las mujeres beneficiarias del SUMI puedan trasladarse oportunamente a los centros de atención médica para disminuir los riesgos vinculados con el embarazo y el parto.

El Programa EXTENSA es la estrategia fundamental que el Ministerio de Salud y Deportes ha establecido, con el objetivo de ampliar la atención en salud, para romper con la exclusión en salud de numerosos grupos poblacionales localizados en comunidades rurales y urbanas marginales de todo el país. Focaliza sus acciones en municipios y comunidades seleccionados por sus niveles de pobreza, dificultades de acceso, alta dispersión poblacional y por su composición mayoritariamente indígena, originaria y campesina. A través de sus acciones garantiza la prestación de todos los servicios de salud, el SUMI y los programas de atención integral, en el marco de la equidad y el ejercicio del derecho a la salud.

El Programa se incorpora en el Sistema Nacional de Salud a través de equipos móviles de salud, conformados por personal profesional multidisciplinario, los cuales brindan prestaciones

de salud asistenciales y preventivas, promocionales en aproximadamente 2,500 comunidades beneficiando directamente a cerca de 400,000 habitantes.

Este equipo incluye además al asistente local de salud, recurso humano elegido por la comunidad, que radica en ella y es responsable de realizar prestaciones orientadas fundamentalmente a la prevención de las enfermedades y promoción de salud, superando las diferencias culturales y articulando efectivamente las necesidades de la población con la oferta de servicios del sistema.

Paralelamente, el Programa desarrolla acciones que conducen al fortalecimiento de los Directorios Locales de Salud y las gerencias de red, buscando una efectiva aplicación de los modelos de gestión y atención integral en sus áreas de intervención, haciendo especial énfasis en el desarrollo de las redes de servicios de salud y las redes sociales, en la perspectiva de generar un modelo de atención integral que sume la capacidad resolutive de los establecimientos de salud a la de la medicina tradicional, incorporando un enfoque intercultural y de género.

El enfoque multiprogramático y de integralidad del Programa en la búsqueda de soluciones estructurales a los problemas de salud y de calidad de vida, han dado lugar a generar capacidades para apoyar la operativización de planes locales de intervención que involucra participar, por ejemplo, en el mejoramiento de la vivienda y/o la dotación de agua segura. Se está proyectando además ampliar las brigadas de salud con promotores de desarrollo agrícola.

### **Control de enfermedades transmisibles e inmuno prevenibles**

Se establece la aplicación de medidas de control de las enfermedades transmisibles e inmuno prevenibles mediante acciones de carácter colectivo e integral, asociadas a la prevención de enfermedades, como la fumigación de viviendas contra vectores transmisores, donde también se incluyen acciones de carácter individual como el diagnóstico y tratamiento de enfermos.

El Ministerio de Salud y Deportes ha establecido a nivel nacional la priorización de cinco programas:

El **Programa de Lucha contra el Chagas**, cuyas acciones de carácter preventivo (fumigación de domicilios) contribuirán a reducir la tasa de infestación de viviendas a menos de 3%, complementándose con acciones de carácter curativo dirigidas a menores de 15 años de edad.

El **Programa de Control de Malaria**, basado fundamentalmente en la fumigación de viviendas e impregnación de mosquiteros, para controlar la presencia del vector transmisor de la enfermedad.

El **Programa de Lucha Contra la Tuberculosis**, orientado a desarrollar estrategias de diagnóstico temprano de la enfermedad a través de la técnica del Diagnóstico y Tratamiento Acortado Directamente Supervisado con el apoyo de la Comunidad (DOTS-C).

El **Sistema de Vigilancia Epidemiológica**, que contribuya a mejorar la capacidad de respuesta del sistema ante la presencia de brotes de epidémicos.

El **Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI-II)**, fortalecido en su capacidad de impacto para la disminución de la incidencia de las enfermedades inmuno prevenibles.

Las líneas estratégicas descritas anteriormente se complementan con políticas específicas, destacándose entre las más importantes:

Medicamentos y provisión de insumos

Uno de los ejes fundamentales de la Política Nacional de Salud está orientado a asegurar la disponibilidad suficiente y oportuna de medicamentos esenciales de calidad en los establecimientos de las redes de servicios de salud.

Para ello, el Ministerio de Salud y Deportes ha implementado el Sistema Único de Suministros en Salud - SNUS y el Sistema de Vigilancia de la Calidad de los Medicamentos, con el objetivo de

lograr el abastecimiento regular y permanente de los medicamentos, logrando que la población boliviana tenga acceso oportuno a productos eficaces, seguros y de calidad, a costos asequibles, constituyéndose como estrategia la concurrencia de todos los sectores involucrados con el medicamento, la participación de la comunidad organizada y el reconocimiento de terapias tradicionales utilizadas por la población.

Fortalecimiento e integración de la medicina tradicional

La Política Nacional de Salud fundamenta su desarrollo en la participación de la comunidad desde distintos ámbitos de acción, entre los cuales destaca la práctica terapéutica que ejercen parteras y médicos tradicionales, constituyéndose en muchos casos en la única alternativa para la solución de problemas de salud en la comunidad.

Establecimiento de un marco de cooperación internacional

Orientado por el cumplimiento concertado de resultados y metas concretos, definidos por la Política Nacional de Salud. El Ministerio de Salud y Deportes ha definido establecer un marco de trabajo amplio y dinámico con la cooperación internacional, basado en el principio de reciprocidad y respeto a la soberanía nacional.

**Mecanismos de deliberación concertada y diálogo.**

Actualmente, en el ejercicio del nuevo proceso de Diálogo 2003 y la formulación de la Estrategia Boliviana de Reducción de Pobreza 2004-2007, se plantea la reorientación de la agenda social, priorizando, por un lado, las políticas que se interrelacionan directamente con las políticas productivas y, por otro, aquellas que aseguren un «piso universal» de servicios sociales básicos.

Esto implica, por un lado, la articulación con políticas productivas a través de acciones que, al mismo tiempo que mejoran los niveles de bienestar de la población, contribuyen a elevar la

productividad de las personas. Por otro lado, la política social concentrará sus esfuerzos en la provisión de servicios que mejoran la calidad de vida principalmente de grupos más pobres, desarrollando programas en salud, educación y saneamiento básico, con un claro enfoque en el desarrollo de las capacidades productivas que permitan a estos grupos la generación de riqueza.

En ese marco, el sector prioriza las políticas dirigidas a la reducción de la morbilidad y mortalidad de los grupos de población más vulnerables, en un marco de protección del capital humano presente y futuro. Se propone aumentar la equidad en el acceso a los servicios de salud, velar por la calidad de las prestaciones, la eficiencia de la gestión y la efectividad del sistema para responder a enfermedades emergentes y re-emergentes. El Estado es responsable de garantizar el acceso a los servicios de salud, tanto de la población materno-infantil como de la población expuesta a las principales endemias.

El ejercicio del derecho a la salud, entendido como la inclusión de la población en un sistema de salud único, participativo, eficiente y eficaz, será el resultado de estructuras sociales establecidas a través del diálogo y la concertación, desde su nivel más operativo, que es la comunidad alrededor de

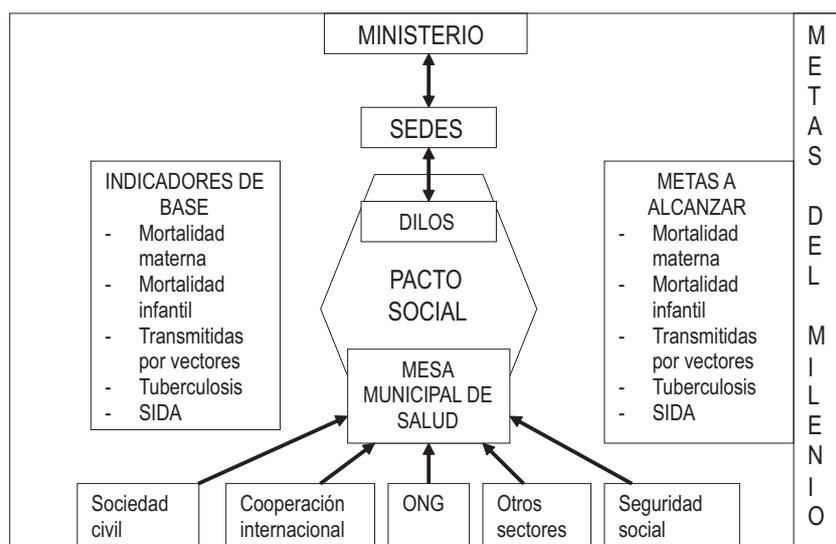
su establecimiento de salud, hasta el nivel más estratégico, que resulta ser el diálogo, con base municipal, a nivel del gobierno central, donde la comunidad organizada asume responsabilidades.

Estas son las bases del pacto social, entendido como acuerdos de gestión compartida entre diversos actores multi territoriales (sociedad civil, gobiernos municipales, prefecturas y gobierno central), que tiene el objetivo de garantizar una mejora y ampliación en la provisión de servicios de salud básicos de forma integral.

Un pacto social consta de compromisos respecto a metas, recursos y mecanismos de seguimiento y de control. Los compromisos adquiridos implican ajustes a las formas de hacer políticas, las prioridades de los diferentes grupos de interés y a los mecanismos de financiamiento.

Como puede observarse en el gráfico 17, los Directorios Locales de Salud, o DILOS, como principales ámbitos para la deliberación y concertación del sector, son los espacios que permiten articular, organizar y gestionar las demandas de la población beneficiaria, las políticas de salud del municipio y las políticas nacionales de salud, en la perspectiva de consolidar los pactos sociales como instrumentos de desarrollo.

**Gráfico 17.** Desarrollo del pacto social



Fuente: Modificado de Proceso de Desarrollo del Pacto Social, Ministerio de Salud y Deportes - PNUD

El objetivo de este proceso de deliberación local consiste concretamente en reducir aceleradamente los indicadores de mortalidad infantil, mortalidad materna, tuberculosis, enfermedades transmitidas por vectores (malaria, chagas, leishmaniasis, dengue) y SIDA, mediante el desarrollo de esfuerzos concurrentes y concertados entre la sociedad civil y el Estado.

Por lo tanto, el objetivo es contribuir al logro de las Metas del Milenio, basándose en un proceso continuo de deliberación y pacto social, dentro de los marcos institucionales establecidos por el Sistema Nacional de Salud y fortalecer el nivel nacional en la generación y aplicación de políticas y planificación sanitaria.

### **Desarrollo de recursos humanos**

Uno de los aspectos críticos en el actual momento es la aplicación de una política de recursos humanos, cuyo objetivo es mejorar la calidad del recurso humano a través de una adecuada capacitación en servicio, estableciendo la estabilidad funcionaria e implantando esquemas de remuneración que permitan la provisión de incentivos basados en méritos, principalmente relacionados con el rendimiento y la competitividad, y con estímulos claros relacionados con las actividades en el área rural.

Entre los lineamientos centrales de esta política se tienen:

Implantar el servicio social de salud rural obligatorio para profesionales de salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, odontólogos, bioquímicos farmacéuticos, otros.)

Institucionalizar los recursos humanos y transparentar su administración y gerencia en todos los niveles.

Implantar el régimen de gestión por resultados y de incentivo a la permanencia rural y productividad, priorizando enfermeras, auxiliares de enfermería y especialistas para hospitales rurales de segundo nivel de atención.

Transferir la administración de los recursos humanos a los DILOS.

Profundizar el respeto por la diversidad cultural y la adecuación de los servicios a la misma.

Los recursos humanos del sistema público de salud y del Seguro Social a corto plazo, tienen por función cumplir con las obligaciones establecidas en la Política Nacional de Salud instrumentada a través de la normativa vigente.

La institucionalización del recurso humano establece que todo el personal del Sistema Público y del Seguro Social de corto plazo que no hubiera ingresado al sistema por concurso de méritos y examen de competencia y los nuevos funcionarios sean seleccionados y contratados bajo concurso abierto nacional.

Se prevé que los DILOS, de acuerdo con la normativa establecida por el MSD, evalúen anualmente el desempeño de los recursos humanos bajo su jurisdicción. El resultado de esta evaluación servirá para que el SEDES realice las acciones administrativas que correspondan en beneficio del servicio.

El MSD dispondrá la realización de auditorías de recursos humanos en el sistema público de salud y Seguro Social a corto plazo, para la aplicación de medidas administrativas en beneficio del servicio.

Los recursos humanos del sector público mantienen su relación obrero-patronal y son remunerados con fondos del Tesoro General de la Nación. Los recursos humanos del Seguro Social de corto plazo son remunerados por sus respectivas instituciones.

Los recursos humanos administrativos y de apoyo de los establecimientos de salud del sector público, podrán ser contratados por los gobiernos municipales con cargo a sus propios recursos de acuerdo con el Decreto Supremo N° 24182, artículo 1, inciso 2; en cuyo caso se deberá evitar la duplicidad de funciones con personal asignado por el SEDES.

## NOTAS Y REFERENCIAS

1. Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación. Aspectos de población en Bolivia, diciembre de 2000.
2. Situación fiscal, económica y financiera Bolivia, una alianza hacia las Metas del Milenio, octubre de 2003.
3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano; 1994:146.
4. Temas sobre reforma en salud. El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez. CCH, Ministerio de Desarrollo Humano, 1997: 14. ENDSA; 1994.
5. Ministerio de Salud y Previsión Social, Dirección General de Epidemiología, La Paz; 2001.
6. Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Análisis de situación: Bolivia. Contribución de OPS - OMS al análisis de situación de salud; 2003.
7. Schwab N, Francke P *et al.* Reporte No.26140-BO. Bolivia. Reformas de salud en el contexto de la descentralización. Documento del Banco Mundial. En prensa. La Paz, Bolivia; 2003.
8. Sen A. Desarrollo y libertad. Bogotá: Editorial Planeta; 2001.
9. Torres-Goitia Caballero J. Política Nacional de Salud. Ministerio de Salud y Previsión Social. La Paz. Bolivia; 2003.

## XI. CHILE

### 1. Indicadores demográficos

#### Población

En el año 2002, la población total censada fue de 15.116.435 habitantes,<sup>1</sup> 50,5% corresponde a mujeres, con 14% de población rural, porcentaje que desciende en el área metropolitana a 3%. En

Chile las migraciones internacionales han tenido tradicionalmente saldos negativos, no siendo un factor de importancia en la dinámica poblacional de nuestro país. Si ha habido migraciones internas,<sup>2</sup> dos tercios de los habitantes viven en tres, de las trece regiones del país (metropolitana, Bio-Bío, y Valparaíso).

**Cuadro I.** Población estimada por sexo y edad. Chile 2001

Edad†	Total	Hombres	%	Mujeres	%
0 a 4 años	1433549	729874	51%	703675	49%
5 a 14 años	2888241	1469562	51%	1418679	49%
15 a 44 años	7226534	3634806	50%	3591728	50%
45 a 64 años	2730674	1324448	49%	1406226	51%
mayor de 65 años	1122954	467792	42%	655162	58%
Total	15401952	7626482	50%	7775470	50%

Fuente: MIDEPLAN y MINSAL 2003

**Cuadro II.** Población estimada por áreas urbano-rural. Chile 2001

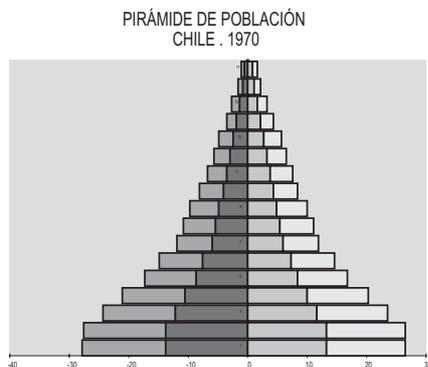
Región	Total	Urbano	%	Rural	%
Región metropolitana	6189964	6004189	97%	185775	3%
Resto del país	9211988	7211932	78%	2000056	22%
Total	15401952	13216121	86%	2185831	14%

Fuente: MIDEPLAN y MINSAL 2003

#### Dinámica poblacional

Chile se encuentra en un proceso de transición demográfica y epidemiológica. Durante las últimas décadas, se ha producido una disminución de las tasas de natalidad y mortalidad. Esto se traduce en un crecimiento lento y en un envejecimiento de la población. Así, en los últimos 41 años (1960-2001) se ha reducido la tasa de crecimiento de

2,4% a 1,2%, mientras el grupo de 65 y más años de edad ha aumentado de 4,3% a 8,0% de la población censada en 2002. El crecimiento demográfico anual es de 1.30%, la tasa de fecundidad por mujer es de 2.1 hijos por mujer y la población mayor de 65 años de edad es de 8% (año 1999).



En el período 1960-1965 la esperanza de vida al nacer era de 58,1 años, mientras que para el período 2000-2005 ha sido estimada en 75,66 años. Para los años 2010-2020, se proyecta una esperanza de vida al nacer de 77,3 años, manteniéndose la diferencia por sexo (la mujer vivirá en promedio alrededor de cinco o seis años más que el hombre). Muy significativo es el

descenso de la mortalidad infantil, cuya tasa bajó de 18,9 por mil nacidos vivos en 1988 a 8,3 por mil en el año 2001.<sup>3</sup> La mortalidad materna bajó de 7,3 por diez mil nacidos vivos en 1980 a 1,9 en 2001. Las complicaciones relacionadas con el embarazo, en especial la hipertensión arterial, y el embarazo terminado en aborto son las causas con mayor importancia de las muertes maternas.

**Cuadro III.** Indicadores básicos de salud. Chile 1994-2001

Indicadores	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Tasa bruta de natalidad (por 1.000 habitantes)*	19.7	19.3	18.7	18.3	18.3	17.2	16.8
Tasa global de fecundidad * *	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.1	2.1
Tasa bruta de mortalidad (por 1.000 habitantes) *	5.5	5.5	5.4	5.4	5.5	5.2	5.3
Tasa de mortalidad materna (por 10.000 nacidos vivos) *	3.1	2.3	2.2	2.0	2.3	1.9	1.7
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)*	11.1	11.1	10.0	10.3	10.1	8.9	8.3

Fuente(s): \*Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de Chile.

\*\*Instituto Nacional de Estadísticas, Chile, Departamento de Demografía

## 2. Indicadores socioeconómicos

### Indicadores económicos

Entre 1989 y 2000 el producto interno bruto (PIB) per cápita creció en 66,3%, alcanzando USD 4.314 en el año 2001.<sup>4</sup> Entre 1991 y 1997, el Gasto Público Total y el Gasto Público Social aumentaron anualmente entre unos 1,5 y 1 puntos porcentuales, respectivamente. Sin embargo, la economía chilena presentó una importante desaceleración a partir del segundo semestre de 1998, alcanzando un crecimiento negativo en 1999.\* Durante la década de los noventa, el país mantuvo un proceso de crecimiento económico en un marco de estabilidad, con grados crecientes de integración a la economía mundial. Este proceso, interrumpido en 1999, fue retomado en el año 2000, en el que se obtuvo un crecimiento de 5,4%.<sup>f</sup>

\* Banco Central: información obtenida de página de sitio Web institucional.

<sup>f</sup> Los datos económicos y sociales se obtuvieron de los documentos y estadísticas publicadas por MIDEPLAN en [www.mideplan.cl](http://www.mideplan.cl), por el Banco Central de Chile en [www.bcentral.cl](http://www.bcentral.cl) y por el Instituto nacional de Estadísticas -INE- en [www.ine.cl](http://www.ine.cl).

Durante el período 1990-2000, la expansión de la economía alcanzó una tasa promedio de 6,3% anual, totalizando un incremento de 96,4% entre 1989 y 2000. En 2000, el PIB ascendió a 70.019 millones de dólares. El PIB por sectores de la economía se distribuye en 31% servicios; 27% industria y construcción; 11% comercio; 8% minería; 6% en agricultura y pesca.

Durante la década, las exportaciones han mantenido un incremento sostenido. Desde 1990, la inversión extranjera, tanto directa como financiera, ha crecido continuamente. Asimismo, la inversión de empresas chilenas en el exterior ha aumentado notablemente.

Durante el período 1990 -2000, las exportaciones crecieron a una tasa promedio anual de 9,3%, totalizando entre 1989 y 2000 una variación de 165,6%. En 1998 la tasa de inversiones era de 25,5% sobre el PIB; la tasa de ahorro de 20,2% sobre el PIB. La deuda externa pública en el año 2002 era de sólo 3 mil 500 millones de dólares y la de otros sectores de 28 mil millones. Durante el período 1990 - 2000, las importaciones crecieron a una tasa promedio anual de 9,5%, totalizando entre 1989 y 2000 una variación de 172,2%.

**Cuadro IV.** Exportaciones e importaciones. Chile 1996-2000

Año	Exportaciones	Variación anual %	% PIB	Importaciones	Variación anual %	% PIB
1996	2 743 306	11.8	28.6	3 606 738	11.8	30.9
1997	3 001 791	9.4	28.1	4 071 237	12.9	30.9
1998	3 180 323	5.9	26.7	4 291 611	5.4	30.9
1999	3 398 555	6.9	29	3 679 532	-14.3	27.2
2000	3 651 845	7.5	31.8	4 052 886	10.1	30.8

Fuente: MIDEPLAN y Banco Central 2003-12-08

Entre 1990 y 2000, la inversión extranjera materializada alcanzó cerca de US\$ 39 mil millones. Entre 1990 y 2000, la inversión chilena en el exterior creció en forma acelerada, alcanzando cerca de US\$ 20 mil millones en el período. Desde 1990, un adecuado manejo macroeconómico ha permitido el logro de una trayectoria descendente de la tasa de inflación. Ello ha contribuido a la creación de un ambiente favorable para la materialización de inversiones y el desarrollo productivo, incentivando la generación de empleos y aumentos de la productividad del trabajo. Desde 1990 hasta 2003, la tasa de inflación descendió de manera continua desde 27,3% a 1.1%.

### Indicadores laborales y de seguridad social

Situación, nivel y tendencias del empleo y desempleo <sup>ξ</sup>

La fuerza de trabajo se incrementó de manera sostenida aunque fluctuante en el período 1990-1998, a una tasa promedio anual de 2,2%, equivalente a 1 millón 46 mil nuevos participantes en el mercado de trabajo. En cambio, en el período 1999-2001 se incrementó a tasas decrecientes. La tasa de crecimiento promedio anual, entre dichos años, fue sólo de 0.2%, equivalente a 34 mil 470 nuevos participantes en el mercado laboral (ver cuadro V).

<sup>ξ</sup> Antecedentes sobre el Contexto Económico y Social del País 1990–2000, provenientes: División Social Departamento de Desarrollo de Políticas Sociales, Ministerio de Planificación y Cooperación –MIDEPLAN– y fueron recabados de las siguientes fuentes: i) MIDEPLAN, «Informe del Gobierno de Chile sobre el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales», elaborado para el Ministerio de Relaciones Exteriores, a ser presentado en el Comité de Derechos Económicos y Sociales de Naciones Unidas. Información 1990–2000; ii) MIDEPLAN, División Social «Políticas Sociales en Chile. Cuestionario remitido por OCDE», Informe elaborado para el Ministerio de Hacienda en el marco de la visita de delegación de la OCDE al país. Información 1990–2000; iii) MIDEPLAN, Información

sobre infancia de la Secretaría de Ministros para la Infancia y Juventud. Información actualizada a 2003; iv) Secretaría Ejecutiva Chile Solidario. Información recabada de la Cuenta Anual 2002; v) MIDEPLAN, Departamento de Políticas Sociales Inclusivas, Información sobre discapacidad. Información 2002 – 2003.

**Cuadro V.** Evolución del empleo en Chile 1990-2001(miles de personas)

Total país	1990 oct-dic	1995 oct-dic	1999 oct-dic	2000 oct-dic	2001 oct-dic
Población 15 años y más de edad	9.225.3	1.0092.2	10.782.81	10.977.02	11.153.69
Fuerza de trabajo	4.888.6	5.538.2	5.933.56	5.857.04	5.948.82
Participación	53.0	54.9	55.0	53.4	53.3
Ocupados	4.525.5	5.174.4	5.404.48	5.381.46	5.479.39
Desocupados	363.1	363.8	529.08	489.42	469.43
Tasa desempleo	7.4	6.6	8.9	8.3	7.9
Tasa desempleo 15-19 años	-	-	26.8	25.2	25.7
Tasa desempleo 20-24 años	-	-	18.8	18.4	17.0

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas

Durante el período 1990-2000 fueron creadas 918 mil ocupaciones. Entre 1990 y 1998 la ocupación creció a una tasa promedio anual de 2,1%, proceso que se interrumpió en 1999 y 2000, donde disminuye en 0,5% y 0,4%, respectivamente.

Entre 1990 y 2000, la tasa de desocupación fluctuó entre 7,4 % en 1990, 6,6 % en 1995 y 8,3% en 2000; siendo la tasa de desocupación de las mujeres superior a la de los hombres, durante todo el período. La tasa actual (2003) es de 7,9%. La rama de actividad que más empleo produce es servicios con 27%, seguido de comercio (19%), agricultura e industria, ambos con 14%.

#### Productividad del trabajo

La productividad del trabajo se incrementó de manera significativa en Chile en el período 1990-1998. En términos reales, el producto por ocupado mostró un aumento de 50%. Los sectores que presentaron mayor expansión fueron minería y transportes con incrementos por encima de la media nacional. La productividad del trabajo alcanzó 2.7% en 2001. Los sectores de mayores incrementos son minería y electricidad, gas y agua, rubros poco intensivos en mano de obra.

La productividad media del trabajo en el período 1989 – 2000 aumento en 61,5%. Esto tiene una doble implicancia. Por un lado, impone un crecimiento elevado del producto para mantener una generación de empleos acorde con el crecimiento de la fuerza de trabajo y niveles de desempleo aceptables. Por otro, los aumentos de productividad

permiten ajustes en las remuneraciones reales sin presiones inflacionarias.

#### El salario mínimo

Siguiendo una política explícita de mejoramiento del salario mínimo (SM) por encima del Índice de Precios al Consumidor (IPC) y del promedio de las remuneraciones, este salario se elevó en términos reales en 72,5% entre enero de 1990 y el mismo mes de 1999. Tomando el corte temporal de 1989 a 2000 las remuneraciones reales crecieron a 3,6% promedio anual y el salario mínimo a 5,8 % promedio anual.<sup>5</sup>

Aun cuando la política de reajuste del salario mínimo está vinculada a los incrementos del IPC y la productividad, es posible establecer su capacidad de compra con relación a la canasta básica alimentaria mensual de una familia promedio de cuatro personas. En 1990, se requerían 1,7 SM para adquirir la canasta básica alimentaria mensual de un hogar de las características señaladas, en cambio a comienzos de 1999 este valor se había reducido a 0,9 indicando desde una perspectiva social, el incremento real experimentado por este salario.

#### Seguridad e higiene en el trabajo

En Chile existe una legislación especial en dicho ámbito y los trabajadores deben estar afiliados a Mutualidades para efectos de fomento, prevención de la seguridad laboral y para efectos de seguro frente a accidentes laborales. Las tasas de

accidentes del trabajo, sin considerar los accidentes de trayecto, de las empresas afiliadas a mutualidades (empresas privadas sin fines de lucro que reciben cotización específica para dar cobertura al seguro de accidentes laborales) han fluctuado en el período 1990 – 1997 entre los valores 12,6 % (268.751 accidente) y 11,1 % (265.306 accidentes) y para el período 1997-2001 entre los valores de 10,80% (312.683 accidentes) y 7,93% (205.094 accidentes), situación que refleja una disminución de este indicador y por ende la baja en la accidentabilidad en el trabajo. Cabe hacer notar que en 2000 se presentó una tasa de 7,98% (203.342 accidentes) y en 2001 de 7,93% (205.094 accidentes).<sup>5</sup>

En el grupo de causas que concentró 85% de los accidentes del trabajo ocupó el primer lugar el de «otros traumatismos», seguido por las «heridas de miembro superior», en el tercer lugar aparecen las «enfermedades osteomusculares» y los «esguinces de extremidad inferior». En cuarto lugar se encuentra el diagnóstico «cuerpo extraño ocular».

Las actividades económicas que han mantenido permanentemente tasas de accidentabilidad sobre la tasa promedio de cada año en el período 1990 a 2001 son, en primer lugar, la construcción, seguida por la industria, la agricultura y el transporte. La tasa global de enfermedades profesionales\* fue en 1995 de 2,9 por mil trabajadores (9.730 enfermedades) y para 1996 de 2,3 por mil trabajadores (8.828 enfermedades).

### Seguridad social

Chile cuenta con dos sistemas paralelos de seguridad social: (i) un sistema previsional para todos los trabajadores, públicos y privados, y (ii) además, un sistema de subsidios por desempleo y prestaciones familiares, financiado por el presupuesto fiscal, que asiste en forma gratuita a la población no cubierta por el sistema previsional señalado anteriormente: ancianos, inválidos y niños en situación de pobreza.

<sup>5</sup> Boletín de Estadísticas de la Superintendencia de Seguridad Social.

\* Se incluyen todos los Organismos Administradores Ley 16.744, Información Ministerio de Salud (MINSAL).

Entre 1990 y 1998, la mayoría de la población estuvo afiliada al sistema público de salud (FONASA). Durante el período, la afiliación de personas asalariadas a este sistema disminuyó desde 67% a 61,8%, en tanto la población adscrita al sistema privado (ISAPRES) aumentó desde 15,1 % a 20 %.<sup>6</sup>

El porcentaje de cotizantes en el sistema de pensiones privado ha continuado creciendo durante esta década, desde 87,8 % en 1990 a 91,3 % en el año 1999. En cuanto a la cobertura, entre 1990 y 1999, aumentó la relación cotizantes / ocupados, desde 58,7% a 64,8%, y la relación cotizantes / fuerza de trabajo, desde 54,4 % a 59,1 %. En 1999, el número de cotizantes asciende a tres millones 500 mil personas.<sup>6</sup>

### Gasto social, ingreso y pobreza

Chile ha experimentado profundos cambios en décadas recientes. En la década de 1989 a 1999, la tasa de crecimiento del PIB fue de 87.9%; la tasa de inflación bajó de 27.3 a 4.7, el per cápita con relación al PIB superó los cuatro mil dólares. Chile ocupa el lugar N° 38 en el Índice de Desarrollo Humano (con un valor de 0,826) y el N° 39 en el Índice de Desarrollo Relativo al Género.<sup>f</sup> A fines de 1998, según la encuesta de caracterización socioeconómica del país (CASEN), la distribución del ingreso se mantenía altamente concentrada. Mientras 20% de los hogares más ricos captaba 57,3% de los mismos, 20% de los más pobres percibía sólo 3,7%. En 1987 esta relación fue prácticamente igual, lo que muestra cómo las desigualdades de ingreso se han mantenido.

A pesar del crecimiento observado en la década 89-99 se observó un deterioro en el porcentaje del ingreso total del quintil más pobre de la población hasta llegar a 5,4% del total en 1998, contrastando con 60% del total del quintil más rico. La desigualdad en la distribución del ingreso ha sido persistente en la última década ganando el 20% más rico 15.5 veces más que el 20% más pobre,

<sup>6</sup> Encuestas Casen 1990 y 1998

<sup>f</sup> UNDP. Human Development Report 2000.

<sup>6</sup> Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Chile Antes y Ahora 1990-1998.

diferencia que disminuyó a 13,9 veces al considerar los subsidios monetarios que reciben los hogares más pobres por parte del Estado.<sup>9</sup> Asimismo, 70% de los hogares del país percibe ingresos menores al promedio nacional. No obstante, entre 1996 y 1998 el ritmo de reducción de pobreza se desaceleró, pasando de promedios bianuales de 17% para el período 1990-1996, a una cifra menor a 7% entre 1996 y 1998. Se estima que a este ritmo recién en el año 2022 los porcentajes de la población en situación de pobreza se reducirán por debajo de 10%.

En cuanto a la diferencia por género, los ingresos de las mujeres son 50% más bajos que el de los hombres del mismo quintil y en promedio alcanzan sólo a 70% del ingreso de los varones. Variaciones importantes se observan entre las regiones.

El 40% de la población es económicamente activa y de éstos aproximadamente más de 90% está empleado. La tasa de desocupación había descendido desde 10,4% en 1986 hasta 5,4% en 1996. No hay datos nacionales de empleo informal, aunque las encuestas de caracterización social muestran 10% de hogares donde alguno de los miembros de la familia tiene una ocupación remunerada sin contrato de trabajo.

Entre 1989 y 2000 el gasto del gobierno central en funciones sociales alcanzó un crecimiento de 112,4%, en tanto el gasto del tesoro público creció en 165,7%. En 2000, el gasto público social ascendió a US\$11.605 millones y el fiscal a US\$ 9.807 millones.

**Cuadro VI.** Gasto publico y fiscal social\* (1989-2000) (moneda nacional + moneda extranjera) (millones de pesos de 2000). Chile

Año	Gasto público social	Variación anual	Gasto fiscal social	Variación anual
1989	2.948.264	-	2.067.864	-
1990	2.921.649	-0.9	2.238.781	8.3
1991	3.189.851	9.2	2.491.923	11.3
1992	3.522.841	10.4	2.802.180	12.5
1993	3.861.614	9.6	3.103.215	10.7
1994	4.097.742	6.1	3.330.166	7.3
1995	4.395.121	7.3	3.585.940	7.7
1996	4.820.014	9.7	3.983.850	11.1
1997	5.088.343	5.6	4.230.936	6.2
1998	5.474.705	7.6	4.460.498	5.4
1999	5.901.305	7.8	4.951.630	11.0
2000	6.260.730	6.1	5.290.918	6.9
<b>Crecimiento promedio anual (%)</b>				
	7.1		9.3	
<b>Crecimiento acumulado (%)</b>				
	112.4		165.7	

\* El gasto público social corresponde al gasto del gobierno central en funciones sociales. El gasto fiscal social corresponde al gasto del Tesoro Público en funciones sociales

Fuente: Ministerio de Hacienda en Indicadores Económicos y Sociales 1990 – 2000 MIDEPLAN

El aporte del gasto fiscal al gasto público social creció desde 76,6 % en 1990 a 81,6 % en 1995, y 84,5 % en 2000. En tanto, entre 1989 y 2000 el gasto público social per cápita creció 79,8% y el gasto fiscal social per cápita 116,7%. En 2000, el gasto público social per cápita ascendió a US\$ 763 y el gasto fiscal social a US\$ 645.

Entre 1990 y 2000 aumentó la participación del gasto fiscal en el PIB desde 16,4% a 20,2% y la participación del gasto público en el PIB desde 21,0 % a 24,0%. En tanto, en 2000 la participación del gasto público social y del gasto fiscal social en el PIB fue de 16,6% y 14,0%, respectivamente, superior a la observada en 1990 (12,9% y 9,9%, respectivamente).

Desde el punto de vista sectorial del gasto social vemos que entre 1989 y 2000 el gasto público y fiscal aumentó en todos los sectores sociales. Consistentemente con el énfasis otorgado a la

inversión social, el gasto en educación, salud y otros programas de inversión social creció por sobre el promedio, mientras aquél en previsión y subsidios monetarios lo hizo bajo éste (ver cuadro VII).

**Cuadro VII.** Estructura sectorial (%) del gasto público social y fiscal social (1990, 1995 y 2000). Chile

Sector Social	Gasto público social			Gasto fiscal social		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000
Salud	15.3	18.0	17.6	7.5	10.2	9.6
Vivienda	8.1	8.0	5.8	6.6	8.6	5.9
Previsión	49.0	42.7	41.5	52.4	45.1	44.2
Educación	19.5	22.3	25.2	25.1	26.9	29.9
Subsidios monetarios	4.6	3.9	3.9	5.9	4.8	4.7
Otros*	3.6	5.1	6.0	2.5	4.4	5.8
<b>Total sectores sociales</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

(\*) Incluye principalmente programas de inversión social orientados a los grupos prioritarios, ejecutados por instituciones tales como FOSIS, INDAP, Ministerio del Trabajo, SERNAM, INJ, CONADI, FONADIS, INTEGRA, PRODEMU, CONAPRAN, CORDAM, SENAME y DIGEDER.

Fuente: Elaborado a partir de información del Ministerio de Hacienda en Indicadores Económicos y Sociales 1990 – 2000 MIDEPLAN

Durante el período cambió la estructura sectorial del gasto social de acuerdo con las nuevas orientaciones de la política social, aumentando la participación de educación, salud y de nuevos programas sociales destinados a grupos prioritarios (vulnerables) y disminuyendo la de los subsidios monetarios asistenciales. Como resultado, el país ha experimentado importantes avances en materia social. Así, las evaluaciones realizadas por el Ministerio de Planificación muestran una reducción sustantiva de la pobreza e indigencia entre 1990 y 2000. No obstante, desde 1996, esta reducción ha atenuado su ritmo con relación a la pobreza y se ha estabilizado con relación a la indigencia, producto fundamentalmente de la situación del empleo en el país.

### **Incidencia de la pobreza e indigencia**

A lo largo de la década, el país ha sido capaz de reducir la población en situación de pobreza desde 38,6% en 1990 a 20,6 % en 2000. Asimismo, la población en situación de indigencia ha disminuido desde 12,9% a 5,7%. En términos de hogares, el porcentaje de hogares pobres disminuyó desde 33,3% en 1990 a 16,6 % en 2000 y el de hogares indigentes se redujo desde 10,6% a 4,6% en el mismo período. En términos absolutos, ello significa que en 2000 hay alrededor de 1 millón 884 mil personas menos en situación de pobreza en el país que al inicio

de la década. Esta cifra incluye 810 mil personas menos en situación de indigencia con relación a 1990. En términos de hogares, en 2000 hay cerca de 413 mil hogares menos en situación de pobreza que en 1990 y, dentro de ellos, algo más de 159 mil hogares menos en situación de indigencia. En el período no sólo se reduce la incidencia de la pobreza, sino también su intensidad; esto es, la brecha entre el ingreso actual de la población pobre e indigente y la línea de la pobreza e indigencia, respectivamente.

### **Distribución del ingreso**

El análisis de la distribución del ingreso autónomo y monetario\* de los hogares durante el período

\* El ingreso monetario del hogar se define como la suma del ingreso autónomo del hogar y las transferencias monetarias que éste recibe del Estado. El ingreso autónomo, también llamado primario, se define como todos los pagos que recibe el hogar como resultado de la posesión de factores productivos. Incluye sueldos y salarios, ganancias del trabajo independiente, la autoprovisión de bienes producidos en el hogar, rentas, intereses, pensiones y jubilaciones. Las transferencias monetarias son todos los pagos en dinero provistos por el Estado. Incluyen las Pensiones Asistenciales (PASIS), los subsidios de cesantía, los Subsidios Único Familiares (SUF), las asignaciones familiares, el Subsidio del Agua Potable (SAP) y otros subsidios del Estado.

1990-2000, muestra que el país mantiene una elevada concentración del ingreso, que no se ha alterado durante la década, o lo ha hecho

marginalmente, y una mejoría en esta distribución como efecto de las transferencias monetarias que reciben los hogares de menores recursos.

**Cuadro VIII.** Distribución del ingreso autónomo y monetario en Chile\* (1990-2000)

	1990	1992	1994	1996	1998	2000
<b>Ingreso autónomo</b>						
Índice 20/20	14.0	13.2	14.3	14.6	15.5	15.3
Índice 10/40	3.5	3.3	3.5	3.5	3.5	3.6
Coefficiente de Gini	0.58	0.57	0.58	0.57	0.58	0.58
<b>Ingreso monetario</b>						
Índice 20/20	12.9	12.2	13.2	13.8	13.9	13.2
Índice 10/40	3.3	3.2	3.3	3.4	3.3	3.3
Coefficiente de Gini	0.57	0.57	0.55	0.56	0.57	0.57

(\*) Se excluye al servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar.

Fuente: Elaborado a partir de información de Encuestas CASEN años respectivos en Indicadores Económicos y Sociales 1990 – 2000 MIDEPLAN

En efecto, los valores del coeficiente de Gini, estimados a partir del ingreso autónomo, han fluctuado entre 0,57 y 0,58 durante los años considerados. Por su parte, el índice 20/20, muestra que el ingreso autónomo promedio de un hogar perteneciente al 20% de los hogares de mayores ingresos ha sido entre 13,2 y 15,3 veces superior al ingreso de un hogar perteneciente al 20% más pobre de los hogares; y el índice 10/40 muestra que el ingreso autónomo promedio de los hogares pertenecientes al 10% de los hogares de mayores ingresos ha triplicado el ingreso de los hogares pertenecientes al 40% más pobre de los hogares.

Las transferencias monetarias, realizadas por el sector público a los hogares de menores ingresos, mejoraron durante toda la década la distribución prevaleciente al considerar sólo los ingresos autónomos, disminuyendo la brecha entre el ingreso de los grupos más pobres y más ricos. En efecto, el índice de Gini mejoró levemente cada año, al estimarlo a partir del ingreso monetario, desde valores entre 0,57 y 0,58 (ingreso autónomo) a valores entre 0,56 y 0,57 (ingreso monetario), por efecto de estas transferencias. Asimismo, al considerar los subsidios monetarios que reciben los hogares de menores ingresos de parte del Estado, disminuyó la diferencia entre los ingresos captados por los hogares más ricos y

aquellos de los hogares de menores ingresos, desde valores entre 13,2 y 15,3 (ingreso autónomo) a valores entre 12,2 y 13,2 (ingreso monetario), en el caso del índice 20/20, y desde valores entre 3,3 y 3,6 (ingreso autónomo) a valores entre 3,2 y 3,3 (ingreso monetario), en el caso del índice 10/40.

### **Educación: la enseñanza primaria, gratuita y obligatoria**

En Chile el alfabetismo en personas de 15 años o más de edad alcanza a 96% el año 2000 (CASEN). La enseñanza primaria es obligatoria y se denomina «educación general básica», ofreciéndose en seis niveles de un total de ocho años para las edades normales de 6 a 13 años. Por mandato constitucional, el gobierno de Chile financia un sistema gratuito que hace posible la obligatoriedad y asegura al acceso a la educación básica a toda la población. Específicamente, según datos de 1998 del Ministerio de Educación,<sup>5</sup> el gobierno financia y apoya material y técnicamente a una red de 8.507 escuelas, cuya administración está encargada a los 341 municipios del país o a sostenedores privados.

<sup>5</sup> Las cifras corresponden a las Estadísticas del Sistema Educativo Chileno del Ministerio de Educación.

La cobertura de la educación general básica en 1990 era de 96,8 % de la población de las edades de 6 a 13 años, y en 1998 la cobertura alcanzó 98,3%. En este mismo año, 91,2% de la población escolar asiste a la enseñanza primaria en establecimientos educacionales financiados con recursos públicos. Las referidas escuelas gratuitas son financiadas principalmente mediante una subvención estatal por alumno que asiste. Además, el Estado provee a este tipo de escuelas textos escolares gratuitos, asistencia técnica, prestaciones de alimentación, internados, becas, exámenes, tratamiento de salud y otros beneficios y recursos, destinados a hacer posible el ingreso, la retención y el éxito en los estudios de nivel básico.

El gobierno de Chile apoya también la educación media gratuita o de bajo costo, mediante similares recursos y apoyos que los ofrecidos a la educación básica. Este ciclo, de cuatro grados, no era obligatorio hasta el año 2003, pero era ampliamente disponible y tuvo en 1990 una cobertura de 80,5% de la población de 14 a 17 años de edad, y en 1998 la cobertura alcanzó a 86,9% de la población. En la educación media las mujeres registran una cobertura levemente superior a la de los hombres (87,6% y 86,3%, respectivamente). Esta situación se verifica para todos los quintiles de ingreso a excepción del quinto, donde las mujeres registran una cobertura igual a la registrada por los hombres.

#### Vivienda y saneamiento

A comienzos de la década de los noventa, la situación en materia de vivienda se caracterizaba por un déficit cuantitativo<sup>f</sup> de trayectoria creciente, reflejada en la existencia de más de 900 mil

familias sin casa. Según datos de la División de Política Habitacional, a 1998, el déficit se ha reducido a menos de 600 mil. Las estadísticas de permisos de edificación del Instituto Nacional de Estadísticas permiten estimar que, a 1998, el parque habitacional de viviendas alcanzó los 4 millones de unidades, para una población proyectada de 14,8 millones de chilenos. Por otro lado, se verificaban serios problemas de calidad en el parque habitacional; en efecto, cerca de 660.000 hogares habitaban en viviendas que presentaban algún déficit cualitativo.<sup>g</sup>

Entre 1990 y 2000, los distintos tipos de déficit disminuyeron. Mejoraron significativamente las condiciones habitacionales en que residen los hogares: los hogares afectados por algún tipo de déficit disminuyeron de 53% a 37%. En 2000, el allegamiento se redujo alrededor de 30% de los hogares, considerando tanto aquellos que no tienen casa como aquellos que reciben la suya en un hogar allegado. Las viviendas deficitarias (mediaguas, conventillos, casas deterioradas, sin saneamiento básico bajaron a 10,9%).

En materia de servicios sanitarios, a 1998, de un total de 3.7 millones de hogares registrados a nivel nacional, las estadísticas de la Encuesta CASEN señalan que 653 mil habitaban viviendas cuya eliminación de excretas se realizaba sea mediante letrinas, pozos negros o con ausencia de cualquier sistema (17% del total nacional). Dicho cómputo significa una reducción acumulada de 20% respecto de la cifra registrada para 1990, paralelamente a que los hogares servidos con alcantarillado han aumentado en 32% en igual período, y los hogares servidos por fosas sépticas en 18%.

**Cuadro IX.** Número de hogares alojados en viviendas según servicio sanitario en Chile

EliminaciÛn de excretas	1990	1992	1994	1996	1998	% VariaciÛn 1990-98
Alcantarillado	2.198.152	2.409.633	2.595.960	2.673.774	2.894.019	31,7
Fosa séptica	165.364	137.745	194.729	187.237	195.103	18,0
Letrina, pozo negro, no tiene	809.034	819.006	746.085	726.630	653.561	-19,2
Total	3.172.550	3.366.384	3.536.774	3.587.641	3.742.683	18,0

Fuente: MIDEPLAN (1999) «Encuesta CASEN: MÓDULO Serie 1987-1998<sup>a</sup>, División Social.

Un elemento de importancia ha sido el aumento en las coberturas de saneamiento básico (agua potable y alcantarillado). En el año 2000 el 99% de la población urbana tiene acceso al agua potable, en tanto que sólo 40% de la población rural cuenta

con servicio de agua potable.\* A su vez, 77% de la población general tiene acceso a servicio de alcantarillado, 89% de la población urbana y 4,4% de la población rural cuentan con sistema higiénico de eliminación de excretas.<sup>f</sup>

**Cuadro X.** Número de hogares y estimación de personas alojados en viviendas sin servicio de agua potable en Chile

Abastecimiento Agua	1990	1992	1994	1996	1998	% Variación 1990-98
Nº Hogares por acarreo	375.956	341.460	264.158	252.113	211.031	-43,9
% del total de hogares	11,9	10,1	7,5	7,0	5,6	-52,4
Nº Personas (estimación)	1.523.048	1.347.874	1.024.992	994.904	820.784	-46,1

Fuente: Datos MIDEPLAN (1999) «Encuesta CASEN: Modulo Serie 1987-1998», División Social

Acarreo: comprende hogares con y sin acceso a red pública

Nº personas: Nº hogares \* Tamaño medio del hogar según CASEN del año respectivo

### 3. Situación de salud

Durante el siglo XX las condiciones de salud de los chilenos mejoraron considerablemente, producto tanto del aumento de la calidad de vida, como de la implantación de políticas de salud pública de gran impacto poblacional.<sup>7</sup>

Para el año 2001 la mortalidad general era de 5,3 por mil, y la mortalidad infantil ha experimentado una tendencia sostenida al descenso. En 1950, 136 de cada mil niños fallecían antes de cumplir un año de vida, para el año 2001 sólo 8,9 de cada mil. La mortalidad materna ha descendido de 7,3 por diez mil nacidos vivos en 1980 a 1,9 el año 2000. La mejoría de las condiciones sanitarias, junto a los programas de vacunación y al acceso a servicios de atención permitieron disminuir la mortalidad por enfermedades infecciosas de 83,7 por cien mil habitantes en 1971 a 15,4 en 1998. La esperanza de vida al nacer era de 75,66 años en el año 2001, 78,73 años para las mujeres y de 72,71 para los hombres.

Las enfermedades que generan mayor carga de mortalidad son las cardiovasculares, cánceres (de cuello uterino, de mama y de vesícula), traumatismos (accidentes de tránsito), enfermedades respiratorias (neumonía de adultos mayores), diabetes, y VIH/SIDA, que ha mantenido un aumento sostenido desde que empezó la epidemia. Los cambios en la sociedad han

generado problemas de salud que no matan, pero disminuyen la calidad de vida, generando discapacidad, dolor y angustia. Estos últimos se refieren a problemas de salud mental, salud dental y enfermedades osteoarticulares. Todas estas situaciones de salud están contempladas como objetivos sanitarios para la década 2000-2010.<sup>8</sup>

<sup>f</sup> Corresponde a la necesidad de viviendas producto del allegamiento. Se incluye el allegamiento externo e interno. El allegamiento externo se refiere a aquellos hogares que comparten la vivienda o el sitio. El allegamiento interno corresponde a los núcleos familiares allegados, es decir, a familias que integran un hogar extenso (con más de un núcleo) compartiendo la vivienda y presupuesto de alimentación.

<sup>§</sup> Se refiere a aquellas viviendas que presentan uno o más de los siguientes déficit: (i) de materialidad (infraestructura), (ii) de saneamiento (agua potable), (iii) de habitabilidad (ambas).

\* MIDEPLAN, CASEN 2000

<sup>f</sup> MIDEPLAN, CASEN 2000

**Cuadro XI.** Indicadores de salud 1990 – 1999

Indicadores	1990	1999
Atención profesional del parto	99.0	99.7
Bajo peso al nacer (por ciento)	5.7	5.5
Peso insuficiente al nacer (por ciento)	18.2	15.6
Tasa de desnutrición en menores de seis años de edad* (por ciento)	7.4	0.5 <sup>(1)</sup>
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	16.0	10.1
Tasa de mortalidad neonatal (por mil nacidos vivos)	8.5	5.9
Tasa de mortalidad infantil tardía (por mil nacidos vivos)	7.5	4.2
Tasa de mortalidad de 1 a 4 años (por mil habitantes de 1 a 4 años de edad)	0.79	0.4
Tasa de mortalidad materna (por 10 mil nacidos vivos)	4.0	2.3
Tasa mortalidad cáncer cérvico uterino (por cien mil mujeres)	11.9	9.5
Tasa de mortalidad por afecciones perinatales (por cien mil nacidos vivos)	552.8	353.2
Tasa de mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio (por cien mil habitantes)	75.3	76.4
Tasa de mortalidad por traumatismos y envenenamientos (por cien mil habitantes)	73.2	51.0
Esperanza de vida al nacer***	74.43 <sup>(2)</sup>	75.21 <sup>(3)</sup>

En 1994 cambia el parámetro de medición.

(1) Corresponde a diciembre de 2001; (2) Corresponde al quinquenio 1990-1995; (3) Corresponde al quinquenio 1995-2000

Fuente: Ministerio de Salud

En Chile el descenso de la mortalidad infantil está últimamente asociada en forma importante a la extensión y cobertura de los servicios de salud. Los niños chilenos nacen en maternidades y reciben atención profesional en más de 99% de los casos. Pese a los logros obtenidos, el análisis de las tasas a escala nacional refleja que existen marcadas diferencias a lo largo del territorio, observándose que la mortalidad infantil tiende a ser tres a cuatro veces mayor en aquellas comunas de bajo nivel de vida, comparadas con las de mejor nivel.

Respecto a la población, ha variado la conducta reproductiva de las mujeres, medida por una reducción de la fecundidad de 4,9 hijos promedio por mujer en 1965 a 2,1 en 1999. La concentración de nacimientos de orden uno y dos es casi de 73% y se constata acumulación de la fecundidad en mujeres jóvenes (65,4% de los nacidos vivos provienen de mujeres menores de 30 años de edad). Los cambios en la natalidad y el tamaño de la familia están estrechamente relacionados con el mejoramiento de la educación de las madres. Este mejor nivel cultural explicaría casi un tercio del descenso de la mortalidad infantil.

Las principales causas de muerte en la población general son las enfermedades ligadas a los estilos

de vida y al envejecimiento, tales como enfermedades del aparato circulatorio (27,9%) y tumores malignos (24,2%), enfermedades del aparato respiratorio (10,5%) y traumatismos y envenenamientos (9,8%). Chile se encuentra libre de la mayoría de las enfermedades emergentes o re-emergentes, con la notable excepción del síndrome pulmonar por Hantavirus, cuya presencia se confirma en varias regiones del país. El SIDA sigue también siendo objeto de preocupación, por su posible expansión.\*

Al igual que en otros países de la Región, el daño de la salud relacionado con el medio ambiente se expresa desde enfermedades transmisibles asociadas a condiciones de insuficiente saneamiento básico, hasta problemas agudos y crónicos derivados de la presencia de contaminantes en el aire, agua, alimentos y suelo. La mala calidad del aire en la Región Metropolitana constituye un problema de alta sensibilidad social y política, especialmente en los meses de invierno. En el ámbito rural se enfrenta la necesidad de dar una pronta respuesta a la situación de más

\* Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología, Vigilancia de Infección por Hantavirus y CONASIDA

400.000 personas, 28% de la población rural que no cuentan con agua potable.<sup>f</sup>

#### 4. Organización del sistema

El Sistema de Servicios de Salud en Chile es un sistema «dual» más que propiamente mixto, tanto en el financiamiento como en la prestación. En el financiamiento, combina un esquema de seguridad social con un sistema de seguros privados de carácter competitivo. Estos dos componentes comparten una fuente de financiamiento que es el aporte obligatorio de los trabajadores asalariados (7% de su renta imponible), con un límite de 60 unidades de fomento (UF).<sup>§</sup> Sin embargo, la complementariedad público – privada no ocurre por razones estructurales del sistema y por razones culturales de la población.

La Constitución del país otorga a los trabajadores, quienes tienen la obligatoriedad de cotizar, la libertad de elegir (libertad que no tienen los indigentes o carentes de recursos, los que deben obligatoriamente integrarse al Fondo Nacional de Salud) entre las dos modalidades mencionadas. La primera, de naturaleza pública la gestiona el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este Fondo recibe, además, las transferencias del Presupuesto de la Nación para la atención de los indigentes y para los programas de salud pública por lo que gestiona la globalidad de los fondos públicos y los aportes de los asalariados que escogen esta opción de aseguramiento. La segunda está constituida por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), aseguradoras privadas de salud que administran la cotización obligatoria de quienes opten por adscribirse a ellas.

Las ISAPRES pueden acordar con sus clientes primas complementarias para mejorar los planes de salud. Las ISAPRES son fiscalizadas por la Superintendencia de ISAPRES (SISP). Existe otro seguro específico para accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, que es administrado

por Mutualidades de Empleadores y financiado por los empleadores mediante un porcentaje de las remuneraciones (0,9%), el que puede aumentar según el riesgo de accidentabilidad de la empresa.

La cobertura global del FONASA en el año 1999 fue de 62% de la población chilena asalariada, mientras que la de las ISAPRES fue de 22%. El 16% restante corresponde a grupos con sistemas particulares (como las Fuerzas Armadas) o no pertenecen a ningún sistema y son cubiertos por el FONASA. La población cubierta por FONASA tiene una mayor proporción de mujeres, especialmente en el segmento de edad fértil, y de adultos mayores que la población adscrita a las ISAPRES.

Los asegurados del FONASA tienen dos posibilidades de acceso a la atención de salud. En la modalidad institucional sólo pueden utilizar la red pública de prestadores. Toda la población considerada como indigente pertenece obligatoriamente a esta modalidad. La otra alternativa es la modalidad de libre elección, reservada a los cotizantes y sus beneficiarios. Estos tienen la opción de elegir dentro de la lista de prestadores públicos y privados que han suscrito convenio con FONASA.

Las ISAPRES pueden ser cerradas o abiertas. En el primer caso, la posibilidad de inscripción está limitada a ciertas personas, en general las que trabajan en una empresa o un sector económico determinado. En el segundo, la inscripción es abierta a toda la población con niveles de renta que les permita afiliarse. En su gran mayoría, las ISAPRES (23 operando en el año 2000) trabajan preferentemente con prestadores privados, aunque pueden realizar acuerdos con las instituciones públicas de salud para la atención de urgencia, unidades de tratamiento intensivo y pensionados (secciones de hospitales públicos destinadas a atención de pacientes privados, con un número de camas que no puede exceder 10% del total de la dotación). Algunas ISAPRES disponen, a su vez, de su propia red para la atención de sus beneficiarios.

El FONASA y la SISP, si bien son instituciones con patrimonio y personalidad jurídica propia, se encuentran sometidos a la rectoría del Ministro de

<sup>f</sup> MIDEPLAN, CASEN 2000

<sup>§</sup> La Unidad de Fomento corresponde a una unidad de transacción financiera que incorpora la inflación. Al 30 de octubre 2001, el valor de una UF correspondía aproximadamente a USD 23.

Salud. Los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud, son los representantes del Ministro en la región, quien los designa en consulta con el Intendente y pasan a formar parte del gabinete técnico de ese último.

Existen otros dos organismos autónomos de ámbito nacional: el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central de Abastecimiento (CENABAST). El ISP, a la vez que realiza el control de los medicamentos e insumos médicos, también actúa como laboratorio de referencia nacional y productor de vacunas y reactivos, y tiene funciones en la vigilancia y cumplimiento de regulaciones ambientales. La CENABAST actúa como agente intermediador para la compra de productos destinados al subsistema público.

La provisión de servicios de atención de salud es mixta. Existe, por un lado, una red pública extensa de hospitales de diversa complejidad, centros de diagnóstico y terapéutica, centros de referencia de salud, centros de salud (llamados consultorios) urbanos y rurales, y postas rurales. La mayoría de los establecimientos del primer nivel de atención son administrados por los municipios. Los hospitales son dirigidos por los Servicios de Salud, entes territoriales descentralizados del Ministerio de Salud (28), a los que se agrega, en la Región Metropolitana de Santiago, el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente (SESMA).

Los consultorios de atención primaria están financiados sobre la base del número de personas inscritas. A este aporte del nivel nacional las comunas pueden agregar un financiamiento propio para la salud, definido con total autonomía. El presupuesto de los hospitales depende de una mezcla de asignación histórica y de retribución financiera por la resolución de problemas priorizados (Pago Asociado a Diagnóstico y algunos programas específicos -prestaciones complejas, adulto mayor, reducción listas de espera-).

El sector privado proveedor está conformado por un conjunto de clínicas, consultorios, laboratorios y farmacias, manejados por personas o sociedades privadas y que tienen una mayor concentración en las regiones con mayor proporción de población del país. La presencia de Organizaciones no

Gubernamentales (ONG), sin fines de lucro, es escasa. Existen instituciones caritativas, como la Cruz Roja, CARITAS Chile (Iglesia Católica) con actividades de promoción de la salud o de ayuda directa a los enfermos. Algunas ISAPRES disponen a su vez de su propia red de prestadores para la atención de sus clientes.

El Ministerio de Salud ejerce la conducción sectorial y le corresponde formular y fijar, de acuerdo con las directivas del gobierno, las políticas de salud y las normas y planes generales para el Sistema, además de supervisar, controlar y evaluar su cumplimiento.

Los servicios públicos que dependen del Ministerio y forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) son: los Servicios de Salud (28 servicios territoriales), el Fondo Nacional de Salud, la Superintendencia de ISAPRES, el Instituto de Salud Pública y la Central Nacional de Abastecimiento. Las personas, instituciones y demás entidades privadas gozan de libre iniciativa para realizar acciones de salud, en la forma y condiciones que determine la ley. La regulación y control del sector privado asegurador corresponde a la Superintendencia de ISAPRES. La SISP dicta normas que puntualizan aspectos definidos en la Ley de ISAPRES, tales como condiciones de afiliación, contenido de los contratos de salud, características y forma de expresar los precios de los planes de salud y los aranceles de prestaciones. Sin embargo, la Superintendencia carece de atribuciones para regular las coberturas ofrecidas en los planes de salud. La SISP publica regularmente los dictámenes que emite al resolver las controversias entre ISAPRES y sus asegurados los cuales permiten construir jurisprudencia sobre los objeto de litigio. Por último, la SISP realiza estudios técnicos y produce estadísticas que permiten visualizar el sistema de ISAPRE en forma global, entregando, de paso, herramientas para analizar aspectos concretos de cada una de ellas. Entre otros, calcula un índice para alzas máximas de precios de planes de salud de cotizantes cautivos.<sup>§</sup><sup>¶</sup>

<sup>§</sup> Cotizantes cautivos: son personas afiliadas a una ISAPRE, que no pueden optar a cambio de ISAPRE por ser de tercera edad y/o tener enfermedades crónicas o catastróficas». Estas personas, como no tienen libertad de cambiarse de ISAPRE porque serán rechazadas, están protegidas por la ley.

<sup>¶</sup> Superintendencia de ISAPRES. Memoria Anual 2000.

Los servicios de salud ejercen las funciones de autoridad sanitaria en su jurisdicción geográfica, desarrollando las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de salud por los distintos proveedores públicos y privados. Respecto de los hospitales públicos de su jurisdicción, las Direcciones de los Servicios de Salud tienen responsabilidades administrativas. La regulación de los medicamentos e insumos médicos está delegada en el Instituto de Salud Pública.

La complementariedad público privada se da en los siguientes ámbitos: (i) a través de la venta de servicios de los hospitales públicos a los beneficiarios de las ISAPRE, mediante la modalidad de «pensionados» en la que los hospitales fijan aranceles a los beneficiarios de dichas instituciones; (ii) mediante la obligatoriedad por parte de hospitales públicos de atender urgencias y dar atención en cuidados intensivos a beneficiarios de ISAPRE; en esos casos luego de la atención los hospitales facturan a los usuarios quienes deben solicitar reembolsos a su ISAPRE, el reembolso estará determinado por el tipo de contrato suscrito (se producen altos niveles de endeudamiento muchas veces incobrables entre los afiliados de las ISAPRE y los hospitales públicos por dicha modalidad. En la práctica es una forma encubierta de reaseguro que el sector público da al privado); (iii) por la compra de servicios de consultorios municipales u hospitales públicos a laboratorios y clínicas privadas; (iv) por la delegación o subrogación de servicios a entes privados por parte de una entidad pública (existe desde la década de los 80 una legislación específica para esa materia. Esta permite que un privado «administre» o preste determinados servicios por cuenta del Estado. En esta modalidad hay privados que colaboran con el sector público en áreas como la cardiocirugía, el tratamiento del cáncer, entre otros. No es un área muy desarrollada en Chile), y (v) por la contratación de

servicios por parte del FONASA cuando el sector público no tiene oferta suficiente. Esta área de complementariedad se está desarrollando en el último tiempo en el ámbito de los problemas de salud catastróficos. En este ámbito el FONASA incorpora centros privados acreditados a las redes públicas y transfiere recursos al mismo arancel que a los hospitales privados.

## 5. Financiamiento

Para el subsector público la información sobre financiamiento del gasto en salud es elaborada por FONASA y es confiable y oportuna. Ocurre lo mismo con la SISP para la información financiera de las ISAPRES. Sin embargo, no hay información regular sobre los gastos «de bolsillo». En 1999, el financiamiento total promedio per cápita era de 114.500 pesos para la población beneficiaria de FONASA e ISAPRE, o sea 235 USD. En cuanto al financiamiento público, su origen se distribuye entre el aporte fiscal para salud, las cotizaciones y copagos de las personas inscritas en el sistema público y los ingresos de operación. En 1999, esta distribución era de 54%, 39% y 7%, respectivamente, mientras que en 1990, las cifras fueron de 41%, 53% y 6%, respectivamente. A esto hay que agregarle los aportes directos de los municipios, cuyo total, para 1998, se estimaba en 4.031 pesos en promedio per cápita.

Los recursos asignados a este sector han aumentado sostenidamente desde 1990 con el fin de mejorar la cobertura y la calidad de la atención de los servicios de salud. En respuesta al severo deterioro en que se encontraba el sector, el gasto fiscal en salud se ha incrementado en 226,4% entre 1989 y 2000, lo que ha permitido un aumento del gasto público de 135,4% en el período. En 2000, el gasto público en salud ascendió a US\$2.037 millones (2,9% del PIB) y el fiscal a US\$ 940 millones (1,3% del PIB).

**Cuadro XII.** Gasto público y fiscal en salud (1989-2000) (millones de pesos de 2000). Chile

Año	Gasto público	Variación anual	Gasto fiscal	Variación anual
1989	466.887		155.383	
1990	445.687	-4.5	167.110	7.5
1991	524.905	17.8	210.860	26.2
1992	613.624	16.9	260.441	23.5
1993	687.869	12.1	308.746	18.5
1994	758.221	10.2	357.673	15.8
1995	790.037	4.2	367.312	2.7
1996	858.208	8.6	400.909	9.1
1997	909.711	6.0	433.936	8.2
1998	984.081	8.2	454.842	4.8
1999	1.014.263	3.1	481.177	5.8
2000	1.099.109	8.4	507.156	5.4
	2037.31116		940.06562	
<b>Crecimiento promedio anual (%)</b>				
		8.9		12.6
<b>Crecimiento acumulado (%)</b>				
		135.4		226.4

Fuente: Ministerio de Hacienda en Indicadores Económicos y Sociales, MIDEPLAN

La contribución del gasto fiscal al gasto público en salud aumentó desde 33,3% en 1989 a 46,1% en 2000. Entre 1989 y 2000, aumentó la participación de salud en el gasto público social, desde 15,8% a 17,6%, y en el gasto fiscal social desde 7,5% a 9,6%.

Entre 1989 y 2000, la participación del gasto público en salud y del gasto fiscal en salud en el PIB aumentó desde 2,1% a 2,9%, y desde 0,7% a 1,3%, respectivamente. Entre 1989 y 2000, el gasto fiscal per cápita en salud aumentó 222,2% y el gasto público per cápita en salud en 132,4%. En 2000, el gasto público per cápita en salud ascendió a US\$ 204 y el gasto fiscal per cápita en salud a US\$ 94.\*

**Cuadro XIII.** Gasto en salud sector público (1) y privado 1990-2000 (en MM CH\$ de 2000). Chile

Sector	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Público (1)	424.258	841.219	919.109	964.478	1.069.322	1.127.234	1.223.248
ISAPRE (2)	265.345	558.743	608.467	620.662	676.799	670.067	661.258
Municipal	nd	nd	nd	35.077	39.499	39.270	nd

Fuentes: Departamento de Finanzas y Recursos Humanos FONASA- Balance Presupuestario Sector Público de Salud. Departamento de Estudios Superintendencia de ISAPRE. Boletín Estadístico Superintendencia de ISAPRE. (1) Se considera como sector salud a aquel vinculado a las siguientes instituciones: Central de Abastecimiento, ISP, Instituto de Salud Pública, Subsecretaría de Salud, S.N.S.S., Súper de ISAPRES y FONASA. (2) Considera a partir del estado de resultado del sistema, costos de explotación u operación más gasto de administración

El aseguramiento privado se efectúa mediante las cotizaciones de las personas inscritas en las ISAPRES. La Ley que rige el funcionamiento del FONASA desde diciembre de 1999, definió, por una parte, que a partir de julio de 2004, ningún afiliado de ISAPRE tendrá acceso al llamado

subsidio del 2%, el cual había sido establecido en la década de los 80 como un subsidio para

\* Ministerio de Hacienda en Indicadores Económicos y Sociales, MIDEPLAN

incentivar el traspaso de afiliados de FONASA hacia las ISAPRE. Además, definió que desde junio de 2000 el subsidio es en moneda corriente y, en un monto tal, que el total de la cotización del afiliado dependiente de ISAPRE no exceda de 2 UF del mes anteriormente señalado.

La cooperación financiera externa en salud que recibe Chile es marginal. Se ha gestionado un préstamo por parte del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), destinado a la promoción de la salud de los pueblos indígenas. Su monto es del orden de 45 millones de dólares.

La evolución del gasto del sector público en salud fue la siguiente: En 1990 se gastaban MM\$ 405,697 para 9,729,020 beneficiarios y un per cápita de M\$ 41.7. En el año 1999, a moneda de igual valor, con 9,403,455 beneficiarios, el gasto ascendió a MM\$ 1,078,693 (166%) y el per cápita a M\$ 114,7 (175% de aumento).

El gasto público en millones de pesos fue de 1,078,693 en el año 1999 (con un aumento de 174% respecto a moneda de igual valor de 1990); 54% se gasta en transferencias para los Servicios de Salud (en sueldos y salarios es 38%, con un incremento entre 1990 a 1999 de 201%), 13% se utiliza en la modalidad de libre elección (con un aumento en ese período de 158%). Lo disponible para inversión es 4%, pero aumentó 353% respecto a 1990; 6,4% para programas de salud pública; 6% para subsidios de incapacidad laboral. Dentro del gasto a servicios de atención 18% del gasto del año 2002 corresponde a atención primaria, con un aumento de 250% respecto a 1990.

Como se explicó, el financiamiento de la red de salud depende del tipo de establecimiento. Para los

consultorios de atención primaria, el aporte es en función del número de personas inscritas. El cálculo del per cápita se hace según las características de pobreza y ruralidad de las comunas, lo que puede traducirse en diferencias del orden de 15%. Los hospitales están financiados sobre la base de aportes históricos y de pagos asociados a diagnósticos resueltos ligados a programas específicos (Programa de Oportunidad de Atención (POA: resolución de listas de espera), adulto mayor, enfermedades catastróficas y, últimamente, a un piloto del Plan Auge (paquete de servicios obligatorio de la actual reforma) con relación a tres problemas de salud priorizados: cáncer infantil; cardiopatías congénitas e insuficiencia renal crónica). En el año 2000 la asignación histórica representó alrededor de 80% del total.

Respecto al gasto privado se cuenta con información confiable que proviene del funcionamiento de las ISAPRE, sin que se conozca con certeza lo que ocurre con los gastos «de bolsillo». La distribución del gasto de las ISAPRE, para el año 1999 fue el siguiente: 63% para prestaciones médicas, 18% para otras prestaciones (principalmente subsidios de incapacidad laboral) y 19% para gastos de administración y ventas. Las ISAPRES han visto mermada su participación en el sistema global de aseguramiento en consonancia con la evolución del empleo en el país.

Los servicios públicos de salud están obligados a atender las urgencias independientemente del sistema al que pertenece la persona y a otorgar los programas de salud pública (como inmunizaciones o control de la tuberculosis) sin discriminación. El cuadro XIV muestra la evolución de la distribución entre los sistemas de seguro entre los años 1990 y 2001.

**Cuadro XIV.** Distribución de la población por sistemas de seguro. Chile 1990-2001 (años seleccionados)

	1990	1995	1999	2001
<b>FONASA</b>	73,7%	60,3%	62,2%	67,4%
<b>ISAPRES</b>	16,0%	26,3%	22,0%	18,9%
<b>Otros</b>	10,3%	13,4%	15,8%	13,7%

Fuentes: Fondo Nacional de Salud (FONASA) - Superintendencia de ISAPRE.

En FONASA se ofrece cobertura financiera para más de 2.000 tipos de prestaciones. Estas prestaciones pueden ser agrupadas de la siguiente manera: (1) atención ambulatoria: consultas médicas, exámenes de laboratorio clínico e imagenología; (2) atención cerrada: hospitalización, incluyendo procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y (3) programas especiales, cardiocirugía, neurocirugía, trasplantes renales y hepáticos, medicina nuclear, atención oncológica, hemodiálisis y programa del adulto mayor.

En la modalidad de atención institucional, los beneficiarios pueden acceder a las atenciones de salud que otorga la red de centros asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Según el ingreso del afiliado, éste debe efectuar copagos que fluctúan entre 10% y 20% del valor de prestación. En la modalidad de libre elección, los afiliados pueden elegir libremente al profesional y establecimiento dentro del Rol de Inscripción del FONASA. Esta modalidad de atención considera siempre la cancelación de un copago por el beneficiario, el cual varía de acuerdo con la prestación y la categoría a la que el profesional o el establecimiento estén inscritos en el registro de proveedores de FONASA.

En las ISAPRES el contrato de seguro se suscribe individualmente entre la institución aseguradora y el cotizante, aunque existen planes colectivos cuyos beneficios y costos son negociados entre la ISAPRE y los representantes de los trabajadores de una determinada empresa. Los contratos tienen en general una vigencia de un año. Como no existen planes obligatorios de referencia, ha proliferado una gran cantidad de planes distintos, cuyo número, a mayo de 2000, sobrepasa los 47 mil vigentes y 11 mil en comercialización. En este contexto, resulta muy difícil comparar los planes y establecer las diferencias entre ellos. De cualquier manera, estos planes, en general, incluyen copagos a cargo de los cotizantes, cuyo valor es también muy variable. Sin embargo, las ISAPRES no pueden proponer planes de salud con una cobertura inferior a 50% del nivel 1 de FONASA. Recientemente las ISAPRES han implementado un sistema voluntario de Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas en los planes de

salud, con aportes adicionales de los cotizantes con un valor cercano a USD 2,5 por beneficiario. Adicionalmente, la institución deberá incurrir en todos los gastos asociados a un evento de salud, cuyas prestaciones asociadas son otorgadas en la red nominada por la misma, cuando los copagos asociados a dicho evento superen en treinta veces el precio del plan, con un piso de 60 UF<sup>f</sup> y un techo de 126 UF.

Debido a las condiciones estructurales del sistema de salud chileno, el seguro público, FONASA, en la práctica, actúa como un reaseguro para las ISAPRES, pues FONASA debe recibir, y no puede rechazar, a todos quienes son excluidos de las ISAPRES. En cuanto a la provisión, particularmente en urgencias y hospitalizaciones existe un número importante de beneficiarios de ISAPRES que se atienden en la red pública. Además, las ISAPRES concentran su cobertura en la población joven, masculina y con mayores ingresos. De hecho 51,8% de su población está en los deciles más altos de ingreso, mientras que 69,6% de la población de FONASA se ubica en los 5 deciles más pobres.<sup>9</sup> En cuanto a la distribución de recursos, existe una política de redistribución del financiamiento del Estado destinado a la APS, a favor de las comunas pobres y rurales. Sin embargo, tal efecto no se observa en la contribución municipal que es más elevada en las comunas más ricas.<sup>10</sup>

## 6. Cobertura

En Chile existe cobertura universal. Los asalariados obligatoriamente cotizan 7% en la seguridad social pública en salud -FONASA- o en las administradoras privadas ISAPRE, tal como se señaló en el cuadro XIV. Los independientes pueden cotizar en una ISAPRE y quienes no tienen recursos tienen cobertura a través del FONASA. Son excepción a lo ya señalado los miembros de las fuerzas armadas que tienen su propio sistema de salud.

La atención básica de salud cubre al 100%. La oferta para prestaciones complejas y de algunas

---

<sup>f</sup> La UF es una unidad reajutable que se calcula con base al IPC y que a septiembre del 2003 tenía un valor de \$ 17.000

especialidades es aún insuficiente para cubrir la emergente demanda, por lo cual existen problemas en la oportunidad del acceso y de listas de espera en el sector público. Por tanto, no se puede decir que la atención curativa esté garantizada; de hecho, éste es uno de los fundamentos para el actual proceso de reforma. Mientras que el problema en el sector público es la oportunidad, en el sector privado lo que limita acceso y oportunidad es la protección financiera.

Dado a que el SNSS tiene una vasta red de establecimientos de distinta complejidad, en términos generales, no hay sectores fuera del alcance de la red asistencial. Sin embargo, un punto crítico es el acceso geográfico que impide una atención oportuna de mediana complejidad. La posibilidad de obtener atención de urgencia el mismo día en el que se solicita está garantizada por: a) postas rurales; b) servicios de urgencia, adosados a los hospitales; c) servicios de atención primaria de urgencia, adosado a un consultorio de APS; d) servicio de atención médica de urgencia, atención prehospitalaria que cubre más de 60% de la población, y e) salas de hospitalización abreviada, del programa IRA.

La atención no urgente en APS está regulada por un sistema de otorgamiento de citas, lo mismo que las especialidades médicas. A partir del año 2000 se generalizó el sistema de otorgamiento de citas en los establecimientos de nivel primario a través del teléfono, mediante el uso de una línea especial sin cobro para el usuario. Como parte del Programa de Mejoramiento Global de la Atención Primaria se amplió el horario de atención de los establecimientos de nivel primario y se reforzaron los equipos de salud con médicos y odontólogos. En la región de la Araucanía (con 30% de población mapuche) los hospitales habilitaron servicios de información bilingüe. A pesar de estas iniciativas, se observan todavía desequilibrios entre las regiones en términos de atención médica.<sup>10</sup>

## 7. Prestación de servicios

Los Servicios de Salud son los organismos encargados de proveer servicios a nivel poblacional, quienes actúan directamente o por intermedio de

otras entidades, como los municipios o proveedores delegados en virtud de un cuerpo legal conocido como Decreto con Fuerza de Ley N° 36.

El acceso a la atención primaria es universal y de alta cobertura y accesibilidad. En el sector privado se da a través de cobertura a atención ambulatoria en centros privados y en el sector público en el acceso universal de los indigentes y cotizantes del FONASA a los centros de salud de primer nivel de atención distribuidos a lo largo de todo el país y en su gran mayoría administrados por los municipios. Las personas pueden inscribirse libremente en el centro de salud que quieran (esto determina la cuantía de pago per cápita a los municipios).

Los centros de salud primarios realizan acciones de fomento y prevención, educación y participación comunitaria, tanto en forma directa como formando parte de equipos multisectoriales; entrega atención de morbilidad tanto electiva como de urgencia (a través de programas específicos de extensión horaria y de atención de urgencia tanto médica como odontológica); atención en salud mental y de laboratorio básico, entre otras acciones que allí se desarrollan. La actividad de la atención primaria medida en atenciones es la que más ha aumentado en todo el sistema público en los últimos años: entre los años 1999 a 2002 el número de consultas médicas electivas aumentó en 60%; las atenciones médicas de urgencia en 30%; las atenciones odontológicas recuperativas en 52% y las de urgencia en 120%.

El acceso a la atención secundaria está definida por el centro de salud (sea consultorio de primer nivel de atención o sea un centro de salud familiar). Por las condiciones generales de pobreza, la modalidad institucional es más frecuente en la zona rural y es casi la única para las poblaciones indígenas. Además, la dispersión propia al ámbito rural limita las posibilidades de ejercer la libertad de elección del centro de salud de atención primaria. Existen zonas del país en las que la provisión privada, especialmente de especialidades y de atención de hospitalizados, es casi inexistente.

El diagnóstico de la infraestructura de los establecimientos de salud del sector público del

país indica la existencia, en 1999, de 526 consultorios generales urbanos y rurales, y 1.840 postas y estaciones médicas rurales, haciendo un total de 2.366 centros de atención primaria.<sup>f</sup> Esto significa un consultorio por 28.500 habitantes aproximadamente (1 por 17.100 si se considera únicamente la población afiliada al FONASA). Asimismo, existiría una posta rural por 1.200 habitantes, si se considera sólo la población del área rural, estimada en 14,6% de la población total.

El total de consultas y controles efectuados en 1999 asciende a 35.362.454 atenciones de salud, lo que equivaldría a 2,4 atenciones por habitante y por año (a 3,9 atenciones por habitante y por año, limitándose a la población de FONASA). Esto representa un aumento de 15% del número de atenciones en cinco años (1995-1999).<sup>11</sup> La relación de consultas por habitante y por año alcanza por lo tanto las cifras de 1,9 y 3,2, respectivamente. No se tiene información sobre la proporción de primeras consultas y de consultas repetidas. El 36% de las consultas son de emergencia. De manera general, 80% de las consultas son realizadas por médicos, 10% por enfermeras y nutricionistas y 10% por auxiliares. Al contrario, para los controles, estas proporciones son de 28, 50 y 22%, respectivamente. El incremento de atenciones observado durante el último quinquenio se debe esencialmente a las consultas, que aumentaron en 20%, mientras que el número de controles no varió.

En cuanto a la odontología, la cobertura del programa de control está en alrededor de 5% de la población del país. Se registraron en el año 1998 un total de 1.367.557 primeras consultas de las que 33%, resultaron en altas integrales. Actualmente está en desarrollo un programa de creación de extensión de la atención dental en atención primaria, a través de extensión horaria y de atención de urgencia continuada; con este programa se pretende doblar las atenciones para el año 2004.

En 1998, el número total de exámenes de laboratorio fue de 36.663.341, mientras que los de imagenología alcanzaron a 3.411.170. Esto

<sup>f</sup> Información obtenida de la página Internet del Ministerio de Salud: <www.minsal.cl>

corresponde a 2,24 y 0,21 exámenes por consulta médica, respectivamente.

Respecto del sector privado, la Superintendencia de ISAPRES informó, para el año 1999, un total de 13.689.612 atenciones médicas. Asimismo, informó de la realización de 16.175.238 exámenes de diagnóstico. Estas cifras corresponden a una razón de 3,6 atenciones médicas y 4,0 exámenes de laboratorio por beneficiario del sistema. En su gran mayoría, estas prestaciones fueron efectuadas en el sector privado. A esta cifra, habría que agregar una proporción de las consultas pagadas por FONASA bajo la modalidad de libre elección.

En el nivel secundario y terciario se cuenta con 182 hospitales del sector público, a los que se deben agregar ocho hospitales no pertenecientes a los Servicios de Salud, pero que tienen convenios. A ellos hay que agregar nueve centros para consultas especializadas, sin capacidad de hospitalización. Estos hospitales suman entre ellos unas 30.000 camas, lo que equivale a 1 cama para 5.000 habitantes (o para 3.000 beneficiarios de FONASA). El número de camas del sector público se redujo en 10% durante la última década. En el sector privado se dispone de alrededor de 11.000 camas, distribuidas en 19 hospitales y 216 clínicas u hospitales de complejidad mediana y baja, incluyendo maternidades.<sup>12</sup>

En 1998, el total de egresos del sector público ha sido de alrededor de 1.080.000, con un índice ocupacional de 70,5% y un promedio de 6,83 días de estadía. Eso corresponde a una tasa de 105,0 hospitalizaciones por 1000 usuarios del sistema público, cifra en baja continua durante los últimos años (era de 117,5 en 1990). En el sector privado, la Superintendencia de ISAPRES informó la producción de 424.537 egresos hospitalarios en 1999, cifra en aumento con relación a los años anteriores. La tasa de hospitalización corresponde a 122,8 por mil beneficiarios, con un índice de ocupación de 63% y un promedio de estadía de 3,0 días.

Las cinco causas más frecuentes de hospitalización corresponden a complicaciones del embarazo, parto y puerperio, enfermedades del aparato digestivo, enfermedades del aparato

respiratorio, traumatismos y envenenamientos y enfermedades del aparato genito urinario.

## 8. Recursos humanos

En 1998 en Chile había 17.292 médicos inscritos en el Colegio Médico,<sup>13</sup> no siendo dicha inscripción obligatoria. Esta cifra implica 11,5 médicos por 10.000 habitantes y es estable con relación a años anteriores (en 1995, existían 17.633 médicos colegiados). En los últimos años se ha observado una mayor presencia de médicos extranjeros, los que actualmente se estiman en 1.000 profesionales. Los nuevos médicos egresan de un total de 12 facultades de medicina (9 públicas y 3 privadas) con una promoción de alrededor de 600 nuevos profesionales por año.<sup>φ</sup> Las proyecciones existentes indican que en 10 años se alcanzaría un aumento de 50% en el número de médicos.<sup>14</sup> En cuanto a enfermería, se estima que del total de las 18.000 enfermeras que existen en el país, solamente 8.000 están trabajando activamente en el sector de salud, considerando los subsectores público y privado.

La dotación de médicos en el subsector público es de 13.074 cargos (marzo de 2000). De ellos, 1.688 (13%) están contratados por los municipios para el primer nivel de atención. Estas cifras corresponden a cargos, los cuales pueden ser de

tiempo completo o parcial, y no necesariamente reflejan una disponibilidad total de las profesionales que los ocupan. Por otro lado, muchos médicos se desempeñan tanto en el sector público como en el privado, lo que dificulta conocer la disponibilidad de estos profesionales en uno y otro sector. La mayor concentración de horas médicas de especialistas se encuentra en el sector privado.

En total, existen alrededor de 90.000 profesionales, técnicos y auxiliares y administrativos de salud en el subsector público; estas últimas dos categorías representan aproximadamente un tercio del conjunto.<sup>13</sup> La razón de enfermeras profesionales es de 1 enfermera por 3 médicos.

El número de cargos de los Servicios de Salud, durante la última década, aumentó en alrededor de 5.000 médicos y de 1.000 enfermeras (76 y 37%, respectivamente). El salario inicial promedio de los médicos, en los Servicios de Salud, es de mil dólares <sup>ς</sup> (profesional recién egresado con 44 horas semanales). En las regiones, debe agregarse la asignación de zona, que varía de una localidad a otra. El salario promedio general es de 1.389 USD en la capital y de 1.678 USD en las regiones.

---

<sup>φ</sup> Ministerio de Educación. Anuario Estadístico de las Universidades Chilenas.

<sup>ς</sup> Información proporcionada por la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

**Cuadro XV.** Recursos humanos en el sector salud. Chile 1995-1999

Recurso humano	1995	1996	1997	1998	1999
Médicos	7.689	7.831	7.999	8.308	8.780
Enfermeras	3.131	3.226	3.354	3.479	3.641
Odontólogos	1.064	1.042	1.078	1.078	1.082
Auxiliares de enfermería	21.876	22.166	22.336	22.664	23.067
Médicos por 10,000 beneficiarios del SNSS	8,90	9,03	9,14	9,37	9,78
Enfermeras por 10,000 beneficiarios del SNSS	3,33	3,43	3,56	3,70	3,87
Odontólogos por 10,000 beneficiarios del SNSS	1,13	1,11	1,15	1,15	1,15
Auxiliar de enfermería 10,000 beneficiarios del SNSS	23,24	23,55	23,73	24,07	24,50

Fuente: Anuario de Atenciones y Recursos 1978-1999. Departamento de Coordinación e Informática. Ministerio de Salud. No incluye personal de establecimientos municipales. Información referida a cargos y no personas. No se incluyen cargos de estructura jerárquica ni tampoco médicos del Ciclo de Destinación.

El fenómeno de la expansión desreglada de la oferta formativa es una limitante en el sector salud. Hay falta de algunos tipos de recursos profesionales como enfermeras, oftalmólogos y anesthesiólogos, al tiempo que persiste una inadecuada proporcionalidad entre profesionales y su personal de apoyo. La regulación actual permite al Ministerio de Salud incentivar a los médicos recién titulados a trasladarse a regiones desfavorecidas, compensándoles con remuneraciones especiales y un sistema de puntaje que les facilita el ingresar a becas de especialidad una vez completado un período de permanencia que oscila entre 3 y 6 años (Ciclo de Destinación). Este esquema ha experimentado un proceso progresivo de descentralización. Hace tres años se creó el Ciclo de Destinación para enfermeras con características similares al ciclo de médicos generales de zona. Para el resto de los funcionarios de los Servicios de Salud, existe un proceso de reclutamiento y selección descentralizado, con criterios definidos localmente.

A partir de 1997 se ha establecido un Sistema de Asignación por Experiencia y Desempeño, para el personal de los Servicios de Salud y de Desempeño Individual o Institucional de los organismos dependientes no asistenciales. Esta modalidad corresponde a un incentivo individual para las personas con desempeño destacado y corresponde a un monto extra en las remuneraciones que se entrega fraccionado durante el año. A contar del año 2000, se aprobó una ley que determina que los futuros incrementos

salariales tengan una parte fija (50%) relacionada con su actual estatuto funcionario (fundamentalmente determinado por la antigüedad) y una parte variable relacionada con desempeño y cumplimiento de metas.

## 9. Salud pública

El Ministerio de Salud es el responsable de las acciones de salud pública (bienes públicos) sobre el ambiente y todas las personas. En la estructura del Ministerio hay una División de Rectoría que tiene un Departamento del Ambiente y otro Departamento de las Personas, en estos se recaba la información y se diseñan políticas, planes y programas específicos los que a su vez son financiados dentro del presupuesto de operación del Ministerio y de los Servicios de Salud. Dentro de estos planes y programas el Ministerio realiza campañas de prevención, como la Campaña del Cólera, del Sarampión, de la Rubéola, campañas de invierno, de concientización y auto examen de mamas, de prevención del SIDA e infecciones de transmisión sexual, entre otras. Además del programa de inmunizaciones se han desarrollado programas específicos de alimentación complementaria a grupos de riesgo, niños, mujeres embarazadas y adultos mayores. Alto impacto han tenido programas verticales de amplia cobertura en fomento, prevención y detección precoz en problemas del niño, la mujer y el adulto mayor.

Desde 1998, y como respuesta a las necesidades de la población y a las demandas del actual perfil

epidemiológico social del país, Chile cuenta con un Plan Nacional de Promoción de la Salud y Planes Regionales, mediante un modelo de gestión descentralizado e intersectorial, basado en la participación social y el fortalecimiento de los gobiernos regionales y locales. El Plan prioriza la Alimentación Saludable, la Actividad Física, los Ambientes Libres de Humo de Tabaco, la Asociatividad y Espacios Saludables. A nivel comunal se han constituido Comités Comunales VIDA CHILE de carácter intersectorial y participativo, con el fin de contribuir al diagnóstico, elaboración, ejecución y evaluación de Planes Comunales de Promoción de la Salud. A la fecha, 90% de las comunas del país cuenta con este instrumento que guía la acción local en torno a la construcción de estilos de vida y ambientes saludables. Los Planes Comunales forman parte de los Planes Regionales y contribuyen a las metas del país en promoción de la salud.

Se han formulado metas de impacto para tres factores de riesgo (obesidad, tabaco y sedentarismo) y un factor protector (asociatividad). Adicionalmente, pueden mencionarse la red de Monitoreo de Calidad del Aire en la Región Metropolitana, los sistemas de disposición de residuos sólidos y líquidos, y el programa nacional de control de alimentos, manipuladores y locales de expendio.

En cuanto a programas de prevención específica, los de mayor inversión son: vacunaciones, alimentación complementaria, campaña de invierno (control de los trastornos respiratorios), prevención de los accidentes de tránsito, control de marea roja y erradicación de la enfermedad de Chagas. En general, la cobertura de estos programas es muy alta. Como resultados, se puede mencionar la fuerte reducción de la mortalidad infantil por infecciones respiratorias agudas, la casi desaparición de la desnutrición infantil (prevalencia de desnutrición severa inferior a 0,5%), la certificación de la eliminación de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas o el logro del umbral de eliminación para la tuberculosis (tasa de morbilidad inferior a 20 por cien mil). De modo similar, las coberturas del Programa Ampliado de Inmunización (BCG 98,5%; polio-DPT 94%; HiB 98,1%; tetravírica 96,1%) y de

la atención prenatal y del parto superan el 90% en todos los casos.

Existen programas de detección del cáncer cérvico uterino y del cáncer de mama con coberturas del orden de 60% y 30% de sus respectivas poblaciones objetivo. Actualmente dentro del piloto del Plan Auge se está desarrollando un programa para el financiamiento del tratamiento para la totalidad de las mujeres beneficiarias del sistema público, con cáncer cérvico uterino y próximamente se hará igual esfuerzo con el cáncer de mama, una vez que se supere la actual brecha a nivel de diagnóstico (mamografía).

La cobertura lograda en tratamiento antirretroviral es de 100% en niños con VIH/SIDA; tienen acceso a triterapia mujeres embarazadas seropositivas, tanto del sector público como del privado, para la prevención de la transmisión vertical del VIH, y sobre 90% de adultos que viven con VIH/SIDA, que son beneficiarios del Sistema Público de Salud. La estrategia de prevención implementada considera tres niveles de trabajo: social, campañas nacionales de prevención y el trabajo con comunicadores sociales de los medios y del sistema público de salud; a nivel grupal, acciones de educación y capacitación focalizada dirigida a grupos sociales específicos que presentan mayor vulnerabilidad: trabajadoras /res del comercio sexual, hombres que tienen sexo con hombres, población interna en recintos penales, usuarios de drogas. Además, se focaliza a otras poblaciones donde tradicionalmente no se reconocen situaciones de riesgo de transmisión-adquisición del virus por falta de información o problemas socioculturales: grupos juveniles poblacionales o dueñas de casa; a nivel individual, consejería en prevención del VIH/SIDA directa cara a cara o mediante el servicio telefónico FONOSIDA. Ambas líneas de trabajo se articulan y complementan a través de la red de consejeros de los 28 Servicios de Salud del país.

## **10. Consideraciones de calidad**

El Ministerio cuenta con una Unidad de Calidad y Regulación dentro de la División de Rectoría, que tiene como responsabilidad la definición de

políticas de calidad tanto para el sector público como privado. Asimismo, en dicha División existe la Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud (ETESA). Este organismo es encargado de apoyar técnicamente la identificación de los procesos más costo-efectivos para la atención de los problemas prioritarios de salud pública del país. A partir 1998, la evaluación de tecnologías sanitarias fue incorporada en la agenda de los compromisos de gestión suscritos entre el Ministerio de Salud y los Servicios de Salud, con el objetivo de generar una red de colaboración, para la promoción y difusión de la disciplina y sus productos. Esta red está implementada en más de 20 Servicios de Salud, así como en el Instituto de Salud Pública (ISP) y el FONASA.<sup>§</sup>

La Unidad de Calidad y Regulación además de promover y facilitar el desarrollo de grupos normativos para el diseño de políticas de calidad en los establecimientos del sector público, ha desarrollado un ambicioso programa de capacitación en gerencia de calidad. A la fecha, se cuenta con cerca de 10.000 personas capacitadas en el programa, lo que permite que 78% de los Servicios de Salud estén introduciendo la filosofía de la calidad a la gestión de sus establecimientos.\* Hay que mencionar también la presencia de iniciativas privadas dedicadas a evaluar las tecnologías en salud, así como también en el desarrollo de iniciativas en torno al mejoramiento de la calidad, en la Universidad de Chile, en la Católica de Chile y en la Universidad de la Frontera (Temuco), entre otras.

De un total de 241.480 partos atendidos en 1999, la proporción de cesáreas giró alrededor de 40% (30% en el sector público y 60% en el privado).

Desde los años 80 está funcionando un programa nacional de control de las infecciones intrahospitalarias (IIH) basado en un sistema voluntario de acreditación. El resultado ha sido una

disminución continua del problema, del orden de 26%. En la actualidad, la tasa se sitúa alrededor de 4,1 episodios de IIH por 1.000 egresos por año. Además, existen programas de acreditación de establecimientos de salud (en particular de unidades críticas y servicios de urgencia) y de prestaciones complejas. Por otro lado, FONASA realiza un proceso de evaluación con todos aquellos prestadores con los cuales establece convenios de atención para sus programas especiales («enfermedades catastróficas») y para la modalidad de libre elección (especialmente recursos humanos e infraestructura). En el caso de los planes de salud administrada de las ISAPRES, éstas deben identificar a los prestadores, informar acerca de la acreditación o adscripción de los prestadores individualizados en los planes en el Programa de Control de Infecciones Intrahospitalarias, del MINSAL, y en el Programa de Evaluación Externa de Calidad de Laboratorios Clínicos, del Instituto de Salud Pública.

La acreditación de hospitales se diseñó a partir de 1992 y se aplicó en más de 60 hospitales en el período 1994 a 1998. Desde el año 2002 se inició un sistema voluntario de acreditación de la calidad de los procesos gerenciales de los hospitales públicos por parte de un Organismo para la Calidad y Productividad, que depende del Ministerio de Economía. El paquete legislativo de la actual reforma radicará la acreditación de la calidad de los prestadores en una Superintendencia de Salud que fiscalizará la calidad de todos los prestadores públicos y privados dinámicamente, con base en políticas y normas emanadas del Ministerio de Salud.

Con relación a la calidad del recurso humano, actualmente la certificación la hacen las universidades y, en el caso de los especialistas médicos, una organización autónoma, CONACEM, en la que participan el Ministerio, las sociedades científicas y las universidades. Actualmente, dado el creciente número de médicos extranjeros y de egresados de universidades privadas, se ha decidido por parte del Consejo de Rectores la instauración de una prueba obligatoria al egreso de la carrera de medicina para la certificación como médico-cirujano, que es el título profesional otorgado en Chile.

<sup>§</sup> Información obtenida de la página Internet del Ministerio de Salud: <www.minsal.cl>

\* Ministerio de Salud. División de Salud de las Personas. Informe 1990-1999.

Desde principios de los años 90 se ha impulsado la creación de Comités de Ética en los distintos establecimientos; es así, como la mayoría de los hospitales públicos y algunos privados ya cuentan con dichas instancias.

Las muertes infantiles son auditadas. En cuanto a las muertes maternas, que son sólo alrededor de 50 por año, éstas también son auditadas. No se dispone de información relativa al porcentaje de necropsias sobre el total de fallecimientos hospitalarios.

En relación con la satisfacción del usuario, desde el año 1998 existe una Carta de Derechos del Paciente, establecida por FONASA, la cual está vigente en los establecimientos públicos que adhieren voluntariamente a ella, previa evaluación de los elementos que incluye. Dentro de los derechos especificados existe el de formular reclamos o sugerencias y recibir respuesta escrita. La consideración de los factores étnicos se hace mediante el Programa de Salud Indígena, el cual ha introducido la presencia de facilitadores interculturales en los servicios de salud y la utilización de señalización bilingüe. Actualmente está en trámite en la Cámara de Diputados una ley que establece «derechos y deberes del paciente», como parte del paquete legislativo del actual proceso de reformas.

Las encuestas de opinión de usuarios del sector público muestran que las áreas de insatisfacción se concentran en las dificultades de acceso (listas de espera) el trato, entorno deficiente y obsolescencia tecnológica. En el sector privado, éstas corresponden a desconocimiento de los contratos, expectativas exageradas respecto de la realidad e insuficiencias de cobertura financiera de los planes privados. En el subsector público se han desarrollado iniciativas tales como dependencias específicas para la atención del usuario, visita diaria al paciente hospitalizado, compañía del padre a la mujer durante el parto, control prenatal y de planificación familiar en pareja, etcétera, que han tenido distintos grados de desarrollo. El 85% de los hogares estima haber recibido una atención oportuna en el sector público de salud, y casi 60% estima percibir mejoras en

el trato del personal, y porcentajes mayores respecto de mejoras en infraestructura y equipamiento.<sup>f</sup> FONASA aparece como la institución pública mejor evaluada en encuestas recientes y con mucho mayor nivel de satisfacción de sus usuarios que las ISAPRES.<sup>§</sup>

## 11. Equidad

A pesar de los buenos indicadores de resultado en salud y a los esfuerzos efectuados en los últimos años, existe la evidencia de profundas inequidades en los resultados en salud. Para muestra de ejemplo, lo que sucede con dos niños actualmente en Chile, el primero que nació en una comuna urbana de altos ingresos (Las Condes) y de otro que nace en una comuna rural pobre (Loncoche).<sup>§</sup>

El recién nacido en Las Condes tiene una probabilidad de 0,2% de nacer en un hogar pobre, y/o de que haya alguien sin educación en la familia. El ingreso promedio de su hogar será de \$2.4145.000 mensual. Su madre tendrá en promedio 15 años de escolaridad y la probabilidad de que su padre esté desempleado es de 4,6%. Su probabilidad de haber nacido con bajo peso será de 3,5% y 78% de ellos habrá nacido en una clínica privada. Durante el primer año de vida no más de cinco por cada mil de estos niños morirá. En sus años preescolares más de 86% de ellos asistirá al jardín infantil. En cuarto año básico su promedio en la prueba SIMCE será de 294 puntos y en octavo de 292 puntos (pruebas de carácter nacional que evalúan calidad de la enseñanza). Su probabilidad de ser desnutrido u obeso será también bajísima. Durante la enseñanza media tendrá menos de 2% de probabilidad de desertar del colegio. En cuanto a salud, su percepción de salud buena o muy buena supera el 87%, más adelante si es mujer, tendrá una probabilidad de tener su examen de pesquisa de cáncer del cuello del útero al día de 66% y su riesgo de muerte por

<sup>f</sup> Encuesta CASEN, 1998.

<sup>§</sup> Encuesta ADIMARK Noviembre 2002 «Índice Nacional de Satisfacción de Consumidores»

<sup>§</sup> Estudio de la Iniciativa Chilena de Equidad en Salud. Chile; 2002. Disponible en: [www.equidadchile.cl](http://www.equidadchile.cl)

cáncer de vesícula será cinco veces menor y cuatro veces menos para el cáncer cérvico uterino. En los hombres el riesgo de morir por cáncer de estómago será 3,7 veces menor. Asimismo, tendrá 30 veces menos riesgo de morir por asesinato en comparación con aquellos que son del nivel socioeconómico más bajo y un riesgo de suicidio 13 veces menor. En global, su esperanza de vida al nacer será de 14 años más que la de aquellos que nacieron en Loncoche.

El recién nacido en Loncoche tiene una probabilidad de 33% de nacer en un hogar pobre, y 8% de que haya alguien analfabeto en la familia. El ingreso promedio de su hogar será de \$193.000 mensual. Su madre tendrá en promedio 6,5 años de escolaridad y la probabilidad de que su padre esté desempleado es de 11,56%. Su probabilidad de haber nacido con bajo peso será de 8% y tendrá 97% de chance de haber nacido en un hospital público. Durante el primer año de vida 22 por cada mil de estos niños morirá. En sus años preescolares menos de 20% de ellos asistirá al jardín infantil. En cuarto año básico su promedio en la prueba SIMCE será de 250 puntos y en octavo de 243 puntos. Durante la enseñanza media tendrá 25% de probabilidad de desertar del colegio. En cuanto a salud, su percepción de salud buena o muy buena es no más que de 55%, más adelante si es mujer, tendrá una probabilidad de tener su PAP al día de 42% y su riesgo de muerte por las enfermedades más frecuentes será cinco veces más para cáncer de vesícula y cuatro para cérvico uterino. Los hombres tienen 3,7 veces más probabilidades de morir por cáncer de estómago. Asimismo, tendrá 30 veces más riesgo de morir por homicidio en comparación con aquellos que son del nivel socioeconómico más alto. Su esperanza de vida al nacer será de 14 años menos que la de aquellos que nacieron en Las Condes.

Además de las inequidades de ingreso, ya señaladas, en Chile hay inequidades de género (22,8% de los hogares del país están encabezados por mujeres y el ingreso autónomo promedio de esos hogares es 1,5 veces menor que el encabezado por un varón, la tasa de desocupación es mayor en mujeres, los hombres ganan 41% más que las mujeres), inequidades étnicas y por lugar

de origen. Las inequidades en salud son aún muy marcadas: la mortalidad de los hijos de madre con menos de ocho años de escolaridad es seis veces superior que la de aquellas con 13 o más años; la mortalidad infantil varía de 2,6 en una comuna urbana acomodada (Vitacura) a 40 por mil nacidos vivos en una comuna rural pobre (Puerto Saavedra); la esperanza de vida al nacer es mayor en siete años en los hombres con educación superior que en aquellos sin educación. Un estudio realizado por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, señaló fuertes diferencias entre comunas con relación a la razón estandarizada de mortalidad y años de vida potencialmente perdidos.<sup>15</sup> Así mismo, se ha podido determinar diferencias significativas de mortalidad por causas según nivel socioeconómico en traumatismos y envenenamientos, infección respiratoria aguda, cirrosis, diabetes, entre otras. Las mujeres con baja escolaridad tienen un riesgo de mortalidad por cardiopatía isquémica 2,5 veces mayor, de morir por enfermedad cerebro vascular cuatro veces mayor que aquellas con alta escolaridad. En los hombres se observan diferencias según nivel de escolaridad en mortalidad para los cánceres de estómago, próstata, vesícula y leucemia.

Con relación a desigualdades en el acceso a la salud en la encuesta CASEN del año 2000 se incluyó la medición de episodios de enfermedad percibida y acceso, concluyéndose que el nivel de acceso es alto y que las clases medias son quienes se muestran más afectadas, ya que tienden a utilizar el sistema privado con un mayor desembolso de pago directo o de bolsillo.

Esta realidad, la de las profundas inequidades, es quizás la principal razón para el actual proceso de reformas al sistema de salud, al implementar un plan o paquete de servicios de carácter universal, en condiciones igualitarias en términos de calidad, acceso, oportunidad y protección financiera, en aquellos problemas de salud prioritarios que constituyen el grueso de la actual carga de enfermedad.

## **12. Participación y control social**

La participación y el control social se han expresado operativamente en Consejos de

Desarrollo, tanto de hospitales como de centros de salud ambulatorios y de agrupaciones de municipios. En ellos se integran representantes de la comunidad interna y externa para conocer la marcha del establecimiento, recomendar prioridades y lograr el aporte de recursos adicionales. No hay exclusión de etnias o de género y, potencialmente, todos pueden llegar a ser miembros activos de estos Consejos o participar en el nombramiento de quienes los representen. Los Consejos no tienen una formalización legal, su carácter es consultivo y sus decisiones no son vinculantes para los niveles gerenciales de los establecimientos de salud. Otra iniciativa de participación social son los Comités Paritarios establecidos en la Ley 17.644 de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Estos comités, constituidos por representantes de los trabajadores y de los empleadores, tienen atribuciones para establecer y evaluar los planes de seguridad e higiene laboral en la empresa. En los últimos años, además, se constituyeron Centros de Gestión de Calidad.

La participación tanto de usuarios como de trabajadores es de carácter voluntario y depende mucho del estilo de gerencia en los establecimientos. En los cambios legislativos actualmente en aprobación dicha participación, así como las formas de dar cuenta pública y de ejercer control social, pasan a ser de carácter obligatorio.

## REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadísticas, Censo 2002: Resultados Población y Vivienda.
2. Instituto Nacional de Estadísticas, Censo de Población y Vivienda 2002, Síntesis de Resultados.
3. Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas e Información de Salud: Estadísticas de Natalidad y Mortalidad 2001.
4. <http://www.mideplan.cl/estudios/crecimiento.pdf>
5. Banco Central, Instituto Nacional de Estadísticas en Indicadores Económicos y Sociales 1990-2000 MIDEPLAN.
6. Superintendencia de Seguridad Social e Instituto de Normalización Previsional en Indicadores Económicos y Sociales 1990-2000 MIDEPLAN.
7. Ten Great Public Health Achievements. United States, 1900-1999. MMWR April 02 1999; 48(12):241-243.
8. Gobierno de Chile. Objetivos sanitarios y modelo de salud para la década 2000-2010. Documento Oficial, Ministerio de Salud. Enero 2002.
9. Fondo Nacional de Salud. Una mirada a fondo a la modernización de FONASA; 1999.
10. Representación de la OPS/OMS en Chile. Información para la Equidad en Salud en Chile; 2001.
11. Ministerio de Salud. Departamento de Coordinación e Informática. Resumen ejecutivo de estadísticas de salud. Chile; 1995-1999.
12. Asociación Gremial de Clínicas, Hospitales y otros Establecimientos Privados de Salud: Documento final Seminario «La Salud Privada en Chile. Desafíos para un Sistema»; 1999 mayo 19; Santiago: pp 63.
13. Quiroga R. Regulación de recursos humanos de salud en Chile. Ministerio de Salud; 2000.
14. Bastías G *et al.* Número de médicos en Chile: estimaciones, proyecciones y comparación internacional. *Rev Méd Chile* 2000; 128:1167-1176.
15. Ministerio de Salud de Chile. El Vigía 2000; Vol. 3(11): 7-13.

## XII. COLOMBIA

### 1. Indicadores demográficos

#### Población

Colombia cuenta con 44 millones de habitantes para el año 2003, 73% de ellos concentrados en centros urbanos y tan solo 27% de habitantes del campo, situación producto de uno de los más acelerados procesos de urbanización del mundo, pues al comenzar el siglo XX el 94% de la población habitaba el campo y todavía en 1950 65% de los colombianos eran campesinos.

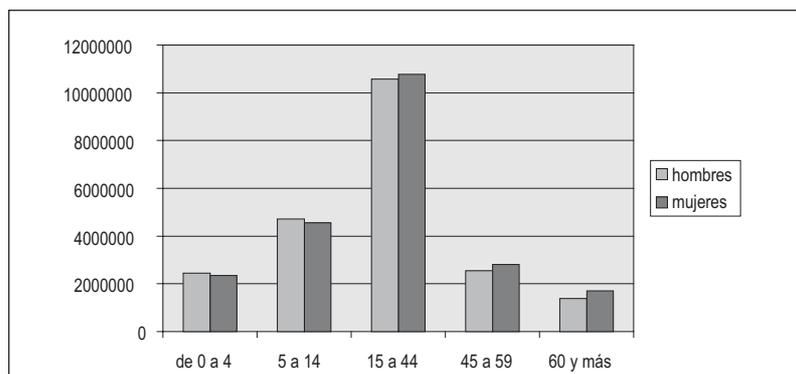
La población colombiana es bastante joven, con 32% menor de 15 años de edad y tan sólo 5% de la población mayor de 65 años de edad, lo que quiere decir que en su mayoría se encuentra en etapa productiva. La distribución por sexos revela que nace un mayor número de varones, (pequeña diferencia), pero que en los grupos de edad adultos hay más mujeres que hombres en función de la mayor mortalidad del sexo masculino.

**Cuadro I.** Evolución de la población urbana y rural. Colombia, 1981- 2005

Año	Total	Urbana	Rural	% rural
1981	29.061.828	18.408.280	10.653.548	36.66%
1985	31.658.715	20.703.965	10.954.750	34.60%
1989	34.313.535	22.984.054	11.329.481	33.02%
1993	37.127.295	25.458.647	11.668.648	31.43%
1997	40.064.093	28.059.260	12.004.833	29.96%
2001	43.070.704	30.722.841	12.347.863	28.67%
2005	46.039.144	33.371.138	12.668.006	27.52%

Fuente: Departamento Nacional de Planeación, con base en cifras DANE

**Gráfico 1.** Población por sexo y edad. Colombia, 2002



Fuente: Departamento Nacional de Estadística

Colombia es un país de ciudades, pues si bien la capital, Bogotá, concentra más de seis millones de personas, dos áreas metropolitanas más, Medellín y Cali, superan los dos millones de habitantes y Barranquilla el millón. Siguen una veintena de ciudades entre 200.000 y el millón de habitantes y más de 50 ciudades entre 100.000 y

200.000 habitantes. La gran mayoría de la población habita el área Andina, mientras los extensos territorios de los llanos orientales (Orinoquía) y las selvas Amazónicas presentan una muy baja densidad poblacional. En conjunto presenta una baja densidad poblacional, de 40 habitantes por Km<sup>2</sup>.

## Dinámica Poblacional

Colombia ha reducido su tasa de natalidad a 22 niños nacidos al año por 1000 habitantes, desde 43 por 1000 en 1950, en función de dos factores principales, el desarrollo socioeconómico y cultural que acompaña la urbanización por una parte, y

los programas de control natal financiados por la AID desde los años 60.

La tasa de fecundidad se ha reducido igualmente en forma drástica, a 2.62 hijos por mujer, desde los 6.8 hijos promedio de 1950.

**Cuadro II.** Tasas brutas de natalidad, mortalidad y fecundidad por quinquenios. Colombia

	1993-1998	1994-1999	1995-2000	1996-2001	1997-2002	1998-2003	1999-2004	2000-2005
<b>Natalidad</b>	25.48	24.96	24.49	24.02	23.58	23.14	22.7	22.31
<b>Mortalidad</b>	6.08	5.92	5.79	5.68	5.6	5.55	5.51	5.48
<b>Fecundidad</b>	2.84	2.84	2.8	2.76	2.73	2.66	2.66	2.62

Fuente: Departamento Nacional de Estadística

Igualmente se continúa reduciendo la tasa de mortalidad general, fundamentalmente en función de la reducción de la mortalidad de los menores de un año de edad, lo que trae como consecuencia una tasa bruta de crecimiento poblacional cercana a 1.7% anual, sin contar migraciones.

progresivamente. Actualmente la esperanza global es de 72 años (era de 50 años en 1950) pero con una importante diferencia de sexos (69 hombres y 75 mujeres) que encuentra explicación más adelante en la enorme mortalidad de hombres jóvenes por trauma y violencia.

También como consecuencia de la importante reducción de la mortalidad infantil, (de 123 por mil nacidos vivos en 1950 a 25 por mil en la actualidad) la expectativa de vida al nacer aumenta

Como resultado, la pirámide poblacional se viene estrechando en la base y se ensancha notoriamente en los últimos años en todos los grupos mayores de 30 años de edad.

**Cuadro III.** Esperanza de vida al nacer y tasa de mortalidad infantil. Colombia, 1985- 2015

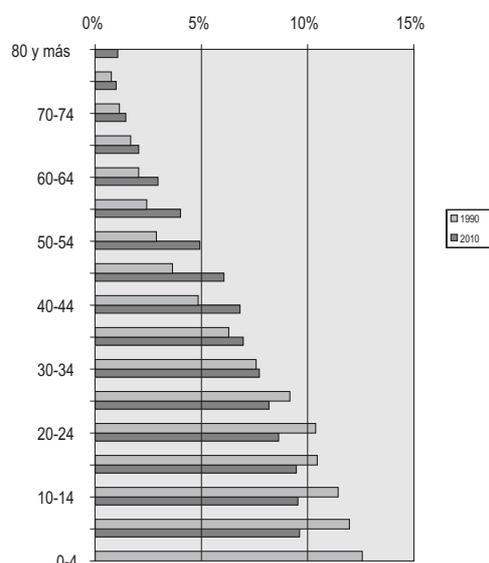
Periodo	Esperanza de vida		Tasa de mortalidad infantil	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1985-1990	64.23	71.69	46.21	36.39
1990-1995	64.27	73.04	39.48	30.61
1995-2000	67.25	74.25	34.00	25.76
2000-2005	69.17	75.32	29.19	21.78
2005-2010	70.34	76.27	25.30	18.60
2010-2015	70.95	77.10	22.05	16.09

Fuente: Departamento Nacional de Estadística

**Cuadro IV.** Esperanza de vida al nacer por sexos y total. Colombia, 1993-2005.

	1993-1998	1994-1999	1995-2000	1996-2001	1997-2002	1998-2003	1999-2004	2000-2005
<b>Hombres</b>	65.79	66.56	67.25	67.8	68.25	68.6	68.9	69.17
<b>Mujeres</b>	73.78	74.01	74.25	74.47	74.69	74.91	75.12	75.32
<b>Total</b>	69.69	70.19	70.66	71.05	71.39	71.68	71.93	72.17

**Gráfico 2.** Colombia: transición demográfica, 1990 - 2010



Fuente: Departamento Nacional de Estadística

Esta transición hacia la urbanización, menor natalidad y vida más prolongada, se refleja en los dramáticos cambios que vienen sucediendo en la composición de la familia. Cada día el país tiene

una familia promedio más pequeña, con menor número de hijos y con igual proporción de ancianos.

**Cuadro V.** Familia promedio. Colombia, 1990 y 2010

Año	1990	2010
Adultos	2.5	1.8
Niños	2.3	1.3
Ancianos	0.2	0.2
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>3.3</b>

Fuente: proyecciones DANE

## 2. Indicadores socioeconómicos

### Indicadores macroeconómicos

Tanto el Producto Interno Bruto (PIB) como el ingreso per cápita venían creciendo ininterrumpidamente en Colombia desde la década de los 60, en pesos corrientes y en pesos constantes hasta la crisis económica de 1999, que marca la primera recesión real y también por primera vez la caída del ingreso per cápita en moneda nacional a valor constante.

Igualmente la crisis trae como consecuencia un descenso significativo del ingreso per cápita en dólares, que aún no ha sido frenado, según las cifras del Departamento Nacional de Planeación (DNP).<sup>1</sup> Cabe señalar, sin embargo, que según los Indicadores de Desarrollo Humano del PNUD<sup>2</sup> los US\$ 1.900 dólares aproximados del ingreso per cápita de un colombiano equivalen a US\$ 7.000 dólares en el estándar ajustado por poder adquisitivo, dado que el costo de vida en dólares es muy inferior para este año en el país en virtud de reciente devaluación de la moneda.

**Cuadro VI.** Producto interno bruto per cápita. Colombia, 1998-2003

	1998	1999	2000 pr	2001 pr	2002 py	2003 py
<b>Pesos corrientes</b>	3.440.957.1	3.644.351.6	4.132.574.0	4.363.423.9	4.634.332.2	4.948.281.1
<b>Crecimiento (%)</b>	13.3	5.9	13.4	5.6	6.2	6.8
<b>Pesos constantes de 1994</b>	1.823.014.0	1.711.588.2	1.731.526.1	1.728.150.4	1.733.714.8	1.738.662.2
<b>Crecimiento (%)</b>	-2.6	-6.1	1.2	-0.2	0.3	0.3
<b>US\$ corrientes</b>	2.411.3	2.072.3	1.979.7	1.897.3	1.839.5	1.713.8
<b>Crecimiento (%)</b>	-9.4	-14.1	-4.5	-4.2	-3.0	-6.8

(pr) preliminar, (py) proyectado.

Fuente: DANE. Cálculos Departamento Nacional de Planeación - DEE.

El producto bruto total del país se aproxima en 2003, según las proyecciones, a los 220 billones de pesos o 75.000 millones de dólares. Las tasas de crecimiento de la última década fueron inferiores al promedio que venía creciendo el país (4.8% entre 1945 y 1986) y negativas por primera vez en 1999.

Con posterioridad a 1999 continúa un crecimiento del PIB inferior a 3% hasta 2003, y la recuperación a niveles superiores a 3% se espera para 2004 y a niveles cercanos a 5% tan sólo para la próxima década.<sup>3</sup>

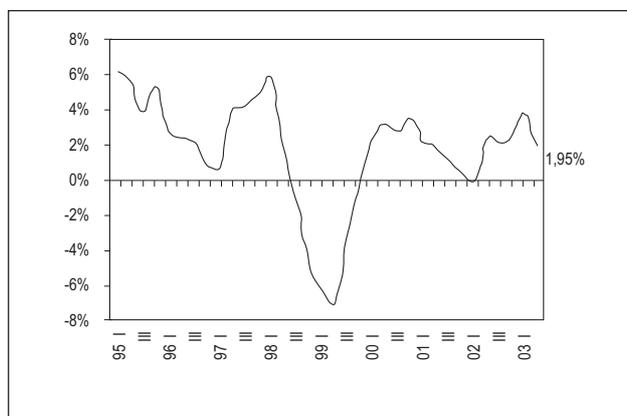
**Cuadro VII.** Colombia, producto interno bruto (PIB), 1990-2000. Precios corrientes y constantes de 1994

período	Precios corrientes		Precios constantes de 1994	
	Millones de pesos	Variación %	Millones de pesos	Variación %
<b>1990</b>	24.030.173	-	56.873.930	-
<b>1991</b>	31.130.592	29.55	58.222.935	2.37
<b>1992</b>	39.730.752	27.63	60.757.528	4.35
<b>1993</b>	52.271.688	31.56	64.226.882	5.71
<b>1994</b>	67.532.862	29.20	67.532.862	5.15
<b>1995</b>	84.439.109	25.03	71.046.217	5.20
<b>1996</b>	100.711.389	19.27	72.506.824	2.06
<b>1997</b>	121.707.501	20.85	74.994.021	3.43
<b>1998</b>	140.483.322	15.43	75.421.325	0.57
<b>1999</b>	151.565.005	24.53	72.250.601	-4.20
<b>2000p</b>	173.729.806	23.67	74.228.458	2.74

p: provisional

Fuente: Departamento Nacional de Estadística - Dirección de Síntesis y Cuentas Nacionales

**Gráfico 3.** Producto interno bruto trimestral crecimiento anual<sup>1/</sup>. Colombia

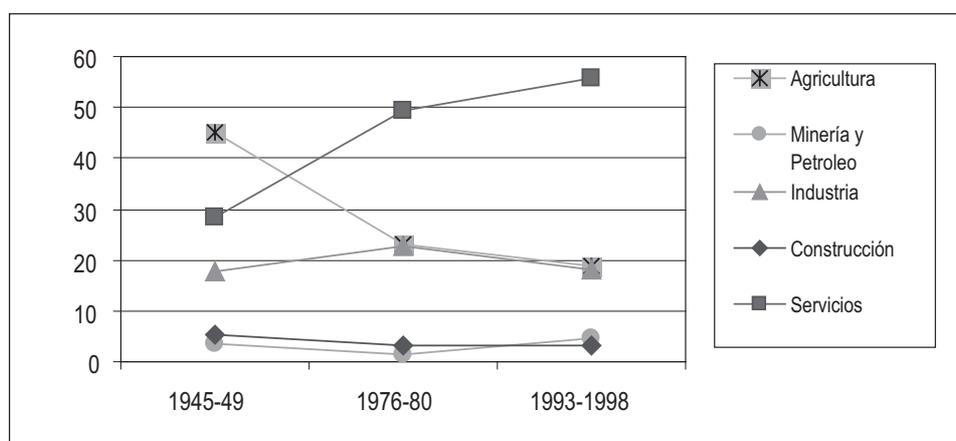


<sup>1/</sup> Respecto al mismo trimestre del año anterior. Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

El PIB por sectores de la economía se distribuye en 55,6% servicios, 18,1% industria, 3,1% construcción, 4,5% minería y petróleo, 18,8 % en sector primario. De 1950 a 2000 crece 25 puntos

el sector servicios, los mismos que pierde la agricultura, mientras los otros sectores permanecen más o menos estables.<sup>4</sup>

**Gráfico 4.** PIB por ramas de actividad económica en porcentaje. Colombia

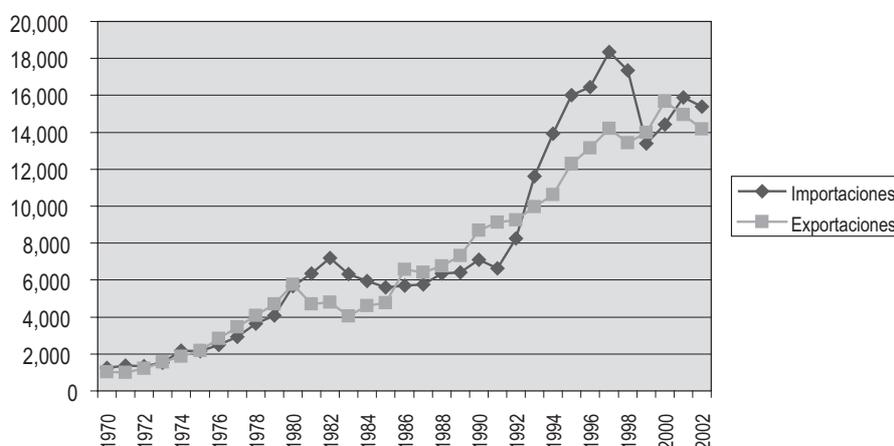


Fuente: Palacios Marco y Safford Frank. «Colombia, país fragmentado, sociedad dividida»

Las exportaciones e importaciones duplican en promedio cada diez años su valor en dólares, aunque las primeras tienen un comportamiento más inestable correspondiente a las crisis económicas y a las decisiones de política. Son

notorios en el gráfico 5 el freno a las importaciones y el incremento de aranceles en los años 80 como consecuencia de la crisis económica y fiscal, y posteriormente la apertura económica de los años 90.

**Gráfico 5.** Importaciones y exportaciones. Colombia, 1970-2002 (millones de dólares)



Fuente: Departamento Nacional de Planeación. Indicadores Macroeconómicos

La balanza comercial ha sido moderadamente negativa en toda la década de los 90, a partir de la apertura económica, pero fue equilibrada los últimos años. El café, que significaba 50% de las exportaciones en 1980, reduce su participación a un tercio, que es ocupado por exportaciones no tradicionales, principalmente banano y textiles y por las exportaciones de petróleo. Las drogas

ilícitas toman fuerza precisamente en esta época (finales de los años 70 y principios de los 80), y se convierten en un porcentaje importante de las exportaciones, aunque vienen disminuyendo porcentualmente desde entonces. Este peso, sin embargo, ha sido tal que el dólar en el mercado negro siempre se ha cotizado por debajo del valor oficial desde que tomara importancia el fenómeno.

**Cuadro VIII.** Exportaciones legales e ilegales en porcentaje. Colombia, 1980-1995

Periodo	Café	No tradicionales	Petróleo	Total legales	Drogas ilícitas
1980-84	50.1	40.4	9.5	100	65.4
1985-89	38.8	48.1	13.1	100	40.3
1990-95	17.7	63.9	18.4	100	30.6

Fuente: Palacios Marco y Safford Frank. «Colombia, país fragmentado, sociedad dividida»

### Trabajo y desempleo

Como se señaló, la mayoría de la población colombiana se encuentra en edad de trabajar, aunque cabe señalar que el Departamento Nacional de Estadística considera un rango de edad demasiado amplio para esta definición (12 a 85 años).

La tasa global de participación, por encima de 62% es superior a la de muchos países latinoamericanos, en virtud de la alta participación laboral de la mujer y de las grandes diferencias entre el ingreso del trabajador y el costo de vida de la familia que ha

forzado la participación laboral de varios miembros para satisfacer las necesidades básicas.

Debido a la alta participación y a la crisis económica iniciada en 1999, Colombia registra actualmente un grave problema de desempleo, superior a 16% y una tasa de subempleo superior a 30%, según el Departamento Nacional de Estadística. Por otra parte, la tasa de subempleo supera 30% y más de 50% de los trabajadores se desempeñan en la informalidad.

**Cuadro IX.** Porcentaje de población en edad de trabajar, tasa global de participación, de ocupación y desempleo (abierto y oculto) urbano. Colombia

Concepto†	2002		2003	
	III trimestre	IV trimestre	I trimestre	II trimestre
% población en edad de trabajar	75.8	75.9	76.0	76.1
Tasa global de participación	62.3	62.8	62.2	62.7
Tasa de ocupación	51.8	52.7	51.5	53.0
Tasa de desempleo	16.9	16.1	17.2	15.5
T.D. Abierto	15.5	14.9	16.2	14.2
T.D. Oculto	1.4	1.2	1.1	1.3
Tasa de subempleo	34.9	33.7	28.9	32.1
Insuficiencia de horas	14.3	13.8	11.3	12.5
Empleo inadecuado por competencias	3.2	3.4	3.4	3.2
Empleo inadecuado por ingresos	28.9	26.7	23.4	26.4

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística - Encuesta Continua de Hogares

*El elevado y persistente desempleo observado en Colombia desde los noventa hasta hoy obedece al aumento de la participación laboral, la combinación de un proceso de reestructuración industrial y cambio tecnológico asociados a la apertura económica en un contexto de reevaluación cambiaria y a los efectos del ciclo de la economía<sup>a</sup> señala el estudio de la Contraloría General de la República.<sup>3</sup>*

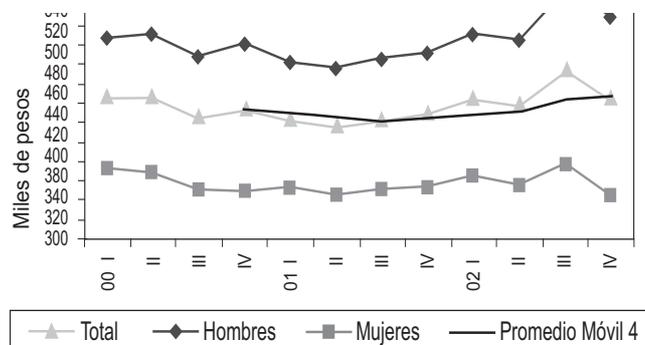
De 1994 al año 2000 el desempleo aumentó 12 puntos y sólo hasta 2003 se observa un leve cambio de tendencia hacia la reducción del mismo. Por sexos afecta mucho más a las mujeres, para quienes ascendió de 11.2% a 24.5% entre 1994 y el año 2000, mientras para los hombres ascendió de 4.9% a 16.9% en el mismo periodo. Para los mayores de 55 años de edad el desempleo en esta

crisis ascendió de 14.5 a 34.8%, según las cifras del Departamento Nacional de Estadística para las siete principales áreas metropolitanas.

El impacto inmediato del desempleo fue el deterioro de los ingresos de los hogares. La década de los 90 inicia con un ingreso promedio por hogar de 895.000 (en pesos de 1999) y termina con un promedio de \$782.000. La disminución de los ingresos tiene implicaciones sobre la escolaridad, la cobertura en seguridad social y los patrones de consumo.<sup>3</sup>

En cuanto al comportamiento de los salarios, el promedio de los trabajadores colombianos no alcanza a devengar los 200 dólares y existe una importante brecha aún entre el salario de los hombres y el de las mujeres trabajadoras.

**Gráfico 6.** Salarios reales por género. Encuesta continua de hogares (ECH) (trece ciudades. Colombia, diciembre 1998 = 100)



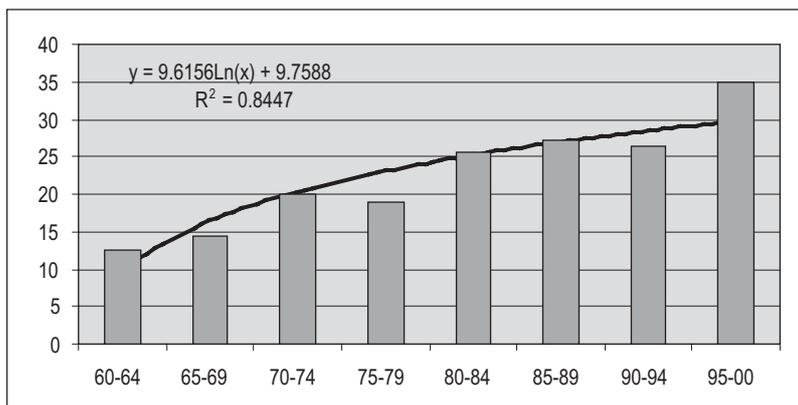
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Encuesta Continua de Hogares. Cálculos DNP - DEE.

### Tamaño y gasto del Estado

El gasto del Estado colombiano ascendió desde 12% del PIB en la primera mitad de la década de

los 60 hasta 34% del PIB en la segunda mitad de los años 90. El último gran incremento del gasto es consecuencia de la reforma constitucional de 1991.

**Gráfico 7.** Colombia, tamaño del Estado, 1960–2000. Gasto público como porcentaje del PIB



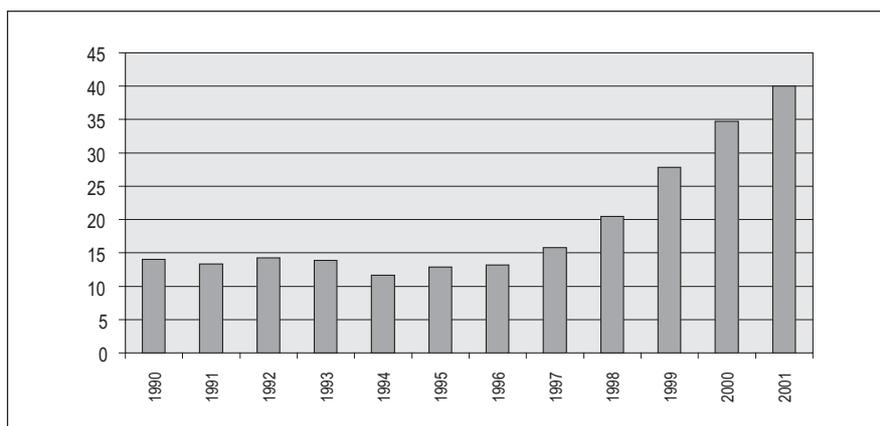
Fuente: Banco de la República. Cifras Macroeconómicas.

Como consecuencia, tanto del incremento del gasto como de la disminución de los ingresos por la crisis económica de los últimos años, la crisis fiscal se ha acentuado y los últimos gobiernos han recurrido al endeudamiento interno y externo, por lo que la deuda pública ha crecido desmesuradamente y se hace

necesario considerar su futura sostenibilidad.<sup>3,5</sup>

En la segunda mitad de los años 90 la deuda del sector público ascendió de 30 a 60% del PIB y la del gobierno central de 12 a 35%.<sup>6</sup> y en los primeros años de esta década la deuda continúa creciendo.

**Gráfico 8.** Deuda pública del gobierno nacional en porcentaje del PIB. Colombia, 1990-2001



Fuente: Banco de la República. Cifras Macroeconómicas

Según el Banco de la República, la deuda externa total pública y privada del país supera los 35.000 millones de dólares en el último año, dos tercios

de la misma corresponden al sector público y un tercio al sector privado.

**Cuadro X.** Deuda externa pública y privada (millones de dólares). Colombia

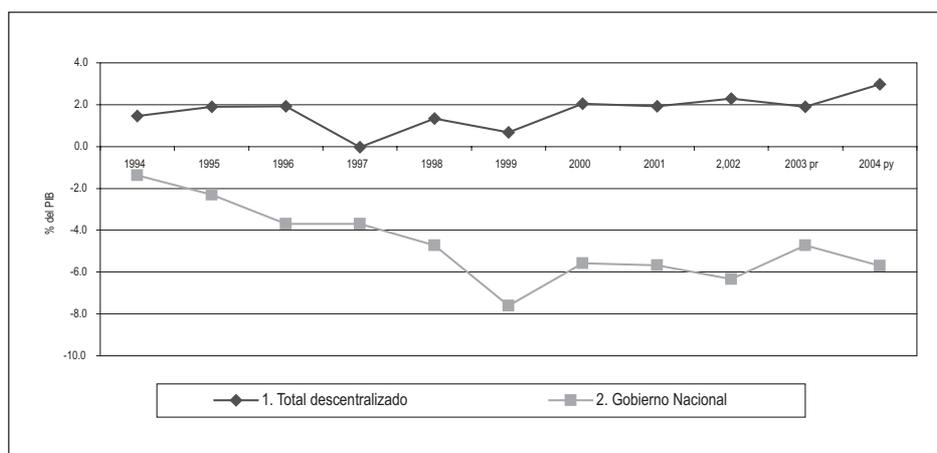
A o t trimestre	Saldo p' blico	Saldo privado	Deuda externa total
2002 I	12.906,8	22.565,0	35.471,8
II	12.815,6	22.158,0	34.973,7
III	12.799,2	22.605,2	35.404,4
IV	12.208,0	22.629,5	34.837,5
2003 I	12.159,9	23.092,1	35.252,0

Fuente: Boletín Deuda Externa de Colombia 1970-2002. Preparado por la Subgerencia de Estudios Económicos, Sección Balanza de Pagos, Banco de la República.

El Banco Mundial argumenta que se necesita un superávit primario permanente equivalente a 3,1% del PIB y un crecimiento real de 4.5% para que la deuda sea sostenible en el 40% del PIB (2001). Pese a los ajustes fiscales realizados, la lenta

recuperación económica, el incremento del gasto del Estado en función del conflicto bélico y el mismo servicio de la deuda, tornan más difícil el control del déficit.

**Gráfico 9.** Evolución del balance fiscal del sector descentralizado y del gobierno nacional central. Colombia, 1994-2003 (% del PIB)

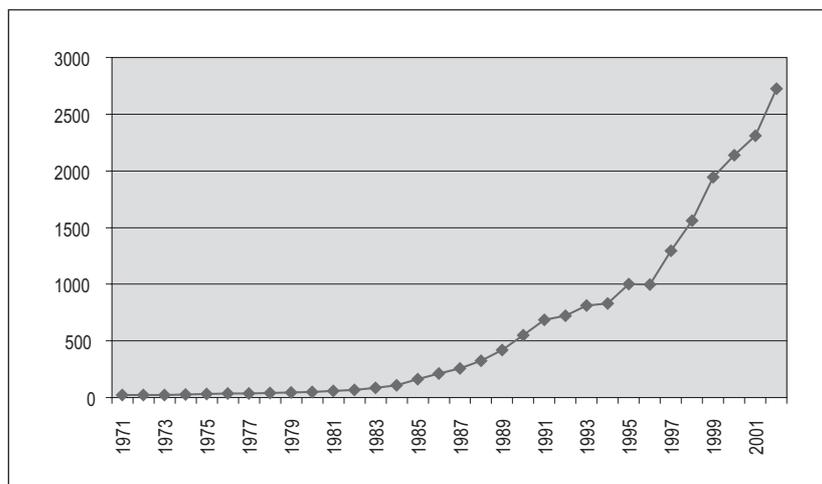


Fuente: Banco de la República. Cifras Macroeconómicas.

Como consecuencia de la crisis fiscal de 1994 se acudió a la emisión y comenzó un proceso de acelerada devaluación. La Constitución de 1991 le da autonomía al Banco de la República, como parte de la receta de libertad a los mercados, y para evitar la emisión de moneda, pero el Banco deja fluctuar libremente la moneda dentro de unos límites o banda cambiaria, superados los cuales

interviene en las operaciones de divisas. En este punto sobreviene el déficit de la balanza de pagos, consecuencia de la apertura que incluso exige un acuerdo con el Fondo Monetario Internacional (FMI). Posteriormente la crisis económica fuerza al Estado hacia un gran endeudamiento. Todo ello sumado acelera la devaluación de la moneda en la década de los 90.

**Gráfico 10.** Devaluación del peso frente al dólar. Tasa de cambio promedio. Colombia, 1971-2001



Fuente: Banco de la República. Cifras Macroeconómicas

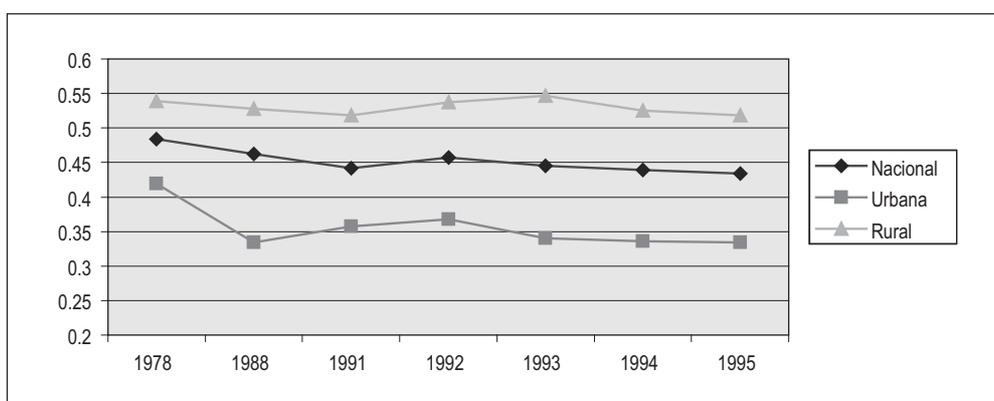
### Ingreso y pobreza

Colombia logró una reducción importante de la pobreza entre 1975 y 1995, sin embargo la disminución se logró únicamente en el nivel urbano y se creó una gran brecha con la población rural. Señala el Departamento Nacional de Planeación:<sup>7</sup> «Si se compara por zonas, hay una concentración de pobres en las zonas rurales y esta concentración se está agudizando. En 1978 por cada cien pobres en la ciudad existían 150 en el campo, relación que alcanza 167 pobres por cada cien urbanos en 1995. «La proporción en contra de los habitantes rurales crece a una tasa anual

de 11%. Esto es más impresionante si se toma en cuenta que la población rural como proporción de la población total es cada vez menor, de modo que se puede hablar del empobrecimiento creciente del campo y de su posición cada vez más desfavorable frente a la zona urbana».

El fenómeno es aún más notorio si, además de la incidencia, se tiene en cuenta la Intensidad de la pobreza o brecha de la pobreza, que mide la distancia entre el ingreso efectivo o promedio de los pobres y la línea de pobreza o de indigencia, de modo que entre más grande es la brecha, mayor es la pobreza del grupo de pobres.

**Gráfico 11.** Intensidad de la pobreza en Colombia



Fuente: Informe de Desarrollo Humano para Colombia 1998. Departamento Nacional de Planeación.

Señala el DNP que «de acuerdo con los datos de 1995, para que todos los pobres alcanzaran la línea de pobreza que corresponde a la distancia entre el ingreso y la línea de pobreza, sería necesario aumentar en 42% los ingresos de los pobres con una óptima distribución. En pesos del mismo año, esto significaba que se requerían \$ 29.066 al mes por cada pobre para llevarlos todos a un ingreso de \$ 69.637 mensuales, que era la

línea de pobreza en el momento. Es decir una transferencia de aproximadamente un dólar al día por cada pobre del país».<sup>8</sup>

La situación de pobreza se agrava en la segunda mitad de la década de los 90 y de la disminución se torna al incremento de los porcentajes de pobreza y pobreza extrema, según el Banco Mundial.

**Cuadro XI.** Pobreza en Colombia, 1978-1999

	1978	1988	1995	1999
	<b>Nacional</b>			
Tasa de pobreza	80%	65%	60%	64%
Brecha de pobreza	46%	32%	29%	34%
Tasa de pobreza extrema	32%	20%	17%	22%
FGT P(2)	45%	29%	21%	23%
Pobreza de US\$ 2 por día	33%	19%	13%	16%
Ingreso promedio per cápita	112	183	216	210

Fuente: The World Bank. Informe Pobreza Colombia 2002

Pero el problema mayor del país no es la pobreza sino la gran inequidad, una de las mayores en Latinoamérica, que a su vez es considerada la región más inequitativa del mundo. Colombia se

encuentra ubicada en una posición vergonzosa. El 10% más pobre de la población tan sólo participa en 1,1% del ingreso, mientras el 10% más rico participa con 46.1% del ingreso y el consumo.<sup>2</sup>

**Gráfico XII.** Inequidad en Colombia en el contexto internacional, 1999



Fuente: The World Bank. Informe Pobreza Colombia 2002

Juan Luis Londoño, en el Capítulo 1 de «*La distribución del ingreso en Colombia*» señala que entre los años 30 y los 60 la distribución del ingreso en Colombia presentó un gran deterioro (el coeficiente Gini aumentó más de 10 puntos).<sup>5</sup> Posteriormente, entre finales de los años 70 y comienzos de los 80 hubo un rápido progreso distributivo. El coeficiente Gini bajó ocho puntos, revirtiendo casi el deterioro distributivo de la fase anterior. Desde los años 80 hasta mediados de los 90 hubo una fase de progreso distributivo positivo pero lento, especialmente comparado con la fase previa. El coeficiente Gini se redujo algo menos de un punto en esos 15 años.

Destaca Londoño que un aumento en la desigualdad como el que mostró Colombia en los años 60, de 10 puntos en el coeficiente de Gini, normalmente tardaría 100 o 150 años en un país promedio. Y la disminución en la desigualdad en Colombia en los 25 años siguientes se observaría en otros países en un plazo mucho más largo.

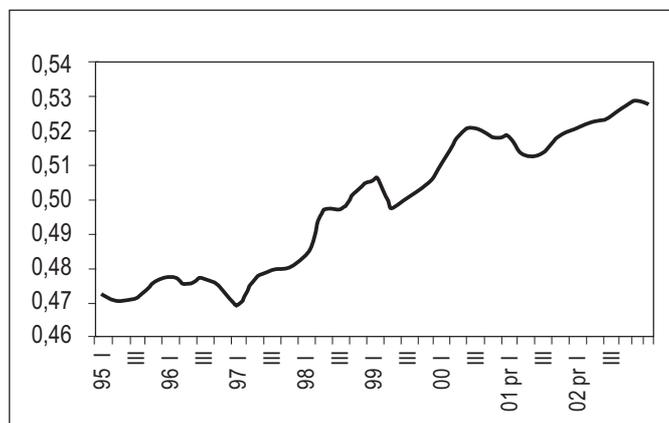
De nuevo Colombia muestra un incremento acelerado de la desigualdad a partir de 1997 y

hasta el año 2002, según lo reflejan las Encuestas de Hogares. El índice de Gini del ingreso total de los hogares aumenta de 0,47 a 0,53 y el ingreso per cápita de 0,49 a 0,56.

Ahora bien, la proporción del ingreso global de los hogares que proviene de ingresos laborales, que alcanzó su mínimo de 56% en 1951, y su máximo de 85% durante la pasada década, y disminuyó, especialmente desde los años cincuenta, la fracción del ingreso proveniente de ganancias urbanas y rentas de la tierra, por supuesto estos dos últimos los más concentrados o peor distribuidos.

Estos índices señalan que el problema de la distribución del ingreso en Colombia ha dejado de estar fundamentalmente ligado a la propiedad como en los años cincuenta, para estar ligado en 70% al ingreso laboral. Si se quisiera expresar en otra forma, se diría que para final de siglo, la inequidad dependía en menor proporción de las rentas de la tierra o el capital y en mayor proporción de las grandes diferencias en el pago por el trabajo entre el quintil más rico y el quintil más pobre.

**Gráfico 13.** Coeficiente Gini del ingreso total perceptor. Promedio móvil cuatro trimestres. Colombia



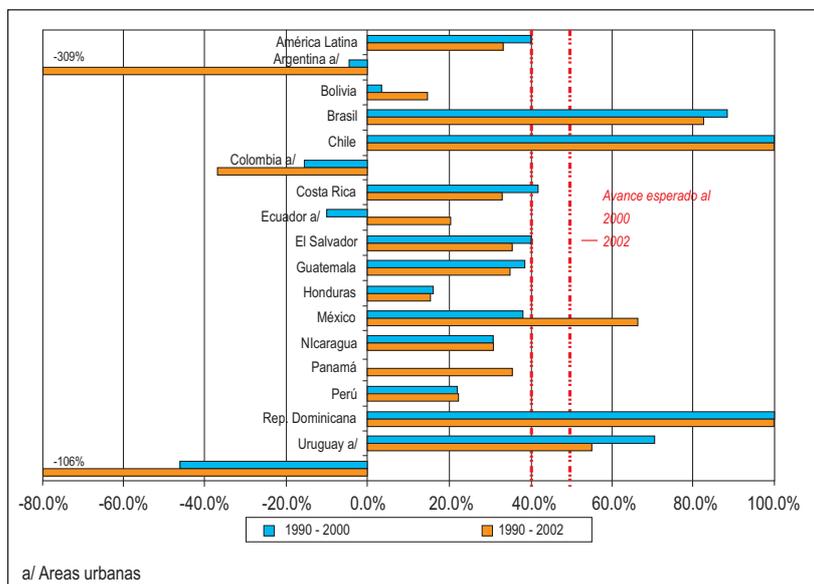
Pr: Estimación provisional. Cálculos Departamento Nacional de Planeación - DEE

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Encuesta Nacional de Hogares. Cálculos DNP - DEE.

Según la Conferencia Económica para América Latina (CEPAL), mientras Latinoamérica avanzó 40% en la meta de reducción de la pobreza entre

1990 y 2002, Colombia retrocedió en la misma proporción, situación sólo superada por Argentina y Venezuela.<sup>8</sup>

**Gráfico 14.** Porcentaje de cumplimiento de la meta de pobreza extrema entre 1990 y 2002



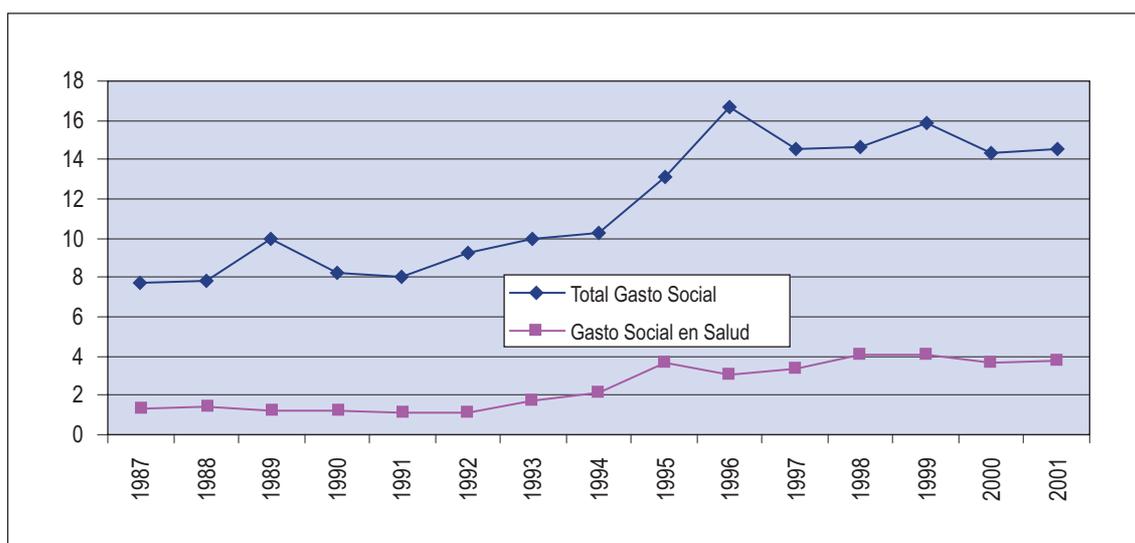
Fuente: Conferencia Económica para América Latina, Panorámica Social de América Latina 2002-2003

**Gasto social y gasto en salud**

El gasto social del Estado representa uno de los más bajos de Sudamérica, según la CEPAL, a pesar de haberse duplicado como consecuencia

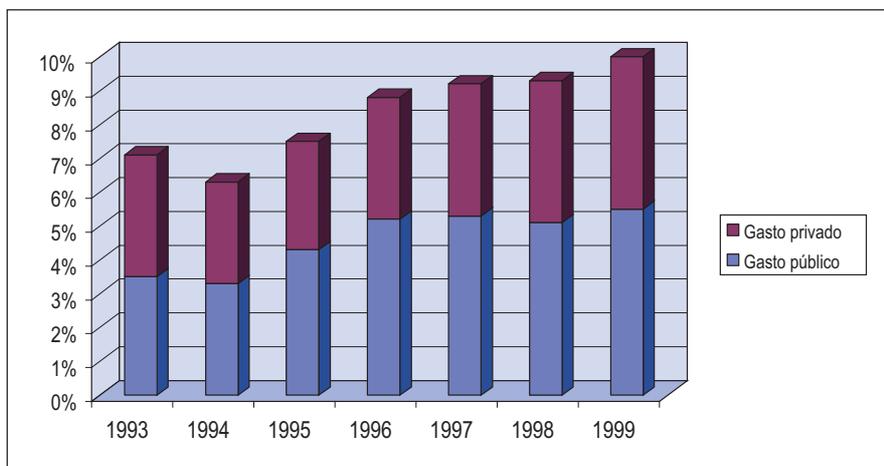
de la reforma constitucional de 1991, entre ese año y 1996 (del 8 al 16% del PIB). Posteriormente se ha estabilizado alrededor del 14%.<sup>8</sup>

**Gráfico 15.** Total del gasto social y gasto social en Salud % del PIB, Colombia 1987-2001



Fuente: Contraloría General de la República «Colombia entre la exclusión y el desarrollo»

**Gráfico 16.** Gasto en salud Colombia 1993-1999 en porcentaje sobre el PIB

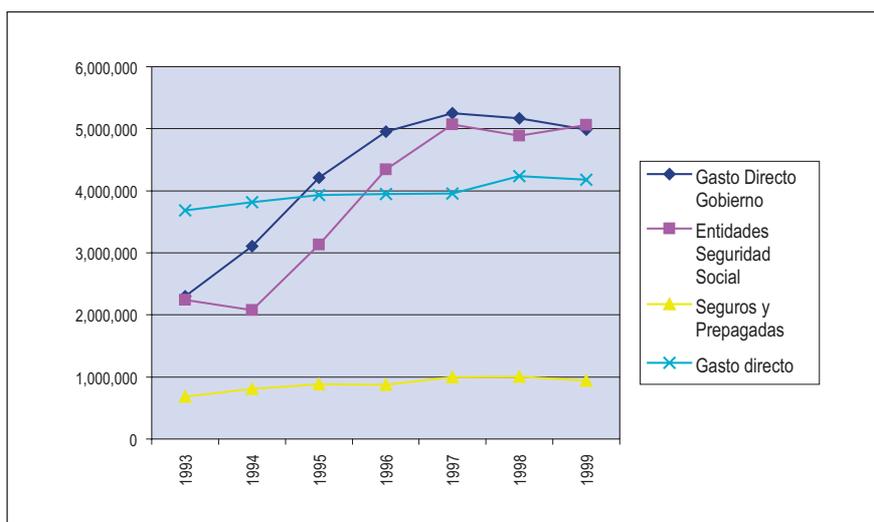


Según las cuentas nacionales de 2001, del Departamento Nacional de Planeación, Colombia muestra un notorio crecimiento del gasto en salud, de 6 a 10% del PIB, entre 1994 y 1999. Posteriormente se reduce el gasto público en salud y cifras más recientes señalan el gasto en salud sobre 8% del PIB.

El análisis de las cuentas nacionales permite observar un incremento muy importante del gasto en salud del gobierno entre 1993 y 1997, al igual que del gasto en seguridad social en salud

(cotizaciones de aportes y trabajadores). Posteriormente ambos se estabilizan alrededor de los cinco billones de pesos, mientras el gasto de bolsillo, o gasto directo de las familias en servicios de salud, que había dejado de crecer entre 1995 y 1997, vuelve a repuntar a partir de este año. De este modo se podría señalar que el gasto en salud del país se divide hoy en tres porciones iguales, una derivada del presupuesto nacional, otra de los aportes de los empleadores y trabajadores a la seguridad social y otra el gasto de bolsillo de los colombianos.

**Gráfico 17.** Gasto en salud. Colombia, 1993-1999 (millones de pesos de 1999)



Fuente: Revista Salud Colombia en [www.saludcolombia.com](http://www.saludcolombia.com) Estadísticas 59 Edición. Julio 2001

## Educación

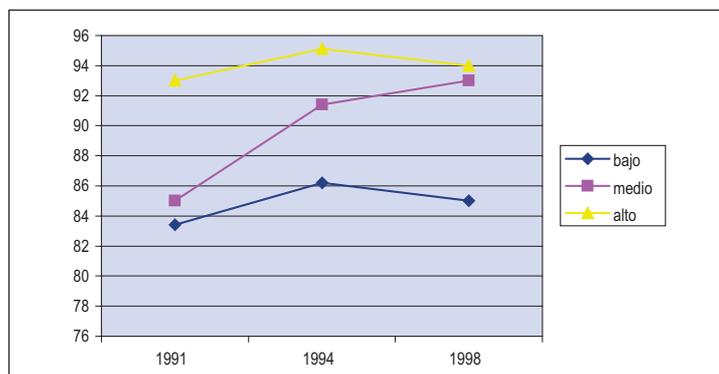
Es indudable el avance de la cobertura educativa en educación primaria y secundaria en Colombia durante los últimos treinta años, característica común con otros países de Latinoamérica. Las tasas netas de escolaridad bruta ascendieron en educación primaria hasta 84% y las de secundaria hasta 63%. No obstante, aunque la cobertura primaria es relativamente alta se requiere mayor esfuerzo para lograr el mandato constitucional sobre educación obligatoria hasta el grado noveno.<sup>3</sup>

La tasa de alfabetismo total de adultos mayores de 15 años de edad ascendió de 88.4% a 91.8% entre 1990 y 2001, mientras que la de adultos jóvenes, de 15 a 24 años de edad, ascendió de 94.9% a

97% en el mismo período. La tasa de analfabetismo es mucho mayor en el campo (20%) que en los conglomerados urbanos (6%). En promedio los colombianos tenían 7.5 años de educación en 2001.

El acceso a la educación, como el financiamiento, evidencia aún una distribución poco equitativa. Por ejemplo, en términos de la matrícula según estrato favorece en mayor medida a las personas que proceden de las clases sociales más altas. En preescolar, el estrato bajo matricula a 81% de los niños en edad, mientras el alto lo hace para 98%. La diferencia es menos notoria a medida que aumenta la edad y el nivel educativo, de suerte que en el total el acceso a la educación de los estratos medio y alto es casi igual, pero infortunadamente el estrato bajo está rezagado.<sup>3</sup>

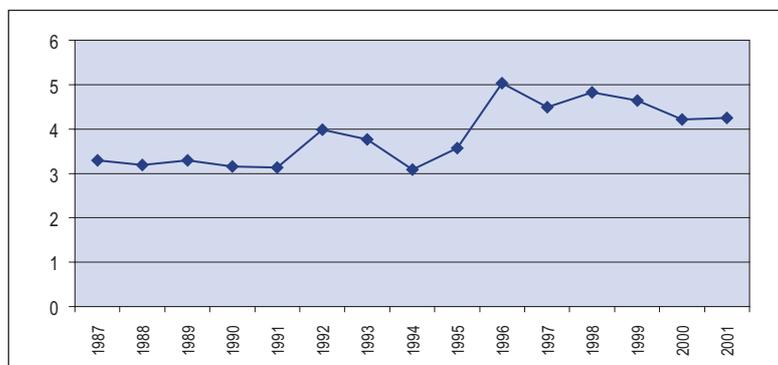
**Gráfico 18.** Tasas de matrícula por estrato socioeconómico. Colombia, 1991-1998



El esfuerzo del Estado en educación ha sido significativo a partir de la reforma constitucional de 1968, que dio origen al Situado Fiscal o recursos específicos del presupuesto para educación y salud. Se refuerzan con la Constitución del año

1991 y la Ley 60 de 1993, pero presentan una moderada disminución, al igual que el gasto en salud en los últimos años como consecuencia de la crisis económica y fiscal.

**Gráfico 19.** Gasto público en educación como porcentaje del PIB. Colombia, 1987-2001



Los principales problemas del sector tienen que ver con la calidad, aunque subsiste preocupación por insuficiencias en la cobertura, para cubrir la población que hoy está excluida. La calidad de la educación colombiana es notoriamente baja, de acuerdo con los resultados de pruebas nacionales e internacionales.<sup>3</sup>

### Vivienda y saneamiento

Según las cifras del Departamento Nacional de Estadística, en Colombia cuentan con vivienda propia pagada 52,1% de las familias, mientras 35,5% viven en vivienda alquilada. El 12,4% de las familias vive en condiciones de hacinamiento o no cuenta con condiciones habitables dignas.

Durante el período 1991-2000 el Estado asignó a través de distintos mecanismos 290.000 subsidios de vivienda, de un promedio de \$US 2.000 dólares, para cubrir 25% del déficit de vivienda estimado. Sin embargo, el número de recursos asignados para subsidios ha venido disminuyendo desde 1995.<sup>3</sup>

#### *Servicios p' blicos*

El 94,8% de los hogares colombianos tenían acceso a agua por tubería en el año 2000, con gran diferencia entre los urbanos (96,5%) y rurales (27,3%). Sin embargo, tan sólo 70% tenía acceso

a aguas tratadas de buena calidad. Desde otra perspectiva, tan sólo 29% de los municipios suministran agua potable (los más grandes), mientras que 71% no lo hace.

En cuanto a disposición de excretas, para el mismo año 87,3% de los hogares disponían de algún sistema de disposición de excretas y 89,8% de los hogares urbanos estaba conectado a alcantarillado. Para el año 2000 contaban con servicio de recolección de basuras 84,2% de los hogares, sin embargo, en la mayoría de los municipios del país existe un serio problema de disposición de basuras, capaz de afectar las fuentes de agua y la salud.<sup>3</sup>

Entre 1990 y 2001 el número de líneas telefónicas por 1000 habitantes ascendió de 69 a 172 y para este último año 76 de cada 1000 habitantes contaban con teléfono móvil, cifra que se acerca a 200 en el presente año. Para el año 2001 tan sólo 27 de cada 1000 colombianos tenían acceso a Internet.<sup>2</sup>

### 3. Situación de salud

Durante la segunda mitad del siglo XX la situación de salud de los colombianos mejoró ostensiblemente. La expectativa de vida aumentó de 50 a 71 años, hecho que obedeció en primera instancia a la disminución de la mortalidad infantil, de 123 por mil a 22 por mil.

**Cuadro XII.** Esperanza de vida al nacer y tasa de mortalidad infantil. Colombia, 1985-2015

Periodo	Esperanza de vida		Tasa de mortalidad infantil	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1985-1990	64.23	71.69	46.21	36.39
1990-1995	64.27	73.04	39.48	30.61
1995-2000	67.25	74.25	34.00	25.76
2000-2005	69.17	75.32	29.19	21.78
2005-2010	70.34	76.27	25.30	18.60
2010-2015	70.95	77.10	22.05	16.09

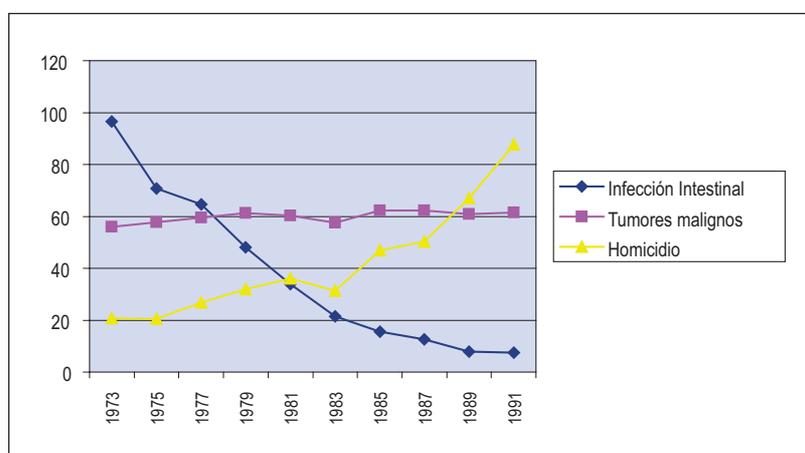
Fuente: Cálculos Departamento Administrativo Nacional de Estadística

La disminución de la mortalidad infantil es en primera instancia consecuencia de la mejoría sanitaria de los hogares, que a su vez es consecuencia de la urbanización, de una mejor educación y también de una importante labor del sistema de salud, especialmente del Sistema Nacional de Salud, que controló con éxito la mayoría de las enfermedades prevenibles del país.

La mortalidad en Colombia presenta una importante transición a partir de los años 70,

cuando empiezan a reducirse seriamente las enfermedades hidricas y la mortalidad asociada. Por una década, entre 1978 y 1988, los tumores malignos alcanzaron el primer lugar en la mortalidad, lo que confirmaba la transición demográfica y epidemiológica. Sin embargo, a partir de 1989 los homicidios, producto de la violencia de múltiples orígenes, se ubican en el primer lugar de mortalidad, donde permanecen hasta el año 2003.

**Gráfico 20.** Transición en la mortalidad colombiana, 1973-1999. Tasas por 100.000 habitantes



Fuente: Instituto Nacional de Salud. La mortalidad en Colombia 1953-1991

Con una tasa de muertes violentas superior a 9 por 10.000 y una tasa de homicidios superior a 6 por 10.000, Colombia se muestra como uno de los países más violentos del mundo, no sólo en

términos de la violencia política, sino en términos de la violencia común por la descomposición social.<sup>9</sup>

**Cuadro XIII.** Muertes violentas. Colombia, 1997 y 2002

	1997	2002
Homicidios en accidentes de tránsito	7.607	6.063
Presuntos homicidios	24.306	27.829
Presuntos suicidios	1.962	2.045
Presuntas muertes accidentales	3.402	3.147
Muerte violenta no establecida la manera	293	513
Total muertes violentas	37.570	39.597
Población	40.064.093	43.834.117
Tasa muertes violentas x 10. 000	9,4	9
Tasa homicidios	6,1	6,3

Fuente: Muertes violentas en Colombia 2002. Centro de Referencia Nacional sobre la Violencia. Instituto de Medicina Legal

La violencia es la primera causa de muerte para el grupo de 15 a 44 años de edad, en ambos sexos, si bien la tasa de los hombres es mucho mayor (196,4 contra 13,5), mientras para los mayores de 45 años de edad en ambos sexos lo es la enfermedad isquémica del miocardio.<sup>10</sup>

Para los niños de ambos sexos, la primera causa de muerte en los menores de un año de edad son las afecciones respiratorias perinatales y para el grupo de 1 a 4 años de edad la infección respiratoria aguda.<sup>10</sup> Para los niños de 5 a 14 años de edad la primera causa de muerte son los accidentes de tránsito, en su gran mayoría como peatones.

Otras tasas de mortalidad <sup>10</sup>

• Mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	14,6
• Mortalidad perinatal por 1000 nacidos vivos	6,8
• Mortalidad en menores de 5 años de edad por 100.000	371,3
• Mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	67,7
• Proporción de defunciones por EDA en menores de 5 años de edad	5,6 %
• Proporción de defunciones por IRA en menores de 5 años de edad	8,4 %

Tumores

• Mortalidad por neoplasias de todo tipo	64,8
• Mortalidad por neoplasias malignas	63,6
• Mortalidad por neoplasias malignas de pulmón, traquea y bronquios	6,9
• Mortalidad por neoplasias malignas del útero	10,1
• Mortalidad por neoplasias malignas de mama en mujeres	6,6
• Mortalidad por neoplasias malignas de los órganos digestivos y peritoneo	22,6

Enfermedades crónicas

• Mortalidad por enfermedades cardiovasculares	121,1
• Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón	52,7
• Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares	32,2
• Mortalidad por cirrosis y otras hepáticas crónicas	4,2
• Mortalidad por diabetes mellitus	16,4

En cuanto a la morbilidad de la población adulta cabe mencionar la prevalencia de hipertensión arterial en 12% de la población y de diabetes en 2%.<sup>10</sup> En niños la infección respiratoria aguda ocupa el primer lugar de consulta.

Entre las enfermedades transmisibles bajo notificación obligatoria, del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, las enfermedades tropicales llevan gran ventaja y la malaria ocupa por mucho el primer lugar, con 205.924 casos reportados en el año 2001, y una tasa de incidencia de 700 por cien mil habitantes, seguida del dengue con 55.282 casos y una tasa de incidencia de 188 por cien mil habitantes. De las no tropicales se destacan la tuberculosis con 11.736 casos para una tasa de incidencia de 26 por cien mil habitantes, y finalmente el SIDA con 1.434 casos, para una tasa de incidencia de 3,28 por cien mil.

Como factores de riesgo y protectores, el Ministerio de Salud señala en su último informe sobre la situación de salud, los siguientes:<sup>10</sup>

Proporción de niños con bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos): 7,0 %

Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años de edad: total 6,7 %

o Hombres 6,6 %

o Mujeres 6,9 %

Prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses de edad: 11,6 %

Índice de dientes cariados, perdidos y obturados a los 12 años de edad: 2,3

Prevalencia de hipertensión arterial: 12,3 %

Prevalencia de diabetes mellitus tipo II: 2,0 %

Prevalencia de sobrepeso en la población: total 5,5 %

o Hombres 4,6 %

o Mujeres 6,4 %

Prevalencia de tabaquismo: total 18,9 %

- o Hombres 26,8 %
- o Mujeres 11,3 %

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil: 52,8 %

Proporción de mujeres entre 25 y 69 años de edad con citología cérvico uterina en los últimos tres años: 68,4 %

En relación con la desnutrición, según la Encuesta de Demografía y Salud 2001, el porcentaje de desnutrición crónica alcanza a 9.4% de los niños del campo y 10.8% de los niños a nivel urbano y el de desnutrición global a 8.9% a nivel rural y 5.7% a nivel urbano. El 8% de las mujeres campesinas que tuvieron un hijo en los últimos cinco años tiene talla inferior a 1.45, situación igual en 4.4% de madres urbanas.

#### 4. Organizaci<sup>ó</sup>n del sistema de salud

El Sistema General de Seguridad Social, creado por la Ley 100 de 1993, está basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un importante componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos.

La ley define que habrá un Plan Obligatorio de Salud (POS) igual para todos los colombianos con o sin capacidad de pago, que podríamos llamar seguro obligatorio, y complementario a este estableció el Plan de Atención Básica (PAB), constituido por aquellas intervenciones que se dirigen a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, así como las acciones de saneamiento ambiental. De carácter gratuito y obligatorio para todos los habitantes del país, es financiado directamente con recursos fiscales.

El Sistema estableció dos regímenes: el contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes, y el subsidiado, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio.

La necesidad de la aplicación de un sistema de subsidios a la demanda surgió en el marco de los requerimientos para superar las dificultades transitorias que se pudieran manifestar con la implantación de las políticas de ajuste económico, de tal manera que no se entorpecieran las condiciones del mercado y se siguiera el camino hacia el logro de la equidad, formulación correspondiente al llamado Consenso de Washington.

Finalmente, la Ley 100 de 1993 define como participantes vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud a «las personas que por motivos de capacidad de pago, y mientras logran ser beneficiarios del Régimen Subsidiado, tendrán derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas (hospitales) y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado».

El Régimen Contributivo, basado en el esquema del viejo Instituto de los Seguros Sociales para trabajadores del sector privado, se modificó con cuatro medidas fundamentales:

1.- Aumentar los aportes para la seguridad social en salud de 6 a 12% del salario del trabajador, para cubrir al cónyuge y los hijos. Cuatro puntos serían pagados por el trabajador y ocho por el patrono.

2.- Acabar con el monopolio del Instituto de Seguros Sociales en la administración del seguro obligatorio de salud, abriendo la posibilidad de competir a empresas privadas con o sin ánimo de lucro, empresas cooperativas e incluso a otras empresas públicas o mixtas. Fueron denominadas con el eufemismo de Entidades Promotoras de Salud (EPS). Para finales de 1996 se encontraban en funcionamiento 30 de ellas.

---

\* A partir de la Ley 100 se denominan subsidios de demanda los destinados a financiar la afiliación o el aseguramiento de los ciudadanos y subsidios de oferta los destinados a financiar directamente las instituciones de salud, para que continúen prestando servicios a los vinculados.

3.- Determinación de un valor único promedio del seguro obligatorio anual (unidad de capitación/UPC), alrededor de 120 dólares, resultante de reunir todos los aportes y dividirlos por el número de beneficiarios, unidad que recibirán por igual todas las EPS. Creación de una cuenta de compensación en un Fondo Especial que recibe mensualmente los aportes provenientes de 12% de las nóminas y reconoce a cada administradora 1/12 del valor de la UPC por cada beneficiario mes.

Dos sindicatos poderosos, el de la empresa estatal de petróleos y el de maestros, buscando proteger sus beneficios extraordinarios, quedan exentos de la ley, junto con las fuerzas militares. Posteriormente (2001) los profesores y trabajadores de las universidades públicas hacen aprobar igualmente un régimen especial para no entrar en la compensación o mecanismo de solidaridad con el resto de los trabajadores.

Debe anotarse que el aporte máximo mensual corresponde a 12% de 20 salarios mínimos mensuales (aprox. 280 dólares de 2003) y el aporte mínimo a 12% del salario mínimo (aprox. 14 dólares). El número de trabajadores por familia de 1.7, con tendencia histórica al aumento y el número de dependientes por trabajador, 1.2, con tendencia histórica al descenso, muestran una perspectiva favorable para la Unidad de Capitación o Unidad per Cápita (UPC), de no ser superada por el incremento en los costos de los servicios de salud. El Régimen Subsidiado es más ambicioso aún, para lograr asegurar al menos a un cuarto de la población colombiana más pobre en la primera década. Se basa igualmente en los siguientes puntos.

1.- Financiar la seguridad social en salud a la población sin capacidad de pago, que implica subsidiar a las personas para cubrir total o parcialmente el monto de la cotización y garantizar de tal forma a estos ciudadanos el mismo Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo. (Art. 157 y 162 de la Ley 100). Este régimen es consecuencia de la Constitución de 1991, que estableció los principios de solidaridad, universalidad y eficiencia para desarrollar la seguridad social como servicio público de carácter obligatorio y del intento de mejorar la eficiencia

redistributiva, mediante la focalización de los recursos hacia la población más pobre.

2.- Consecución de nuevos recursos para su financiamiento. Se dedica a un fondo de solidaridad uno de los 12 puntos de los aportes de todos los trabajadores. El Estado debía colocar similar cantidad de recursos a dicho fondo, provenientes de otros impuestos, pero se ha reducido su aporte a la mitad. Impuestos adicionales al petróleo debían fortalecer este fondo pero nunca fueron aportados. Los municipios debían dedicar al aseguramiento de la población pobre 60% de los nuevos recursos para salud transferidos por la Nación, hasta que se cambiaron las reglas de juego de estos recursos hacia una dedicación específica a subsidios para el aseguramiento de la población pobre en cada municipio.

3.- Transición de los viejos recursos de la oferta a la demanda. Paulatinamente se deben convertir la gran mayoría de los recursos públicos que financian los hospitales en seguros adquiridos para la población pobre. Los hospitales deberían ser eficientes y competitivos, convertidos en Empresas Sociales del Estado (ESE) para lograr sus ingresos por la venta de servicios a las diversas administradoras del Régimen Subsidiado y Contributivo.

4.- Los recursos del Fondo de Solidaridad en la nación, los recursos del financiamiento de los hospitales en los departamentos y los recursos municipales deben sumarse para lograr el aseguramiento de toda la población pobre. Aplicación y desarrollo de un Sistema de Selección de Beneficiarios de Subsidios del Estado – SISBEN- para focalizar los subsidios hacia la población más pobre.

5.- La cobertura en servicios del seguro subsidiado, Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, se plantea con gradualidad, debiendo ser igual a la del Contributivo en el año 2001. Mientras tanto los servicios no cubiertos por el seguro continúan a cargo de los hospitales públicos.

Para modular el Sistema se crea el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS-, organismo de concertación entre el gobierno, las aseguradoras privadas y públicas, las instituciones prestadoras de

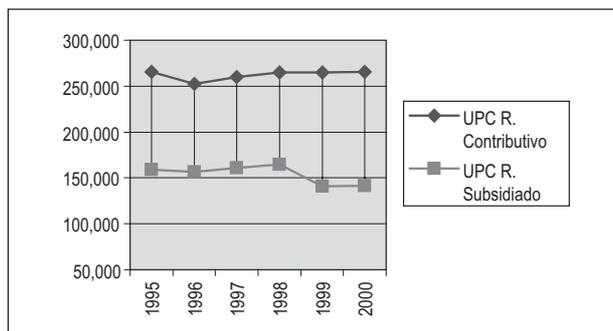
servicios de salud, los gremios y los trabajadores, máximo organismo rector del Sistema, buscando el equilibrio del mismo, a través de la aprobación anual del Plan Obligatorio de Salud –POS- y la Unidad de Capitación, que el Sistema reconocerá por cada afiliado a las Empresas Promotoras de Salud.

La unidad de capitación –UPC- se ha mantenido en términos reales en el Régimen Contributivo, pero

se redujo para el Régimen Subsidiado a partir de 1999, año en que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud no aprobó un incremento de la UPC para compensar la inflación. Ello ha significado mayor distanciamiento entre los dos regímenes.

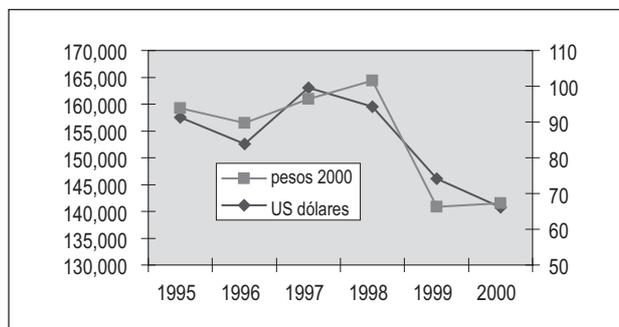
En dólares resulta mucho más dramática la disminución del valor per cápita correspondiente a cada afiliado del Régimen Subsidiado.

**Gráfico 21.** Diferencia UPC Régimen Contributivo y Subsidiado en valor presente pesos. Colombia, 1995-2000



Fuente: FEDESALUD «Desarrollo del principio de Universalidad del SGSSS»

**Gráfico 22.** Unidad de capitación Régimen Subsidiado valor presente pesos 2000 y US dólares. Colombia, 1995-2000



Fuente: FEDESALUD «Desarrollo del principio de Universalidad del SGSSS»

Igualmente con el Sistema General de Seguridad Social en Salud nace la Superintendencia de Salud, encargada de la vigilancia y control del nuevo Sistema y el Ministerio de Salud, hoy de Protección Social se encarga de la función normativa.

Para el manejo financiero se crea el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA-, encargado de administrar los recursos del Sistema, que es entregado por concesión periódicamente a un consorcio bancario.

Por otra parte la Ley crea el Sistema de Riesgos Profesionales, en el cual igualmente se permite la competencia de empresas privadas en el manejo del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, antes monopolio del Instituto de Seguros Sociales. Sin embargo, estas entidades son totalmente distintas de aquellas que manejan el seguro de salud. Los patronos siguen siendo responsables de este seguro.

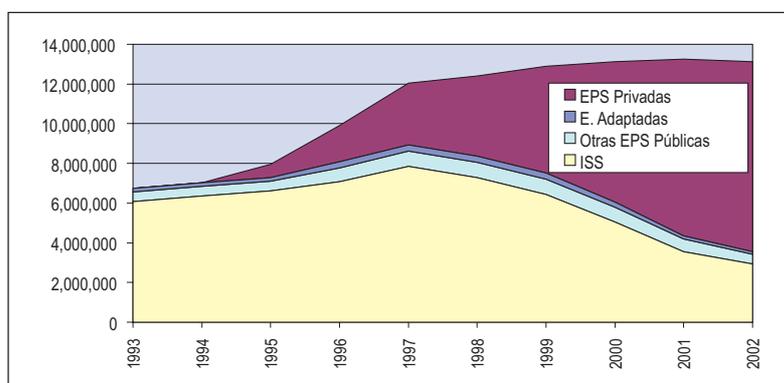
## 5. Cobertura

### Cobertura en aseguramiento

La extensión de la cobertura familiar, a todas las regiones del país y para todos los trabajadores, y la afiliación de la población más pobre al Régimen Subsidiado son los hechos que más han incidido en el incremento de cobertura de la seguridad social en salud en Colombia a partir de la Ley.

En el Régimen Contributivo se observó un rápido crecimiento entre 1995 y 1997, debido al ingreso de beneficiarios o familiares de los trabajadores al Sistema, y después más lento hasta la crisis económica de 1999, cuando la cifra prácticamente se estabiliza. Sin embargo, a partir de 1997 se evidencia que el crecimiento de la afiliación de las EPS privadas es fundamentalmente a costa de la pérdida de afiliados del Instituto de Seguros Sociales.

**Gráfico 23.** Afiliados Régimen Contributivo 1993/2002 por tipo de EPS. Colombia, 1993-2002

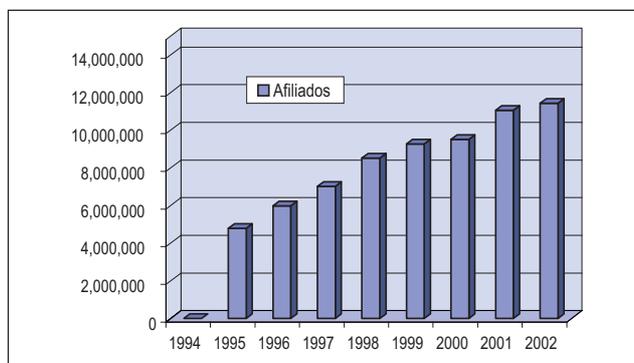


Fuente: FEDESALUD «Desarrollo del principio de Universalidad del SGSSS»

En el Régimen Subsidiado igualmente se observa un rápido crecimiento de afiliados a partir de 1995, pero este incremento es más sostenido. Sin embargo, se ha priorizado la extensión de cobertura y no la extensión del Plan de Beneficios (POS Subsidiado) para igualarlo con el del contributivo en el año 2001, como ordenaba la Ley 100. El plan sigue siendo reducido en servicios

especializados y hospitalarios del II y III nivel de atención, aunque cubre las enfermedades y procedimientos de alto costo (cáncer, SIDA, insuficiencia renal, cirugía cardiovascular), al igual que todas las materno infantiles, la ortopedia y las cirugías más frecuentes (apendicectomía, herniorrafia, histerectomía).

**Gráfico 24.** Afiliados al Régimen Subsidiado 1994-2002. Colombia, 1994-2002

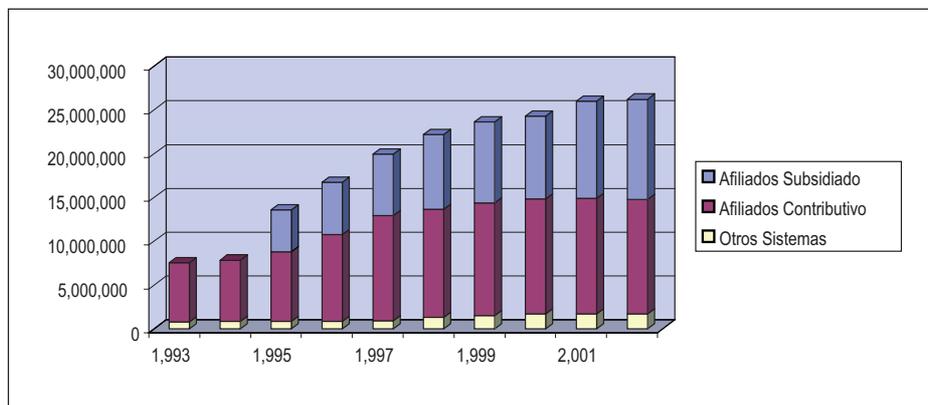


Fuente: FEDESALUD «Desarrollo del principio de Universalidad del SGSSS»

En conjunto, entre los dos regímenes se cubre a 24.5 millones de habitantes, aparte del millón y medio que pertenece a regímenes especiales de

seguridad social en salud, lo que significa en conjunto una cobertura de 26 millones de habitantes para el año 2002.

**Gráfico 25.** Afiliados a la seguridad social en salud. Colombia, 1993-2002

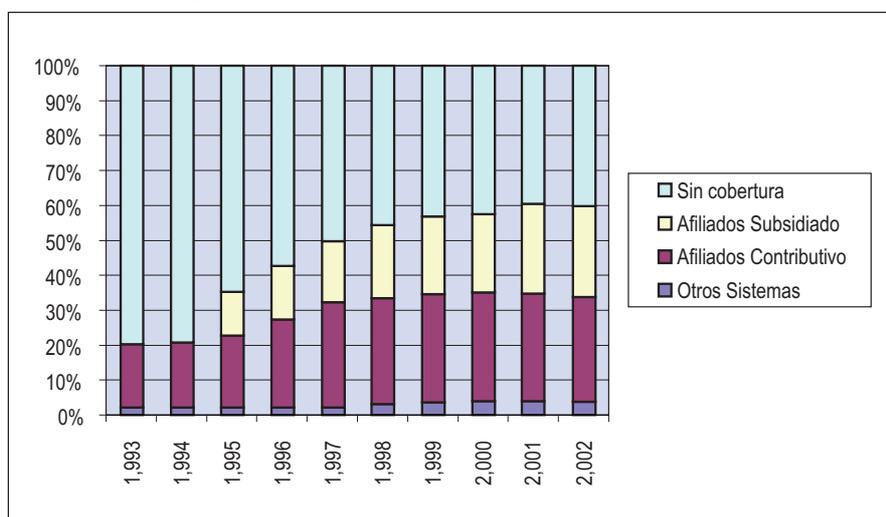


Fuente: FEDESALUD «Desarrollo del principio de Universalidad del SGSS»

Aún así restan por ingresar al Sistema 40% de los habitantes del país, es decir cerca de 18 millones de personas, la mayoría población pobre, con trabajo informal no cubierta por el Régimen

Subsidiado (el SISBEN selecciona sólo a los más pobres de los pobres), pero por definición sin capacidad de pago para el Régimen Contributivo.<sup>11</sup>

**Gráfico 26.** Cobertura de la seguridad social total. Colombia, 1993-2002

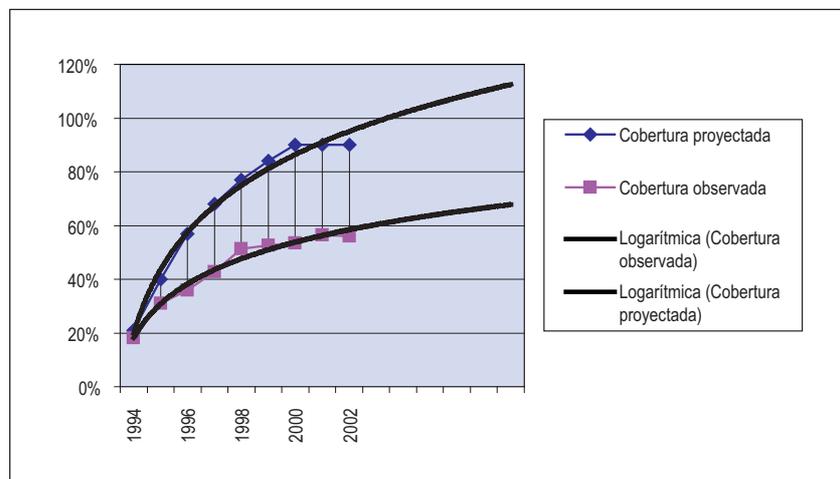


Fuente: FEDESALUD «Desarrollo del principio de Universalidad del SGSS»

Las proyecciones de un estudio reciente de la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Seguridad Social – FEDESALUD- muestran una tendencia preocupante de estancamiento en la

cobertura del Sistema de Seguridad Social en Salud, que obedece más a un problema estructural de su diseño que a la coyuntura de la crisis económica.<sup>11</sup>

**Gráfico 27.** Cobertura total proyectada y observada tendencia logarítmica sistema de seguridad social en salud. Colombia, 1994-2002



Fuente: FEDESALUD «Desarrollo del principio de Universalidad del SGSSS»

### Cobertura de servicios de salud

Respecto a la cobertura de servicios de salud, el último informe del Ministerio de la Protección Social reporta los siguientes indicadores:

#### Atención prenatal

- Consulta atendida por médico: 86,9 %
- Consulta atendida por enfermera: 3,9 %
- Promedio de visitas prenatales: 6,0

#### Atención del parto

- Madres que recibieron vacuna antitetánica: 87,7 %
- Parto institucional: 93,0 %
- Proporción de partos atendidos por médico: 91,3 %
- Proporción de partos atendidos por enfermera: 0,7 %
- Proporción de partos atendidos por auxiliar de enfermería: 1,0 %
- Proporción de partos atendidos por promotora: 0,5 %
- Proporción de partos atendidos por parteras: 3,8 %

### Usuaris de algún método de planificación familiar

- En unión: 77,0 %
- Sin unión: 84,0 %
- Rurales: 75,0 %
- Urbanas: 78,0 %

### Niños menores de 1 año de edad con esquema completo de vacunación

- Niños de 1 año de edad con esquema completo de:
  - Triple Viral: 85,5 %
  - DPT: 77,6 %
  - Anti poliomielítica: 80,5 %
  - BCG: 84,8 %
  - Anti hepatitis B: 78,1%
  - Anti-*Haemophilus influenzae* tipo B: 53,6 %

La cobertura de vacunación se encuentra en proceso de recuperación hacia coberturas útiles después de una caída vertiginosa entre 1997 y 1999, producto de la descentralización de servicios de salud y de la reforma del sistema fundamentalmente.<sup>12</sup> El gobierno actual ha puesto todo el énfasis en recuperar los niveles de cobertura.

**Cuadro XIV.** Caída de las coberturas de vacunación. Colombia, 1995-999

	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Polio</b>	94	93	83	76	77
<b>D.P.T</b>	90	92	80	73	74
<b>Hepatitis B</b>	90	94	79	75	77
<b>Sarampión</b>	90	93	89	86	89
<b>B.C.G.</b>	100	100	95	83	80

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública

**Otros indicadores**

- 8 Empresas Solidarias de Salud
- 9 EPS Indígenas

Razón de egresos hospitalarios por 1000 habitantes en el 2000: 123,5

Regímenes especiales

- Fuerzas Militares
- Policía Nacional
- Empresa Colombiana de Petróleos
- Universidades públicas

**Instituciones de salud**

Administradores

Prestadores de servicios

Administración Régimen Contributivo:

- 27 EPS
- 10 Entidades adaptadas

Establecimientos registrados de atención ambulatoria

- Total: 33.029
- Sector público: 5.427
- Sector privado: 27.602

Administración Régimen Subsidiado

- 13 EPS

**Cuadro XV.** Instituciones prestadoras de servicios de salud. Colombia

<b>Total IPS</b>	32.071
<b>I Nivel</b>	69.20%
<b>II Nivel</b>	26.80%
<b>III Nivel</b>	1.10%
<b>No clasificadas</b>	2.90%
<b>Públicas</b>	0.26
<b>Privadas</b>	74.20%
<b>Mixta</b>	0.10%

Fuente Dirección de Vigilancia y Control Ministerio de Protección Social

Colombia muestra uno de los índices de cama hospitalaria por 1.000 habitantes más bajo de Latinoamérica (1,6) y por tanto equivalente a la décima parte de un país desarrollado.<sup>13</sup> Sus hospitales públicos debieron transformarse por mandato de la Ley 100 en Empresas Sociales del Estado para convertirse en empresas auto

sostenibles mediante la venta de servicios a los aseguradores del Régimen Contributivo y Subsidiado. Ordena igualmente que los recursos destinados a financiar hospitales públicos se transformen progresivamente en subsidios para asegurar a la población más pobre.

**Cuadro XVI.** Hospitales públicos transformados en Empresas Sociales del Estado. Colombia

	Total	ESE	%
III Nivel	28	23	82
II Nivel	125	120	96
I Nivel	354	194	55
Total	507	337	66

Fuente: Programa de Mejoramiento. Ministerio de Protección Social

La reducción de los ingresos de los hospitales por la transición de los recursos de la oferta a la demanda y también por el costo de la seguridad social determinado por la misma Ley, que el Ministerio de Hacienda les comenzó a descontar por anticipado, ha significado serias crisis de liquidez de las instituciones que son el único recurso para los no asegurados y muchas veces también de los afiliados al Régimen Subsidiado. La crisis se ha intentado resolver por la vía de reducir el personal y los gastos, pero esto sólo resulta coherente con los limitados ingresos, pero no con una población pobre no asegurada en incremento durante los últimos años, que requiere servicios y no tiene como pagarlos. Tampoco con indicadores de cama hospitalaria de los más bajos de Latinoamérica.<sup>13</sup>

La crisis hospitalaria ha sido una constante desde la crisis económica de 1984, pero agravada en el proceso de implantación de la Reforma. La ley 715 de 2001 ha significado sin embargo un importante avance en la formulación del problema, al señalar claramente el rubro de financiamiento de los no asegurados y al asignar responsabilidades a los departamentos sobre la red hospitalaria pública y sobre esta población, mientras deja a los municipios la responsabilidad del aseguramiento.

Se reconocen importantes procesos de eficiencia en la prestación de servicios, tanto en clínicas privadas como en hospitales públicos, en este último caso con un gran apoyo técnico por parte del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, programa apoyado con crédito multilateral, que lideró el Ministerio de Salud, hoy de Protección Social, desde el inicio de la reforma.

**Cuadro XVII.** Índice de ocupación hospitales públicos. Colombia, 1993-2000

†	1993	2000
III Nivel	75	85
II Nivel	58	71
I Nivel	42	34
Total		59

Fuente: Programa de Mejoramiento. Ministerio de Protección Social

La diferencia en los índices de ocupación demuestra la necesidad de definir los mecanismos de financiación de la oferta en las zonas de no mercado. Es decir, saber con precisión cuanto cuesta mantener una infraestructura y un recurso humano con poca utilización en poblaciones dispersas donde es indispensable mantener los servicios abiertos y estos no se podrán financiar vía demanda, es decir por venta de servicios.

## 6. Trabajadores del sector salud

El desarrollo del Sistema Nacional de Salud entre 1975 y 1984 implicó un importante crecimiento de profesionales, técnicos y auxiliares, así como personal de trabajo comunitario en el sector de la salud. Al igual que el crecimiento del Instituto de Seguros Sociales en la década de los 80.

**Cuadro XVIII.** Recurso humano en las instituciones de salud. Colombia, 2000

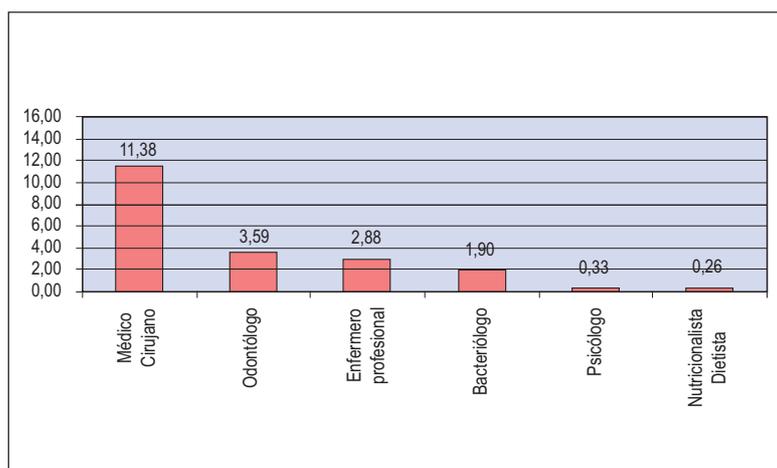
	N° mero	Indice x 10.000 hab.
Promotor de salud	12.666	2.99
Vacunador	588	0.14
Promotor de saneamiento	150	0.04
Otros saneamiento ambiental	357	0.08
Auxiliar de consultorio odontológico	4.911	1.16
Auxiliar de enfermería	62.677	14.81
Auxiliar de laboratorio clínico	4.448	1.05
Médico cirujano	48.147	11.38
Enfermero profesional	12.195	2.88
Odontólogo	15.181	3.59
Nutricionista dietista	1.087	0.26
Bacteriólogo	8.382	1.98
Psicólogo	1.377	0.33
Instrumentador quirúrgico	1.200	0.28
Otros	20.363	4.81
<b>Total</b>	<b>193.729</b>	<b>45.78</b>

Fuente: Recursos Humanos en Salud en Colombia 1961-2005 FNSP U. de Antioquia. MINSALUD.

Como puede observarse, la tasa de médicos por 1000 habitantes apenas supera la unidad, y la de otros profesionales resulta mucho más baja, como la de enfermeros profesionales e incluso la de odontólogos, lo que aparentaría un déficit de profesionales en comparación con otros países. Sin embargo, dada la baja cobertura del Sistema

y, por otra parte, los bajos niveles de demanda en algunos servicios como odontología por parte de la población pobre no asegurada o asegurada al Régimen Subsidiado produce un efecto relativo de exceso de profesionales y enorme desempleo en algunas de las profesiones como la odontología frente a la demanda real.<sup>14</sup>

**Gráfico 28.** Profesionales de la salud presentes en las instituciones del sector salud. Colombia, 2000. Tasa por 10 000 habitantes



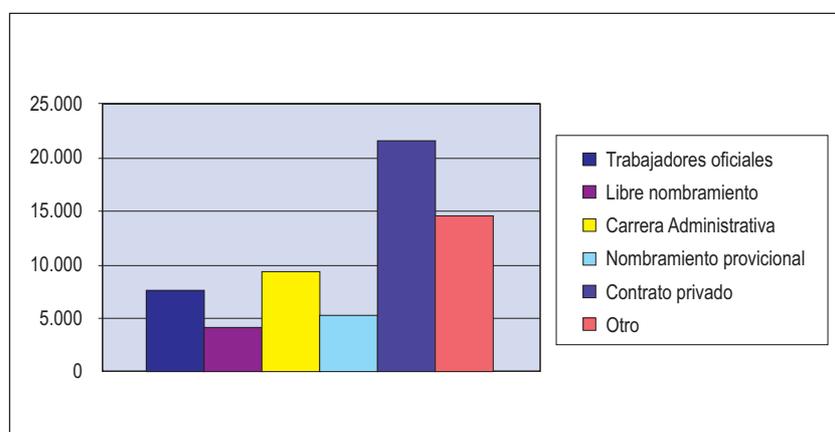
Fuente: Recursos Humanos en Salud en Colombia 1961-2005 FNSP U. de Antioquia. MINSALUD.

Este personal tuvo en su mayoría características de empleados públicos o trabajadores oficiales que gozó de gran estabilidad en el empleo y con una adecuada remuneración, lograda muchas veces a través de conquistas sindicales.

Si bien como resultado de la reforma se ha mencionado un incremento del empleo, por parte de los consecutivos gobiernos, con evidencia satisfactoria, lo que significaría una mejor distribución del trabajo y el ingreso, este hecho es

opacado por la denuncia permanente de los profesionales y trabajadores de la salud sobre las condiciones laborales, por la pérdida de estabilidad, la disminución significativa de las tarifas pagadas a los profesionales y las formas de contratación, sin prestaciones sociales ni seguridad social que han hecho carrera en el Sistema, a veces promovidas irónicamente desde la dirección del Sistema de Seguridad Social en Salud, como en el caso de los hospitales públicos.

**Gráfico 29.** Profesionales directos del sector salud según forma de vinculación. Colombia, 2000



Fuente: Recursos Humanos en Salud en Colombia 1961-2005 FNSP U. de Antioquia. MINSALUD.

## 7. Consideraciones sobre calidad

Una reciente encuesta nacional realizada por la Defensoría del Pueblo<sup>15</sup> se convierte en la mejor respuesta disponible a las preguntas sobre calidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con sus distintos indicadores:

(i) Oportunidad en el tiempo en los diferentes servicios de salud.

Los mejores niveles de oportunidad en las diferentes prestaciones de salud, se relacionan con los servicios de medicina general y exámenes de laboratorio, con porcentajes de 71.7% y 84.5%, respectivamente.

De otra parte, la valoración más baja se presentó en los servicios de especialistas y cirugías. Al respecto, 41.3% de los encuestados manifestó que

su cita para el especialista tardaba más de ocho días y 38.6% de los mismos expresaron que sus cirugías se practicaban con posterioridad a los 15 días de autorizadas.

Reviste especial importancia el hecho de que a 38.6% de los afiliados al sistema de aseguramiento en salud se le practiquen sus cirugías dentro de plazos muy superiores a los catalogados como racionales. Así se alimentan, en algunos casos, las llamadas «listas de espera», fuente del represamiento quirúrgico, considerado una clara vulneración del derecho a la salud.

(ii) Oportunidad en la atención en el servicio de urgencias.

El acceso expedito a los servicios de urgencias es uno de principales indicadores de la oportunidad en la atención asistencial, pues es quizás el

elemento que más dramáticamente se relaciona con el propósito de preservación de la vida frente a una amenaza inminente.

Por lo mismo, esta actividad requiere de una especial supervisión por parte de las autoridades,

pues la atención de urgencias -además- presenta un alto grado de utilización, al punto que 70.25 % de los encuestados manifestó haberlo utilizado recientemente. Por eso, extraña que a 41.7% de los encuestados les fuera negado o demorado injustificadamente el servicio de urgencias.<sup>15</sup>

**Cuadro XIX.** Atención en los servicios de urgencias por régimen. Colombia

	Régimen				TOTAL	
	Contributivo		Subsidiado			
	Se negaron/ demoraron en atenderlo	Lo atendieron rápido	Se negaron/ demoraron en atenderlo	Lo atendieron rápido	Se negaron/ demoraron en atenderlo	Lo atendieron rápido
Atención urgencias	41.8%	57.7%	41.2%	58%	41.7%	57.8%

Fuente: Defensoría del Pueblo. Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud. Bogotá, 2003

La deficiente e inoportuna atención de urgencias es causa constante de quejas y reclamos de los usuarios ante la Defensoría del Pueblo. En efecto, se da cuenta de la incorporación por parte de los aseguradores de aparentes refinamientos técnicos, consideradas meras ambigüedades reglamentarias, que tocan la esencia y sentido de la «urgencia» (como acepción de lo inaplazable), además de desconocer la precisión legal. Así, por ejemplo, se ha acuñado el difuso término de «urgencia vital» para impedir o restringir a los usuarios el acceso al servicio. También se han adoptado métodos de selección y escalas de preferencia en la atención de urgencias de acuerdo

con los niveles de su complejidad (Procedimiento comúnmente llamado *triage*).<sup>15</sup>

(iii) Oportunidad, entrega parcial o negación en el suministro de los medicamentos.

De acuerdo con los resultados de la encuesta se encontró que 47% de los usuarios del servicio manifestaron tener problemas con la entrega de medicamentos, bien porque no los recibieron, su entrega fue parcial o porque la formulación estaba por fuera del POS. Estos indicadores son más acentuados en el régimen subsidiado que en el contributivo.

**Cuadro XX.** Entrega de medicamentos por régimen. Colombia

	Régimen				TOTAL	
	Contributivo		Subsidiado			
	No se lo entregaron o parcialmente	Se los entregaron en su totalidad	No se lo entregaron o parcialmente	Se los entregaron en su totalidad	No se lo entregaron o parcialmente	Se los entregaron en su totalidad
Entrega de medicamentos	45.0%	55.0%	53.4%	46.6%	46.9%	53.1%

Fuente: Defensoría del Pueblo. Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud. Bogotá, 2003.

Respecto de las autorizaciones para la utilización de cada uno de los servicios ofrecidos, no se evidenciaron problemas en el sistema, y su calificación fue significativamente alta. Sin embargo, no puede despreciarse el 8% relacionado con la negación de cirugías prescritas

por el médico tratante, situación que se acentúa en el régimen subsidiado (14.6%).

En los resultados de la encuesta sobre valoración de la calidad de los servicios de salud se identifica una aparente contradicción. Cuando se pregunta

al afiliado por «la satisfacción en términos genéricos» que ha experimentado con la atención que le brinda su aseguradora, las respuestas son positivas. Pero cuando se les indaga por la calidad de servicios específicos como entrega de medicamentos o acceso a programas de promoción y prevención, la calificación tiende a ser insatisfactoria. Una de las explicaciones a esta supuesta ambivalencia de opinión puede radicar en la percepción benévola que tienen los usuarios por el hecho de contar con un seguro de salud

que les permite acceder con más probabilidad a los servicios médicos asistenciales. Sin embargo, el grado de benevolencia disminuye cuando se trata de indagar sobre la realización efectiva del derecho a la salud mediante la prestación de servicios de salud concretos. En general, son dos momentos diferentes de la valoración de los servicios de salud que es necesario diferenciar para entender la ambigua percepción de los encuestados.<sup>15</sup>

**Cuadro XXI.** Puntajes totales por régimen (sobre 10). Colombia, 2003

		ACCESO A LA INFORMACIÓN	LIBRE ESCOGENCIA	OPORTUNIDAD	SATISFACCIÓN	GENERAL
Régimen	Contributivo	5.45	4.14	7.76	7.34	6.18
	Subsidiado	4.80	3.45	7.52	7.24	5.77
TOTAL		5.30	3.98	7.70	7.32	6.09

Fuente: Defensoría del Pueblo. Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud. Bogotá, 2003.

La encuesta arrojó una calificación global (índice de vulneración o cumplimiento del derecho a la salud) para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) -dentro del enfoque particular previsto para la presente investigación- de 6.09 sobre 10, valor que registra apenas el nivel mínimo de aceptabilidad, no obstante el tiempo de operación del actual modelo de atención, que pasados nueve años desde su instauración debería estar ofreciendo niveles óptimos de calidad y eficiencia.

Mediante el Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002, el gobierno nacional redefinió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud en el Sistema General de Seguridad Social, obligatorio para prestadores y aseguradores, como también para entidades adaptadas, entidades de medicina prepagada y entidades territoriales de salud.

El Decreto 2309 define de esta curiosa forma su objeto: «La Calidad de la Atención de Salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario», y continúa con una óptica centrada en

las instituciones, sin mayor consideración por lo que en la ciencia médica significa calidad, en términos de protocolos de atención, y tampoco adopta las propuestas del *World Health Report 2000* para evaluar los sistemas de salud desde la perspectiva de los derechos del paciente, evaluación que por cierto dejó en un vergonzoso puesto 93 a nuestro país.

Los indicadores para la evaluación del *World Health Report 2000* enfocados en el usuario son: respeto a la dignidad del paciente, confidencialidad, autonomía en las decisiones del paciente, para 50% en respeto a los usuarios del sistema y, por otra parte, atención oportuna, condiciones de servicio u hotelería, acceso a apoyo social y psicológico y oportunidad de selección del prestador, para otro 50% correspondiente a orientación al cliente.

## 8. Consideraciones sobre equidad

Dado que uno de los objetivos trazados por la Ley es el de un sistema universal, con cobertura para todos los ciudadanos e igual plan de salud y acceso a los servicios, resulta pertinente observar los resultados alcanzados de acuerdo con las

grandes encuestas de hogares, base estadística del país.

Se observa en primer lugar la cobertura del aseguramiento en salud, por quintiles de ingreso, que muestra aún ventajas en los quintiles más altos de ingresos respecto a los quintiles más bajos.

Adicionalmente, al comparar las cifras de 1997 con las cifras del año 2000, se observa una disminución de la cobertura en los estratos más bajos, a costa de los estratos medios que podría señalar disminución de la equidad en este periodo y que podría ser explicado por el manejo político clientelista del Régimen Subsidiado a nivel municipal.<sup>16</sup>

**Cuadro XXII.** Distribución porcentual de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud por quintiles de ingreso. Colombia, 1997 y 2000

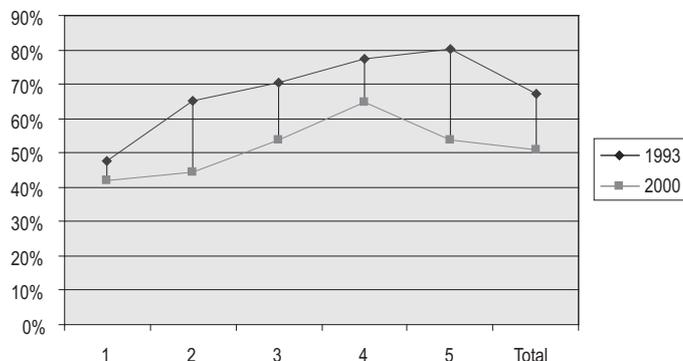
Quintiles	ENCV 1997			ENH 2000		
	Subsidiado	Contributivo	Total cobertura	Subsidiado	Contributivo	Total cobertura
1	37.45%	5.72%	43.17%	27.08%	7.94%	35.02%
2	30.22%	15.80%	46.02%	25.76%	18.10%	43.86%
3	19.37%	34.65%	54.02%	15.43%	33.47%	48.90%
4	9.28%	54.70%	63.98%	10.99%	48.44%	59.43%
5	2.16%	76.61%	78.77%	4.24%	70.51%	74.75%

Fuente: DANE Encuestas Nacionales de Calidad de Vida Septiembre 1997 y ENH Dic. 2000

Otra forma de análisis consiste en la comparación por quintiles de ingreso de la respuesta a la solicitud de atención médica frente a la percepción de enfermedad. La Encuesta de Hogares del año 2000 revela cifras muy diferentes a las de la Encuesta CASEN de 1993, que en primera instancia supondrían que el Sistema tiene ahora menos capacidad de respuesta. A pesar de que las dos encuestas muestran algunas diferencias metodológicas que podrían explicar la caída general en la respuesta de atención, estas no explican que unos quintiles muestren mayor caída que otros. Es indudable que los quintiles dos y tres, muestran una situación que empeora respecto al quintil uno, correspondiente a la

población de menores ingresos o al quintil 4. La explicación respecto a la situación previa a la reforma podría ser que el Sistema General de Seguridad Social ha privilegiado al quintil uno en el aseguramiento del Régimen Subsidiado, que no obtenía una adecuada respuesta del Sistema de Asistencia Pública, pero no a los quintiles dos y tres, grupos de ingresos a los que pertenecen la mayoría de los vinculados. Por otra parte, el quintil cuatro fue el más beneficiado del aseguramiento familiar en el Régimen Contributivo. No hay explicación aparente para la caída del quintil más alto, que ahora aparece con menor respuesta a la percepción de enfermedad que el quintil 4.

**Gráfico 30.** Porcentaje de enfermos atendidos por quintil de ingreso. Colombia, 1993 y 2000



Fuente: Misión Social con base en Encuesta Nacional de Hogares 2000

## 9. Algunas consideraciones sobre el sistema sanitario colombiano

### El desafío de la cobertura universal

La Organización Mundial de la Salud en «*The World Health Report 2000*» señala los mecanismos de aseguramiento como los mecanismos ideales de financiamiento de los sistemas de salud, por su capacidad de distribuir los riesgos y de generar equidad o subsidios cruzados entre quienes tienen capacidad de pago y quienes no la tienen. Específicamente, al conceder el primer lugar en equidad en el financiamiento a Colombia en este mismo informe, está afirmando que el modelo de financiamiento nacido con el Sistema General de Seguridad Social Salud a partir de la Ley 100 es ideal, además de pleno de solidaridad y equidad.

Sin embargo, una cosa es el modelo diseñado (un plan de salud igual para todos los ciudadanos, tengan o no capacidad de pago), y otra su aplicación, pues la universalidad y la equidad planteadas por la Ley 100 distan mucho de lograrse. La verdadera equidad en el financiamiento se logrará cuando se alcance en Colombia la cobertura universal del aseguramiento en salud y no antes.

### Régimen Subsidiado

El Régimen Subsidiado inició su operación en 1995 con la aplicación del Decreto 2491 de 1994, que autorizaba a las direcciones departamentales y distritales de salud para ejercer las funciones de administración del régimen de subsidios dado que la cobertura universal en salud prevista en el Sistema General de Seguridad Social sólo se cumpliría progresivamente, y teniendo en cuenta que aún no funcionaban las Entidades Promotoras de Salud.

Se adelantó una campaña nacional para aplicar la encuesta del Sistema de Identificación de Beneficiarios del Subsidio del Estado –SISBEN– que el Consejo Nacional de Política Económica y Social –CONPES– había definido como instrumento para seleccionar los beneficiarios de subsidios en salud, educación u otros sectores.

De esta forma las direcciones de salud reportaron haber identificado y carnetizado como afiliados al Régimen Subsidiado a 4.800.916 personas al finalizar 1995, y firmado contratos con los hospitales públicos y privados para la atención de estas personas por cuyas cuentas responderían las direcciones de salud. Cabe señalar que los hospitales, convertidos por la Ley 100 de 1993 en Empresas Sociales del Estado, iniciaban un proceso como empresas que deberían progresivamente financiarse por la venta de servicios a las aseguradoras.

En Junio de 1996 este esquema termina con la autorización de Administradoras del Régimen Subsidiado, entidades privadas en su mayoría que asumen la función de aseguramiento y articulación de los servicios. Para 1998 estaban autorizadas para administrar el Régimen Subsidiado 19 EPS, 176 Empresas Solidarias de Salud, 41 Cajas de Compensación y 7 convenios interinstitucionales de Cajas de Compensación.

Al finalizar el año 2000 se registraban 9.510.000 afiliados, que equivalían a 22.5% de la población Colombiana. Sin embargo, en términos de recursos y cobertura del Plan estos ciudadanos contaban tan sólo con medio seguro. El valor de la Unidad de Capitación del Régimen Subsidiado, según la Ley 100 de 1993 debería ser inicialmente al menos 50% de la UPC del Régimen Contributivo y, posteriormente, debería incrementarse progresivamente hasta igualarse a la del contributivo en el año 2001.

### Régimen Contributivo

El total de afiliados crece a expensas de la cobertura familiar, crecimiento más acentuado entre 1995 y 1997. En 1995 iniciaron operaciones las EPS privadas y entró en funcionamiento la Subcuenta de Compensación del FOSYGA. De 1997 a 1999 continúa aumentando el número de beneficiarios, aunque más lentamente, especialmente por el atraso en la cobertura familiar del Instituto de Seguros Sociales. Finalmente, en el 2000 se reduce el número de beneficiarios compensados como consecuencia de que se incrementaron los requisitos para el reconocimiento de las UPC correspondientes.

El crecimiento de cotizantes a partir de 1994 continuó la misma tendencia anual que traía antes de la reforma, cercana a 6%. Con esta tendencia no se hubiera podido crecer más de 50% en siete años y se proyectó doblar la cifra en el mismo periodo. Es decir, que la reforma no logró modificar positivamente la tasa de incremento anual de cotizantes, tasa que posteriormente cae por causa de la crisis económica. Por tanto el importante incremento de afiliados obedece casi exclusivamente a la afiliación familiar iniciada en 1995.

### **Diferencias entre lo logrado y el proyecto de reforma**

La diferencia más importante sin duda, entre las cifras correspondientes al proyecto inicial de la reforma y las cifras observadas del Régimen Contributivo, se encuentra entre la proyección de afiliación de trabajadores independientes y la afiliación observada o real de los mismos. En términos de metas, se cumplió 70% de lo proyectado en cotizantes dependientes afiliados y apenas 2.32% en cotizantes independientes.<sup>11</sup>

El problema de cobertura del Sistema obedece a varias razones, pero que la más importante es un vacío en el diseño y la estrategia de políticas para la población de estratos medios no vinculada al trabajo formal.

El problema se agrava si se observa que, en porcentaje de la población ocupada, los trabajadores independientes, que incluyen los trabajadores por cuenta propia y los patronos, aumentaron de 32.8% a 42.7% sobre el total de la población ocupada entre 1993 y el año 2000.

En el Régimen Subsidiado toda la diferencia entre la cobertura calculada en el proyecto inicial de reforma y la cobertura observada pareciera explicarse por una sola causa: los recursos estimados para lograr las metas de aseguramiento de la población pobre no fueron aportados. Tal ha

---

<sup>11</sup> Los últimos gobiernos han atribuido el no cumplimiento de metas fundamentalmente a la crisis económica y a la evasión fiscal, sin considerar posibles problemas estructurales en su diseño. Esta situación parece estar cambiando actualmente.

sido el reclamo de distintos gremios y entidades, e incluso del mismo Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.<sup>17</sup>

Una primera mirada permite observar que para el año 2000 tan sólo habían sido arbitrados 35.8% de los recursos proyectados y que incluso, en pesos a valor presente del año 2000, los recursos del Régimen Subsidiado venían disminuyendo desde 1998.

La diferencia entre los recursos proyectados y ejecutados para el Régimen Subsidiado se explica por dos rubros fundamentales, los aportes del presupuesto nacional al Fondo de Solidaridad y el porcentaje de los recursos territoriales destinado a subsidios a la demanda.

En resumen, el sistema cuenta hoy con un Régimen Contributivo cada día más excluyente, puesto que adicionalmente en las reglamentaciones consecutivas ha venido rechazando afiliados con poca capacidad de pago o que significan riesgo en el gasto, con lo que se rompe el principio de la seguridad social que indica la separación absoluta entre el riesgo y el pago.

Por otra parte cuenta con un Régimen Subsidiado que excluye millones de pobres urbanos, por no encontrarse dentro de la definición de pobreza establecida para la seguridad social muy ligada a la vivienda y los servicios públicos. Aunque el último motivo de la exclusión sea la escasez de recursos para financiar más pobres y la limitación de cobertura del Régimen Contributivo.

Es obvio que no es posible alcanzar la universalidad con dos regímenes excluyentes que dejan entre ellos sin cabida a la mitad de la población colombiana. Por otra parte, el problema estructural tampoco puede ocultarse detrás de las tesis de evasión o disculparse en la crisis económica, que tienen un efecto importante en el Sistema, pero no constituyen la causa fundamental de la limitación de cobertura.

---

<sup>17</sup> El Decreto 47 de 2000 es un ejemplo de aversión al riesgo en el caso de la licencia de maternidad.

En el Régimen Contributivo no se contempló la situación real del empleo en el país y se pretendió que los trabajadores independientes e informales ingresarían en su totalidad al Régimen Contributivo, calculada la cotización sobre la base de los ingresos familiares. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su reporte del año 2000 señala que la disposición a cotizar un seguro de salud voluntariamente se calcula sobre los excedentes de las necesidades básicas y no sobre el total del ingreso de familias consideradas pobres por ingresos, como se pretende en el proyecto inicial y se reafirma en algunos documentos.

Por otra parte, en el Régimen Subsidiado se sobrestimaron los ingresos posibles, algunos a pesar de conocer las dificultades para recaudarlos, como los procedentes del petróleo; otros, como los derivados de los ingresos corrientes de la nación, por cálculos ligados a un crecimiento optimista del desarrollo económico y, finalmente se dejaron de considerar gastos ocasionados por la misma Ley sobre los recursos que previamente financiaban los hospitales públicos.<sup>11</sup>

En alguna forma, la congelación del POS Subsidiado y la mayor transformación corresponden más a la propuesta presentada al Congreso que a la Ley aprobada por el mismo, lo que señala que el modelo técnico siguió siendo implementado sin importar los cambios introducidos en la Ley hacia la equidad y universalidad. Este comportamiento es recogido por una reciente publicación, que muestra que la implantación de la reforma no respeta muchas veces los canales democráticos y su aprobación y desarrollo se controlan por los mismos métodos.<sup>16</sup>

Las limitaciones al incremento de la cobertura de la seguridad social identificadas constituyen barreras estructurales y no coyunturales, que han originado un nuevo tipo de segmentación en función de la cobertura del POS (total, parcial o ninguna). De no actuar decididamente para enfrentar dichas barreras estructurales, el objetivo primordial de la reforma, lograr la cobertura universal para garantizar el derecho de todos los colombianos a la salud y la seguridad social, no será posible de alcanzar en ningún tiempo, de acuerdo con las proyecciones calculadas.

Sin duda, aparte de un esfuerzo indispensable por parte de la sociedad y el Estado para aumentar el gasto público en salud los próximos años, e incrementar de esta forma los recursos del Régimen Subsidiado, el desafío más grande se encuentra en idear los mecanismos de financiamiento parcial o subsidios parciales para la afiliación de los tres millones de familias urbanas ligadas al trabajo informal, pobres, pero no en situación de extrema pobreza. Resulta utópico pensar que pueda financiarse un subsidio total para estos grupos, por lo que es necesario recurrir a la imaginación en el diseño de mecanismos que permitan unir algún grado de recaudo y algún grado del subsidio para afiliar estas familias a la seguridad social.

En suma, el desafío se centra en disminuir el gasto de bolsillo de los estratos medios caracterizados por la informalidad laboral, y al mismo tiempo lograr que estos recursos se conviertan en aportes parciales, que indispensablemente complementados con mayores aportes públicos, permitan extender la cobertura de la seguridad social a las familias urbanas pobres que hoy no pueden acceder al Régimen Subsidiado ni al Contributivo.

### **El desafío de la descentralización y la salud pública**

En el año de 1986 el Congreso de la República aprueba el Acto Legislativo No. 1, reforma constitucional que da vía al proceso de descentralización en Colombia. Dicha reforma buscaba crear una democracia más participativa, acercando la administración y el Estado a los ciudadanos, para facilitar la solución de múltiples problemas (antes totalmente a cargo de un lejano gobierno central) a través de las autoridades municipales, que en adelante serían elegidas y controladas por las mismas comunidades.

El proceso de descentralización, que buscó generar un nuevo esquema de Estado para asegurar la gobernabilidad del país, tomó por sorpresa al sector salud, cuyo Sistema Nacional venía funcionando bajo un esquema de total verticalidad, al igual que sus similares latinoamericanos, en razón de que fueran diseñados dentro de un esquema de

legitimación y fortalecimiento del Estado, en una época en la que la mayoría de los gobiernos de la Región eran dictaduras militares.

El Ministerio de Salud, en particular, y el sector, en general, se vieron forzados a reformar el Sistema Nacional de Salud, tras la expedición de las Leyes 11 y 12 de 1987, que extendieron el proceso iniciado en la reforma constitucional y, específicamente, el Decreto 77 del mismo año, que incluía la salud entre las nuevas funciones de los municipios.

Hasta entonces, las instituciones y servicios de salud del Estado o financiadas por éste no respondían a la autoridad municipal, ni técnica, ni financiera, ni administrativamente, sino directamente al Ministerio de Salud y a los Servicios Departamentales de Salud igualmente controlados desde el Ministerio por convenios que amarraban el cumplimiento de las normas expedidas a nivel central.

Los programas de atención primaria, como los programas de promoción y prevención o los de saneamiento ambiental, se organizaban y controlaban al unisono para todo el país, dirigidos y financiados directamente por el Ministerio de Salud. Las unidades ejecutoras eran los hospitales locales, de quienes dependían los centros y puestos de salud, con su personal profesional y auxiliar, así como la nómina de promotores de salud y promotores de saneamiento ambiental. Las unidades administradoras y de programación eran los Hospitales Regionales, dotados de una coordinación técnica para todos los programas de salud pública en su área de influencia.

Para adecuar el Sistema al nuevo Estado descentralizado, el Congreso aprueba la Ley 10 de 1990, que institucionaliza las direcciones locales de salud en cabeza de la autoridad municipal y devuelve las direcciones seccionales y la responsabilidad de su manejo a las Gobernaciones departamentales.

El discurso del Ministro de Salud, por las fechas del debate de la Ley 10 de 1990, Eduardo Díaz Uribe, habla de la «deshospitalización» de la salud, para hacer énfasis en que la dirección, la ejecución y el control de los servicios de salud pasa de las

direcciones de los hospitales hacia las alcaldías municipales.

Un cambio tan drástico suponía un esfuerzo reglamentario y un fuerte apoyo político, para garantizar una transición ordenada de la vieja a la nueva forma de gobernar la salud a nivel territorial. El esfuerzo reglamentario se vio rápidamente interrumpido por el cambio de gobierno y el apoyo político ha vacilado desde entonces o se ha limitado al discurso.

Todo esto sucede a pesar de la promulgación en 1991 de la nueva Carta Constitucional, que reafirma y refuerza el proceso descentralizador avanzado desde el Acto Legislativo de 1986 hasta la Ley 10 de 1990, al fijar definitivamente la responsabilidad de las autoridades departamentales y municipales en el cuidado de la salud de los habitantes del respectivo territorio. «Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada...».

Tan sólo con la expedición de la Ley 60 de 1993 se supera la parálisis señalada, pues se desarrolla el Artículo 357 de la Constitución que ordenó incrementar participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación. Esta Ley, que determina la distribución de estos nuevos recursos a los municipios, de los cuales 25% se destina a la salud (define competencias y recursos), también exige completar la descentralización de los departamentos, antes de proseguir con los respectivos municipios.

Al mismo tiempo, la Ley 60 fija una serie de requisitos para que los municipios puedan recibir los hospitales locales con sus centros y puestos de salud, junto con las transferencias tradicionales del sector salud que los financiaban. Entre ellos, la creación de la Dirección Local de Salud, la constitución del Fondo Local de Salud, el diseño de un Plan de Salud y la organización de un sistema de información municipal en salud, asumir el saneamiento básico y, finalmente, municipalizar y asumir los servicios de salud de primer nivel de atención.

Comenzó de esta forma una nueva etapa en la entrega de competencias y responsabilidades del

sector salud, mediada por la voluntad política de los departamentos para asumir todas las responsabilidades. El proceso avanzó a paso de tortuga hasta 1997. Comenzó aceleradamente, pero con grandes diferencias entre departamentos que certificaron rápidamente a todos sus municipios y otros que avanzaron muy lentamente en su propia certificación.

Cabe señalar que los requisitos exigidos por la Ley 60 y celosamente cumplidos y verificados por los distintos niveles del sector para certificar a los departamentos y municipios para el manejo autónomo de la salud, son en realidad requisitos fundamentalmente medidos en términos de formalidad jurídica y no de capacidad técnica para la dirección del sector a nivel territorial.

El proceso de transición en el traslado de responsabilidades de los hospitales a los municipios, ordenado por la Ley 10 de 1990, en realidad se quedó por mucho años a medio camino y ello trajo como consecuencia el debilitamiento de los programas de promoción y prevención de la salud en gran parte del país, al igual que las demás acciones de salud pública.

Adicionalmente, el proceso presentó una gran debilidad, por la falta de respaldo político y técnico. En consecuencia, no fue acompañado de una pedagogía dirigida hacia los municipios y sus nuevos actores institucionales, que les permitiera a estos asumir en orden de prioridades las responsabilidades inherentes al cuidado de la salud de sus poblaciones, y el proceso careció igualmente de un importante esfuerzo de asistencia técnica.

El fin del Sistema Nacional de Salud, reforma que dio paso al nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud, mediante la expedición de la Ley 100 de 1993, en lugar de resolver la problemática, en realidad la agrava, al diluir aún más las responsabilidades sobre la salud pública. El nuevo sistema definió un Plan de Atención Básica, pero dividió las acciones entre las direcciones territoriales de salud y las nuevas Empresas Promotoras de Salud o Administradoras del Régimen Subsidiado.

Finalmente, el énfasis en la función financiera y aseguradora, que muestra un gran auge a partir de la expedición de la Ley 100 de 1993, releva indirectamente a segundo plano los asuntos de salud pública, desde el Ministerio de Salud, pasando por las direcciones seccionales de salud, hasta el municipio más pequeño o distante, sin que surja una política o esfuerzo estatal capaz de compensar dicha marginación.

Efectos de la descentralización sobre la salud pública. Situación en el año 2001

El Instituto Nacional de Salud escribía en el Editorial del Informe Epidemiológico Nacional (IQUN), en Octubre de 1997:

*“...Los recientes casos de rabia humana, el desbordado comportamiento del dengue hemorrágico y el posible incremento de la mortalidad materna, son reflejo de la falta de oportunidad en las intervenciones de prevención y control que deben ser movilizadas por la autoridad sanitaria territorial y que como tal son competencia indelegable del Estado y sin las cuales es imposible lograr transformaciones favorables en la situación de salud en el país.”<sup>a</sup>*

*“El enorme esfuerzo que se adelanta en la actualidad en el proceso de mejorar el acceso a los servicios de salud por medio del aseguramiento, se ve minado si paralelamente no se logra el suficiente desarrollo del Plan de Atención Básica, con sus componentes de promoción, prevención, vigilancia y control. Las acciones que, en lo individual, ofrece el Plan Obligatorio de Salud, en particular, aquellas de prevención primaria y detección precoz, sólo serían efectivas en la medida en que se garantice un entorno sano, una adecuada orientación a los servicios de salud y modificaciones en las opciones de la población frente a los factores de riesgo existentes...”<sup>a</sup>*

Dos años después, igualmente en Editorial de octubre de 1999, afirmaba:

*“...Las coberturas de vacunación de Colombia han venido en descenso desde 1997, a lo que el*

proceso de descentralización municipal empieza a intensificarse, con lo que se brinda autonomía a los alcaldes para manejar los fondos de los programas de salud pública a través de las Secretarías de Salud municipales o distritales. Aunado a esto, se tienen los problemas generados por el surgimiento de los nuevos actores que se crean por la reforma del sector salud (EPS, ARS, ESE y otros) que se convierten en nuevos administradores de los fondos del Estado para brindar las atenciones en salud a sus asegurados, entre ellas, la vacunación...<sup>a</sup>

Finalmente, en informe sobre la «Situación actual de las enfermedades transmisibles en Colombia julio de 2000»,<sup>12</sup> señala el Instituto:

‘...Los procesos de descentralización y reforma por los que ha venido atravesando el sector de la salud en el país en los últimos 10 años, plantean una urgente revisión de la práctica de la salud pública, tanto nacional como localmente, que fortalezca el liderazgo de las autoridades sanitarias y se vea reflejado en la efectividad de estas acciones colectivas. El paso de un modelo vertical, como el del Sistema Nacional de Salud donde la responsabilidad de la prestación, el aseguramiento y la financiación de las acciones en salud pública correspondía al Estado - desde el orden nacional, principalmente, y con ejecución directa por los departamentos - a un modelo horizontal, con responsabilidades ordenadas por niveles hasta el municipio y con prestación, aseguramiento y financiación de actores públicos y privados, está mostrando una grave competencia de intereses económicos que está resultando en el deterioro de las acciones en salud pública...<sup>a</sup>

‘El escenario teórico, planteado en la actualidad, presenta grandes vacíos en su desarrollo: el orden municipal, encargado de la entrega final a la población de las acciones en promoción de la salud, prevención, control y vigilancia de enfermedades, que coordinaba actores y sectores para su cabal ejecución, nunca estuvo capacitado para este desarrollo. El modelo de atención primaria, heredado del anterior sistema nacional de salud, no ha tenido una adaptación y una orientación claras en el nuevo sistema que, en

realidad, puedan contribuir a las aspiraciones del aumento de cobertura con calidad y a la capacidad de anticiparse a los problemas y controlar efectivamente los brotes, las epidemias y los factores de riesgo...<sup>a</sup>

‘El orden departamental que contaba con la mayor fortaleza técnica en el anterior sistema de salud para orientar y acompañar los desarrollos requeridos localmente, ha venido desmantelándose y sufriendo una grave disminución en el número de profesionales técnicos capacitados durante largos años y que, en el mejor de los casos, han sido reemplazados por personal sin capacitación ni experiencia, a través de los numerosos procesos de reestructuración que se vienen realizando en este orden territorial...<sup>a</sup>

‘En el orden nacional, la orientación de las acciones de salud pública presenta cada vez mayor complejidad. El diseño de políticas públicas, de coordinación de numerosos actores públicos y privados en la intersectorialidad, la vigilancia y la monitorización de los planes de atención en las acciones individuales y colectivas de promoción y prevención, entre otros, hace cada vez más difícil la ejecución de los programas de salud pública y acompañar, asesorar y orientar acciones y modelos de atención y vigilancia, desde el Ministerio de Salud...<sup>a</sup>

‘...Se requiere tomar decisiones urgentes para poner en operación la política de salud pública desde el orden nacional, con verdadera capacidad para acompañar y llegar a las entidades locales y capacitarlas en resolver problemas...<sup>a</sup>

‘Presenciamos el deterioro de los programas prioritarios de salud pública como se puede apreciar a continuación con la presentación de datos, cifras y hechos, la situación actual de estos programas...<sup>a</sup>

‘En Colombia, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) se estableció en 1974, en respuesta a los retos que se impuso el país en materia de vacunación. La vacunación contra las enfermedades inmunoprevenibles ha sido reconocida como una de las estrategias costo -

*eficacia más importantes y trascendentales en materia de salud pública del siglo XX. En Colombia, el PAI habla arrojado excelentes resultados y se constituyó como el mejor de los programas de vacunación en Latinoamérica. Sin embargo, este panorama alentador se vio opacado cuando, en 1997, las funciones del programa fueron descentralizadas hacia los departamentos; esto se vio reflejado en una disminución considerable de las coberturas de vacunación a partir de este año...*<sup>2</sup>

La crisis también fue observable en el comportamiento de las patologías asociadas a vectores, como el dengue y la malaria. Si bien estas patologías están asociadas a la distribución del territorio en la zona tropical y su resurgimiento ha sido asociado estadísticamente a fenómenos climáticos del Pacífico, fenómeno ENSO o del Niño, no deja de ser cierto que la ausencia de dirección y gestión efectiva de las acciones de prevención y control de estas patologías evita que los brotes epidémicos sean controlados rápida y eficazmente.

Si bien la tasa de incidencia de dengue clásico, después de la reinfestación por *A. aegypti* en 1970, ha sido fluctuante con tendencia al incremento, en 1998, año epidémico, llegaron a registrarse 57.985 casos. A partir de 1990 se notificaron los primeros casos de dengue hemorrágico y en 1997 y 1998, años epidémicos, se reportaron 3.950 y 5.276 casos, respectivamente.

Así mismo, el número total de casos registrados de malaria, pasó de 126.657 en 1997 a la impresionante cifra de 245.070 en 1998, la incidencia más alta en los últimos 20 años, sin que hubiera una reacción notoria de las diversas entidades que se reparten ahora la responsabilidad de las actividades de promoción y prevención.

En este sentido, y en dirección a lo señalado por el Instituto Nacional de Salud en cuanto a las nuevas entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, surgidas a partir de la ley 100 de 1993 para cumplir la función de aseguramiento, puede citarse el informe presentado por CIMDER - Universidad del Valle en 1998 sobre la evaluación

de las Empresas Solidarias de Salud –ESS-, contratado por el Ministerio de Salud.

*.....Parte de los objetivos considerados dentro del proceso de obtención de información directa en las ESS incluía el contar con un perfil epidemiológico de la población cubierta por la institución..... Se encontró para todo el país que el 36.2% de las ESS (59 empresas) no contaban con un perfil epidemiológico de la comunidad afiliada a la institución mientras que 104 ESS (63.8%) manifestaron tener un perfil epidemiológico de los usuarios. Cabe anotar que se encontraron algunas empresas cuyo gerente informó de la disponibilidad de dicho perfil, sin embargo, no fue suministrado al profesional de campo que visitó la empresa en nombre de CIMDER. Para el 68.1% de las ESS incluidas en esta evaluación pudo establecerse que en el municipio donde está radicada la sede de la empresa solidaria se contaba con un perfil de todo el municipio, pero este no fue considerado como el perfil de la empresa como tal, ya que las condiciones de las familias incluidas en el conjunto de afiliadas tienen indicadores inferiores a los de la comunidad general dado su grado de vulnerabilidad para calificar como afiliadas según el SISBEN.*<sup>2</sup>

*De las 163 ESS evaluadas se encontró que 14.7% (24 empresas) desconocen la composición demográfica de la población afiliada, mientras que 85.3% en el ámbito nacional conocen la distribución de los afiliados por grupos de edad y sexo. Se esperaba que las ESS tuvieran conocimiento de las cinco primeras enfermedades de notificación obligatoria que requiere el Ministerio de Salud, sin embargo, 71 de las 163 evaluadas, es decir sólo el 43.6% sabe cuáles son esas cinco primeras causas, el resto, es decir, el 56.4% las desconoce. Igualmente, al evaluar el conocimiento de las cinco primeras causas de morbilidad se encontró que tan sólo el 47.2% de las ESS conoce dichas causas y el 52.8% no sabe de qué se enferma la comunidad compuesta por las familias afiliadas.*<sup>2</sup>

*.....solamente el 36.2% de las empresas conocen las causas reales de muerte de sus afiliados. Por otra parte, se encontró que 33.7%*

de las ESS en Colombia tienen conocimiento de las cinco primeras causas de egresos hospitalarios de la comunidad cubierta. Adicionalmente se consultó por la expectativa de vida de las personas afiliadas a la ESS, pero para tener estos datos se requiere de un detallado mecanismo de registro en el que se tienen en cuenta las relaciones entre los nacimientos y los a os al momento de la muerte de una persona fallecida. Pudo establecerse que el 51.5% de las empresas en el nivel nacional tienen como mínimo conocimiento de la esperanza de vida para la comunidad del municipio, el resto equivalente al 48.5% desconocen este dato.<sup>a</sup>

Un indicador especial que determina parcialmente la efectividad de un sistema de información es el indicador de cobertura de vacunación para los niños menores de cinco años afiliados a la empresa. Se encontró que únicamente el 28.2% de las empresas evaluadas tienen conocimiento del nivel en que se encuentra este indicador de atención. Es decir, el 71.8% de las ESS no saben en que estado se encuentra la vacunación de los infantes afiliados. Otro indicador que da cuenta de la bondad del perfil epidemiológico de una empresa es el relacionado con la captación durante el primer trimestre de embarazo de las gestantes afiliadas. Se encontró que el 38.7% de las ESS en Colombia cuenta con los mecanismos para identificar y captar tempranamente a las mujeres afiliadas que se embarazan. El restante 61.3% no está en capacidad de suministrar esta información, pero por encima de los datos están las acciones preventivas y educativas que puedan hacer las empresas con estas mujeres para lo cual es pertinente mantener un sistema regular de visitas domiciliarias, se encontró que el 22.7% de todas las empresas solidarias de salud evaluadas no hacen visitas domiciliarias a las familias cubiertas.<sup>a</sup>

Sin duda, los ejemplos y realidades hasta aquí expuestos llamaban a acciones decididas en busca de garantizar el derecho a la salud de los colombianos, amenazado por la ausencia de capacidad para armonizar y ensamblar la autonomía territorial con la necesaria dirección técnica que garantice la efectividad de los programas de control de riesgos y factores de riesgo que amenazan la salud de los habitantes en cada territorio.

La gran mayoría de estas entidades, según los estudios, realizan programas de promoción y prevención sin coordinar con los territorios respectivos, sin tener en cuenta las patologías prevalentes en cada región, pues ni siquiera cuentan regularmente con la información de morbimortalidad por municipio.

Los municipios y los departamentos no se sentían, por su parte, con la autoridad suficiente para exigirles la adecuación e integración de sus actividades a los programas de la región, en virtud de que las funciones de vigilancia y control se hayan centralizadas en la Superintendencia Nacional de Salud y no existen claras delegaciones hacia los territorios.

En el Régimen Subsidiado los municipios podrían tener una mayor ingerencia sobre las actividades de promoción y prevención de las Administradoras que contratan, pero ésta no se da en la práctica en la contratación actual, con el modelo de libre competencia lanzado desde el Ministerio de Salud, pese a que no se dan condiciones de mercado en la gran mayoría de los municipios, como han señalado los estudios de la Universidad de Harvard y Fedesarrollo.

### **La Ley 715 de 2001**

Se expide al finalizar el año 2001 una nueva ley que regula el proceso descentralizador. En el Capítulo II establece así las nuevas competencias en salud pública de la nación, departamentos, distritos y municipios:

#### **Funciones del departamento en salud pública**

Adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación.

Garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contratación.

Establecer la situación de salud en el departamento y propender por su mejoramiento. Formular y ejecutar el Plan de Atención Básica departamental.

Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en salud pública de los municipios de su jurisdicción.

Dirigir y controlar dentro de su jurisdicción el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

Vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y el Fondo Nacional de Estupefacientes, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causen dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas.

Ejecutar las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de vectores y zoonosis de competencia del sector salud, en coordinación con las autoridades ambientales, en los corregimientos departamentales y en los municipios de categorías 4ª, 5ª y 6ª de su jurisdicción.

Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas.

### **Funciones de los municipios en salud pública**

Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar el Plan de Atención Básica municipal.

Establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes,

programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial.

Además de las funciones antes señaladas, los distritos y municipios de categoría especial, 1º, 2º y 3º, deberán ejercer las siguientes competencias de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud humana presentes en el ambiente, en coordinación con las autoridades ambientales.

Vigilar y controlar en su jurisdicción, la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico, así como los de materia prima para consumo animal que representen riesgo para la salud humana.

Vigilar las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población generadas por ruido, tenencia de animales domésticos, basuras y olores, entre otros.

Vigilar en su jurisdicción, la calidad del agua para consumo humano; la recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos; manejo y disposición final de radiaciones ionizantes, excretas, residuos líquidos y aguas servidas; así como la calidad del aire. Para tal efecto, coordinará con las autoridades competentes las acciones de control a que haya lugar.

Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis.

Ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción, sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población, tales como establecimientos educativos, hospitales, cárceles, cuarteles, albergues, guarderías, ancianatos, puertos, aeropuertos y terminales terrestres, transporte público, piscinas, estadios, coliseos, gimnasios, bares, tabernas, supermercados y similares, plazas de mercado, de abasto público y plantas de sacrificio de animales, entre otros.

Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9ª de 1979 y su reglamentación o las que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

### **Competencias en salud por parte de los Distritos.**

Los distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación.

### **Competencias en salud pública**

La gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción.

Los distritos y municipios asumirán las acciones de promoción y prevención, que incluyen aquellas que a la fecha de entrar en vigencia la presente ley, hacían parte del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Para tal fin, los recursos que financiaban estas acciones, se descontarán de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, en la proporción que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con el fin de financiar estas acciones. Exceptúase de lo anterior, a las Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas y a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas.

Los municipios y distritos deberán elaborar e incorporar al Plan de Atención Básica las acciones señaladas en el presente artículo, el cual deberá ser elaborado con la participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. A partir del año 2003, sin la existencia de este plan estos recursos se girarán directamente al departamento para su administración. Igual ocurrirá cuando la evaluación de la ejecución del plan no sea satisfactoria.

La Ley 715 permite que las viejas rentas cedidas de licores que financiaban la salud puedan gastarse en fortalecer las direcciones departamentales de salud, en busca de fortalecer la capacidad asesora sobre los municipios y para que el Departamento asuma algunos aspectos de vigilancia y control sanitario de los pequeños municipios.

La Ley 715 también une los viejos recursos del sector salud de diferentes normas y fuentes, y estos recursos unidos, denominados participaciones, que gira la nación a los territorios los divide de nuevo en tres partes, de acuerdo con el objeto del gasto: Régimen Subsidiado (demanda), Salud Pública y Atención a Vinculados y servicios no POS a los afiliados del régimen subsidiado, a través de los hospitales públicos (oferta).

Igualmente obliga a manejar estos recursos en cuentas independientes de los demás dineros del municipio y en rubros presupuestales específicos que deberán ser vigilados por los organismos de control, lo que definitivamente asegura una utilización adecuada de los mismos.

### **Los indicadores a tener en cuenta para la distribución de los recursos de salud pública ser n:**

Número de afiliados al Régimen Subsidiado.

Cobertura Régimen Subsidiado frente al NBI municipal, con prioridad para la asignación de recursos a los de menor cobertura.

Población por atender, definiéndose así: durante la transición, años 2002, 2003 como población total menos afiliados al Régimen Subsidiado y Contributivo, luego población pobre definida según metodología de DNP, mediante SISBEN o la metodología que se acoja, menos los afiliados al SGSSS.

Población susceptible de vacunación.

Población total del municipio, ajustada por riesgos de salud pública definidos por el Ministerio de Salud.

## Perspectivas

Este cuadro hasta aquí descrito puede cerrarse una vez corregidas por la Ley 715 las limitaciones de las direcciones seccionales de salud derivadas de un proceso de descentralización que privilegió la municipalización y que, en todos los sectores, atribuyó competencias a los municipios, sin otorgarles una función precisa a los departamentos.

Con la Nueva Ley 715 de 2001 se supera la falta de una definición clara sobre las competencias y los recursos asignados a los distintos territorios. Sin embargo, el problema va más allá de redefinir las competencias y responsabilidades en términos legales. Las direcciones seccionales de salud, que basaban su autoridad en el manejo de los recursos y el nombramiento de personas, a través de los cuales direccionaban y condicionaban el accionar de los programas en todo su territorio, sienten que no cuentan con el poder de convocar a los municipios, dueños ahora de los recursos y la facultad de nombrar al personal de salud.

Sin duda las direcciones seccionales, -según un análisis de un grupo de expertos de FEDESALUD sobre la falta de «Gobernabilidad» en salud pública-, en su mayoría, no se sienten capaces de crear una nueva forma de autoridad no impuesta, la autoridad ganada con base en la capacidad de liderar, únicamente con las armas del conocimiento, en la función permanente de capacitación, asistencia técnica y supervisión hacia los municipios, en procura del éxito de los programas de salud a nivel departamental.

A falta del poder ejercido mediante el manejo de los recursos y ante la dificultad de generar una nueva forma de convocatoria, la solicitud más mencionada es la de incrementar la capacidad sancionatoria, o bien poner fin al proceso descentralizador. Pero en esta como en otras instancias, la sanción y la prohibición se revelan rápidamente como una simple declaratoria de ineptitud del pedagogo, de quien tiene la obligación de enseñar.

Por otra parte, no cabe duda que la descentralización y la municipalización en Colombia

son irreversibles, sin importar los tropiezos que signifiquen en el funcionamiento de los distintos sectores, puesto que las razones que dieron origen a la reforma constitucional permanecen vigentes. De tal forma que son los sectores técnicos quienes deben acomodarse a la nueva organización del Estado, generando opciones de gobernabilidad en lugar de rememorar un pasado cómodo para los funcionarios desde la verticalidad de la organización, pero inadecuado para los ciudadanos en los municipios del país a donde no llegaba el Estado central con prontitud ni eficiencia.

La Ley 715 les devuelve a departamentos y municipios la función de dirigir el sistema de información a nivel territorial y un grado de responsabilidad en la vigilancia y control de los servicios de salud que se deberá reglamentar. El sistema de información y la capacidad de vigilancia y control se les habían quitado en función del proceso de privatización, que centralizaba la información y la vigilancia y control sobre las nuevas empresas en la dirección del sistema.

El problema persiste, sin embargo, en relación a la falta de capacidad técnica de la mayoría de los municipios pequeños, la mayoría de los municipios del país, no la resuelve la Ley 715, excepto por retirarle algunas funciones de control sanitario e incrementar la asesoría, pero continúan siendo responsables de las funciones y de ejecutar los recursos sin contar con un equipo profesional planificador que maneje el sistema de información y direcciona, oriente y programe las acciones de salud pública.

FEDESALUD en este sentido planteó ante el Congreso de Secretarios de Salud, la necesidad de un gran proyecto nacional con el objetivo de recuperar la «Gobernabilidad en Salud» mediante la generación y puesta en funcionamiento a prueba de varios esquemas de gobernabilidad en salud, que permitan asegurar la capacidad técnica de los municipios para manejar los programas de salud, respetando su autonomía administrativa.

Propone, en consecuencia, que a través de la concertación con las autoridades territoriales, se deberían generar mecanismos y compromisos a

través de distintas formas de asociación de municipios (con el apoyo de los departamentos y la Nación), para generar nuevas instancias técnicas planificadoras (pertenecientes a las asociaciones de municipios de una misma provincia o área geográfica y socioeconómica subdepartamental), que garanticen hacia el futuro el manejo técnico de la salud pública en los municipios.

Sería necesario apoyar y financiar la creación de estas instancias técnicas en sus primeras etapas de operación, hasta la formulación y ejecución de los primeros planes de salud en los municipios comprometidos. Evaluar el resultado de la gestión de los distintos modelos de gobernabilidad generados, en función del incremento de acciones de salud pública en los municipios asociados. A partir de la evaluación, difundir los modelos exitosos y abrir los espacios para la cooperación horizontal que permita a los municipios observar en el terreno el funcionamiento de los programas.

Se lograría de esta forma el desarrollo de modelos asociativos, que garanticen la capacidad de gestión de la salud en los municipios, con el desarrollo de la unidad técnica que apoye a los municipios en sus sistemas de información y planeación en salud, en la gestión técnica y financiera de los programas de salud y en el monitoreo y la vigilancia epidemiológica, para consolidar la descentralización de la salud mediante los modelos asociativos de gestión. Los municipios continuarían siendo responsables de la ejecución de los programas, diseñados técnicamente y en armonía con los programas departamentales y nacionales.

## REFERENCIAS

1. Departamento Nacional de Planeación Indicadores macroeconómicos 2003. [www.dnp.gov.co](http://www.dnp.gov.co)
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe de desarrollo humano; 2003.
3. Garay-Salamanca LJ. Colombia entre la exclusión y el Desarrollo. Bogotá: Contraloría General de la República; 2002.
4. Palacios M, Safforg F. Colombia: país fragmentado, sociedad dividida. Bogotá: Norma; 2002.
5. Banco de la República. Cifras macroeconómicas; 2003
6. Departamento Nacional de Planeación, Misión Social. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe de Desarrollo Humano para Colombia 1998. TM Editores y DNP 1ª edición; 1998.
7. Departamento Nacional de Planeación. La Distribución del Ingreso en Colombia: tendencias recientes y retos de la política pública. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo Editores; 1998.
8. Conferencia Económica para América Latina. Informe Social 2002–2003.
9. Centro de Referencia Nacional sobre la Violencia. Instituto de Medicina Legal. Muertes Violentas en Colombia 2002. Bogotá; 2003.
10. Ministerio de Salud – Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores básicos de salud; 2002.
11. Martínez F, Robayo G, Valencia O. ¿Por qué no se logra la cobertura universal de la seguridad social en salud? Bogotá: FEDESALUD; 2002.
12. Ministerio de Salud – Organización Panamericana de la Salud. «Informe Colombia» en la Reunión Andina de Santa Cruz, Bolivia, los días 11 y 12 de Octubre de 1999. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional del 15 de Octubre de 1999. Bogotá. Instituto Nacional de Salud.
13. Pan American Health Organization. Equity & health, Washington; 2001.
14. González G. Recursos humanos en salud en Colombia 1961-2005. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Ministerio de Salud, Medellín; 2003.
15. Defensoría del Pueblo. Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud. Bogotá; 2003.
16. Arévalo D, Martínez F, Rodríguez O. Ha mejorado el acceso en salud. Evaluación de los procesos del Régimen Subsidiado. Colección La seguridad social en la encrucijada. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia. Ministerio de Salud.
17. Rodríguez Oscar, Arévalo D. Estructura y crisis de la seguridad social en Colombia 1946-1992. Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Universidad Nacional de Colombia; 1993.

### XIII. ECUADOR

#### 1. Contexto poblacional y demográfico

Según los resultados del último Censo Nacional realizado en noviembre de 2001, la población del Ecuador alcanzó 12'090.804 de habitantes, aproximadamente 1 millón menos de las estimaciones previas; la explicación radica en el intenso proceso migratorio registrado en el país en la última década.

El ritmo de crecimiento de la población ha seguido una tendencia intercensal decreciente, desde 3% en los años 70, hasta el actual 2%.

Los datos de distribución territorial de la población evidencian el sostenido proceso de urbanización (61%) cada vez más lejos de la situación registrada hasta 1982, último año en que el porcentaje de población rural fue mayoritario (51%).

La distribución por edades de la población en los últimos 30 años muestra un predominio de

población joven, aunque la base de la pirámide (0 a 15 años) tiende a estrecharse a expensas del crecimiento porcentual de los restantes grupos etáreos, incluidos(as) mayores de 60 años.

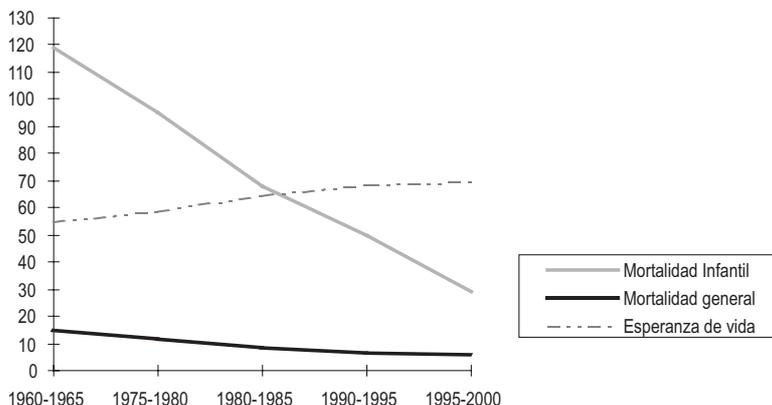
La tasa de natalidad se ubica en 23 nacimientos por 1.000 habitantes, en tendencia decreciente, desde niveles de 38.0 en 1970.

La tasa global de fecundidad (TGF) se sitúa en 3.4 hijos por mujer, constatándose, sin embargo, apreciables diferencias entre región urbana (2.8) y rural (4.4); así como entre mujeres con instrucción superior (1.9) y sin instrucción (5.5).

La esperanza de vida al nacer se estima en 70.3 años con diferenciación a favor de las mujeres (73.3) en relación con los hombres (68.1).

La perspectiva general de la evolución de algunos indicadores demográficos y de salud puede apreciarse en el gráfico 1.

Gráfico 1. Ecuador: evolución de indicadores de salud 1960 – 2000



Fuente: INEC  
Elaboración: FESALUD

#### Migración

La migración es un fenómeno social que incide cada vez con más fuerza sobre la dinámica de vida del Ecuador, aunque sea difícil precisar el número de personas que migran al exterior; no

obstante algunos hechos, como la salida de 386.400 personas - 2.800 médicos, entre ellas - en 1999, aun siendo claro que no todas lo hicieron de manera definitiva -La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima en 200.000 el número anual de quienes no regresan-

es un indicativo de la intensidad del fenómeno. Algunos estudios de la Conferencia Económica para América Latina (CEPAL, 1999) han encontrado una tendencia creciente a la feminización de la migración, con lo que «va quedando atrás la imagen tradicional de las mujeres dependientes que migran o viajan en calidad de compañía de sus hijos o parejas».<sup>1</sup>

## 2. Indicadores socio económicos

El cuadro I permite apreciar una perspectiva general de los principales indicadores económicos que hablan claramente de la limitada productividad del país, del peso de la deuda sobre la economía nacional, así como de la gravedad de la crisis experimentada entre 1999 y 2000.

**Cuadro I.** Panorama económico general del Ecuador (al cierre de diciembre 31 de 2002)

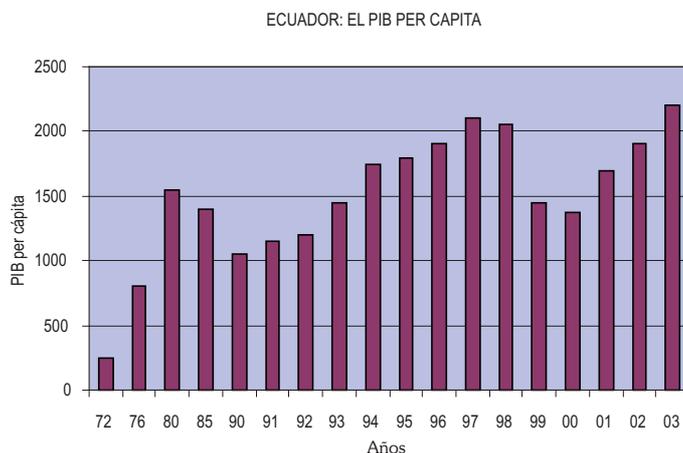
Indicadores	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PIB per cápita (en \$)	1627	1661	1617	1104	1080	1394	1474	1631
Crecimiento PIB real (en %)	2.0	3.4	0.4	-7.3	-9.5	5.6	3.0	3.0
Crecimiento PIB per cápita real (en %)	0.2	1.6	-2.1	-8.8	-9.6	3.1	1.4	2.2
Balance Fiscal del SPNF/PIB (%)	-1.9	-1.1	-4.4	-6.8	1.1	1.5	0.6	1.0
Deuda externa pública neta/PIB (%)	66.3	65.5	85.3	178.5	86.9	69.1	66.0	61.2
Intereses deuda pública/Ingresos SPNF (%)	16.6	19.1	19.5	37.3	25.5	18.0	13.2	12.4
Créd. dom. del sector priv. & SPNF/PIB (%)	33.5	37.8	44.8	52.5	33.5	33.2	31.7	30.1
Inflación promedio (%)	24.4	30.6	36.1	52.3	96.0	37.7	13.0	8.5

Fuente: Standard & Poor's  
Tomado de: Revista Gestión #102, Diciembre 2002

La evolución del Ingreso per cápita, en dicho contexto, se aprecia en el gráfico 2, que ratifica

los exiguos niveles que promedialmente el país alcanza.

**Gráfico 2.** PIB per cápita

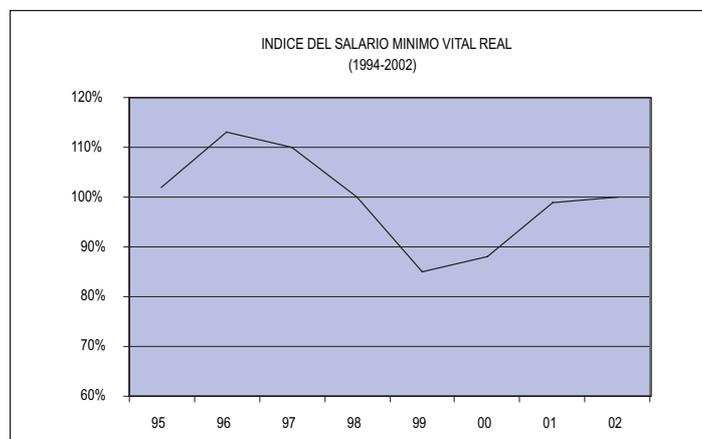


Fuente: BCE, Apuntes de Economía #28  
Tomado de: Revista Gestión #110, Agosto 2003

La visualización del salario mínimo vital real, a su vez, permite una identificación más precisa de las críticas condiciones por las que el país atraviesa todavía, aun cuando los momentos más críticos

se hayan superado. Adviértase cómo pese a la recuperación de los últimos dos años no se alcanzan niveles de años anteriores a la crisis (gráfico 3).

**Gráfico 3.** Salario mínimo. Ecuador, 1995-2002

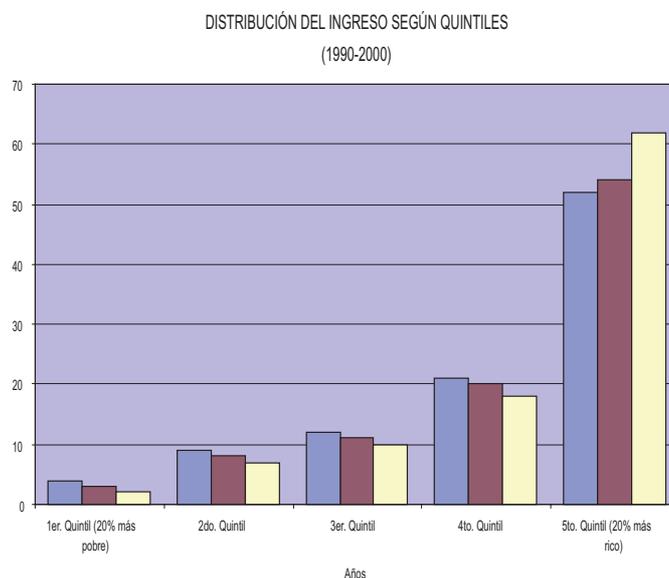


Fuente: BCE, Información Estadística Mensual  
Tomado de: Revista Gestión #100, Octubre 2002

La condición promedial de los datos presentados queda al descubierto cuando se analiza de manera diferenciada la distribución del ingreso por quintiles,

quedando en evidencia el problema quizás mayor de la sociedad ecuatoriana: la extrema desigualdad que la caracteriza (gráfico 4).

**Gráfico 4.** Distribución del ingreso. Ecuador, 1990-2000



Fuente: SIISE  
Tomado de: Revista Gestión #100, Octubre 2002

La dolorosa consecuencia es el elevado nivel de pobreza que afecta a un alto porcentaje de la población ecuatoriana; 30% bajo la línea internacional de pobreza (OPS, 2001); 20.2% y 52.3% viven con 1 y 2 dólares diarios,

respectivamente -Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD 2003). La manifiesta desigualdad se pone en evidencia cuando se analizan índices de pobreza humana desagregados por provincias:

**Cuadro II.** Índice de pobreza humana. Ecuador, 1999

Índice de pobreza humana por provincias (IPH A) 1999	
Índice de pobreza humana (A)	Provincias
8.9 - 9.8	Guayas Pichincha
9.8 - 13.8	Carchi El Oro Tungurahua
13.8 - 20.2	Azuay Cañar Imbabura Loja
20.2 - 24.3	Chimborazo Esmeraldas Los Ríos Manabí
24.3 - 28.3	Bolívar Cotopaxi Morona Santiago Napo Orellana Pastaza Sucumbíos Zamora Chinchipe

Fuente: PNUD (2001b)

Tomado de: Revista Gestión #102, Diciembre 2002

### Indicadores laborales

**Cuadro III.** Ecuador: indicadores de empleo por género 1995

Indicadores	Hombres	Mujeres	Total
PEA	3.127.790	2.209.753	5.337.543
Tasa global de participación laboral	84.9%	57.2%	70.7%
Tasa de desempleo	4.4%	11.8%	7.5%
Tasa de subempleo urbano	45.8%	45.8%	45.8%

Fuente: ODEPLAN, Estudio de Población del Ecuador, Mayo 2000.

La situación de 1995 evolucionó desfavorablemente, elevándose a 9.2% en marzo de 1998 y a 17% en julio de 1999 (en plena etapa de crisis), reduciéndose en diciembre de 2000 a 9.6%, ciertamente todavía elevado. El desempleo afecta en mayor grado a la población joven, especialmente femenina. (OPS, 2002).

El empleo informal se ubicó en 66% de la PEA en 2.000, con una creciente participación de la mujer. El trabajo infantil se ha incrementado (16% de

niños y niñas entre 17 años de edad está ocupado o busca trabajo). (OPS, 2002).

### Vivienda y servicios p' blicos

El déficit nacional de vivienda se estimó en algo mas de 1 millón de unidades habitacionales en 2.000 (OPS, 2002). En lo que se refiere a la dotación de saneamiento básico la perspectiva evolutiva muestra discretos avances promediales que, nuevamente, esconden diferencias entre

extremos; en el decil más pobre solamente 26% tienen conexión de agua y 12% disponen de

sanitario y alcantarillado, frente a 84% y 77% en el decil más rico, respectivamente.

**Cuadro IV.** Desarrollo social en Ecuador

†	Indicadores sociales					Cambio indicador (promedio anual, %)		
	1974	1982	1990	1995	1999	1974-82	1982-90	1990-99
Agua entubada por red pública dentro de la vivienda (%)	30	32	38	37	37	0.8%	2.2%	0.6%
Alcantarillado	38	34	40	44	44	-1.4%	2.1%	1.1%
Sistema de eliminación de excretas (%)		48	65	74	74		3.9%	1.9%
Hacinamiento (%)	48	44	34	31	31	-1.1%	-3.2%	-1.0%

Fuente: INEC, Censo de Población y Vivienda: 1974, 1982, 1990.

Tomado de: Revista Gestión #103, Enero 2003

## Educación

Se aprecia un avance cuantitativo importante; la influencia de la instrucción de la madre sobre la

escolaridad de los niños es relevante, con una relación directamente proporcional entre una y otra.

**Cuadro V.** Desarrollo social en Ecuador

†	Indicadores sociales					Cambio indicador (promedio anual, %)		
	1974	1982	1990	1995	1999	1974-82	1982-90	1990-99
Esperanza de vida al nacer (años)	52	59	64	69		1.6%	1.0%	
Analfabetismo (%)	28.8	16.5	11.7	10.5	10.8	-6.7%	-4.2%	-0.9%
Escolaridad (años)	3.6	5.1	6.7	7.2	7.6	4.5%	3.5%	1.4%
Escolarización primaria neta (%)		68.6	88.9	89.0	90.3		3.3%	0.2%
Escolarización secundaria neta (%)		29.5	43.1	49.7	51.4		4.9%	2.0%
Escolarización superior neta (%)		7.4	10.9	10.3	14.9		5.0%	3.5%

Fuente: INEC, Censo de Población y Vivienda: 1974, 1982, 1990.

Tomado de: Revista Gestión #103, Enero 2003

**Cuadro VI.** Escolaridad en Ecuador, según nivel de instrucción de la madre

Escolaridad media de los niños, según el nivel de instrucción de la madre			
Educación de la madre	Niños 11 a 12 años	Niños 14 a 15 años	Jóvenes 16 a 17 años
Ninguno	3.9	4.7	6.2
Primaria	4.6	6.8	8.1
Secundaria	5.5	8.2	9.6
Superior	5.8	8.8	10.3
Total	4.9	7.0	8.4

Fuente: SIISE a base de INEC, ECV Cuarta Ronda (1999)

Tomado de: Revista Gestión #101, Diciembre 2002

En lo que respecta a la calidad, en cambio, la situación es marcadamente desfavorable, lo que

incide sobre oportunidades de trabajo, entre otros aspectos.

**Cuadro VII.** Sistema nacional de logros académicos. Ecuador, 1996-2000

		Porcentajes sobre 20, obtenidos por los alumnos en matemáticas y castellano		
		1996	2000	Diferencia
Matemáticas 3°. de básica	Costa	8.7	8.0	-0.7
	Sierra	9.7	9.1	-0.6
	Nacional	9.3	8.4	-0.9
Matemáticas 7°. de básica	Costa	6.6	5.7	-0.9
	Sierra	7.5	6.4	-1.1
	Nacional	7.1	6.0	-1.1
Castellano 3°. de básica	Costa	10.0	8.9	-1.1
	Sierra	10.7	10.1	-0.6
	Nacional	10.4	9.4	-1.0
Castellano 7°. de básica	Costa	10.6	9.5	-1.1
	Sierra	11.5	10.0	-1.5
	Nacional	11.1	9.7	-1.4

Fuente: MEC-APRENDO, Sistema Nacional de Medición de Logros Académicos (SINMLA), 1996 y 2000  
Tomado de: Revista Gestión #100, Octubre 2002

### 3. Situación de salud

La mortalidad infantil, de acuerdo con datos provenientes de la Endemain 1999,<sup>2</sup> se sitúa en 30 por 1.000, con elevación clara en el área rural (40 x 1.000) y con una correspondencia inversamente proporcional al nivel de instrucción de la madre (52 por 1.000 en madres sin instrucción, frente a 11 por 1.000 en madres con nivel universitario o de postgrado). En virtud del declinamiento de la mortalidad infantil se estima una ganancia de 400 años de vida en el período.

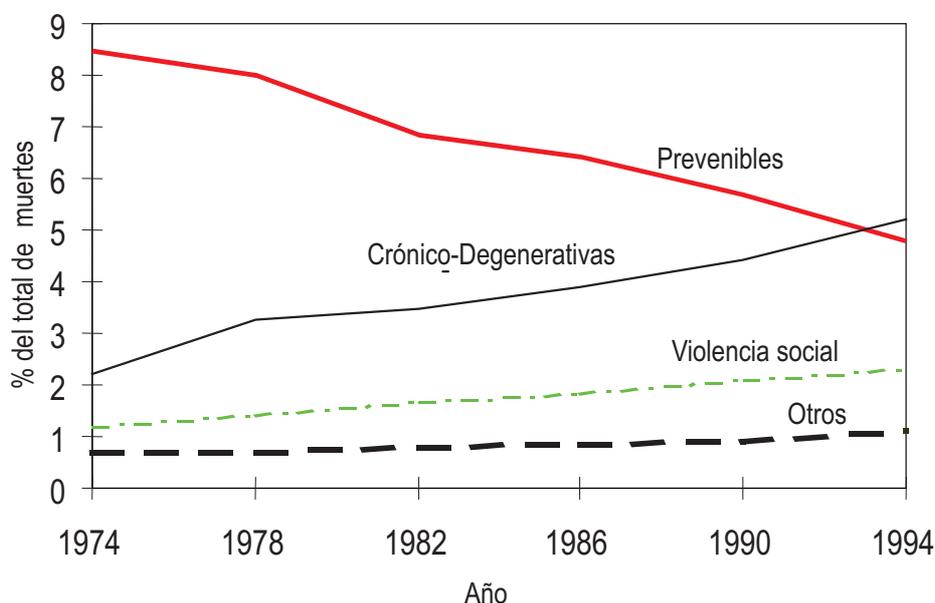
La mortalidad materna se mantiene aún en un preocupante 76.9 por 100.000 nacidos vivos, manteniéndose como principal causa de muerte los problemas de toxemia de embarazo y hemorragias, lo que revela el limitado acceso a

servicios de salud en general y de atención del parto, sobre todo en área rural, por parte de las madres en el Ecuador.

Se calcula que en el período 1990-1995 se registró un total de aproximadamente 1'200.000 AVVP (años de vida potencial perdidos) por las muertes ocurridas en el Ecuador antes de los setenta años de edad; de éstos 60% fueron en hombres y 40% en mujeres.

En lo que tiene que ver con *causas de muerte y enfermedad*, el perfil epidemiológico nacional se ha visto modificado en los últimos años, disminuyendo problemas de salud asociados con carencias básicas e incrementándose aquellos relacionados con la «modernización».

**Gráfico 5.** Ecuador. Principales causas de muerte según agrupación de enfermedades, 1974-1994



Fuente: INEC  
Elaboración FESALUD

**Cuadro VIII.** Ecuador. 10 primeras causas de muerte, 1988-1998

Causas	1988	1998
Deterioro básico		
Enfermedades Infecciosas intestinales	34.6 (1)	8.9 (7)
Neumonía	25.6 (2)	21.5 (2)
Tuberculosis respiratoria	12.2 (5)	9.6 (6)
Modernización		
Enfermedades hipertensiva	6.1 (7)	18.0 (4)
Diabetes mellitus	9.4 (6)	15.2 (5)
Accidentes, tráfico de vehículos a motor, caídas, ahogamiento, envenenamiento	20.0 (3)	65.11 (1)
Enfermedades isquémicas del corazón	17.6 (4)	18.6 (3)
Trastornos mentales y del comportamiento	1.1 (8)	1.6 (8)

Fuente: INEC  
Elaboración: FESALUD

El análisis detallado de la más reciente información disponible sobre causas de muerte (OPS, 2003) permite apreciar con mayor detalle la tendencia anotada. Destaca la conocida combinación de enfermedades circulatorias, transmisibles, crónico-

degenerativas, los accidentes y los problemas de salud mental. Llama también la atención el elevado número de muertes sin diagnóstico, así como la elevada frecuencia de una sola enfermedad: la diabetes mellitus.

**Cuadro IX.** Ecuador. Causas de muerte, 2001

<b>Causas de muerte</b>	<b>Tasa</b>	<b>Porcentaje</b>
1. Enfermedades del sistema circulatorio	85.5	18,82
Insuficiencia cardiaca	25.5	5,61
Enfermedades cerebrovasculares	24.0	5,29
Enfermedades isquémicas del corazón	19.5	4,30
Enfermedades hipertensivas	16.4	3,61
2. Enfermedades transmisibles	47.3	10,41
Infecciones respiratorias agudas	22.9	5,05
Tuberculosis	8.0	1,76
Enfermedades infecciosas intestinales	6.9	1,52
Septicemia, excepto neonatal	6.5	1,43
Enfermedad por el VIH SIDA	2.9	0,65
3. Causas externas	40.4	8,90
Agresiones (homicidios)	16.3	3,60
Accidentes de transporte terrestre	15.6	3,44
Lesiones auto inflingidas intencionalmente	4.8	1,06
Ahogamiento y sumergimiento accidentales	3.7	0,80
4. Neoplasias	37.4	8,24
Tumor maligno del estómago	12.1	2,66
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon	9.2	2,02
Tumor maligno de la próstata	4.4	0,96
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	4.0	0,89
Leucemia	3.2	0,70
Tumor maligno de la mama de la mujer	2.6	0,58
Tumor maligno del cuello del útero	2.0	0,43
4. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	10.9	2,40
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	7.5	1,66
Retardo del crecimiento fetal y bajo peso al nacer	3.4	0,74
6. Todas las demás enfermedades	73.0	16,08
Diabetes mellitus	20.6	4,53
Enfermedades del sistema urinario	12.5	2,75
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	10.6	2,34
Resto de enfermedades del sistema digestivo	10.5	2,30
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	10.4	2,9
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	8.4	1,86
0. Síntomas, signos y hallazgos no clasificables en otra parte	57.2	12,60

Fuente: OPS, MSP, INEC, «Indicadores Básicos en el Ecuador», 2003.

En lo referente a las causas de muerte infantil, predominan problemas infecciosos, especialmente respiratorios, así como causas perinatales.

Como causas de muerte materna figuran entidades determinadas por dificultades de acceso a la atención profesional del embarazo, el parto y pos-

parto y a transporte/servicios de emergencias obstétricas.

En perspectiva persisten causas prevenibles y se mantiene la tendencia ascendente de problemas crónico-degenerativos.

**Cuadro X.** Ecuador. Principales causas de muerte infantil, 2001

Causa	N° mero	Tasa	%	% Acumulado
Neumonía	413	21.4	8.6	8.6
Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal	412	21.4	8.6	17.2
Sepsis bacteriana del recién nacido	365	18.9	7.6	24.8
Otras afecciones respiratorias del recién nacido	342	17.7	7.1	31.9
Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento	282	14.6	5.9	37.8
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	246	12.8	5.1	42.9
Dificultad respiratoria del recién nacido	226	11.7	4.7	47.6
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	203	10.5	4.2	51.8
Malformaciones congénitas del corazón	172	8.9	3.6	55.4
Otras afecciones respiratorias agudas	135	7.0	2.8	58.2

Fuente: OPS, MSP, INEC, «Indicadores Básicos en el Ecuador», 2003.

**Cuadro XI.** Ecuador. Principales causas de muerte materna, 2001

Causa	N° mero	Tasa	%	% Acumulado
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	75	38.9	40.1	40.1
Complicaciones del trabajo del parto, y del pos-parto	35	18.2	18.7	58.8
Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniónica y con posibles problemas del parto	24	12.4	12.8	71.6
Embarazo terminado en aborto	11	5.7	5.9	77.5
Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	11	5.7	5.9	83.4
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	3	1.6	1.6	85.0
Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	28	14.5	15.0	100

Fuente: OPS, MSP, INEC, «Indicadores Básicos en el Ecuador», 2003.

**Cuadro XII.** Desarrollo social en Ecuador

†	Indicadores sociales					Cambio indicador (promedio anual, %)		
	1974	1982	1990	1995	1999	1974-82	1982-90	1990-99
Muertes por causas prevenibles (% del total de muertes)		52.5	41.0	35.0	30.0		-3.0%	-3.4%
Muertes por causas crónico degenerativas (% del total de muertes)		27.5	35.0	37.6	43.0		3.1%	2.3%
Muerte por causas violentas (% del total de muertes)		15	17	18	16		1.6%	-0.7%
Ocupación de camas (%)		58	57	53	49		-0.2%	-1.7%
Tasa de mortalidad general (por 1000 habitantes)	9.6	6.3	5.0	4.5	4.5	-5.1%	-2.8%	-1.2%

Fuente: INEC, Estadísticas Vitales  
Tomado de: Revista Gestión #103, enero 2003

### Morbilidad

Con la precaución derivada de la falta de información de servicios de primer nivel (excepción hecha de enfermedades sujetas a vigilancia

epidemiológica), las causas de hospitalización están dominadas por eventos obstétricos y, a alguna distancia, procesos infecciosos y traumatismos.

**Cuadro XIII.** Ecuador. Egresos y tasas de hospitalización por 10.000 habitantes, 2001

Causas de egreso hospitalario	Tasa	%
Embarazo, parto y puerperio	209.96	37.58
Enfermedades del sistema digestivo	55.60	9.95
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	48.16	8.62
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	42.49	7.61
Enfermedades del sistema genitourinario	35.89	6.42
Enfermedades del sistema respiratorio	32.88	5.89
Tumores (neoplasias)	23.14	4.14
Enfermedades del sistema circulatorio	22.82	4.08
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal <sup>1</sup>	17.13	3.07
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	12.28	2.20

Fuente: OPS, MSP, INEC, «Indicadores Básicos en el Ecuador», 2003.

### Inversión social y de salud

Con la necesidad de rebasar la concepción dominante de gasto y sustituirla por la de inversión, la información disponible (desactualizada, toda vez que el último estudio de cuentas nacionales de salud se realizó en 1997 y no considera, entonces, procesos decisivos como la crisis y dolarización), evidencia una tendencia

a la reducción de la inversión social – y marcadamente de salud - en relación con el PIB; el factor explicativo más importante es el peso porcentual del pago de deuda externa. La comparación con otros países de la Subregión Andina, y de América Latina resulta desfavorable.

**Cuadro XIV.** Gasto social público. Ecuador, 1995-2002

	Gasto social público 1995 - 2002 en porcentajes							
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Educación (%)	63	63	65	66	66	45	53	60.0
Bienestar Social (%)	8	12	7	6	13	31	26	19
d/c: Bono Solidario	-	-	-	-	-	19	17	15
Trabajo (%)	1	1	1	1	1	1	-	-
Salud (%)	22	20	21	21	19	17	16	19
Desarrollo urbano (%)	6	4	6	6	1	6	5	2
Total gasto social (%)	100	100	100	100	100	100	100	100
Total gasto social (en % del PIB)*	5.0	5.1	4.4	4.8	3.9	5.1	6.2	7.2
Total gasto social (millones US\$)	894	974	877	940	535	690	1 119	1 428
Gasto social per cápita*	78	83	74	77	43	55	87	113

\* 2000-2002 Corresponde al Presupuesto Codificado; por lo cual no son comparables; son años anteriores en los que consta el valor ejecutado

Fuente: Módulo del Gasto Social; 1995-2000 Emitido; 2001: Transferido; 2002; Transferido hasta julio Tomado de: Revista Gestión #100, octubre 2002

**Cuadro XV.** Gasto público y social. Ecuador, 1991-2000

<b>Gasto público y social en el Ecuador: 1991-2000</b> (Porcentajes del PIB)					
<b>Año</b>	<b>Educación</b>	<b>Salud</b>	<b>Otros comp. gasto público</b>	<b>Deuda</b>	<b>Total</b>
1991	2.9	0.9	7.0	5.2	16.0
1992	3.1	1.0	6.5	5.2	15.8
1993	2.6	0.7	8.0	3.7	15.0
1994	2.9	0.9	8.7	4.6	17.1
1995	3.3	1.1	9.5	10.0	23.9
1996	3.2	1.2	10.3	8.5	23.2
1997	3.5	1.0	10.2	12.1	26.8
1998	3.2	1.0	9.2	8.8	22.2
1999	3.8	1.2	10.7	13.8	29.5
2000	2.9	1.0	12.6	12.5	29.0

Fuente: BCE, Información Estadística Mensual (Varios Números)  
Tomado de: Revista Gestión #101, noviembre 2002

**Cuadro XVI.** Gasto social por habitante en el Ecuador y en América Latina: 1980-1995

<b>(Dólares de 1987)</b>			
	<b>1980-81</b>	<b>1982-89</b>	<b>1990-95</b>
<b>Educación</b>			
<b>Ecuador</b>	66.4	53.2	41.0
<b>América Latina</b>	59.8	52.9	52.7
<b>Salud</b>			
<b>Ecuador</b>	24.3	22.0	20.3
<b>América Latina</b>	50.8	46.3	50.8
<b>Gasto social total</b>			
<b>Ecuador</b>	146.0	122.2	108.6
<b>América Latina</b>	194.8	177.8	202.3

Fuente: Cominetti, Rosella y Ruiz, Gonzalo, Evolución del Gasto Público Social en América Latina, Cuadernos de la CEPAL, 1996. UNDP, Pobreza, Empleo y Equidad en el Ecuador: Perspectivas para el Desarrollo Humano Sostenible, Carlos Larrea y Janeth Sánchez, Quito, 2002.  
Tomado de: Revista Gestión #101, noviembre 2002

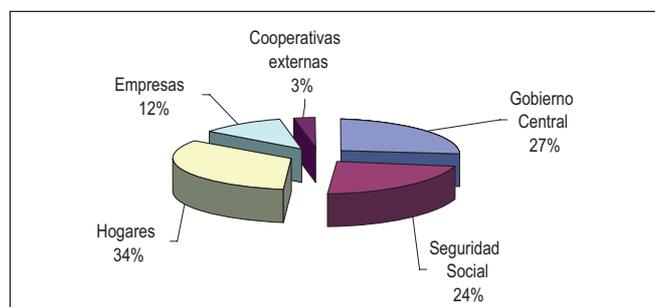
#### 4. Financiamiento en salud

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador se financia de los recursos fiscales provenientes de los impuestos generales, rentas de la exportación petrolera, tasas y contribuciones especiales y los aportes de la cooperación internacional. La atención del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), en cambio, tiene como fuente principal de financiamiento los aportes de

empleados y empleadores del sector público y privado.

El Estudio de Cuentas Nacionales de 1997,<sup>3</sup> establece la composición y las fuentes de financiamiento del sector salud.; según este estudio los hogares se han convertido en fuente preponderante del financiamiento del sistema, pues de éste 34% proviene de su pago por la atención de salud y medicamentos.

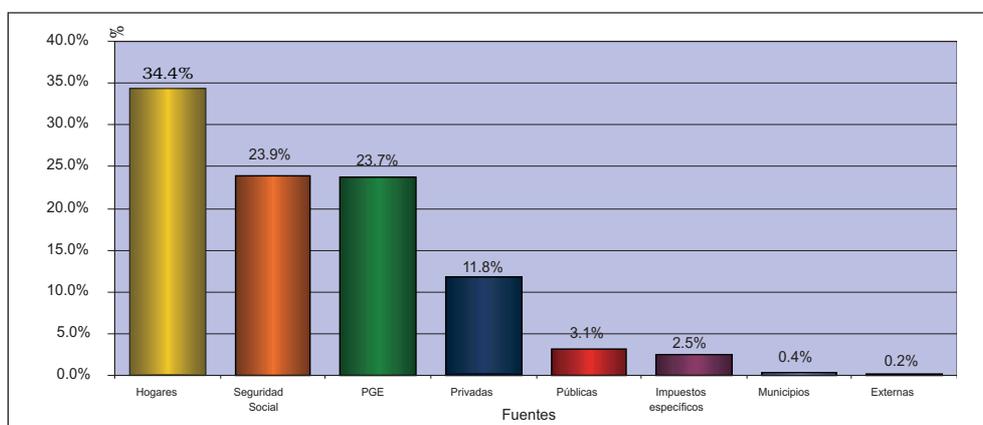
**Gráfico 6.** Fuentes de financiamiento del sector salud. Ecuador, 1997.



Fuente: Cuentas nacionales en salud 1997

Elaboración: ALDES

**Gráfico 7.** Ecuador: fuentes de financiamiento en salud, 1997



Fuente: MSP, Informe Final de la Estimación de Cuentas Nacionales de Gastos en Salud 1997, Quito – Ecuador, 2001: 56-57

En cuanto al presupuesto de salud, dependiente del Presupuesto General del Estado, asimismo, la tendencia es decreciente y aunque en los dos

últimos años hay un repunte, está muy lejos de los niveles porcentuales de alrededor de 8% que caracterizaron la década de los 80.

**Cuadro XVII.** Ingresos y gastos del presupuesto del gobierno central (en millones de dólares y porcentajes). Ecuador, 1995 – 2002

Año	Ingresos Corrientes y de Capital	Egresos	Salud y Desarrollo Comunal (a)	Salud y Desarrollo Comunal (b)
1995	3,147	4,308	201	4.7%
1996	3,348	4,451	230	5.2%
1997	3,393	5,290	191	3.6%
1998	3,216	4,385	207	4.7%
1999	2,741	3,960	169	4.3%
2000	3,111	4,035	147	3.6%
2001	3,823	5,489	189	3.4%
2002	4,205	5,408	251	4.6%

(a) Monto total público destinado a salud y desarrollo comunal

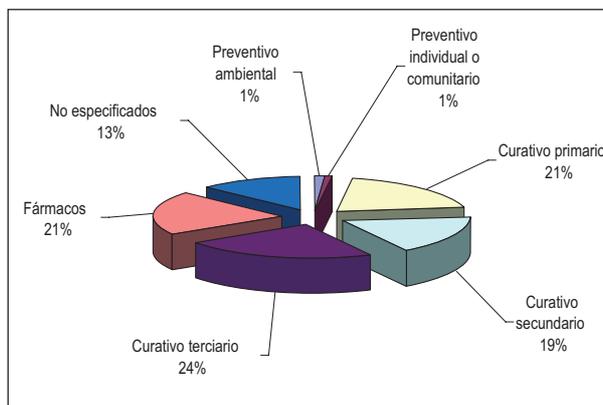
(b) En relación a los egresos del PGE

Fuente: [www.bce.fin.ec](http://www.bce.fin.ec)

Del gasto per cápita asignado en el conjunto del gasto en salud un importante porcentaje (24%) se destina al nivel terciario de atención (hospitales de

especialidad), 21% se gasta en medicamentos y 21% en el nivel primario de atención. Apenas 1% se gasta en prevención individual y comunitaria.

**Gráfico 8.** Gasto en salud en el Ecuador. Destino de los fondos. 1997



Fuente: Cuentas nacionales en salud 1997

Elaboración: ALDES

Otra clasificación refleja la reducción de inversión para salud pública y el mantenimiento en niveles significativos de gastos administrativos.

**Cuadro XVIII.** Composición del gasto del gobierno central en salud (en millones de USD y porcentajes). Ecuador, 1995-1998

Funciones	1995		1996		1997		1998	
	Millones USD	%						
Salud pública	25.50	13.4%	20.80	10.5%	17.30	9.4%	17.10	9.6%
Servicios de atención primaria	61.40	32.1%	54.30	27.4%	55.10	30.0%	52.60	29.5%
Servicios de atención hospitalaria	79.70	41.8%	80.70	40.8%	80.20	43.6%	78.80	44.1%
Gastos administrativos	24.30	12.7%	42.10	21.3%	31.30	17.0%	30.00	16.8%

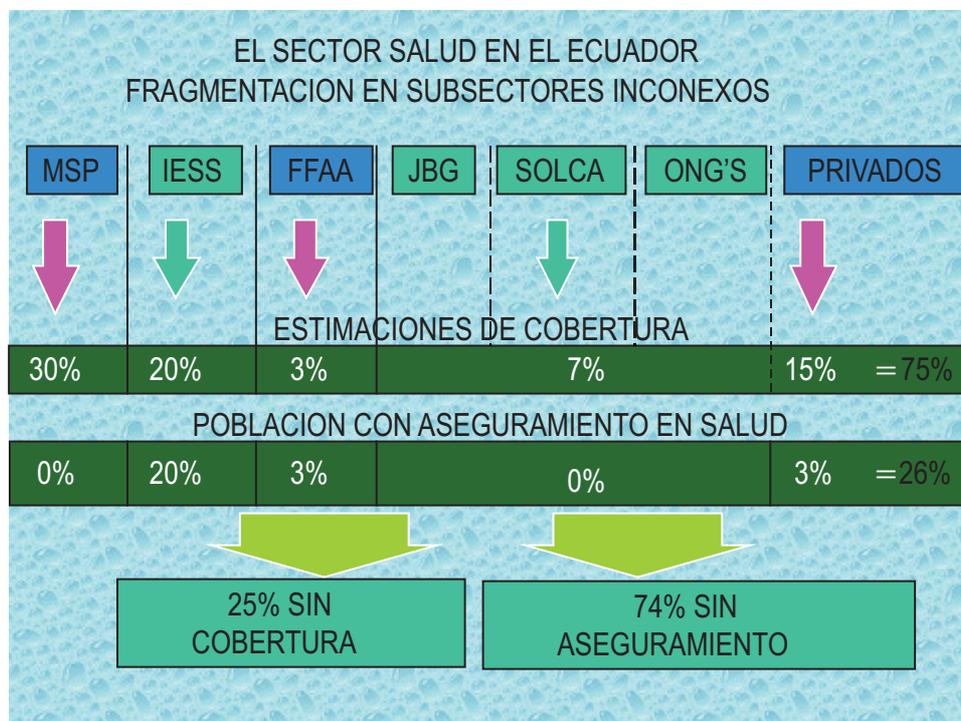
Fuente: UNICEF, Daniel Badillo, La relación costo-efectividad del gasto del Gobierno Central en salud: una aproximación provincial, Quito - Ecuador, 2000: 3

### 5. Cobertura de servicios y programas de salud

El gráfico siguiente que, en general, se ha mantenido inmodificable desde hace muchos años, refleja la situación de desprotección

existente en el país, a pesar de la existencia de numerosos prestadores de salud que actúan, desafortunadamente, sin coordinación entre sí.

**Gráfico 9.** Esquema del sector salud en Ecuador



Elaboración: Proyecto Modersa, MSP, 1999

MSP: Ministerio de Salud Pública

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

FFAA: Fuerzas Armadas

JBG: Junta de Beneficencia de Guayaquil

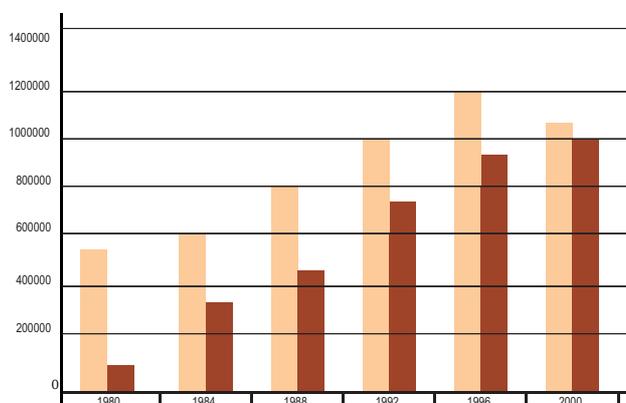
SOLCA: Sociedad de Lucha contra el Cáncer

ONG: Organismos no Gubernamentales

En lo relativo a aseguramiento, la tendencia de crecimiento de afiliados al IESS (tanto general como del Seguro Social Campesino) evidencia un estancamiento que, en todo caso, podría ser

superado con la aplicación de la reforma de la seguridad social en marcha, que prevé la extensión de prestaciones de salud a familiares del afiliado.

**Gráfico 10.** Evolución de cobertura de seguridad social. Ecuador, 1980-2000

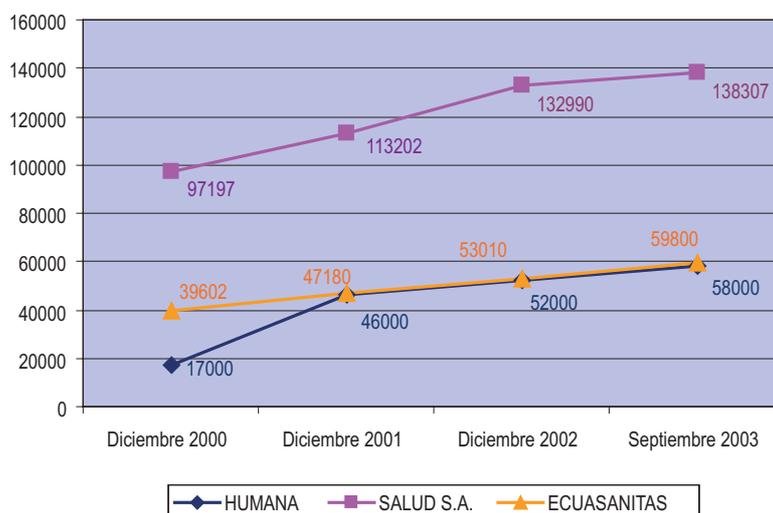


Fuente: OPS, El Cóndor, la Serpiente y el Colibrí. Noviembre 2002.

El aseguramiento privado experimenta un crecimiento en los últimos años aunque la valoración de tarifas se constituye en un obstáculo para una mayor expansión, como puede

apreciarse en la siguiente secuencia correspondiente a las tres empresas de mayor presencia en el mercado de aseguramiento privado en salud.

**Gráfico 11.** Ecuador: afiliaciones según compañías privadas de seguros de salud



Fuente: Registros Institucionales/ Periódico El Comercio. Valores a octubre 2003

**Cuadro XIX.** Ecuador: tarifas de seguros privados de salud según grupos de edad. 2003

Tarifas en dólares							
HUMANA			SALUD			ECUASANITAS	
Edad	Hombre	Mujer	Edad	Hombre	Mujer	Edad	Tarifa
24-35	38.2	71.9	18-31	19.92	39.6	0-39	18.5
36-44	60.6	65.1	32-49	31.2	33.6	40-49	19.2
45-55	71.9	71.9	50-60	39.6	38.4	50-59	19.7

Fuente: Registros Institucionales/ Periódico El Comercio. Valores a octubre 2003

## 6. Programas o actividades de salud

En lo que se refiere a la producción de los servicios de salud y la cobertura de programas (tomando como referente los programas maternos) se aprecian avances, persistiendo, sin embargo, indicadores deficitarios que requieren prioritaria atención:

En cuanto a consultas, no se registró variación en el índice de consultas/habitante/año el que se mantuvo en 1.2 entre 1989 y 1998. La desagregación de este indicador en morbilidad y

prevención muestra que sólo se produjo un ligero incremento en el componente preventivo (de 0.3 a 0.4) permaneciendo inmodificable el de morbilidad (0.8 consultas habitante/año). Evidentemente la situación es deficitaria.

La situación hospitalaria refleja una tendencia a la disminución de camas por habitante, pero también un porcentaje de ocupación bajo, seguramente por la influencia de hospitales pequeños tanto del MSP como del IESS que tienen un bajo rendimiento.

**Cuadro XX.** Desarrollo social en Ecuador

†	Indicadores sociales					Cambio indicador (promedio anual, %)		
	1974	1982	1990	1995	1999	1974-82	1982-90	1990-99
Camas en establecimientos de salud en el MSP (tasa por 10.000 hab.)	11.0	9.0	7.7	7.7	6.7	-2.5%	-1.9%	-1.5%
Ocupación de camas (%)		58	57	53	49		-0.2%	-1.7%

Fuente: INEC, Estadísticas Hospitalarias

Tomado de: Revista Gestión #103, enero 2003

El 80% de las mujeres concurren, al menos en una ocasión, a control prenatal, advirtiéndose que más de la mitad de controles (55%) se efectúan en establecimientos del Ministerio de Salud Pública, con una tendencia ascendente entre 1994 y 1999, a diferencia de lo que se observa en el sector privado, en el que su cobertura descendió de 40 a 30% en similar período, lo que podría deberse a restricciones de orden económico.

En lo que a atención del parto se refiere, 66.5% de las mujeres recibieron atención profesional (84.3 en zona urbana y 41.9 a nivel rural), en tanto un significativo 33.4% restante no lo tuvo.

Otros indicadores, referentes a palpación manual del seno y realización de examen de Papanicolaou, para prevención de cáncer mamario y cérvico-

uterino, respectivamente, reflejan una situación muy deficitaria, pues 77 y 56% de las mujeres no lo hicieron nunca.

En cuanto a métodos anticonceptivos, existe un incremento en la tendencia de su utilización, determinándose que 65% de las mujeres los usan, frente a 34% registrado en 1979, siendo la esterilización femenina, los dispositivos intrauterinos y la píldora los métodos más frecuentes, en dicho orden.

#### Recursos humanos

Este es un tema de crucial importancia para el sector que presenta notorios desbalances; el más importante, la extrema producción de médicos en relación con enfermeras y otras profesiones. Existe un considerable número de personal auxiliar, administrativo y de servicios.

**Cuadro XXI.** Ecuador: evolución de personal de salud, 1991–2000

Personal de salud	Profesionales		Crecimiento Porcentual %	Profesionales por habitantes	
	1991	2000		1991	2000
<b>A os</b>					
MÉdicos	12.205	18.335	50.2	860.4	654.5
Odontólogos	1.657	2.062	24.4	6.337.7	5.819.6
Enfermeras	3.905	6.320	61.8	2.689.2	1.898.7
Matronas	573	1.037	81.0	18.327.3	11.571.8
Bioquímicos-farmacéuticos	257	487	89.5	40.861.9	24.640.7
Trabajadores sociales	351	333	94.9	29.918.9	36.036.0
Otros profesionales	437	705	61.3	24.030.9	17.021.3
Auxiliares de enfermería	12.961	13.229	02.1	810.2	907.1
Tecnólogos	2.013	2.935	45.8	5.216.9	4.088.6
Estudiantes internos	1.973	1.576	79.9	5.322.6	7.614.2
Personal administrativo- estadística	4.186	5.806	38.7	2.508.7	2.066.8
Personal de servicios	9.640	10.071	04.5	1.089.4	1.191.5
Auxiliares de servicios técnicos	3.099	3.847	24.1	3.388.7	3.119.3
<b>Total</b>	<b>53.257</b>	<b>66.743</b>	<b>25.3</b>	<b>197.2</b>	<b>179.8</b>

Fuente: INEC, Anuario de Recursos y Actividades de Salud, 2000. Elaboración: FESALUD

Dos recientes estudios (Flexibilización Laboral y Compensación de RHUS en Ecuador) realizados por FESALUD en 2001 y 2002, por solicitud de la OPS documentaron la existencia de enraizadas normativas jurídicas inmodificables desde hace décadas que distorsionan, entran y dificultan severamente una

adecuada gestión del «talento humano» determinando culturas organizacionales que, en general, privilegian un accionar institucional poco atento a satisfacer las aspiraciones y necesidades de la población. En cuanto a compensación se confirmó la conocida situación deficitaria.

**Cuadro XXII.** Razón ingresos personal de salud MSP e IESS / valor de la canasta básica. Ecuador, 1999-2002

	Razón Ingresos/ Canasta B sica 1999	Razón Ingresos/ Canasta B sica 2002
Personal servicios MSP	1.18	1.46
Personal servicios IESS	1.33	2.16
Apoyo administrativo MSP	1.24	1.41
Apoyo administrativo IESS	1.65	2.40
Tecnólogo médico MSP	1.59	2.05
Tecnólogo médico IESS	1.69	3.55
Médico residente MSP	1.28	1.97
Médico residente IESS	1.32	2.03
Enfermera MSP	1.66	2.05
Enfermera IESS	2.53	3.55
Médico tratante MSP	2.46	2.29
Médico tratante IESS	2.68	3.60

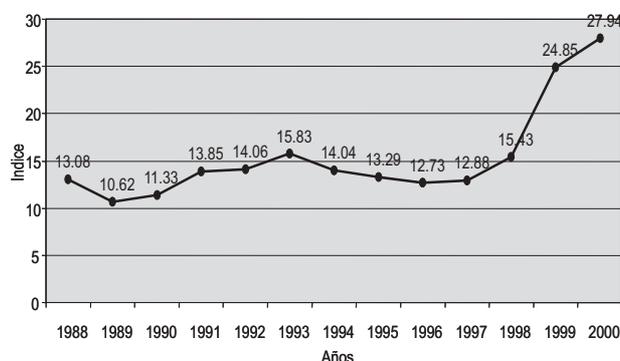
Fuente: INEC. Elaboración: FESALUD

No obstante tal reconocimiento, el estudio señalaba «... el establecimiento de condiciones retributivas laborales - duración y valoración de jornadas de trabajo y/o prestación de servicios- debería discriminar niveles de reconocimiento directamente proporcionales a la contribución al mejoramiento objetivo de la atención de salud de la población. Su dimensionamiento debería estar sustentado en disponibilidades económicas nacionales que partan de una revalorización política de la salud.»

## 7. Equidad

Problema central de la sociedad ecuatoriana, la inequidad se expresa en prácticamente todos los indicadores sociales y de salud revisados; si promedialmente la situación ha mejorado, las inequidades continúan invariables, como lo testimonia la siguiente secuencia (Gráfico 12).

**Gráfico 12.** Índice de ingresos entre el primero y quinto quintil. Ecuador, 1988-2000



Fuente: SIISE 2.5<sup>5</sup>  
Elaboración: ALDES

**Cuadro XXIII.** Ingreso laboral mensual promedio de los trabajadores del Ecuador, 1995 (en miles de sucres)

Grupo de población	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Disparidad entre hombres y mujeres
<b>País</b>	<b>619</b>	<b>449</b>	<b>558</b>	<b>-27%</b>
Area urbana	778	527	679	-32%
Area rural	346	217	311	-37%
<b>Area rural</b>				
Campeños	264	157	239	-41%
No campeños	449	264	389	-41%
Indígenas	267	161	238	-40%
No indígenas	352	222	316	-37%

Fuente: Retrato de Mujeres. 1998. basado en Encuestas de Condiciones de Vida 1995  
Elaboración ALDES

**Cuadro XXIV.** Ecuador. Proporción de la inversión social recibida por quintil, 1999

Sectores sociales	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
<b>Educación</b>					
Preprimaria	0.15	0.22	0.25	0.22	0.15
Primaria	0.24	0.24	0.21	0.20	0.10
Secundaria	0.08	0.16	0.25	0.29	0.22
Universidad	0.01	0.05	0.12	0.30	0.52
Todos	0.11	0.16	0.21	0.27	0.26
<b>Salud</b>					
Hospitales	0.07	0.13	0.18	0.24	0.38
Centros de Salud	0.11	0.18	0.23	0.27	0.21
Subcentros y dispensarios	0.18	0.23	0.22	0.21	0.16
Todos	0.08	0.13	0.18	0.24	0.37
<b>Bono Solidario</b>					
Gas	0.12	0.15	0.19	0.23	0.31
Electricidad	0.10	0.14	0.17	0.21	0.37

Fuente: ECV 1999. Estimación Banco Mundial 1999

**Cuadro XXV.** Disponibilidad de alimentos en los hogares según regiones y residencia. Ecuador, 1999

Región	Kilocalorías por persona por día		
	Ciudades	Campo	Total
<b>Costa</b>	2412	2409	2411
<b>Sierra</b>	2241	1971	2112
<b>Oriente</b>	2655	2689	2682
<b>País</b>	2340	2163	2278

\* Los datos de la Amazonia corresponden a 1998

Fuente: INEC, Encuesta de Condiciones de Vida, 1995, 1998, 1999.

Tomado de: Revista Gestión #95, mayo 2002

**Cuadro XXVI.** Disponibilidad de alimentos en los hogares según nivel socioeconómico (deciles de pobreza de consumo. Ecuador, 1995-1999

Deciles según pobreza de consumo	Kilocalorías por persona por día			Variación anualizada
	1995	1998	1999	1995-1999
10% m s pobre	1452	1199	1079	-7%
2 decil	1956	1781	1508	-6%
3 decil	2182	2039	1778	-5%
4 decil	2514	2316	2009	-5%
5 decil	2540	2442	2235	-3%
6 decil	2785	2700	2373	-4%
7 decil	2920	2989	2721	-2%
8 decil	3074	3196	2741	-3%
9 decil	3217	3422	3111	-1%
10% m s rico	3455	3572	3226	-2%
Total	2609	2565	2278	-3%
Relación 10% m s rico/ 10% m s pobre	2.4	3	3	

Fuente: INEC, Encuesta de Condiciones de Vida, 1995, 1998, 1999.

Tomado de: Revista Gestión #95, mayo 2002

**Cuadro XXVII.** Escolaridad media de la población económicamente activa. Ecuador

Quintiles de pobreza según el ingreso per per	Escolaridad PEA
20% más pobre	5.2
2do. Quintil	6.4
3er. Quintil	7.5
4to. Quintil	8.8
20% más rico	11.8
Total	8.0

Fuente: SIISE a base de INEC, ECV Cuarta ronda (1999)

Tomado de: Revista Gestión #101, noviembre 2002

En lo relativo a salud la exclusión es igualmente manifiesta:

**Cuadro XXVIII.** Afiliación en salud, según área de residencia y sexo por quintil de gasto. Ecuador, 1998

Quintiles de gasto	Urbano			Rural		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
1 = más pobre	7.1 %	4.2 %	5.7 %	21.2 %	21.9 %	21.6 %
2	9.6 %	4.4 %	7.0 %	27.4 %	27.9 %	27.6 %
3	19.1 %	9.9 %	14.4 %	29.8 %	27.5 %	28.7 %
4	26.7 %	18.0 %	22.2 %	22.3 %	17.9 %	20.1 %
5 (más rico)	44.3 %	39.6 %	41.8 %	31.2 %	21.8 %	26.7 %
Promedio	21.4 %	15.2 %	18.2 %	26.4 %	23.4 %	24.9 %
Razón Q5/Q1	6.2	9.4	7.3	1.5	1.0	1.2

Tomado de: Hoja resumen sobre desigualdades en Salud Ecuador – OPS. Encuesta de condiciones de vida, tercera ronda 1998

**Cuadro XXIX.** Acceso a atención médica de la población ecuatoriana según deciles de ingreso de los hogares, 1998

† Indicador	Deciles de ingreso					
	1	2	3	8	9	10
<b>Acciones que tomó la población enferma o accidentada %</b>						
Fue o llamó a un médico	35.6	39.9	36.9	48.6	47.9	55.9
Se automedicó	28.8	27.1	29.0	24.5	26.1	22.5
No hizo nada	10.0	8.8	8.3	6.8	8.3	7.3
<b>Lugar a donde acudió la población enferma o accidentada %</b>						
Establecimiento público	39.7	40.6	38.8	31.2	29.9	22.0
Clinica particular	35.8	35.2	31.2	43.3	44.4	54.8
<b>Razones de no acudir a la atención médica. población enferma o accidentada %</b>						
Caso leve	17.0	25.9	31.3	36.7	60.1	59.2
Lejanía del establecimiento	9.6	9.1	10.8	4.9	1.6	2.6
Falta de dinero	64.2	53.9	44.4	36.2	17.1	10.2

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Ecuador. 1998.

Elaboración: ALDES

## REFERENCIAS

1. ODEPLAN-UNFPA. Estudio de Población del Ecuador. Quito-Ecuador; mayo 2000.
2. CEPAR, USAID, CDC, FNUAP. ENDEMAIN 99. Informe preliminar. Enero de 2000.
3. Ministerio de Salud Pública. Informe final de la estimación de cuentas nacionales de salud. Ecuador 1997; marzo 2001.
4. MSP Normas Nacionales Materno Infantiles.
5. Ministerios del Frente Social. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. Versión 2.5.

## XIV. PERU

### 1. OrganizaciÓn política y medio ambiente físico

El Perú como Estado-Nación está organizado políticamente en 24 departamentos, una provincia constitucional, 194 provincias y 1,828 distritos. Su

territorio geográfico está cruzado longitudinalmente por la Cordillera de los Andes, la que junto a la corriente de Humbolt configuran un territorio con variedad de climas y una gran diversidad ecológica. **(Figura 1).**

**Figura 1.** División geopolítica y pisos altitudinales. Perú

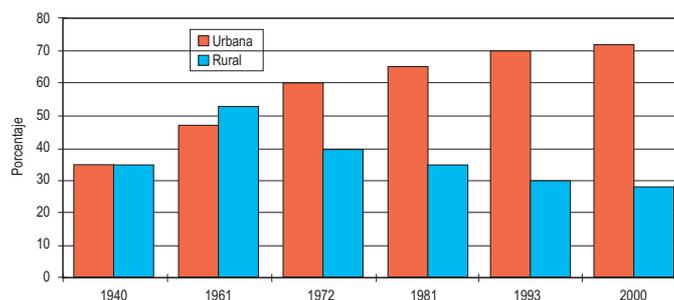


Fuente: ASIS. Ministerio de Salud. PERU.2001

En el año 2003, la población proyectada del Perú fue de 27,148,101 habitantes, con una densidad poblacional de 21.12 habitantes por kilómetro cuadrado. En los últimos 60 años, la población

peruana ha venido urbanizándose de una manera acelerada **(figura 2)**. En el año 2000, se estimaba que 72% de la población vivía en áreas urbanas.

**Figura 2.** Crecimiento de la población urbana y rural. Perú, 1940-2000



Fuente: INEI Perú Compendio Estadístico 2001.

### 2. EconÓmicos

A semejanza del resto de países en el Perú los modelos de desarrollo aplicados han ido configurando su rendimiento económico. Luego de

la «década perdida» de los 80, los indicadores macroeconómicos (cuadro I), entre ellos el Producto Interno Bruto (PIB), han venido mejorando lentamente, así como el PIB per cápita **(figura 3)** con avances y retrocesos. El crecimiento

económico tuvo un breve período de alto crecimiento, seguido de uno de bajo crecimiento,

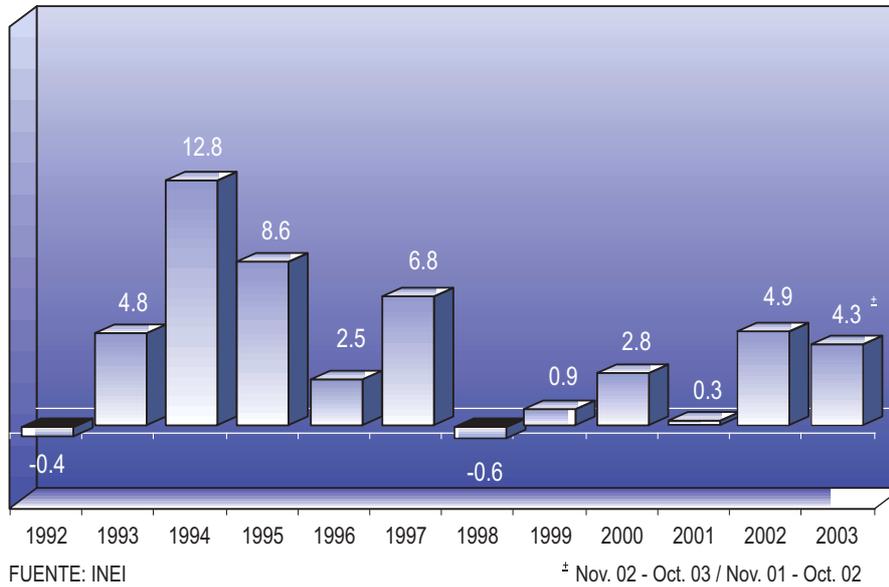
del cual se viene recuperando desde el año 2000 (figura 4).

**Cuadro I.** Indicadores macroeconómicos básicos

	2002	PROYECCION			
		2003	2004	2005	2006
<b>POBLACION</b>					
Miles de Habitantes	26749	27148	27547	27947	28349
<b>DEFICIT DE CONSUMO (Millones de US dólares)</b>					
Básico	3338	3260	3105	2951	2808
Alimentario	738	717	675	634	597
<b>PRODUCTO BRUTO INTERNO</b>					
Miles de millones de nuevos soles	200,0	212,6	225,7	242,4	261,7
Variación porcentual	5,4	4,0	4,0	4,5	5,0
<b>INVERSION (Porcentaje del PBI)</b>					
Pública	2,8	2,8	2,8	2,9	2,9
Privada	14,5	14,6	14,9	15,3	15,9
<b>TIPO DE CAMBIO (Nuevos soles por US dólar)</b>					
Promedio anual	3,52	3,49	3,56	3,61	3,63
Fin de periodo	3,52	3,5	3,59	3,62	3,64
<b>INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR (Variación porcentual)</b>					
Promedio	0,2	2,2	1,8	2,5	2,5
Acumulada	1,5	1,5	2,5	2,5	2,5
<b>RESULTADO ECONOMICO (Porcentaje del PBI)</b>					
Sector Público No Financiero	-2,3	-2,0	-1,5	-1,0	-0,5
Sector Público Consolidado	-2,2	-1,9	-1,4	-0,9	-0,4
<b>DEUDA PUBLICA TOTAL</b>					
Millones de dólares	26501	27681	28508	28979	29273
Porcentaje del PBI	46,6	45,4	45,0	43,2	40,6
<b>BALANZA COMERCIAL (Millones de US dólares)</b>					
Exportaciones	7647	8626	9134	10171	11241
Importaciones	7440	8051	8511	9132	9846

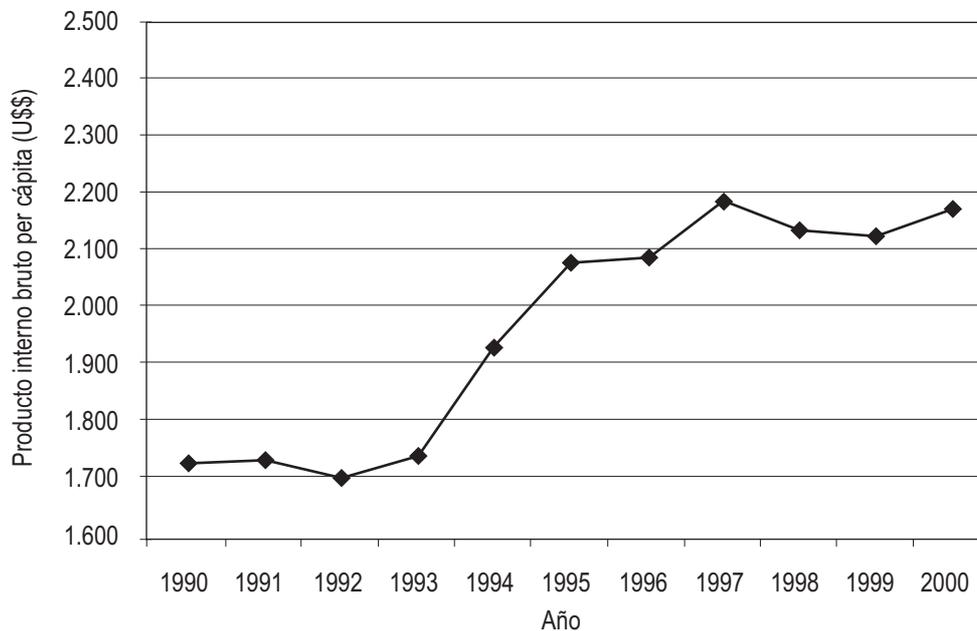
FUENTE: MEF, BCRP, INEI

**Figura 3.** Producto bruto interno 1992 - 2003 (Variación % anual)



Fuente: INEI

**Figura 4.** Producto interno bruto per cápita, Perú, 1990-2000

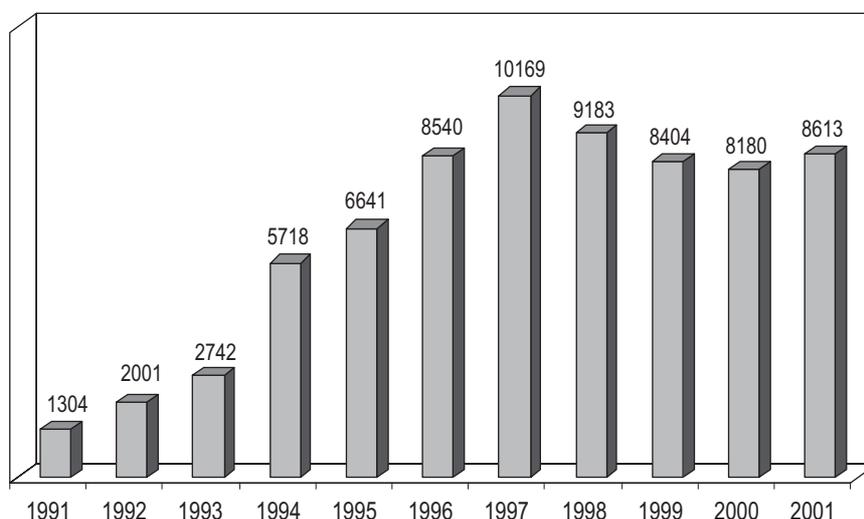


Fuente: MEF – INEI 2000

Las reservas internacionales del Perú, así mismo comenzaron a mejorar desde 1991 (**figura 5**); mientras que la deuda externa ha venido aumentando (**figura 6**), la que va de la mano con

el aumento del servicio de la deuda en el presupuesto anual, que en el año 2003 representó 19%.

**FIGURA 5.** Reservas internacionales netas - Banco Central de Reserva (1991-2001)



Fuente: INEI 2003

**Figura 6.** Deuda externa per capita y relación de servicio pagado / exportación FOB, 1991 - 2001

AÑO	POBLACION (MILES DE HABITANTES)	DEUDA EXTERNA TOTAL		DEUDA PUBLICA EXTERNA		MILLONES DE US\$ DOLARES			RELACION	
		MILLONES US\$ DOLARES	PER CAPITA DOLARES	MILLONES US\$ DOLARES	PER CAPITA DOLARES	SERVICIO PAGADO DE DEUDA PUBLICA EXTERNA (1)	EXPORTACION TOTAL FOB (2)	EXPORTACION SERVICIOS FOB (3)	(1/2)	(1/3)
									%	%
1991	21,966	25,444	1,158.3	21,040	957.8	913	3,406	826	26.8	110.5
1992	22,354	26,612	1,190.5	21,513	962.4	699	3,661	836	19.1	83.6
1993	22,740	27,453	1,207.3	22,170	974.9	1,752	3,516	837	49.8	209.3
1994	23,130	30,280	1,309.1	23,980	1,036.7	947	4,598	1,064	20.6	89.0
1995	23,532	33,459	1,421.9	25,652	1,090.1	1,075	5,589	1,131	19.2	95.0
1996	23,947	33,878	1,414.7	25,196	1,052.2	1,214	5,898	1,414	20.6	85.9
1997	24,371	28,959	1,188.3	18,787	770.9	2,703	6,832	1,553	39.6	174.1
1998	24,801	30,240	1,219.3	19,562	788.8	1,526	5,757	1,775	26.5	86.0
1999	25,232	28,684	1,136.8	19,500	772.8	1,997	6,119	1,594	32.6	125.3
2000	25,662	28,150	1,097.0	19,205	748.4	2,174	7,034	1,580	30.9	137.6
2001	26,347	27,508	1,044.1	18,967	719.9	1,962	7,108	1,489	27.6	131.8

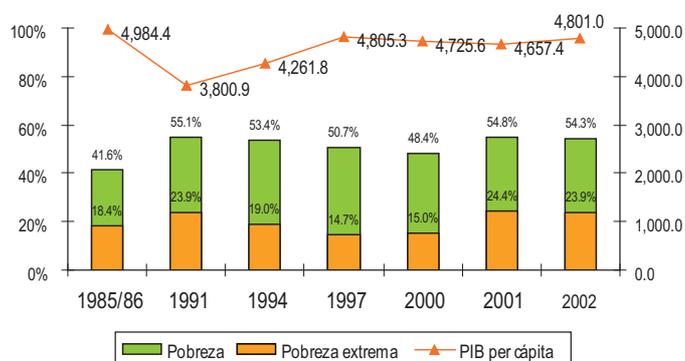
Fuente: INEI 2003

### 3. Sociales

El principal problema social del Perú es la pobreza, la misma que ha ido aumentando en los últimos 20 años, con periodos de aumento y disminución, tal como se puede ver en la **figura 7**. En la

actualidad, se estima que 54% de peruanos viven debajo de la línea de pobreza, mientras que los pobres extremos llegan a 15%.

**Figura 7.** Evolución de la pobreza 1985 - 2000



Fuente: Cuánto

La pobreza está íntimamente vinculada a los niveles de empleo. La población económicamente activa en el año 2000 se puede ver en el cuadro II, en donde la población con empleo adecuado representa 42%, mientras que el desempleo es

del orden de 5.4%. Una parte importante de la población económicamente activa se encuentra en situación de subempleo (**figura 8**) en donde se encuentra buena parte del empleo informal.

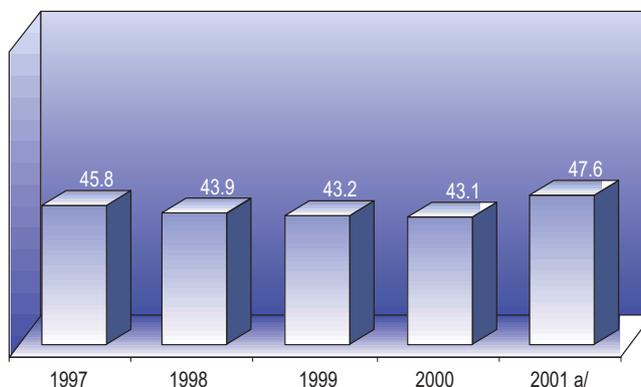
**Cuadro II.** Perú: Distribución de la PEA por sexo, según niveles de empleo, 2000 (en porcentajes)

NIVELES DE EMPLEO	HOMBRE	MUJER	TOTAL
<b>TOTAL</b>			
DESEMPLEO	5.4	5.4	5.4
Cesantes	5.1	4.7	4.9
Aspirantes	0.3	0.6	0.4
SUBEMPLEO	49.3	55.1	51.8
Subempleo por horas	9.5	16.2	12.4
Subempleo por ingresos	39.8	38.9	39.4
EMPLEO ADECUADO	45.3	39.5	42.8
Total relativo	100.0	100.0	100.0
Total absoluto	6,792,574	5,119,888	11,912,462
<b>URBANO</b>			
DESEMPLEO	7.3	7.5	7.4
Cesantes	6.9	6.7	6.8
Aspirantes	0.4	0.8	0.6
SUBEMPLEO	37.5	50.2	43.0
Subempleo por horas	10.3	17.2	13.3
Subempleo por ingresos	27.2	33.0	29.7
EMPLEO ADECUADO	55.2	42.3	49.7
Total relativo	100.0	100.0	100.0
Total absoluto	4,386,487	3,308,380	7,694,867
<b>RURAL</b>			
DESEMPLEO	2.0	1.5	1.8
Cesantes	1.8	1.2	1.5
Aspirantes	0.1	0.4	0.2
SUBEMPLEO	70.9	64.0	67.9
Subempleo por horas	8.1	14.4	10.8
Subempleo por ingresos	62.8	49.6	57.2
EMPLEO ADECUADO	27.1	34.5	30.3
Total relativo	100.0	100.0	100.0
Total absoluto	2,406,087	1,811,508	4,217,595

Fuente: Convenio MTPE.INEI Encuesta Nacional de Hogares, III Trimestre 2000

Elaboración: MTPE - Programa de Estadísticas y Estudios Lanorales (PEEL)

**Figura 8.** Evolución de la Tasa de subempleo urbano 1997-2001 (incluye subempleo visible e invisible) % respecto del total de la PEA ocupada



a/ Las cifras del año 2001 no son comparables con la serie 1997-2000, debido a los cambios metodológicos en los siguientes puntos: i) ampliación de la muestra a 18,824 hogares, en los dos años anteriores la muestra era alrededor de 4,000 hogares; ii) incorporación de un nuevo marco muestral en base al pre-censo de 1999, anteriormente la referencia era el censo de Población y vivienda de 1993; iii) corrección de las no-respuestas para Lima Metropolitana en base a información socio-económica de empresas de estudios de mercado.

Fuente: INEI-ENAMG-IV Trimestre, 1997-2001.

En el campo social, merece destacarse la población indígena (**cuadro III**) que en orden de

importancia y en términos porcentuales sigue a Bolivia y Ecuador.

**Cuadro III.** Estimación de la población indígena en la Región Andina

Países según porcentajes de población indígena	País	Población indígena	
		Miles	Porcentaje de población total
Grupo 1 Más de 40%	Bolivia	5.652	71
	Perú	11.655	47
Grupo 2 5% - 40%	Chile	1.186	8
Grupo 3 1% - 4%	Colombia	816	2
	Venezuela	465	2

Fuente: La salud en las Américas, OPS, 2002.

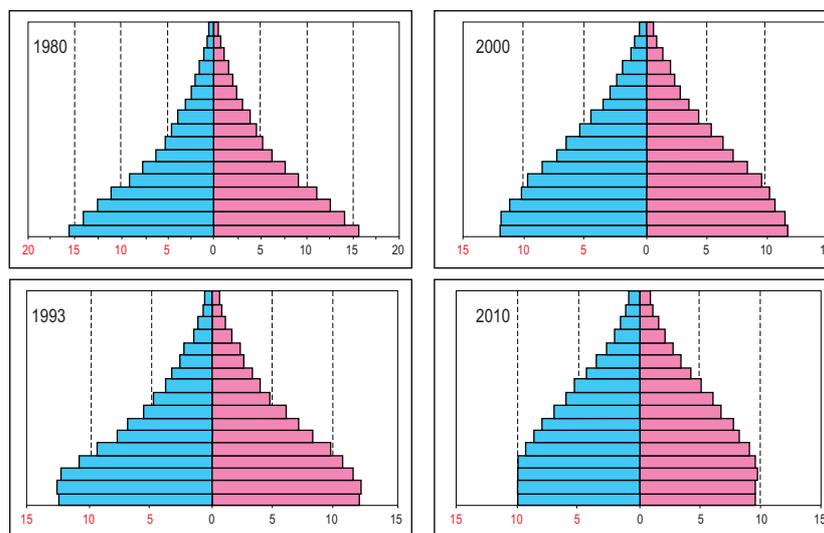
#### 4. Demográficos

La estructura de la población peruana ha venido teniendo lentos cambios en su composición por grupos de edad (**figura 9**). La estructura de forma piramidal de 1980, con una base amplia debido a las altas tasas de natalidad y de mortalidad, ha comenzado a cambiar debido a la disminución de

las tasas de natalidad y con una disminución menor de las tasas de mortalidad, configurando un cambio apreciable para el año 2010.

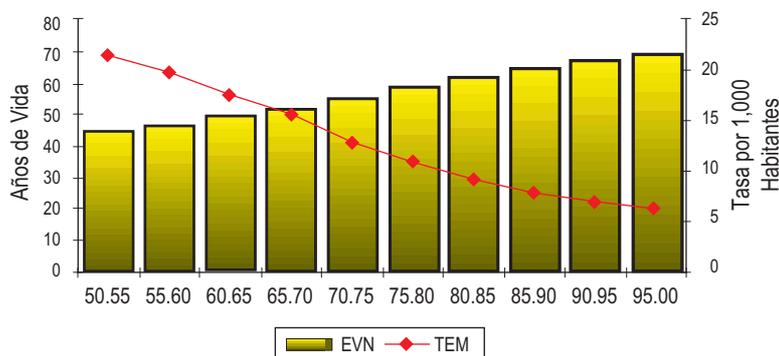
La esperanza de vida al nacer ha venido aumentando, mientras que las tasas brutas de mortalidad han venido disminuyendo (**figura 10**).

**Figura 9:** Pirámides Poblacionales Perú 1980 - 2010



Fuente: ASIS. Ministerio de Salud. PERU

**Figura 10.** Evolución de la esperanza de vida al nacer y de la tasa bruta de natalidad. Perú, 1950-2000



Fuente: ASIS. Ministerio de Salud. PERU.2001

## 5. Situación de salud

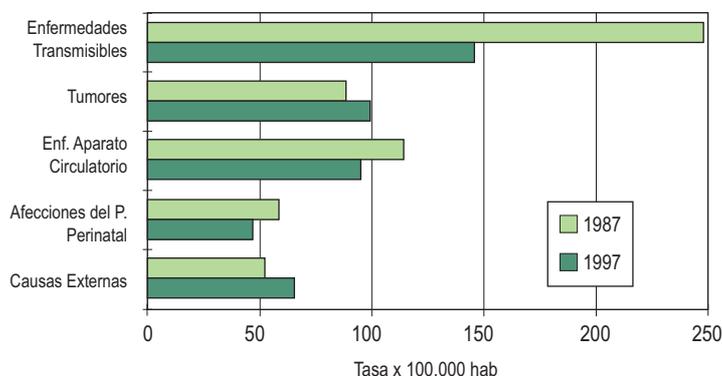
### Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad en el Perú ha venido disminuyendo del valor de 21.6 por mil habitantes en el quinquenio 1950-1955, hasta la tasa de 6.5 por mil habitantes en el período 1995-2000.

La mortalidad por grandes grupos de causa (**figura 11**), nos muestra cambios entre 1987 y 1997,

mientras que las causas por enfermedades transmisibles vienen disminuyendo rápidamente, la disminución por causas perinatales y cardiovasculares es menor. De otro lado, las causas de muerte por cánceres y causas externas vienen aumentando. Estos cambios configuran el patrón de transición epidemiológica en el Perú.

**Figura 11:** Mortalidad por grandes grupos de causas. Perú, 1988-1997

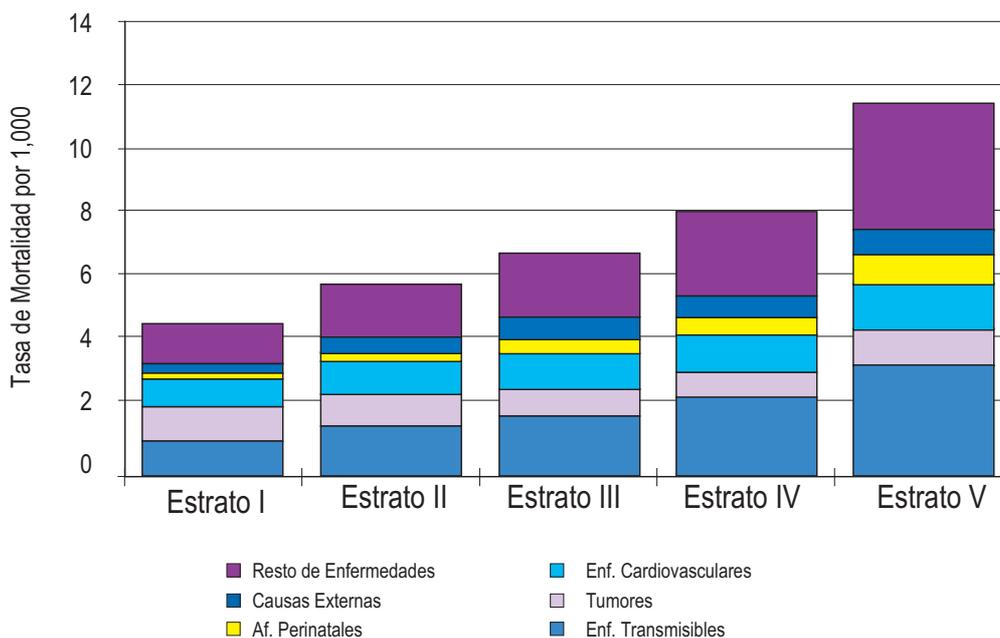


Fuente: Cálculos por CPS a partir de los certificados de defunción del trienio 1986-87 y 1996-98

Si se desagregan las causas de mortalidad por niveles de ingresos en quintiles (**figura 12**), se observa que la carga de enfermedades infecciosas es alta en los grupos de menores ingresos. De

otro lado, llama la atención que la carga de enfermedades cardiovasculares es relativamente igual en todos los grupos.

**Figura 12.** Causas de mortalidad por niveles de ingreso. Perú

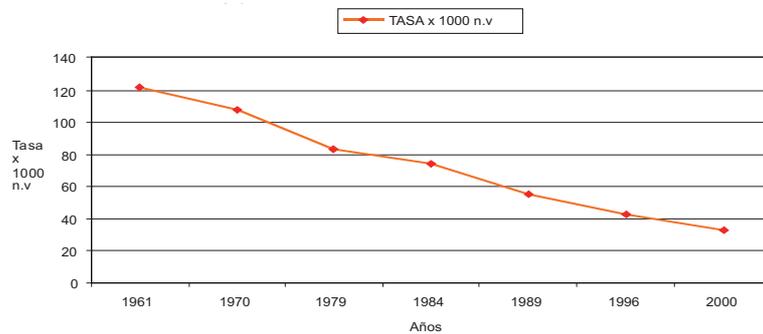


Fuente: Plan Estratégico Sectorial Multianual. 2001-2005. Ministerio de Salud

La mortalidad infantil también ha venido disminuyendo continuamente en los últimos 40 años (**figura 13**) desde la tasa de 120 por 1,000 nacidos vivos en 1961, a la tasa de 34 por 1000 nacidos vivos en el año 2000. Sin embargo, la

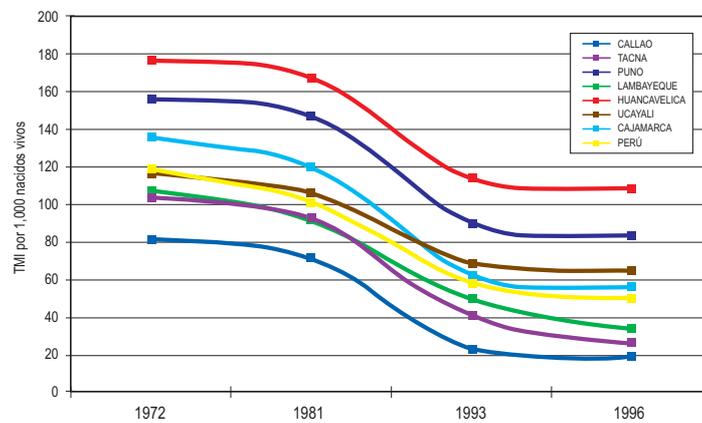
mortalidad Infantil desagregada por departamentos (**figura 14**) nos muestra que en los departamentos con menores niveles de vida la mortalidad es mayor respecto a los de mayores niveles de vida.

**Figura 13.** Tasa de Mortalidad infantil por diferentes años



Fuente: INEI – Ministerio de Salud 2001

**Figura 14.** Tasa de mortalidad infantil. Perú, 1972–1996

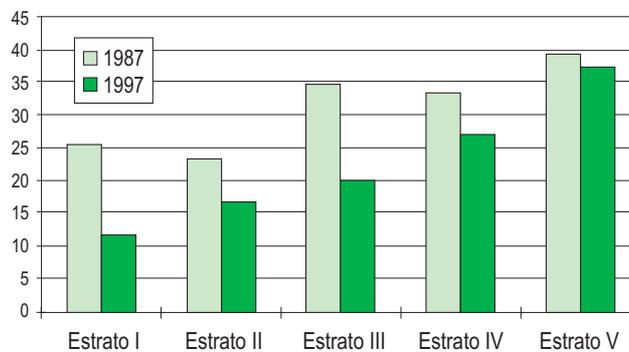


Fuente: INEI

Si se compara la mortalidad perinatal desagregada por estratos en dos cortes de 1987 y 1997 (**figura 15**) se observa que la mortalidad en los quintiles

de menores niveles de vida es mayor y que en ese periodo la disminución en el nivel más pobre ha sido poco significativa.

**Figura 15.** Mortalidad por afecciones perinatales según, estratos de pobreza. Perú, 1987-1997

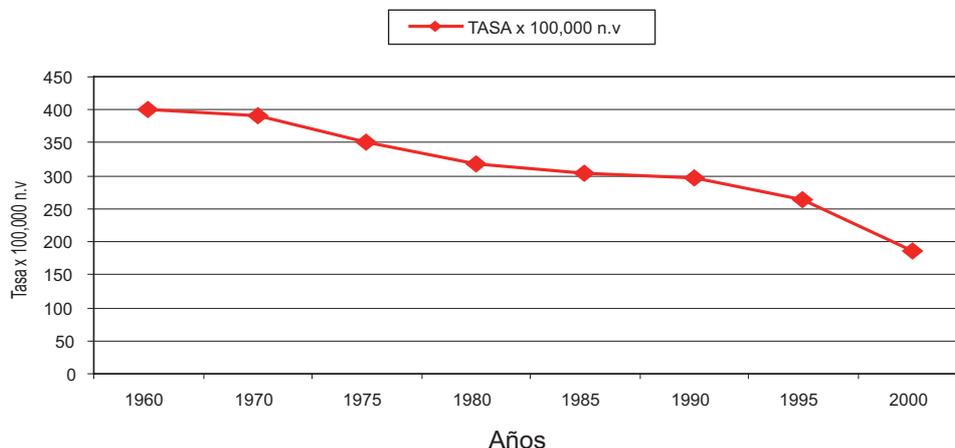


Fuente: Cálculos CPS/OMS a partir de los certificados de defunción 1986-87 y 1996-98

La mortalidad materna sigue siendo alta en el Perú (figura 16), pese a la disminución de la tasa de 400 muertes maternas por 100,000 recién nacidos

en 1960. Hasta llegar a 180 muertes maternas por 100,000 recién nacidos en el año 2000.

Figura 16. Tasa de Mortalidad materna por diferentes años. Perú



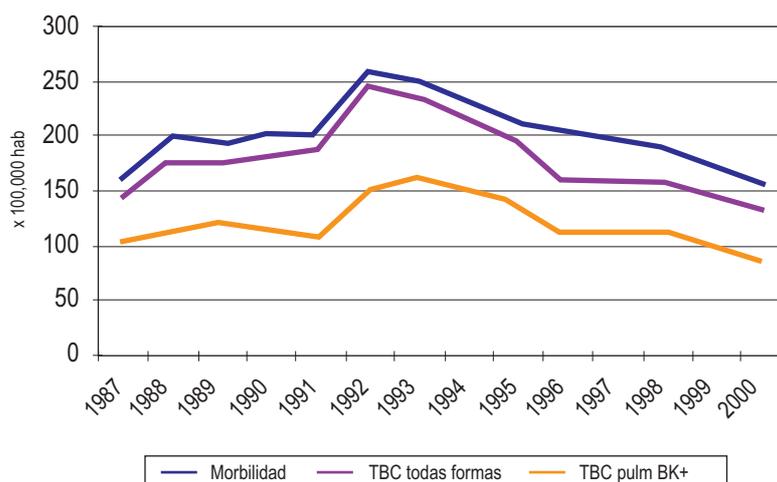
Fuente: INEI – Ministerio de Salud 2001.

### Morbilidad

La tuberculosis sigue siendo un problema de salud pública (figura 17). La incidencia de tuberculosis entre 1987 y 2000 sigue siendo la misma: 150 casos por 100,000 habitantes, pese a que en dicho

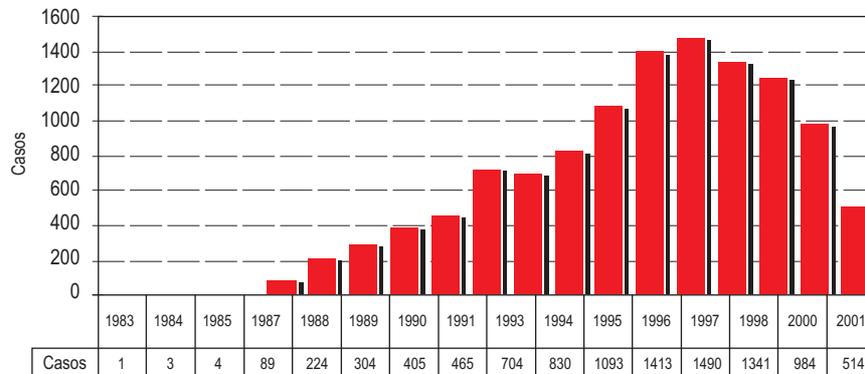
periodo hubo un aumento entre 1897 y 1992 y que luego comenzó a disminuir. Desde su aparición en 1987, el número de casos de SIDA ha ido aumentando hasta 1997, cuando comienza a disminuir (figura 18).

Figura 17. Variación de la tuberculosis. Perú, 1987-2000



Fuente: ASIS. Ministerio de Salud. PERU.2001

**Figura 18.** Casos de SIDA notificados. Perú, 1983-2001



Fuente: ASIS. Ministerio de Salud. Perú.2001

## 6. Situación de la atención a la salud

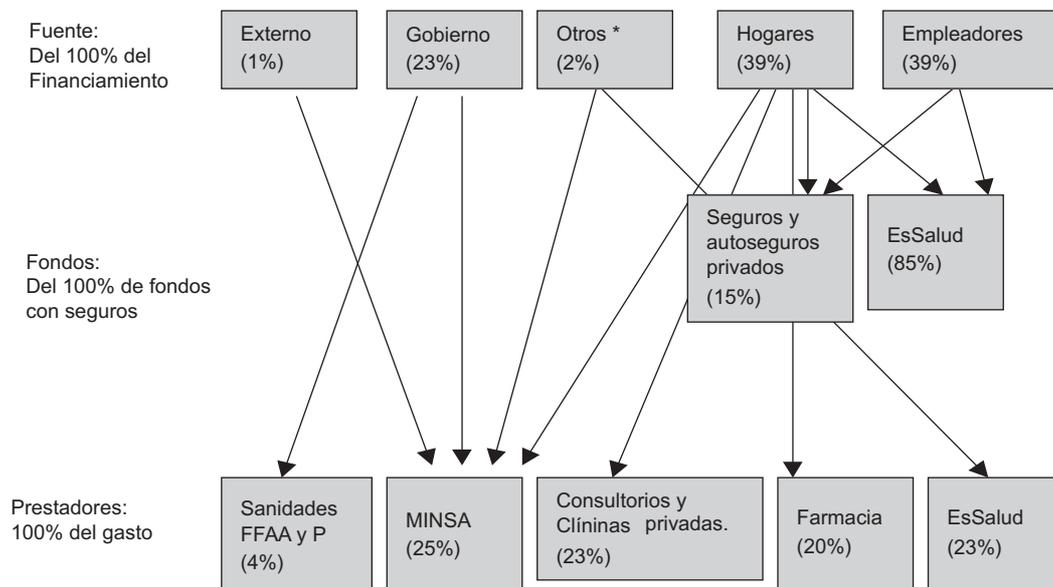
### El sistema de salud

La atención a la salud está articulada en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud cuyos componentes y fuentes de financiamiento se presentan en el cuadro IV.

### Los servicios de salud

La infraestructura de los servicios de salud en términos de hospitales, centros y puestos de salud de cada una de las instituciones del sistema se pueden ver en el cuadro V.

**Cuadro IV.** Componentes y fuentes de financiamiento del sistema de salud. Perú, 2002-2006



Fuente: Organización Panamericana de la Salud-Ministerio de Salud. Proyecciones de Financiamiento de la Atención de Salud 2002-2006. Lima - Perú 2002

**Cuadro V.** Establecimientos por subsector e institución. Perú, 2000

Institución	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	Total
Subsector Público:				
MINSA	139	1.115	4.954	6.208
Seguridad Social	107	38	182	327
Sanidad Fuerzas Armadas y Policía Nacional	20	81	57	158
Subtotal	266	1.234	50193	6.693
Subsector No Público*:				
Privado	224	440	16	680
Otros	12	104	18	134
Subtotal	236	544	34	814
Total del Sector	502	1.778	5.227	7.507

Fuente: Ministerio de Salud.

**Recursos humanos**

La composición y la distribución de los recursos humanos se aprecian en el cuadro VI.

**Vacunaciones**

En términos de cobertura, los logros alcanzados en el campo de las inmunizaciones es relativamente alto, tal como se puede apreciar en el cuadro VII.

**Cuadro VI.** Indicadores de respuesta social: recursos del sector salud. Perú, 1996

Indicador	Profesionales de la salud (por 10,000 Hb)		
	Médicos	Enfermeros	Odontólogos
Año	1996	1996	1996
<b>PERU</b>	<b>10.3</b>	<b>6.7</b>	<b>1.1</b>
Huancavelica	2.8	2.6	0.7
Cajamarca	3.1	3.4	0.3
Loreto	4.2	2.2	0.6
Amazonas	3.3	2.4	0.6
Huanuco	3.7	4.6	0.5
Apurimac	2.9	4.9	0.6
Ayacucho	4.3	5.7	1.1
Ucayali	4.3	4.4	0.8
Cusco	5.1	6.1	0.7
Puno	3.4	4.9	0.7
San Martín	4.3	2.5	0.6
Pasco	5.7	8.4	0.9
Junin	5.8	7.4	0.8
Piura	3.4	3.3	0.7
Ancash	6.4	3.3	0.7
Madre de Dios	9.9	9.0	2.4
La Libertad	8.3	5.6	0.5
Lambayeque	7.8	6.3	0.5
Tumbes	7.0	5.7	1.7
Ica	12.1	8.3	2.4
Arequipa	14.5	13.8	2.2
Moquegua	11.6	14.9	3.3
Tacna	10.7	13.8	2.6
Lima	19.1	9.3	1.6

Fuente: Oficina de Estadística e Informática – Ministerio de Salud. Segundo Censo de Infraestructura y Recursos del Sector Salud 1996

**Cuadro VII.** Indicadores de respuesta social. Recursos del sector salud. Perú, 2001

Indicador	Cobertura de vacunación en menores de 1 año de edad (%)			
	DPT 2001	Anti polio 2001	BCG 2001	Anti sarampión 2001
<b>PERU</b>	<b>90.3</b>	<b>90.8</b>	<b>87.4</b>	<b>92.6</b>
Huancavelica	88.7	88.7	81.4	88.1
Cajamarca	88.5	86.9	81.2	106.1
Loreto	80.0	79.2	76.4	91.9
Amazonas	83.8	83.6	79.4	92.4
Huanuco	80.2	80.1	71.8	58.2
Apurimac	90.6	90.6	78.7	89.5
Ayacucho	93.1	94.4	93.3	95.0
Ucayali	75.2	74.9	74.1	75.6
Cusco	92.9	93.3	92.5	91.2
Puno	84.4	86.2	80.6	91.1
San Martín	82.7	83.1	79.0	91.9
Pasco	95.8	92.8	79.8	70.2
Junin	87.4	88.0	90.5	103.4
Piura	88.1	89.9	88.9	85.6
Ancash	91.2	90.3	85.3	94.1
Madre de Dios	93.8	89.3	85.2	69.8
La Libertad	77.1	75.1	84.2	85.9
Lambayeque	84.8	84.8	85.8	75.4
Tumbes	87.5	91.8	80.4	85.0
Ica	85.0	88.6	75.8	80.7
Arequipa	91.1	91.4	89.8	94.2
Moquegua	100.6	102.4	87.5	99.6
Tacna	85.1	90.7	87.5	87.5
Lima	100.8	103.3	98.3	103.2

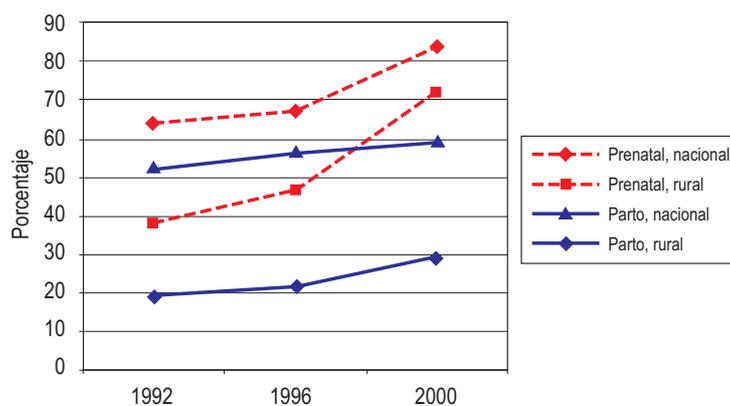
Fuente: Dirección General de Salud de las Personas – Ministerio de Salud 2001

### Atención prenatal / parto

En otras actividades como el control prenatal y la atención al parto, si bien es cierto que existe una

tendencia ascendente, las coberturas siguen siendo bajas, como se puede apreciar en la figura 19.

**Figura 19.** Cobertura de atención prenatal y de parto por profesional de salud. Perú, 1992-2000



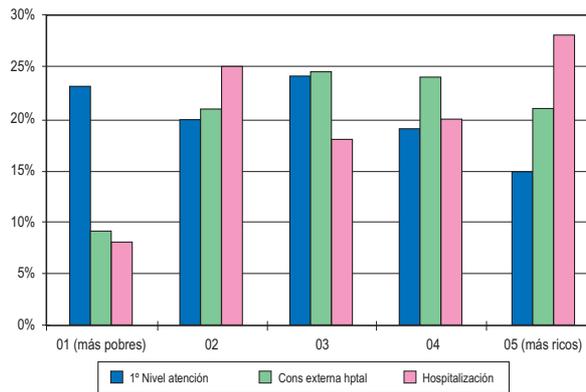
Fuente: ENDES 1992, 1996 Y 2000.

## Utilización de servicios

Si se quisiese valorar la utilización de servicios del Ministerio de Salud por grupos sociales agrupados en niveles de vida la **figura 20** nos muestra que el quintil más pobre utiliza más los servicios del primer

nivel de atención, mientras que el quintil de mayores ingresos utiliza más los servicios de hospitalización, configurando un perfil regresivo en términos de gasto orientado a los pobres.

**Figura 20.** Distribución de gastos del Ministerio de Salud, según quintiles de gasto familiar y tipo de servicio de salud. Perú, 1998



Fuente: ASIS. Ministerio de Salud. PERU.2001

## XV. VENEZUELA

### 1. Indicadores demográficos

#### Población total y sexo

El último censo realizado en el año 2001 (XIII Censo de Población y Vivienda de Venezuela),

comprendió dos operativos, el Censo General, que registró un total de 23.054.213 habitantes, y el Censo de las Comunidades Indígenas, en el cual se registraron 178.343 habitantes.

**Cuadro I.** Población por sexo y edad. Venezuela 2001

	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
- 1 a o	463.470	201	236.369	207	227.101	194
1 a 4 a os	2.006.611	870	1.030.060	903	976.551	838
5 a 14 a os	5.164.481	2240	2.622.631	23	2.541.850	2182
15 a 44 a os	11.105.910	4817	5.462.965	479	5.642.945	4843
45 a 64 a os	3.191.528	1384	1.546.301	136	1.645.227	1412
> de 65 a os	1.122.213	488	504.543	440	617.670	531
<b>Total</b>	<b>23.054.213</b>	<b>100</b>	<b>11.402.869</b>	<b>100</b>	<b>11.651.344</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos Instituto Nacional de Estadística (INE). República Bolivariana de Venezuela. Cálculos propios

En dicho censo, al compararlo con el anterior (XII Censo de Población y Vivienda de Venezuela - 1990), se puede observar que la población de mujeres pasó de 9.085.508 en 1990 a 11.651.341. Ello correspondió a un aumento de la proporción de mujeres de 0.3%, al pasar de 50.2% a 50.5%, y a un índice de masculinidad que pasó de 99,3 a 97,9 hombres por cada 100 mujeres (cuadro I).

#### Población por grupos de edad

La estructura de edades muestra evidencias de cambios hacia el «envejecimiento» de la sociedad

venezolana, pasando la proporción de los menores de 15 años de alrededor de 38% en 1990 a 33% en 2001. La proporción de población de 15 a 64 años de edad, es decir, en edad activa, incrementó su participación de 58 a 62%, al igual que la población de 65 años y más, o de la tercera edad, que pasó de cerca de 4 a 4.9%. Esto último significa cambios en la demanda de los servicios médicos asistenciales propios de este grupo de edad, así como en la infraestructura urbana adecuada, hogares colectivos, transporte público, entre otros (cuadro II).

**Cuadro II.** Población por edad. Venezuela 1990 y 2001

	1990	%	2001	%
0 a 4 a os	2.695.876	13.82	2.470.081	10.71
5 a 14 a os	4.745.491	24.33	5.164.481	22.40
15 a 44 a os	9.137.028	46.90	11.105.910	48.17
45 a 64 a os	2.212.581	11.35	3.191.528	13.84
65 a os y +	710.873	3.60	1.122.213	4.88
<b>Total</b>	<b>19.501.849</b>	<b>100</b>	<b>23.054.213</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos Instituto Nacional de Estadística (INE). República Bolivariana de Venezuela. Cálculos propios.

### Población urbana y rural

La división de la población en urbana y rural evolucionó de 84% de población urbana en 1990 a 87% en 2000, proyectándose su incremento a 89% en 2005. Consecuentemente, la población

rural paso de 16% (año 1990) a 13% (2000), esperándose descienda a 11% en 2005. De lo anterior se puede observar una tendencia consolidada hacia el abandono del campo y la migración hacia las ciudades (cuadro III).

**Cuadro III.** Evolución de la población urbana y rural. Venezuela 1990 a 2005

Población	1990		1995		2000		2005	
Urbana	16.285.472	84%	18.656.451	85%	21.055.245	87%	23.461.907	89%
Rural	3.216.377	16%	3.188.045	15%	3.114.499	13%	3.005.927	11%

Fuente: Datos Instituto Nacional de Estadística (INE). República Bolivariana de Venezuela. Cálculos propios.

### Dinámica poblacional

Se observa un descenso en la tasa de natalidad, la cual pasó de 24.72 por 1000 en 1998 a 23.53 en 2001, correspondiéndose con un decrecimiento de la tasa global de fecundidad.

La esperanza de vida al nacer ha evolucionado de 72.8 años en 1998 a 73.53 años en 2001. En este último año la expectativa de vida de las mujeres es de 76.23, mientras la de los hombres es de 70.45 años (cuadro IV).

Asimismo, se evidencia un descenso en la tasa bruta de mortalidad, con una marcada baja en la mortalidad infantil, pero con un incremento de la mortalidad materna.

### Crecimiento demográfico

Se evidencia una tendencia descendente de la tasa de crecimiento poblacional, la cual pasó de 2.3% en 1992 a 1.9% en 2001 (cuadro V).

**Cuadro IV.** Indicadores básicos de salud. Venezuela 1998-2001

Indicadores	1998	1999	2000	2001
Tasa bruta de natalidad (por 1.000 habitantes)*	24.72	24.3	23.89	23.53
Tasa global de fecundidad *	2.93	2.88	2.83	2.79
Tasa bruta de mortalidad (por 1.000 habitantes) *	4.65	4.64	4.63	4.62
Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos) **	51.0	59.3	60.1	67.2
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) *	20.45	20.01	19.58	19.25
Esperanza de vida al nacer *	72.80	72.94	73.34	73.53

Fuente: \* Instituto Nacional de Estadística (INE).

\*\* Sistema Integrado de Indicadores Sociales para Venezuela, Ministerio de Producción y Desarrollo. República Bolivariana de Venezuela.

**Cuadro V.** Tasa de crecimiento interanual de la población. Venezuela 1992-2001

Año	Porcentaje
1992	2.3
1993	2.3
1994	2.2
1995	2.2
1996	2.1
1997	2.1
1998	2.0
1999	2.0
2000	2.0
2001	1.9

Fuente: Sistema Integrado de Indicadores Sociales para Venezuela, Ministerio de Producción y Desarrollo. República Bolivariana de Venezuela.

## 2. Indicadores socioeconómicos

### Producto Interno Bruto (PIB) últimos cinco años

La evolución del Producto Interno Bruto en los últimos cinco años de información disponible (1997-2001) evidencia una situación inestable con tendencia hacia la baja que comienza a revertirse a partir de 2001. Estas variaciones están asociadas con los cambios políticos sucedidos desde las elecciones presidenciales en 1998 y el proceso constituyente que se produjo luego (cuadro VI).

### PIB agricultura, ganadería y pesca (%)

En este componente de la economía se aprecia un incremento sostenido en los dos últimos años reseñados (2000-2001), lo que es coherente con el discurso gubernamental de privilegiar este sector (cuadro VII).

### PIB minería y petróleo (%)

Las cifras disponibles (1997-2001) de la participación del sector petrolero en el PIB, sugieren un porcentaje que tiende a mantenerse entre 27 y 28%, con un descenso a 26.4 en 2001. Las cifras reportadas por el Banco Central de Venezuela (BCV) respecto al PIB petrolero

muestran un descenso a partir de 1998, el cual se mantiene hasta el año 2001. Esta disminución, aunque de manera incipiente, refleja el desarrollo de una política económica orientada a disminuir la dependencia histórica de la economía hacia el sector petrolero. Las cifras del sector minería tienen una configuración tendencial similar a la presentada por el sector petrolero (cuadros VIII y IX).

### PIB industria (%)

En el cuadro X se observa una tendencia decreciente de la industria no petrolera, que comienza a revertirse en 2000 y que en 2001 con Bs. 424.961 millones se coloca por encima de la cifra de 1997. Estos resultados se corresponden con la política de Estado de estimular la industria no petrolera.

### PIB comercio (%)

En el sector comercio, se observa una contribución de alrededor de 8% del PIB. Esta contribución ha presentado variaciones interanuales más o menos importantes, producto de la tendencia hacia la precarización del empleo por las tendencias globales de la economía. Importantes sectores laborales han sido desplazados hacia el sector informal de la economía la cuál ha actuado como un «colchón» para absorber la conflictividad social (cuadro XI).

### PIB servicios (%)

En el sector servicios se observa una mayor presencia en la estructuración del PIB. Esta mayor presencia, a partir del año 1999 indica la presencia de cambios incipientes en la estructura económica del país que en los años venideros indicará nuevas tendencias a consolidar en la economía nacional (cuadro XII).

### Ingreso per c pita anual

En esta tabla se aprecia una caída tendencial del ingreso per cápita anual hasta el año 1999. A partir de ese año (2000), hay una recuperación que se corresponde con los indicadores económicos (cuadro XIII).

**Cuadro VI.** Total producto interno bruto. Venezuela 1997-2001

<b>A os</b>	<b>PIB total(millones de Bs.)</b>	<b>A os</b>	<b>PIB total% Variaci�n</b>
<b>1997</b>	601.534	1997-1996	6.4
<b>1998</b>	602.558	1998-1997	0.2
<b>1999</b>	565.888	1999-1998	-6.1
<b>2000</b>	584.195	2000-1999	3.2
<b>2001</b>	600.488	2001-2000	2.8

Fuente: Banco Central de Venezuela <http://www.bcv.org.gov.ve>

**Cuadro VII.** Producto interno bruto por sectores económicos: agricultura. Venezuela 1997-2001

<b>A os</b>	<b>PIB total (MM de Bs.)</b>	<b>PIB agricultura (MM de Bs.)</b>	<b>% PIB agricultura/PIB total</b>	<b>A os</b>	<b>PIB agricultura % variaci�n anual</b>
<b>1997</b>	601.534	28.186	4.7	1997-1996	2.4
<b>1998</b>	602.558	28.356	4.7	1998-1997	0.6
<b>1999</b>	565.888	27.748	4.9	1999-1998	2.1
<b>2000</b>	584.195	28.420	4.9	2000-1999	2.4
<b>2001</b>	600.488	29.166	4.9	2001-2000	2.6

Fuente: Banco Central de Venezuela. <http://www.bcv.org.gov.ve>

Nota: Sólo se encuentran reflejados los datos correspondientes a agricultura, las cifras de ganadería y pesca no se encontraron discriminadas

**Cuadro VIII.** Producto interno bruto por sectores económicos: petróleo. Venezuela 1997-2001

<b>A os</b>	<b>PIB total (millones de Bs.)</b>	<b>PIB petróleo (millones de Bs.)</b>	<b>% PIB petróleo / PIB total</b>	<b>A os</b>	<b>PIB petróleo % variaci�n anual</b>
<b>1997</b>	601.534	164.247	27.3	1997-1996	9.4
<b>1998</b>	602.558	167.490	27.8	1998-1997	2.0
<b>1999</b>	565.888	155.066	27.4	1999-1998	-7.4
<b>2000</b>	584.195	159.954	27.4	2000-1999	3.2
<b>2001</b>	600.488	158.563	26.4	2001-2000	0.9

Fuente: Banco Central de Venezuela. <http://www.bcv.org.gov.ve>

**Cuadro IX.** Producto interno bruto por sectores económicos: minería. Venezuela 1997-2001

<b>A os</b>	<b>PIB total (millones de Bs.)</b>	<b>PIB petróleo (millones de Bs.)</b>	<b>% PIB minería / PIB total</b>	<b>A os</b>	<b>PIB minería % variaci�n anual</b>
<b>1997</b>	601.534	5.520	0.9	1997-1996	6.7
<b>1998</b>	602.558	5.275	0.9	1998-1997	-4.4
<b>1999</b>	565.888	4.724	0.8	1999-1998	-10.4
<b>2000</b>	584.195	5.110	0.9	2000-1999	8.2
<b>2001</b>	600.488	5.166	0.9	2001-2000	1.1

Fuente: Banco Central de Venezuela. <http://www.bcv.org.gov.ve>

**Cuadro X.** Producto interno bruto por sectores económicos: industria actividad no petrolera. Venezuela 1997-2001

A os	PIB total (millones de Bs.)	PIB actividad no petrolera (millones de Bs.)	% PIB actividad no petrolera / PIB total	A os	PIB actividad no petrolera % variaciÛn anual
1997	601.534	423.284	70.3	1997-1996	4.2
1998	602.558	419.533	70.0	1998-1997	-0.9
1999	565.888	396.905	70.1	1999-1998	-5.4
2000	584.195	408.801	70.0	2000-1999	3.0
2001	600.488	424.961	70.8	2001-2000	4.0

Fuente: Banco Central de Venezuela. <http://www.bcv.org.gov.ve>

Nota: El cuadro refleja todos los renglones de la actividad no petrolera (incluyendo agricultura).

**Cuadro XI.** Producto interno bruto por sectores económicos: comercio. Venezuela 1997-2001

A os	PIB total (millones de Bs.)	PIB comercio (millones de Bs.)	% PIB comercio / PIB total	A os	PIB comercio % variaciÛn anual
1997	601.534	53.079	8.8	1997-1996	4.7
1998	602.558	50.774	8.4	1998-1997	4.3
1999	565.888	44.783	7.9	1999-1998	11.8
2000	584.195	47.212	8.1	2000-1999	5.4
2001	600.488	49.182	8.2	2001-2000	4.2

Fuente: <http://www.bcv.org.gov.ve>**Cuadro XII.** Producto interno bruto por sectores económicos: servicios. Venezuela 1997-2001

A os	PIB total (millones de Bs.)	PIB servicios (millones de Bs.)	% PIB servicios / PIB total	A os	PIB servicios % variaciÛn anual
1997	601.534	253.898	42.2	1997-1996	2.8
1998	602.558	255.481	42.4	1998-1997	0.6
1999	565.888	247.584	43.7	1999-1998	3.1
2000	584.195	256.104	43.8	2000-1999	3.4
2001	600.488	264.681	44.1	2001-2000	3.3

Fuente: <http://www.bcv.org.gov.ve>**Cuadro XIII.** Ingreso per cápita anual. Venezuela 1997-2001

A os	PoblaciÛn de Venezuela (miles de habitantes)	PIB per c pita (Bolívares a precios constantes)	% variaciÛn porcentual
1997	22.777	26.409.54	4.19
1998	23.242	25.924.91	(1.84)
1999	23.707	23.870.37	(7.92)
2000(R)	24.170	24.170.51	1.26
2001(P)	24.632	24.378.47	0.86

Fuente: Banco Central de Venezuela - Instituto Nacional de Estadística ( I.N.E)

Fuente: <http://ine.gov.ve/ine/cuentasnacionales/cuentas.asp>

(R) = Revisadas

(P) = Provisionales

### 3. Tama o del Estado

#### Gasto p'blico como porcentaje del PIB

Desde la perspectiva de la contribución del crecimiento económico al bienestar social de la población, además de la vía que representa la secuencia: empleo, ingresos y gastos de los hogares, la política y los gastos gubernamentales constituyen la otra vía fundamental, mediante la cual se proveen los recursos materiales destinados al desarrollo humano. En este sentido, es procedente considerar no sólo la cuantía de los recursos públicos, aspecto primordial de la función del Estado como agente redistribuidor de los beneficios del

crecimiento, sino también la composición cualitativa de tales recursos. Como indicadores de la magnitud y distribución de los gastos gubernamentales se manejan el porcentaje del PIB destinado al gasto público, el porcentaje del gasto público dirigido a sectores sociales, es decir, al gasto social, y el porcentaje del gasto social que se destina a servicios sociales básicos (tasa de prioridades sociales) como la enseñanza básica, la atención primaria de la salud y la nutrición.

El gráfico 1 recoge los datos del Ministerio de Planificación y Desarrollo de Venezuela, donde se evidencia un crecimiento sostenido del porcentaje del PIB destinado al gasto social.

Gráfico 1. Gasto social como porcentaje del PIB

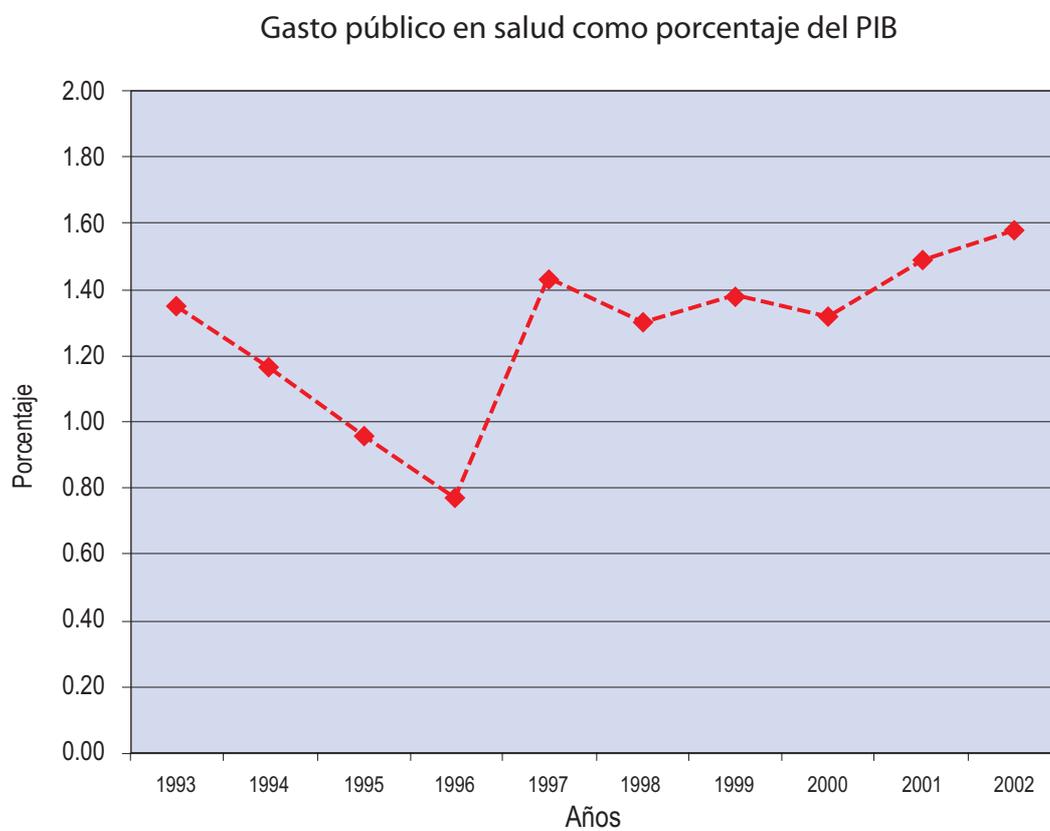


Los principales logros de la inversión social durante el periodo 1998-2002 son los siguientes:

- Incremento en 828 mil de la población matriculada en los niveles de Educación preescolar, Básica y Media Diversificada y Superior.
- Disminución de la tasa de mortalidad infantil en 3,9 puntos porcentuales por cada 1.000 niños nacidos vivos registrados.
- Incremento de la población servida por agua potable en 17%, lo que significa un aumento de 3,2 millones de nuevos beneficiarios.
- Aumento de los pensionados por vejez en 106 mil personas, lo que representa un incremento de 3,5 puntos porcentuales en la cobertura con respecto a la población de 60 años y más, al pasar de 16,5% a 20%.

Fuente: Ministerio de Planificación y Desarrollo. <http://www.sisov.mpd.gov.ve/indicadores/>

**Gráfico 2.** Gasto público en salud como porcentaje del PIB



Fuente: Ministerio de Planificación y Desarrollo. <http://www.sisov.mpd.gov.ve/indicadores/>

## CUARTA PARTE

### Logros, desafíos y lecciones aprendidas en cada país

#### XVI. BOLIVIA

##### 1. Principales logros de las últimas décadas

Es fácil observar que en el contexto histórico de Bolivia, a partir de la Colonia y durante gran parte de la República, se mantiene la exclusión social de la mayoría de su población. Esta exclusión, en especial de indígenas originarios de varias etnias, es responsable en gran parte del atraso del país y de los elevados niveles de pobreza que afectan seriamente la salud de la población. Los primeros 127 años de vida republicana transcurren sin grandes cambios, ni en los determinantes económico sociales, ni en el proceso salud enfermedad como tal.

Es a partir de la Revolución Nacional de 1952 cuando se inician los grandes hitos en el proceso social boliviano. Los tres grandes logros de la Revolución: Nacionalización de las Minas, Reforma Agraria y Voto Universal, contribuyen a construir ciudadanía en la inmensa mayoría del país que vivía carente de derechos y sometida a un régimen feudal esclavista. La aprobación del Código de Seguridad Social que introduce en el país el seguro social bismarkiano es otro de los grandes logros. Infelizmente, el proceso revolucionario que empezaba recién a incorporar a la población indígena a la educación y comenzaba a expandir los servicios de atención médica a las áreas rurales, se interrumpió en 1964, por un golpe militar que se continuó por gobiernos inestables o regímenes de fuerza que no fueron capaces de hacer nada por superar la pobreza ni la exclusión social.

Recuperada la democracia en octubre de 1982 pueden señalarse sucesivos logros dignos de tomar en cuenta. El primero fue la participación popular en salud. Una audaz política de salud logró democratizar los servicios integrándolos en la lucha por reivindicaciones sociales de las organizaciones populares de base, sindicatos,

juntas vecinales, etcétera, y aplicar exitosamente los principios de la Atención Primaria en Salud aprobados en Alma Ata cuatro años antes. Los Comités Populares de Salud fueron los protagonistas de esta experiencia junto a los médicos del Programa Integral de Actividades de Áreas de Salud. Entre sus principales logros están la eliminación definitiva de la poliomielitis, la eliminación temporal del sarampión, que de haber sido la tercera causa de mortalidad infantil ha dejado de figurar entre las principales causas de ésta. El bocio endémico que afectaba a 65.5% de la población escolar, desapareció y en 1996 Bolivia fue declarada libre de carencia de yodo. Finalmente, la mortalidad infantil calculada en 180 por mil en 1982 bajó en datos del censo a 75 por mil nacidos vivos en 1990.

En 1985 Bolivia ingresa a la economía de mercado con varias medidas de corte liberal que frenan una hiperinflación de más de veinte mil por ciento, pero lo importante de destacar es que no se interrumpe la política de salud inspirada en la Atención Primaria. Formalmente se mantiene la participación popular aunque ésta empieza a debilitarse.

Otro hito importante está vinculado a las Reformas Estructurales, que Bolivia realizó en el periodo de gobierno de 1993 a 1997. Las principales medidas fueron la Capitalización, la Reforma Educativa, y la Ley de Participación Popular.

La Ley de Participación Popular que descentralizó el Estado en 311 municipios que recibieron poder y recursos para preocuparse de su propio desarrollo, fue una de las medidas más importantes para combatir la exclusión social. Por primera vez los indígenas originarios, cuyas organizaciones fueron reconocidas por ley con respeto a sus costumbres y preferencias, pudieron participar como Concejales electos o como Alcaldes allí donde obtuvieran mayoría de votos y en todos los municipios aunque no tuvieran mayoría, a través de los Comités de Vigilancia, con personería jurídica y poderes propios. Esta Ley, además, recuperó varias experiencias de la

participación popular en salud y sirvió para que, tomando parte de los recursos que recibe el Municipio del Tesoro General de la Nación, en función del número de habitantes, se pudieran crear los seguros públicos de Maternidad y de Niñez y también el de Vejez. Estos seguros han servido de experiencia inicial para ampliarse después con el seguro básico y llegar, finalmente, al Seguro Universal Materno Infantil, recién puesto en vigencia.

## **2. Retos y desafíos**

### **Reducir la pobreza y terminar la exclusión social**

Claramente, Bolivia está obligada a encarar audaces políticas de desarrollo que incluyan la reducción de la pobreza y, como parte fundamental de esta estrategia, poner en práctica innovadoras formas de terminar con la exclusión social. La pobreza, que como acabamos de ver, es el telón de fondo de las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad en el país necesita ser combatida con igual o mayor esfuerzo que el que es necesario hacer para mejorar la calidad y ampliar la extensión de los servicios de salud. La secular exclusión social, que se ha mantenido pese a los grandes avances de la Revolución Nacional de 1952 y que todavía está presente a pesar de la puesta en vigencia de la Ley de Participación Popular, es un obstáculo, no sólo contra el desarrollo nacional sino que simultáneamente dificulta la extensión de los servicios de salud precisamente allí donde son más necesarios.

Las profundas raíces de la exclusión social dejan ver que ésta no podrá desaparecer tan fácilmente a corto plazo sin una decisión política sostenida y un esfuerzo compartido nacionalmente en el que los protagonistas principales sean los propios excluidos.

### **Desarrollo sostenido y políticas sociales exitosas**

El sector salud, por sí solo, no puede combatir exitosamente las grandes endemias como la enfermedad de Chagas, o la malaria, porque éstas requieren de inversiones multisectoriales, entre

otras, para el mejoramiento de la vivienda y obras de infraestructura para el desarrollo en general. Así mismo, el perfil epidemiológico con alta prevalencia de enfermedades infecciosas y con patologías ligadas a la desnutrición infantil, no podrá ser modificado si no se logra un positivo despegue de la economía nacional que necesite romper su estancamiento crónico y crecer sostenidamente.

El más importante desafío que tiene el sector salud del país es convencerse de la íntima relación que existe entre el desarrollo nacional y la salud general de la población para aliarse con los otros sectores y con la población misma en pro del logro de un desarrollo inclusivo. Los esfuerzos intrasectoriales serán siempre necesarios, pero el mejor de sus rendimientos no podrá compensar los defectos de una sociedad patógena que necesita cambiar -y aceleradamente- para mejorar homogéneamente la calidad de vida de sus habitantes.

### **El Seguro Materno Infantil como base para un aseguramiento que avance hacia la universalidad**

El Seguro Universal Materno Infantil es el primer paso hacia la consecución de un seguro integral y universal para toda la población, que tendrá que lograrse a breve plazo combinando creativamente distintas fuentes de financiamiento, actualmente existentes, con otras que se han empezado a utilizar.

### **La descentralización como instrumento eficaz de la participación popular organizada**

De gran trascendencia, aunque todavía no se lo visualice así, es el fortalecimiento de la Gestión Compartida con Participación Popular. Los Directorios Locales de Salud –DILOS- no tienen que ser vistos solamente como los organismos descentralizados que se constituyen en la máxima autoridad de salud de cada municipio, sino como el centro de convergencia donde confluyen el Estado, el municipio y la propia población organizada para dar respuesta al derecho a la salud de la población. El Estado no delega en el municipio sus propias responsabilidades, sino que

comparte con él obligaciones solidarias que vinculan el desarrollo local con la salud de la población. Y para garantizar el éxito de esta responsabilidad compartida, incluyen a la población organizada para que defienda sus derechos con todo el poder y los recursos que se ponen a disposición del Directorio Tripartito, en el cual sus tres miembros tienen igual jerarquía y poder de decisión.

Los DILOS tienen, pues, el desafío de convertirse en el instrumento que impulse la inclusión social, promueva el desarrollo local y haga que éste sirva para mejorar la calidad de vida y la salud de todos los habitantes del municipio.

### 3. Lecciones aprendidas.

#### No basta con medidas sectoriales

La persistencia de los penosos indicadores de salud del país y, más que eso, los grandes baches que existen entre la población marginada y la mejor favorecida, a pesar de los esfuerzos realizados por el sector nos enseñan, como lecciones aprendidas de la dura realidad, la importancia de los determinantes económico sociales sobre el proceso salud – enfermedad del país. Los variados intentos centrados exclusivamente en la mejora de los servicios o en la extensión de coberturas no han tenido los resultados esperados, mientras que los logros más importantes aparecen siempre asociados o a la activa participación popular, o a cambios estructurales en el área económico-social.

#### El poder de la participación popular

La experiencia vivida en Bolivia con la participación popular en salud, cuando se recuperó la democracia, nos muestra que el poder de las organizaciones sociales se puede potenciar al servicio de un objetivo específico, como el mejoramiento de la salud. Abrir los cauces de participación y poner en práctica una auténtica comunicación social de ida y vuelta, capaz de aglutinar el esfuerzo colectivo, recogiendo las aspiraciones y transparentando las posibilidades reales de lograr metas concretas, parece el camino más viable para acelerar el desarrollo y el

simultáneo mejoramiento de la salud colectiva. Tal como lo plantea el Nuevo Modelo de Gestión Compartida con Participación Popular, pueden darse pasos trascendentales a favor de un desarrollo social inclusivo.

#### Superar el asistencialismo paternalista

Cualquier esfuerzo por combatir la exclusión social sin el protagonismo de los propios sujetos en condiciones de defender sus derechos legítimos, se inscribe en el terreno de la filantropía, que nunca en la historia ha logrado cambio alguno. Particularmente en el área de la salud es difícil superar actitudes paternalistas verticales y autoritarias del médico, cuya formación académica actual lo conduce más fácilmente al elitismo que a la realización de trabajos compartidos. El acumulo de información supuestamente científica y de conocimientos mal digeridos hace que los profesionales de la salud se coloquen cada vez más lejos del pueblo al que deben atender. Esta situación que los aísla, lejos de juntarlos con los que son los verdaderos sujetos de la defensa colectiva de la salud, perjudica tanto al profesional como a la colectividad y no beneficia a ninguno. No es muy fácil, pero es indispensable, que particularmente el médico que dirige un servicio comparta saber y poder con quien aparentemente tiene menos «conocimiento», pero cuya sabiduría natural, producto de experiencias vividas, puede ser más grande que la de cualquier académico.

En la medida en la que sepamos no sólo respetar a todas las personas independientemente de su posición social y económica, si no, además reconocer los grandes valores que se acumulan en la población más pobre, porque precisamente por serlo es capaz de sacar provecho hasta de lo que parece inservible, habremos aprendido a trabajar **con** los más necesitados, lo que no es igual a trabajar **por** los necesitados. La diferencia que hace variar radicalmente los resultados es la que existe entre el elitismo autoritario y la solidaridad democrática. Por lo menos, la salud pública de los países de escaso desarrollo como en el caso de Bolivia, tendrá que hacer clara conciencia de esta realidad para orientar su trabajo en forma eficaz y productiva.

## XVII. CHILE

### 1. Principales logros

Chile, fundamentalmente gracias a la continuidad de sus políticas sociales en el siglo XX, a su estabilidad política -con la excepción de la dictadura militar que derrocara a Salvador Allende-, a la existencia de un sistema público de servicios de atención extendido por todo el territorio y al crecimiento económico persistente observado en los últimos quince años, ha logrado, entre otras cosas, los siguientes avances relevantes en el ámbito de la salud:

**Indicadores de salud dentro de los mejores de Latinoamérica** (en mortalidad infantil y general, expectativa de vida al nacer, etcétera) los que se explican en gran parte por el nivel educacional alcanzado por la población chilena, el acceso a agua potable y saneamiento básico, entre otros avances sociales de nuestra población.

**Un acceso prácticamente universal a los servicios de atención en salud**, con limitaciones en la oportunidad para las personas que se atienden en el sector público y limitaciones de protección financiera para los afiliados del sector privado, particularmente para las capas medias ante eventos de alto costo. Hay excelente cobertura, tanto en el ámbito preventivo (vacunaciones, alimentación complementaria en grupos de riesgo, programas de control en niños menores de cinco años de edad y embarazadas, etcétera) como en el curativo (atención profesional del parto y de morbilidad), destacando el notorio aumento de productividad y resolutivez de la atención primaria en la última década.

**Solidaridad en el financiamiento del sector público** (mezcla de fuentes contributivas y de aporte fiscal directo). Solidaridad, que no existe entre los cotizantes del sector privado (Institutos de Salud Previsional -ISAPRES-), ni entre éstos y las personas beneficiarias del Fondo Nacional de

Salud (FONASA, seguro público).

**Fortalezas en el ámbito de la salud pública:** consolidación y culturización desde hace varias décadas de programas como los de vacunación y controles en grupos de riesgo. Validación social de la acción de la autoridad sanitaria sobre las personas y el ambiente. Amplio consenso en mantener el ámbito de las políticas y la administración de los «bienes públicos» en manos del Estado.

En el financiamiento se logró aumentar el aporte fiscal en la última década y un consenso político sobre la necesidad de seguir aumentándolo en lo sucesivo, con el objeto de disminuir el gasto de bolsillo. Dicho consenso no se ha logrado con relación a la eficiencia en su uso y en las fuentes de esos mayores recursos.

Se logró consenso a nivel de las distintas tendencias sobre la necesidad de aumentar las competencias de rectoría y regulación del Estado, buscando lograr un real sistema mixto más efectivo en responder a nuevas demandas.

**En el ámbito del desarrollo institucional se ha logrado:** (i) sólida institucionalidad en el ámbito de la salud pública; (ii) información fidedigna en el campo epidemiológico y en el ámbito del desempeño del sistema; (iii) progresos en la suficiencia de infraestructura -público/privada- de atención ambulatoria y hospitalaria (existen brechas de oferta en zonas alejadas de los grandes centros urbanos y en el ámbito de algunos problemas emergentes, particularmente en cuidados intensivos); (iv) desarrollo de habilidades en el ámbito de la intermediación financiera y mecanismos de pago, tanto en el sector público como privado; (v) buena base de recurso humano con capacitación en gerencia de servicios de salud, y (vi) construcción de consensos en la necesidad de optimizar complementariedad público-privada (no así en los mecanismos para lograrla).

Progresivo fortalecimiento institucional para acreditar y dar garantía de calidad en

<sup>\*</sup> Con los aportes de Cleofe Molina, Hernán Sandoval, Marcos Vergara, Edgardo Boeninger, Carlos Massad, Jorge Jiménez de la Jara y Alvaro Erazo.

medicamentos, insumos y, últimamente, en prestación de servicios y en el ámbito del recurso humano. Desarrollo inicial de competencias para evaluar tecnologías.

Buena calidad de la formación del recurso humano (existe controversia sobre el impacto del desarrollo de la carrera de medicina en universidades privadas, y sobre la calidad de la formación), con mayor conciencia sobre la necesidad de asociar currículo de formación profesional con los objetivos sanitarios del país. Todos los estatutos funcionarios tienen asociados incrementos salariales futuros de acuerdo con el desempeño y el cumplimiento de metas.

Finalmente, el último gran logro de nuestro país ha sido posicionar en primer lugar de la agenda pública el tema sectorial (reforma de la salud), lo que fue posible, en gran medida, gracias a la decisión personal del actual Presidente de la República, Ricardo Lagos Escobar.

## 2. Retos y desafíos

A pesar de la mejoría persistente de los indicadores de salud globales en el país, en parte vinculada, tanto al propio desarrollo económico-social, como al quehacer intencionado del sistema de salud en las décadas anteriores, la reforma del sector se hacía necesaria por razones sanitarias (cambios epidemiológicos y persistencia de inequidades), financieras (espiral de costos) y políticas (insatisfacción ciudadana).<sup>1\*</sup>

Parte de las razones políticas guardan relación con la mala evaluación que la opinión pública hace para el sistema de salud. La evaluación no mejora a pesar del aumento en la inversión efectuada en salud en la década de los noventa y a los esfuerzos por mejorar la cobertura en la atención primaria.

Detrás de la mala evaluación pública está la insuficiente protección financiera del sistema privado (ISAPRES), los problemas de oportunidad y calidad de atención del sistema público y a la

forma autoritaria como se procedió a profundizar la segmentación y fragmentación del sistema de salud en Chile durante el régimen militar.<sup>2</sup>

Los primeros dos gobiernos de la actual coalición de gobierno no tuvieron condiciones políticas para orientar y conducir un proceso de cambio en el sector salud. En consecuencia, el sector de la salud continuó su desarrollo en el modelo definido por la dictadura militar.

El país tenía un sistema sanitario «dual» (dos sectores con objetivos y lógicas de funcionamiento diferentes, en los que la capacidad del Estado de fijar políticas y reglas del juego comunes era estructuralmente insuficiente), con un sector público con crecientes críticas sobre su eficiencia, un sector privado que se había desarrollado en un ambiente de poca regulación y que era criticado por su espiral de costos, cuestionable efectividad, e insuficiente «protección» a sus afiliados. Esto, junto a un paradigma predominante, fuertemente centrado en la atención médica (paradigma del complejo médico industrial, a oferta, tanto pública como privada orientada hacia problemas de salud del binomio madre hijo y enfermedades infecto-contagiosas (desfase con objetivos sanitarios actuales), y a brechas de equidad no resueltas con relación a género, etnia, condición socioeconómica y hábitat de las personas.

Por lo tanto, los desafíos que se planteaban a nuestro país giraban en cómo consolidar un real sistema mixto de salud, en el que distintos actores colaboraran a una política pública en salud común. Dicha política debía estar centrada en: (i) modificar el paradigma médico-industrial en cuanto a fortalecer una cultura institucional y ciudadana más orientada al fomento, promoción y prevención; (ii) fortalecer la capacidad del Estado para diseñar una política pública en salud a la que se subordinen todos los actores, y regular efectivamente que ésta se cumpla a través de una institucionalidad eficaz para ello; (iii) generar un piso de equidad, que dé derechos sociales en salud que los ciudadanos puedan ejercer efectivamente, tanto a través del sector público como privado, con relación a los problemas prioritarios (con igualdad de condiciones de acceso, oportunidad calidad y

\* Artaza O. «La Reforma Necesaria» Informe N. 58 Salud. Mayo 2001 asuntospublicos.org

protección financiera a toda la población sin discriminación de ninguna especie), a la vez que se da más poder a las personas en el ámbito de la salud (derechos garantizados –Plan «Auge»-); (iv) modificar la oferta de servicios hacia la resolución efectiva y eficiente de los problemas de salud emergentes en la sociedad chilena; (v) lograr una adecuada complementariedad público-privada, y (vi) desarrollar una institucionalidad capaz de dar garantía del cumplimiento de los derechos de las personas, en los términos señalados de oportunidad, calidad y protección financiera.

### **Desafíos específicos del sector público**

(i) Instalar incentivos permanentes para que el subsistema público se desenvuelva con eficacia y eficiencia; (ii) desarrollar separación de funciones –regulación, financiamiento y provisión- ; (iii) generar escenarios de mayor competitividad, y (iv) hacer del FONASA un «seguro público». Para ello se requería diseñar modificaciones estructurales al sistema público que, entre otras cosas, le dieran mayor eficiencia: mecanismos distintos de transferencia de recursos financieros a los servicios, y generar la modificación de los estatutos laborales pendientes luego de la modificación a la ley médica.

### **Desafíos específicos del sector privado**

(i) Lograr que los planes de salud ofrecidos, correspondieran a los objetivos sanitarios del país; (ii) mejorar la protección financiera a sus afiliados, particularmente frente a los eventos de alto costo; (iii) terminar con el fenómeno de «descreme» y selección adversa de riesgo, que en la práctica hacia del FONASA un sistema de «reaseguro» para el sector privado, y (iv) mejorar la efectividad sanitaria de los recursos utilizados por el sector privado, y tender a disminuir la espiral de costos que éste presenta. Estos desafíos no lograron enfrentarse globalmente, e ideas e iniciativas tendientes hacia ello no lograron materializarse por: (i) no existir la decisión política de alto nivel para colocar el tema del cambio en salud, como aspecto relevante de la agenda de gobierno, y (ii) no existir consenso entre los distintos actores sobre qué tipo de «reforma» a la reforma de los años 80 debía hacerse.

Entre 1986 a 1997, producto del desarrollo del sector privado luego de la creación de las ISAPRES y del mayor gasto en el sector público, aumentaron fuertemente las prestaciones en salud,<sup>3</sup> todo ello sin que se generara un debate sobre los grandes objetivos sanitarios. La ausencia de este debate se transformó en terreno propicio para la manifestación plena de los grupos de interés económico del sector –de atención médica, de tecnología y farmacéuticos, etcétera- los que impusieron finalmente sus prioridades y sus costos. Hubo un incremento de 170% del gasto del subsistema público de salud entre 1990 y 1999 –el cual, medido en términos por beneficiario fue de 190%. En el caso del subsistema privado, el incremento del gasto alcanza a 140% y a 54% per cápita, siendo más del doble del incremento de las tasas de uso en el período.<sup>3</sup>

El país profundizaba un intenso cambio epidemiológico y una transición demográfica, modificándose las principales causas de enfermedad y de muerte de la población en Chile, predominando aquellas asociadas al envejecimiento, a la mayor urbanización, al deterioro del medio ambiente y a estilos de vida no saludables –enfermedades típicamente crónicas y de tratamientos de alto costo-, todo lo cual resulta en progresivas dificultades en la capacidad de respuesta del sistema, el cual se ve limitado por sus actuales condiciones estructurales.

### **Las dificultades para una opción de Estado**

Las diferencias ideológicas importantes estuvieron, y han estado presentes, en el debate público y han contribuido a la percepción de insostenibilidad del sistema y de desprotección por parte de la población. El delicado proceso de transición a la democracia permite explicar el frágil equilibrio en el que se movieron los gobiernos de la concertación: cualquier paso en falso podía interpretarse como intentos de «re-estatización» o de avanzar en la «privatización» del sistema, lo que generó un gran inmovilismo. Las señales del avance, en consecuencia, eran confusas y la desconfianza se fue profundizando en el marco de posiciones ideológicas de difícil conciliación.

<sup>3</sup> Fuente: Anuarios Estadísticos del Ministerio de Salud.

Esto explica que los desafíos fueran, para algunos, «completar la tarea inconclusa» de las reformas liberales de los años ochenta; para otros, fortalecer el sistema público recreando un sistema nacional de salud, donde el rol de los privados fuera sólo complementario, particularmente en el tema del aseguramiento (lo que implicaba terminar con las ISAPRES como administradoras de la seguridad social en salud e implementar un seguro único estatal). Finalmente, el desafío que estableció el gobierno –dada su opción– fue establecer un sistema mixto que superara las deficiencias de uno y otro sector. Dicha opción surgió luego del convencimiento de que era la única alternativa viable dadas la composición del parlamento y los diversos condicionantes del contexto.

Finalmente, cabe destacar que el principal desafío del sistema sanitario chileno es implementar adecuadamente su nuevo marco legal, el que fuera descrito en extenso en capítulo anterior, cuidando de la transición, tanto del sistema privado como del público. Para ello, será clave la gradualidad de dicha implantación y el resolver la actual resistencia que han presentado al proceso de cambios en salud los trabajadores del sector, particularmente los médicos.

### 3. Lecciones aprendidas

**La inconveniencia para una sociedad de intentar autoritariamente instalar un cambio sectorial.** Más allá de los logros –que ciertamente los hubo– y de los fracasos –que fueron evidentes– de las reformas neoliberales de los años ochenta en Chile en el sector salud, lo medular estriba en que la forma de instalación no democrática generó dos fenómenos: primero, un modelo inconcluso que dejó todos los inconvenientes de un «híbrido» al modificar parcialmente aspectos estructurales, y segundo, que éste careció de la legitimidad propia de la construcción social.

La falta de debate postergó discusiones y maduraciones al interior del sector, dejando «congeladas» las visiones y paradigmas en salud de los años setenta. Es así, que recuperada la democracia parecía retomarse el debate en los términos de casi veinte años atrás para la mayoría

de los actores, produciéndose así un vacío y una distancia mayor a lo esperable entre los que proponían «reformas a la reforma», y los discursos en debate entre la gran mayoría de los actores.

**Otra lección, guarda relación con la pretensión fallida de que a través de cambios estructurales se generen por sí solas condiciones sostenibles.** Discursos tales como «dejemos al mercado actuar» o «denme un incentivo y cambiaré el mundo» probaron sus limitaciones. Chile, después de veinte años de la reforma de los años ochenta, tenía una atención curativa más tecnificada y costosa, tenía una población con más expectativas, pero no estaba en mejores condiciones para abordar sus problemas actuales y emergentes en salud; no se había logrado impactar en la cultura de las personas, ni en la oferta del sistema para enfrentar de manera más racional los desafíos sanitarios de los tiempos actuales y venideros.

Los bancos y las agencias internacionales de cooperación suelen ser actores de importancia en los procesos, pero a veces han olvidado que el liderazgo del cambio debe provenir desde las más altas esferas del ejecutivo, en forma consistente y perseverante en el tiempo. Los grupos de apoyo al cambio, cuando no ha habido soporte consistente del ejecutivo y no se han involucrado en procesos políticos democráticos que viabilicen los cambios, no lograron efectos más que parciales y de corto alcance.

**Los cambios en salud parecen ser más políticos que técnicos.** Sin duda que se requiere de un sustrato técnico tras las propuestas, pero todo el soporte y la construcción de proceso es esencialmente político.

Si en dictadura los cambios en salud probaron sus complejidades, éstas también existen en democracia. No parecen muy viables cambios de tipo «revolucionarios» en salud, cuando existen en el seno de una sociedad democrática distintos puntos de vista, por cierto todos ellos legítimos. Es así, que hay que trazar un camino largo y no menos dificultoso de cambios por etapas, «evolucionario», centrado en los puntos críticos

que resuelvan problemas existentes, sobre la base de la realidad del país, y que a su vez, posibiliten próximos pasos coherentes y armónicos, con una visión de largo plazo. El sentido político es saber dónde llegar y escoger cuáles son los pasos prioritarios que permitan seguir caminando en igual dirección. Sin que esto implique que, de vez en cuando, haya que hacer pausas o dar pequeños rodeos.

Junto a la identificación de los temas críticos por dónde empezar, es clave la cuantía de liderazgo ejercida y la consistencia de éste. El actual proceso chileno no habría sido posible sin el liderazgo, involucramiento y persistencia del propio Presidente. La única manera de no requerir tal intensidad de liderazgo es contar con un nivel de consenso muy amplio o consolidado. Si no se tiene un alto grado de consenso, ni se cuenta con un compromiso persistente de la máxima autoridad de gobierno, no se tienen cambios en salud, al menos de envergadura.

No sólo se requiere de cambios por etapas, sino que además sean graduados, de tal forma que se vayan mostrando hitos que consoliden lo avanzado y posibiliten debates sobre pasos ulteriores. Así mismo, pareciera existir una capacidad limitada de aceptar tópicos en debate; cuando esta capacidad se sobrepasa, se entra en un espiral entrópico que conspira con los cambios. Dicho de otro modo, no es posible cambiarlo todo y al mismo tiempo. Cada vez que se intentaba salir de los temas esenciales, se percibía que se estaba poniendo en riesgo lo importante y lo urgente.

Mucho énfasis se colocó en los aspectos estructurales en los cambios en salud de décadas pasadas; al menos, no igual preocupación parece haberse dado a los recursos humanos; este ámbito quizás fue el gran olvido. Lo anterior explica el retraso observado en modificaciones de las mallas curriculares en la formación de pregrado, las deficiencias en fórmulas de acreditación permanente de los profesionales de la salud, las dificultades en las adaptaciones a los aspectos contractuales de los empleados públicos y, particularmente, en lo poco que se ha podido impactar en la cultura de los equipos de salud.

La lección es que ha faltado una visión comprensiva de los requerimientos del recurso humano –formación, incentivos y contextos organizacionales- a la hora de planificar nuestros cambios en salud cuando, al fin, son los cambios culturales –de quienes prestan los servicios, así como de quienes los reciben- los que producen los cambios a largo plazo.

La municipalización de la atención primaria nos dejó varias lecciones. Dicho proceso acentuó la fragmentación del sistema de atención en Chile. La atención primaria, pasó a ser «servicios básicos para pobres», sin que existieran incentivos para los profesionales. Como resultado de esto, un porcentaje importante de los médicos que trabajan en los consultorios de atención primaria son extranjeros, ya que los médicos chilenos no desean ir aunque los salarios sean competitivos. La población –aunque se han abierto servicios de urgencia en los propios consultorios de nivel primario – prefiere ir a los servicios de urgencia de los hospitales, debido a que existe la percepción –muchas veces cierta, particularmente en el pasado - de que los problemas no serán resueltos en el nivel primario de atención.

Los problemas de la atención primaria fueron todos achacados a la municipalización, y se exigía que se revirtiera dicho proceso como parte de la reforma. Es así, que a fines de los años noventa el Ministerio de Salud realizó un estudio<sup>4</sup> para analizar las diferencias cuando los consultorios dependían de los municipios o de los servicios de salud, considerando que durante el gobierno militar hubo algunos consultorios que se dejaron bajo administración de los servicios de salud. El resultado de aquel estudio no señaló diferencias cuantitativas ni cualitativas significativas con relación a quien administraba el consultorio. La lección fue que los temas cruciales no radicaban en quien administraba, sino que tenían que ver con los niveles de integración a la red asistencial territorial, el financiamiento y la capacidad de gestión, entre muchos otros aspectos, que impactan en el nivel de resolución y en lo atractivo que resulta un servicio primario para usuarios y profesionales.

Los debates posteriormente fueron radicando más en las condiciones para cambiar el modelo de atención, privilegiar la atención primaria y articular desde allí a las redes, más que con relación a quien administraba los centros.

Chile optó por una reforma basada en un sistema mixto e integrado (igual política pública en salud, con derechos sociales equitativos), con una implantación gradual, que implicaba iniciar los cambios por las áreas y ámbitos más críticos y dejar hacia el futuro aspectos controversiales en los que aún no hay diseño definitivo (modelo final de seguridad social en salud, grado de competencia/cooperación entre seguros y prestadores, entre algunos tópicos). Será determinante establecer mecanismos de evaluación de los cambios que se están desencadenando y de los que provendrán en el futuro, así como consolidar evidencia sólida, a partir de dichas evaluaciones, que den sustento a las futuras modificaciones y perfeccionamientos que sean menester.

Por último, cabe destacar un gran desafío o tarea pendiente. Así como los derechos políticos ganaron su espacio en nuestro país, comienza a requerirse la ampliación de los derechos de las personas a los ámbitos sociales. Es así, que el discurso ha estado centrado en el derecho a «tener» esto o aquello –tener democracia, tener empleo, tener acceso a bienes de consumo y de servicio- olvidándose el debate en torno al derecho a «ser», que guarda relación con una democracia más real y no sólo formal. Sólo siendo la ciudadanía, las personas, verdaderamente parte protagonista y responsable de la construcción de país, participando en el cuidado de su propia salud, en el hacer el barrio saludable, en el diseño y la implantación de políticas públicas, se podrá completar una democratización real de nuestras sociedades, al radicar el poder en la persona misma y su comunidad. Quizás aquí esté la verdadera última etapa de nuestras reformas a la salud y el más grande y difícil desafío.

## XVIII. COLOMBIA

### 1. Principales logros de las últimas décadas.

#### Respecto a los propósitos de universalidad y equidad

Existe consenso en que se ha producido un incremento global de la seguridad social en salud, especialmente relacionado con la cobertura familiar del Régimen Contributivo y la afiliación del 25% más pobre al Régimen Subsidiado, aunque los representantes de los profesionales de la salud cuestionan la cobertura parcial del Régimen Subsidiado y culpan al Régimen de la crisis de los hospitales públicos.

En términos de equidad, el avance fue importante en la primera etapa del sistema, según varios estudios, pero las últimas cifras procedentes de las encuestas nacionales reflejan un retroceso originado en problemas de focalización del Régimen Subsidiado, ligados a prácticas políticas «clientelistas» en los municipios según el estudio de la Universidad Nacional.<sup>5</sup> Cifras recientes de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 2003 demuestran una tendencia más favorable, con un importante refuerzo del aseguramiento en los deciles de ingreso más bajos.

#### Respecto a rectoría y regulación

Pese al gran desarrollo legal y reglamentario del servicio público y del derecho a la seguridad social

---

<sup>5</sup> Es necesario precisar en este punto que la metodología acordada en el «Estudio de Reformas» para establecer estos logros y retos, consistió en buscar acuerdos y desacuerdos entre los distintos actores del Sistema sobre aspectos fundamentales, por lo que se aparta su presentación de un análisis documentado como el de los capítulos previos. En el ejercicio participaron representantes de las EPS, las IPS y los profesionales de la salud, mas no del Gobierno. El autor expresa su agradecimiento a los miembros del CNSSS, Nelcy Paredes, Juan Carlos Giraldo y Herman Redondo por sus opiniones sobre el resumen de los logros y desafíos del Sistema, algunas de las cuales se citan textualmente.

en salud, establecido en la Constitución de 1991, no existe consenso entre los actores del sistema de que esto signifique un avance, sino más bien una obligación del Estado. El consenso se obtiene respecto al mecanismo de concertación creado en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con participación del Gobierno, entidades de salud, gremios, trabajadores y usuarios, para modular el sistema.

Otro importante logro consolidado es haber impuesto reglas claras sobre el manejo de medicamentos esenciales genéricos desde el inicio del sistema, que han permitido controlar el costo de éstos dentro del Plan Obligatorio de Salud.

Respecto al importante proceso de descentralización, comenzado después de la reforma constitucional de 1986, que ordenó la elección popular de alcaldes, y la transferencia de las funciones y recursos de la salud a las gobernaciones y municipalidades, no se logra tampoco consenso de los actores del sistema en considerar como un avance el desarrollo legal y reglamentario de la descentralización en salud. Esto quizás, por los múltiples problemas originados en un proceso de descentralización demasiado acelerado, y porque no tuvo en cuenta las capacidades reales de la mayoría de las administraciones municipales. Recientes medidas legales para corregir estos problemas, como la Ley 715 de 2001 no parecen haber probado aún la capacidad de corregir cabalmente, por ejemplo, la caída de la vacunación y otros programas de control y prevención de enfermedades, así como un buen manejo de los recursos de salud en los territorios.<sup>6</sup>

En conjunto, los actores cuestionan la capacidad regulatoria de los últimos gobiernos para lograr un desarrollo armónico del sistema (incluso representantes de los aseguradores y prestadores públicos, así como de los profesionales han cuestionado reiteradamente y de forma pública algún grado de parcialidad a favor de los aseguradores privados). Al respecto, el representante de la asociación de hospitales y clínicas señala: «*Algunas entidades han asumido conductas que los colocan en franca posición de dominio de mercado o de abuso de posición*

*dominante. Es imperiosa la necesidad de definir una serie de reglas de juego que impidan el empeoramiento de las relaciones de poder y que devuelvan la confianza a usuarios e Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Si los fenómenos de integraciones, tanto verticales como horizontales, no son controlados con normas antimonopolio, en el mediano plazo ser inevitable la salida de muchas entidades del mercado*».<sup>7</sup>

Por el juicio de actores tales como los prestadores, pareciera que el sistema avanza más rápido de lo que su dirección es capaz de regularlo, y ésta, más que actuar en forma proactiva, parece actuar en forma reactiva para tratar de superar graves problemas respecto a las formas de intermediación y contratación. Así mismo, dichos actores plantean que la integración vertical contradice los postulados del pluralismo estructurado con el que se organizó el sistema, respecto a la distribución de riesgo en alto costo, respecto a los mecanismos que violan la libre elección de los usuarios, entre otros aspectos.

### **Respecto al financiamiento**

Existe un total consenso sobre que la reforma ha incrementado los recursos de la seguridad social en salud y que se ha fortalecido la parafiscalidad como el mecanismo más estable de financiamiento sectorial, especialmente en el Régimen Contributivo. Ello, pese a que recursos contemplados en la Ley, procedentes del presupuesto nacional o de impuestos al petróleo nunca llegaron a financiar el Régimen Subsidiado, como establecía la Ley 100 de 1993. Sin duda, los recursos del sector procedentes de aportes directos de empresas y trabajadores, así como del presupuesto nacional, crecieron como consecuencia de la Constitución de 1991 y de la Ley 100 de 1993.

---

<sup>6</sup> Es preciso señalar que ninguno de los últimos Gobiernos comparte la existencia de parcialidad en la reglamentación a favor de los aseguradores. Junto con ello, la apreciación del Ministerio de Protección Social es que difícilmente se podrá lograr pleno consenso de actores, lo que obliga a establecer evidencia sólida para evaluar la evolución del sistema.

Respecto al fortalecimiento de la solidaridad, que incluso mereció que Colombia ocupara el primer lugar en equidad en el financiamiento del sistema en el *World Health Report 2000*. A pesar de que se reconocen avances reales en solidaridad del sistema, dicho reconocimiento no obtiene un consenso total, pues la representación de los profesionales de la salud no considera suficientemente solidario y equitativo el sistema mientras esté dejando sin financiamiento y servicios a gran parte de la población pobre del país y a los hospitales públicos. En realidad, la solidaridad es muy notoria en el diseño del sistema y en sus alcances, pero el grado postulado por la Organización Mundial de la Salud -OMS- sólo se alcanzará cuando se logre la cobertura universal y no antes.<sup>6</sup>

#### **En el campo institucional**

Existe consenso sobre que las instituciones que más se han desarrollado y fortalecido son las Entidades Promotoras de Salud -EPS- privadas, con un crecimiento tal que en los pocos años transcurridos desde su inicio de actividades algunas lograron ubicarse entre las empresas más grandes del país, en cuanto al valor de sus activos y por sus utilidades en relación con el patrimonio, mientras las aseguradoras públicas incluso el Instituto de Seguros Sociales, se encuentran en una precaria situación.

No hay consenso entre los actores sobre el fortalecimiento de los prestadores privados, sin embargo, en el gran estudio de la Universidad Nacional de Colombia sobre el Régimen Subsidiado,<sup>5</sup> los actores institucionales de más de 100 municipios estudiados señalan claramente este fenómeno junto con el surgimiento de prestadores propios de los aseguradores y la competencia desleal que significan, así como el deterioro de los hospitales públicos, sumidos buena parte en una crisis financiera de larga data, que unos atribuyen a su ineficiencia de siempre y otros a la reforma por la transición de recursos de la oferta a la demanda.

---

<sup>6</sup> Es pertinente aclarar que los tres gobiernos que han transcurrido durante el proceso de reforma, siempre

Respecto a la calidad de los servicios, existe algún grado de consenso acerca de que se ha avanzado en formular un Sistema de Garantía de Calidad, pero hay dudas sobre su implantación. Su enfoque se ha centrado más en estructura y procesos que en resultados. El mismo reporte de la OMS que le da al país el primer puesto en equidad en el financiamiento, le da una calificación muy mala en términos del respeto a los usuarios y sus derechos.

#### **En el campo de la gestión o desarrollo de tecnología blanda**

Existe consenso absoluto de los actores sobre logros respecto al desarrollo de tecnología blanda, por lo que se puede afirmar sin observaciones que el Sistema General de Seguridad Social en Salud en sus diez años de formulado y ocho de funcionamiento ha posicionado definitivamente una cultura de medición de actividades, de costos y de resultados, así como de rendición de cuentas, superando una etapa de asignación de presupuestos históricos y gasto de recursos del Estado sin adecuada rendición de cuentas sobre productividad y eficiencia. Hoy todo se mide, todo se cuenta, todo se costea, todo se evalúa, y ello es bueno para los colombianos.

Igualmente, hay consenso sobre que el sistema impulsó un gran desarrollo técnico y jurídico de la contratación de servicios de salud entre aseguradores y prestadores, de los sistemas tarifarios, de los mecanismos de auditoría y de los sistemas de información de aseguradores y prestadores. Debe aclararse que hay, sin embargo, objeciones a formas de contratación con las que los aseguradores delegan la responsabilidad y trasladan todo el riesgo financiero a los prestadores, como en las excesivas condiciones para el pago de cuentas a los prestadores.

---

han señalado la necesidad de que subsistan y compitan en igualdad de condiciones los aseguradores públicos con los privados para lograr una mayor regulación del sistema. Sin embargo, las cifras son claras en mostrar el progresivo deterioro de las aseguradoras públicas durante el período.

Se reconocen igualmente importantes procesos de eficiencia en la prestación de servicios, tanto en clínicas privadas como en hospitales públicos; en este último caso con un gran apoyo técnico por parte del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, Programa apoyado con crédito multilateral, que lideró el Ministerio de Salud, que hoy hace parte del de Protección Social, desde el inicio de la reforma.

A pesar de este gran desarrollo de la tecnología blanda que se reconoce por parte de los actores y del «*know how*» de aseguradores y prestadores que llama la atención en otros países -y que ha significado oportunidad de vender servicios internacionalmente- no se logra un claro consenso en considerar tan importante este desarrollo, como si aún fuera insuficiente, quizás por un nivel de exigencia de auto evaluación excesivo, hecho que podría considerarse también como prueba de desarrollo.

Por último, hay consenso en el logro que significa la realización de múltiples estudios e investigaciones sobre el proceso de reforma, bien sea promovidos desde el Ministerio a través del Programa de Apoyo a la Reforma, o bien fruto de iniciativa de otras instituciones privadas y públicas interesadas en este fenómeno tan importante desde el punto de vista social para todos los colombianos. Sus resultados permiten avanzar en la explicación y el conocimiento del proceso y reorientar la regulación en diferentes aspectos.

### **En el campo de los recursos humanos**

Se logra consenso de los actores tan sólo en el hecho de que se incrementó notoriamente el número de profesionales de la salud o vinculados al sector, formados en los campos administrativo y gerencial, así como en auditoría, a través de múltiples postgrados o cursos de educación continuada ofrecidos por muchas universidades a lo largo y ancho del país. Sin embargo, la calidad de esta formación deja aún que desear, según los estudios realizados por el Programa de Apoyo a la Reforma.

Si bien se ha mencionado un incremento del empleo como resultado de la reforma, por parte

de los consecutivos gobiernos, con evidencia satisfactoria, que significaría una mejor distribución del trabajo y el ingreso, este hecho es opacado por la denuncia permanente de los profesionales y trabajadores de la salud sobre las condiciones laborales, por la pérdida de estabilidad, la disminución significativa de las tarifas pagadas a los profesionales y las formas de contratación, sin prestaciones sociales ni seguridad social, que han hecho carrera en el sistema, a veces promovidas desde su dirección, como en el caso de los hospitales públicos.

### **En cuanto a democracia y conciencia política**

Existe consenso entre los representantes de los distintos actores sobre el hecho de que la reforma ha originado un importante incremento de la conciencia política y el conocimiento sobre la salud y la seguridad social. Podría señalarse incluso, en forma paradójica e irónica quizás, que el gran debate, la polarización de posiciones y hasta la utilización de estrategias para ganar al contrario,<sup>7</sup> han obligado a todas las partes, al igual que a los medios, las entidades de control, los tribunales e incluso a los espectadores, a estudiar la materia, a leer, profundizar e investigar, y a otros a escribir y pronunciarse en todos los medios hablados y escritos, y de esta forma se ha ganado enormemente en conciencia, lo que significa un importante logro para el país.

Otro notorio avance, alrededor del cual hay bastante consenso, es el desarrollo de organismos y mecanismos de concertación, primero al más alto nivel del sistema, en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y, después, a todos los niveles, lo que significa un avance en la democracia. Sin embargo, los trabajadores y profesionales de la salud disienten, pues no se consideran con el suficiente poder decisorio en los organismos de concertación, en donde la abrumadora mayoría de representantes del gobierno y los intereses económicos ocultan su voz, al punto de que la participación se tornaría simbólica.

Sin lograr el consenso absoluto, los actores destacan igualmente entre los logros la

satisfacción de los asegurados, revelada en varias encuestas, entre ellas las organizadas y regularmente por la Defensoría del Pueblo.<sup>8</sup> Sin embargo, cabe señalar que el gran estudio del Régimen Subsidiado, realizado por la Universidad Nacional de Colombia<sup>5</sup> revela un acentuado proceso de segmentación.

Igualmente, sin lograr consenso absoluto, reafirman el desarrollo de los derechos de los usuarios mediante el mecanismo de la tutela, herramienta para hacer exigible de inmediato un derecho ciudadano que se considera vulnerado, establecido por la constitución de 1991. Un número elevado de tutelas, como en el caso de los pacientes con SIDA al comienzo de la reforma, por la exclusión de sus medicamentos del Plan de Salud, junto con la jurisprudencia de los tribunales, trajo como consecuencia la incorporación de este tratamiento en el Plan Obligatorio. En muchas ocasiones también los ciudadanos logran por esta vía que se les restituya el derecho negado por la vía de reglamentaciones no siempre coherentes con la Constitución y la Ley. Cabe señalar que se cuestiona igualmente el abuso del mecanismo, especialmente por parte de los aseguradores, que promueven una ley estatutaria para acabar con esta posibilidad de reclamación del derecho, a pesar de que en términos de costos no es muy representativo para el sistema. Es cierto que algunos jueces presentan casos risibles, pero no se pueden generalizar estos casos particulares.

## **2. Retos y desafíos**

### **Respecto al propósito de universalidad y equidad**

Entre los representantes de los actores del sistema se logra un consenso absoluto en definir como uno de los retos fundamentales acercarse a la universalidad en la cobertura del aseguramiento, mediante estrategias que permitan incorporar a los estratos de la población hoy excluidos, tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado.

Igualmente, se logra consenso en la necesidad de ampliar la cobertura del Régimen Subsidiado a toda la población carente de recursos aún no

asegurada, y en la necesidad de incorporar a otros miembros de la familia, distintos del cónyuge e hijos menores de 18 años de edad, al Régimen Contributivo, pero en este caso se aclara que con un serio análisis de las implicaciones financieras.<sup>A</sup>

También hay consenso absoluto sobre que otro reto fundamental del sistema y el país es el de avanzar en el camino de igualar los Planes de Beneficios del Régimen Contributivo y Subsidiado, como ordenaba la Ley 100, aunque sea por un camino más lento, pero sin perder jamás de vista el objetivo, de tal modo que se supere la parálisis en la actual diferenciación y segmentación entre ciudadanos pudientes y no pudientes en el acceso garantizado a los servicios, que se cuestiona con razón.

Igualmente, existe consenso en el reto que significa avanzar en la cobertura de los programas preventivos y de salud pública a toda la población, superando necesariamente los problemas ocasionados por la descentralización y por la dispersión de responsabilidades entre los actores.<sup>9</sup> Más Estado en este campo de la promoción y prevención es la voz que más consenso logra.

### **En el papel rector del Estado**

El reto más importante para la dirección del sistema, desde el punto de vista de su papel rector y modulador, es construir y concertar una política de Estado a largo plazo y no limitarse a un corto periodo de gestión. Igualmente hay consenso en la necesidad de fortalecer la capacidad de rectoría y modulación de la dirección del sistema.

Los actores llegan al consenso en la necesidad de consolidar el proceso de descentralización, garantizando la coherencia técnica de los programas de salud pública, al tiempo que se respeta la autonomía territorial. El problema

---

<sup>A</sup> En opinión del Ministerio de Protección Social, la expectativa de aseguramiento universal no puede alcanzarse con los actuales instrumentos de solidaridad, pues hace falta el desarrollo de instrumentos de equidad en términos de Plan Obligatorio –POS- y Unidad de Capitalización –UPC-.

fundamental tiene que ver con la falta de capacidad técnica de los pequeños municipios sin recurso humano capacitado, para manejar los programas de salud pública. La ejecución tiene que ser forzosamente municipal en la mayoría de los programas, pero no necesariamente el manejo de la información, la planeación y la evaluación, para las cuales deberían forzarse mecanismos asociativos entre los municipios, que garanticen la presencia de expertos en el diseño, seguimiento y evaluación de los programas, tal como era en el Sistema Nacional de Salud con la existencia de equipos regionales de salud pública para varios municipios. Se considera necesario recuperar el liderazgo y la acción estatal, nacional, departamental y municipal en este campo.

Existe pleno consenso sobre la necesidad de garantizar seguridad jurídica y financiera a todos los actores del Sistema, desde los aseguradores hasta los trabajadores. Bien sea por regulaciones en unos casos excesivas e inconvenientes, en otros francamente insuficientes, el hecho es que no hay la suficiente seguridad jurídica y financiera para los actores. Todos han perdido un elemento básico y fundamental de la economía de mercado, cuando en el sistema se ha generado una cultura de no-reconocimiento del valor del dinero, que amenaza al sistema y a la sociedad. No se reconoce intereses de mora cuando se paga con retraso a los aseguradores; los aseguradores tampoco reconocen intereses de mora a los prestadores en similares circunstancias y los prestadores tampoco a los proveedores de medicamentos, insumos o servicios, e incluso a los trabajadores cuando les deben meses de sueldo. Como consecuencia se fomentan los mecanismos de «financiarización»: algunos actores colocan los dineros que deben a otros a interés (incluso este mecanismo lo utiliza el Fondo de Solidaridad); se arguye toda una serie de trabas y de razones para no pagar oportunamente, y este flujo inoportuno de los dineros se traduce en crisis de las instituciones, mal servicio a los usuarios, ineficiencia y, en última instancia, se hace perder credibilidad a los sistemas de tarifas, costos y precios en el Sistema. Recuperar el valor del dinero en el Sistema y dar de esta forma seguridad jurídica y financiera a todos los actores es un reto importante.

Total consenso se da también sobre la necesidad de revisar y codificar el conjunto normativo del sistema, labor que se dio al inicio del mismo, pero, las Cortes declararon el Código inexecutable, por considerar que el Ejecutivo no tiene facultades y que debe ser el Congreso quien apruebe el Código. La tarea, de gran complejidad y riesgo político, está aún por hacerse, pues se considera indispensable dada la multiplicidad y complejidad de normas de distinta categoría, vigentes y no vigentes, que sin duda producen confusión e ineficiencia en la gestión.

### **Respecto al financiamiento**

Reducir el gasto de bolsillo, que todavía significa un tercio del gasto en salud, es el lineamiento básico que traza la OMS para los países y hay consenso de los actores del sistema en aceptar este postulado, como desafío fundamental, estrechamente ligado al incremento de cobertura de la seguridad social. Ello significa, sin duda, buscar nuevas fuentes de financiamiento para el Régimen Subsidiado, con el fin de completar la cobertura de la población más pobre.

Respecto al Régimen Contributivo, se logra consenso igualmente sobre la necesidad de fortalecer los controles a la evasión y la elusión. Sin embargo, el desafío más grande se encuentra en idear los mecanismos de financiamiento parcial o subsidios parciales para la afiliación de los tres millones de familias urbanas ligadas al trabajo informal, pobres, pero no en situación de extrema pobreza.

También existe otro reto en el que concuerdan positivamente los actores. Es necesario definir los mecanismos de financiación de la oferta en las zonas de no-mercado. Es decir, saber con precisión cuánto cuesta mantener una infraestructura y un recurso humano con poca utilización en poblaciones dispersas, donde es indispensable mantener los servicios abiertos y éstos no se podrán financiar vía demanda, es decir, por venta de servicios. Siempre se ha aceptado esta necesidad, pero no se ha cuantificado el costo muerto de estas instalaciones, ni se han provisto los recursos con base en una fórmula que debe

ser construida conceptual y técnicamente para su utilización en el futuro.

### **En el campo institucional**

En primer lugar, en el campo institucional se encuentra pleno consenso sobre la necesidad de formular una política hospitalaria<sup>E</sup> y de atención a largo plazo para el país. La ausencia de una política consensuada a largo plazo y a la concentración en la solución de la crisis del momento no permite ver el futuro con claridad. ¿Se persigue el fin de los hospitales públicos, así como de las aseguradoras públicas como acusan los sectores sindicales? ¿Lo público y lo privado deben ser complementarios, de modo que el Estado debe invertir donde no lo haga el sector privado? ¿El Estado debe generar mecanismos de crédito como al inicio de la reforma para que el sector privado desarrolle los servicios? Sin resolver plena y consensuadamente estos interrogantes será difícil garantizar servicios de calidad a mediano plazo.

Ligada al punto anterior está la política de incorporación de tecnología para el desarrollo de servicios de salud, el costo para el país de su adquisición en el exterior y el problema de la dependencia tecnológica. En los entrevistados se percibe que aún no se habría formulado una política de inversión y desarrollo en tecnología médica.

En el campo de los aseguradores, se logra algún consenso sobre la necesidad de igualar los requisitos de los aseguradores del Régimen Contributivo y Subsidiado, aunque los representantes de los trabajadores y profesionales siguen resistiendo el mecanismo de aseguramiento o «intermediación» en el Régimen Subsidiado. Se han dado pasos importantes en este aspecto, pero el camino debe finalizar al punto de que para el asegurador no sea posible discriminar entre un afiliado y otro por el origen del pago. Un mismo plan, un mismo valor, un

mismo servicio y una misma aseguradora son en el fondo los postulados de la Ley que aún no se han logrado.

También respecto a los aseguradores, los representantes de los profesionales y de las EPS coinciden en reafirmar la necesidad de fortalecer la seguridad social pública como mecanismo regulatorio del mercado, o más francamente la necesidad de que se fortalezca el aseguramiento público, especialmente el Instituto de Seguros Sociales, cuyos problemas financieros se han traducido en insuficientes servicios a sus afiliados. En esto no coinciden los prestadores privados, por su pésima experiencia para cobrar las deudas o cartera a estas instituciones públicas en malas condiciones financieras.

### **En el campo de la gestión o desarrollo de tecnología blanda**

Los representantes de los distintos actores del sistema, aunque reconocen importantes avances en el desarrollo de los sistemas de administración de riesgo, administración o agenciamiento de servicios y prestación de los servicios, reconocen igualmente que hay un camino importante por recorrer en beneficio de los usuarios.

Para avanzar en este sentido igual reconocen la importancia de la investigación y de los estudios sobre procesos y resultados, sobre prácticas y métodos, es decir, un análisis permanente que permita retroalimentar el sistema. Se han dado los primeros pasos con la creación del Fondo de Investigación en Salud, pero resulta indispensable fortalecer los grupos de análisis e investigación en el país en conjunto con las universidades públicas y privadas.

Se logra igualmente consenso en la necesidad de avanzar en el Sistema de Calidad y Acreditación de instituciones prestadoras de servicios. Igualmente el desarrollo de protocolos de atención sería un requisito *sin equa non*, pero las EPS muestran temor a que estos protocolos no adaptados a nuestra realidad se traduzcan en costos inalcanzables. En este punto surge la necesidad de revisar modelos de atención

<sup>E</sup> En opinión del Ministerio de Salud, el desarrollo institucional debe entenderse más amplio que la sola formulación de una política hospitalaria

netamente ligados al uso de la tecnología y los medicamentos, e igualmente surgen los modelos de atención ambulatorios (no hospitalarios) de pacientes crónicos que con protocolos adecuados han demostrado ser capaces de mejorar y humanizar la atención, así como de controlar los costos, que tienden sin duda a la elevación por causa del envejecimiento de la población asegurada.

Por otra parte, hay acuerdo en la necesidad de desarrollar igualmente la calidad desde el punto de vista de los derechos del ciudadano como usuario o paciente, dada la mala calificación obtenida en este sentido en el *World Health Report 2000*.

### **En el campo de los recursos humanos**

Quizá porque es uno de los puntos más críticos en este momento del desarrollo del sistema, a diez años de la reforma hay consenso en la necesidad de que mejoren las relaciones laborales en el sector, pero hay disenso respecto a cómo. Para unos, significa relaciones laborales propias de las empresas competitivas, si ello implica satisfacción con el trabajo y la remuneración, lo que permita a la empresa competir en servicios con las demás. Para otros, los trabajadores, significa regulación gubernamental para acabar con mecanismos de contratación lesivos, sin responsabilidad ni seguridad social y mal pagados, propios de las empresas especulativas. En suma, esta es una de las mayores debilidades de la reforma y todos los actores deben esforzarse en su solución, si se entiende que para garantizar calidad en los servicios se requieren trabajadores contentos y satisfechos en sus trabajos, lo que definitivamente no existe actualmente para la gran mayoría, a juzgar por las permanentes quejas.

También existe consenso en la necesidad de una política para garantizar, tanto adecuar la oferta de profesionales, técnicos y auxiliares a la demanda, como en la necesidad de garantizar calidad en la formación del recurso humano, garantía de educación continuada y competencia científica, pero otra vez las divergencias surgen cuando se pretende que el Estado intervenga en lo que se considera derecho inviolable de autorregulación

de las profesiones y autonomía en el ejercicio profesional. Un proyecto de ley reciente del gobierno sobre regulación de las profesiones fue duramente cuestionado por las academias y gremios profesionales hasta su retiro del Congreso.

Respecto al supuesto exceso de profesionales en el mercado, denunciado precisamente por los gremios y asociaciones de profesionales, hay que señalar que existe tan sólo un exceso relativo de profesionales para la demanda actual, con apenas 60% de cobertura de la seguridad social, pero que no existiría exceso, y en algunas profesiones incluso se presentaría déficit, si el sistema alcanzara 90% de cobertura.

Finalmente, en este punto, hay pleno consenso sobre la necesidad de fortalecer la ética profesional y de todos los trabajadores del sector, incluso administrativos, en función de los pacientes, que permita contrarrestar comportamientos que ponen en riesgo a los pacientes, disminuyen la calidad o simplemente atentan contra la buena práctica profesional. Se señala que algunos aseguradores habrían llegado al extremo de pagar primas a los médicos que ordenen menos exámenes o servicios.

### **En cuanto a democracia y conciencia política**

Se logra consenso sobre la necesidad de fortalecer el modelo de concertación de la dirección del sistema, representada en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, e incluso aumentar su capacidad decisoria, pero las EPS ven con reticencia un exceso de democracia, pues su desarrollo no se basó precisamente en modelos concertados, salvo la autorización constitucional en la prestación del servicio público de salud y seguridad social por particulares.<sup>8</sup> Las EPS, en el desarrollo del sistema han mostrado una notoria capacidad de influencia directa sobre el Ministerio de Salud y otras dependencias clave del gobierno como el Ministerio de Hacienda, o el Departamento Nacional de Planeación.

También observamos consenso en la necesidad de fortalecer el conocimiento de los ciudadanos sobre sus derechos y sobre los principios de la

seguridad social, aún ignorados pese a una década de desarrollo.

Sin duda que la Ley 100 y los cambios en salud que de ella se desprendieron han sido paradigmáticos entre los países de Latino América. Colombia, junto a Chile, de alguna forma han liderado en el ámbito de los cambios en los sistemas sanitarios. Ello implica una responsabilidad hacia los propios ciudadanos, pero comprendiendo que existen implicancias regionales. Hoy Colombia está en una interesante situación -una ventana de oportunidad- en la que a más de diez años de la promulgación de la Ley, se está en una posición expectante de evaluar seriamente avances y yerros. Para optimizar dicho momento, habrá que superar posiciones polares en las que, por un lado, se magnifican los problemas viendo sólo como alternativa volver al pasado -lo que no parece tener ninguna viabilidad política, amén de poca racionalidad-, mientras que por otro se puede tender a minimizar las dificultades para atrincherarse en una suerte de nuevo *status quo*.

### 3. Lecciones aprendidas

Un sistema de salud diseñado con mayor equidad que la sociedad en que se inscribe, no es capaz de modificar sustancialmente la estructura de inequidades del entorno, y más bien acaba adaptándose a éstas. La segmentación actual producto de la Ley 100 es distinta a la existente en el sistema previo, a la que pretendió superar. El nuevo sistema se adaptó rápidamente a una sociedad con grandes diferencias. Hoy se tienen regímenes especiales de cerca de 300 dólares per cápita, un Régimen Contributivo de 120 dólares per cápita, un Régimen Subsidiado de 60, y ciudadanos no asegurados con una disponibilidad per cápita menor de 30 dólares provistos por el Estado para sus servicios.

Es posible financiar la cobertura de todos los riesgos de salud, especialmente los más costosos, mediante sistemas de distribución de riesgo con poblaciones muy amplias, al tiempo que se mantienen costos per cápita bajos y controlados. Igualmente, es necesario redistribuir los excesos

de riesgo entre los aseguradores, es decir el exceso de frecuencia de los tratamientos más costosos o su costo global y no reasegurar el supuesto exceso de costo por usuario, para garantizar que todos los afiliados al sistema en distintas aseguradoras tengan iguales oportunidades e iguales recursos.

Los recursos parafiscales de la seguridad social resultan mucho más estables en los periodos de crisis económica que los recursos fiscales de los sistemas de asistencia pública. Aun así, los recursos fiscales que se aportan para el aseguramiento de la población pobre requieren el diseño de sistemas anticíclicos para que aumente la disponibilidad de subsidios en las crisis económicas, en lugar de disminuir.

Al iniciarse el proceso de privatización de un servicio como el de seguridad social en salud, las empresas que entran al negocio, tal como lo señala la teoría económica, adoptan comportamientos especulativos para asegurar sus márgenes de administración y utilidad por no tener certeza plena sobre la rentabilidad de la inversión, en lugar de invertir en mayor medida para mejorar servicios y ganar el negocio a la competencia, comportamiento de las empresas en un sector cuyas utilidades son conocidas. Tal comportamiento especulativo toma muchas facetas, como abusos en la contratación, aversión al riesgo, traslado del mismo a los prestadores, malos salarios, negación de derechos a los afiliados, y un accionar muy parecido al monopolístico de las viejas instituciones de seguridad social. Adicionalmente, procuran asegurar sus utilidades, más mediante el mecanismo de «*lobbying*» sobre la dirección del sistema, en busca de reglas de juego que favorezcan sus intereses, que por mecanismos de eficiencia y competitividad.

Las empresas privadas pueden resultar buenos aseguradores pero son muy malas gestoras de programas de salud pública, especialmente porque resulta ineficiente y costoso actuar sobre grupos poblacionales desagregados, al existir múltiples aseguradores, en un mismo espacio geográfico o laboral.

La salud y la seguridad social son servicios públicos y la delegación del servicio público en manos de grandes empresas requiere un Estado más fuerte para vigilar, modular y controlar la prestación del servicio público. Adicionalmente, la capacidad de modulación, vigilancia y control en el Estado no crece ni mucho menos al mismo ritmo del sistema y se queda rezagada o actúa reactivamente cuando ya los problemas se han crecido. Por otra parte, la vigilancia y el control institucionalizados y totalmente centralizados no funcionan en la práctica.

El sistema de aseguramiento puede resultar más efectivo para asegurar los derechos individuales que el sistema de asistencia pública. El desarrollo de los contratos garantiza relaciones más transparentes entre instituciones y entre personas e instituciones, al dejar clara las obligaciones de las partes y poder hacerlas exigibles por distintos medios, incluso el judicial. Al mismo tiempo, permite saber con claridad a quién se financia y con cuánto y a quién no, a diferencia de los sistemas de beneficencia o asistencia previos que supuestamente ofrecen servicios integrales y universales y, en la realidad buena parte de ellos se queda en el discurso.

El sistema de recaudo ligado a los aportes obrero patronales no permite lograr una amplia cobertura de seguridad social pues gran porcentaje del empleo está sumido en la informalidad.

Los sistemas de focalización de subsidios son un ejercicio presuntuoso, que puede resultar útil en una primera distribución de subsidios, pero que después se convierte en un monstruo burocrático paquidérmico, costosísimo e ineficiente, que no logra evitar grandes errores de inclusión y exclusión<sup>5</sup> y que acaba convirtiéndose en un obstáculo real para que muchos ciudadanos hagan efectivo su derecho a la salud. Con una población rural en descenso y con una pobreza de 90%, por ejemplo, resulta más barato y eficiente descartar a los propietarios de tierras que realizar encuestas para seleccionar beneficiarios de subsidios.

Dado el alto valor del carné de la seguridad social para la población pobre, a partir de la entrega de

subsidios se genera una nueva forma de clientelismo en el nivel municipal, más eficiente que las viejas y obsoletas formas de controlar el electorado a través de puestos de trabajo y favores de la administración territorial.<sup>5</sup>

Los procesos de descentralización no pueden hacerse de la noche a la mañana sin causar graves trastornos en la continuidad de programas como los de salud pública. No es conveniente entregar dineros y competencias a administraciones municipales, sin la más mínima capacidad técnica, o se corre el riesgo de enormes ineficiencias y pérdidas de recursos. Garantizar la gobernabilidad en salud permite descentralizar la ejecución de las acciones, pero exige coordinar la planeación de las mismas.

La separación de los seguros de salud del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales ha demostrado que toda la carga de la atención recae sobre los aseguradores de salud, pues no existen controles sobre las empresas ni estímulos en los prestadores de servicios para notificar accidentes o enfermedades profesionales.

La participación de los usuarios en la vigilancia y control de las instituciones de salud sólo será eficaz si se fomentan mediante asignación de recursos las asociaciones respectivas. Los mecanismos de concertación a través del Consejo Nacional y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud constituyen mecanismos más democráticos que buscan generar estabilidad en el sistema.

Los diversos tipos de contratación de servicios de salud entre aseguradores y prestadores de salud generan estímulos beneficiosos y perversos, tanto en relación con el gasto como con la calidad de los servicios. El estudio de estos contratos permite conocer la realidad del sistema.

Permitir que se establezca una subcultura que no responde a las normas sociales y jurídicas básicas de la economía de mercado pone en riesgo el sistema. Si las obligaciones económicas no se cumplen oportunamente y tampoco se reconocen

intereses de mora -como pasa en el Régimen Subsidiado y en parte en el Régimen Contributivo- no existe seguridad jurídica ni económica en el sistema, y se amenaza el orden social. La amenaza consiste en que el dinero pierde su valor cuando se tolera, y en la práctica se autoriza, la especulación con el dinero que se debe a terceros. En conjunto, los pagos inoportunos, sin sanciones ni intereses significan la burla del valor de la deuda, de los precios, de las tarifas, y produce unos costos siempre falsos. Implican la violación del derecho al justo y oportuno pago de quien entrega un bien o servicio, incluido el trabajador y todos los actores pierden la seguridad jurídica y económica.

Los mecanismos de mercado no funcionan en términos de lograr calidad y eficiencia en zonas donde no existen ni el número suficiente de usuarios ni el número mínimo de proveedores, ni el número de aseguradores para definir un sistema competitivo. Por esto, la intermediación del asegurador en estos casos no agrega mayor valor y puede resultar muy onerosa.

## **XIX. ECUADOR**

### **1. Logros alcanzados**

#### **Perspectiva general**

Mejoramiento de indicadores de situación de salud (esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil y materna, entre otros) que registran una tendencia sostenidamente favorable en el período - aunque con un ritmo menor al alcanzado en países de similar desarrollo - sin perder de vista que son datos promedios, que esconden inequidades considerables.

El aporte sectorial, desde los servicios de salud, puede resumirse en un mejor acceso a la atención y educación en salud en sectores rurales (especialmente a través de los programas de salud rural obligatorios y el Seguro Social Campesino) y urbanos (mediante el incremento de oferta, tanto pública como privada, con y sin fines de lucro) en un contexto de creciente urbanización.

#### **Universalidad y cobertura**

En el marco del anhelo aún no alcanzado, de universalidad de la atención en salud, algunos resultados de valía se han obtenido, principalmente en cobertura de actividades preventivas:

El Programa Ampliado de Inmunizaciones se ha expandido (incluyéndose la administración de vacuna pentavalente) y consolidado, con coberturas elevadas, sobre 90%, (OPS, 2003). Como consecuencia, no se registran casos de poliomielitis desde 1990, ni brotes de sarampión desde 1998, y se ha eliminado el tétanos neonatal, entre otros efectos positivos.

En salud materna, la cobertura del cuidado prenatal y de la atención profesional o supervisada del parto se ha incrementado a 81 y 70%, respectivamente (ENDEMAIN, 2000), aunque debe mejorarse la concentración del control de embarazo. Otras actividades, tales como regulación de la fecundidad y detección oportuna del cáncer cérvico uterino y mamario, registran asimismo una tendencia creciente.

En salud infantil, el control médico preventivo se ha generalizado, la intervención frente a eventos respiratorios y diarreicos ha mejorado, con respuestas familiares y profesionales, en su orden. La lactancia materna se ha incrementado.

#### **Salud p'blica**

En ámbitos de salud pública deben consignarse realizaciones tan importantes como la erradicación del bocio endémico, así como la fortificación nacional de alimentos de consumo masivo: la harina con hierro, y la sal con yodo y flúor. El reconocimiento de la violencia intrafamiliar y de género, como problema de salud pública, es otro aspecto a destacar en el contexto general de impulso a programas y acciones de salud sexual y reproductiva, con la activa participación de organizaciones de defensa de los derechos de la mujer.

Es importante destacar, en la consecución de los logros reseñados, la protagónica presencia del

Ministerio de Salud (MSP) especialmente a través de sus estructuras locales y, más recientemente, de municipios y organismos no gubernamentales (ONG).

### **Organización del sector salud**

En el determinante marco de la incorporación del capítulo de salud en la Constitución Política de la República (1998) que, en lo fundamental, establece la salud como derecho, y la conformación del Sistema Nacional de Salud, el país ha aprobado cuerpos legislativos (Leyes de Maternidad Gratuita, Descentralización, Seguridad Social, Juntas Parroquiales, Sistema Nacional de Salud, entre otros), que constituyen logros, en tanto horizontes sectoriales, aunque no se logran identificar con claridad ejes de cohesión que los articulen en torno a objetivos comunes.

### **Realizaciones locales**

A pesar del limitante contexto nacional derivado de la insuficiente rectoría en materia de salud, esforzadas iniciativas y realizaciones locales de atención primaria y promoción de la salud se suceden en el país con el impulso de equipos de trabajo del Ministerio de Salud, Seguro Campesino, ONG, municipios y proyectos de apoyo con financiamiento no reembolsable de organizaciones internacionales (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF, Organización Panamericana de la Salud - OPS, la Unión Europea) y de la cooperación bilateral (Holanda, Bélgica, Italia y otros países), principalmente.

Como se anotó, también un apreciable número de municipios (especialmente con alta población indígena) generan interesantes iniciativas de promoción de salud y construcción de modelos alternativos de salud, con el respaldo de la Ley de Descentralización. Se estructuran Consejos Provinciales y Cantonales de Salud al amparo de lo dispuesto por la Ley del Sistema Nacional de Salud.

El proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en Ecuador (FASBASE), diseñado y ejecutado entre 1990 y

2000 con crédito del Banco Mundial, en general tuvo un balance positivo, por sus realizaciones en: (i) desarrollo de recursos humanos e infraestructura de servicios de nivel primario y saneamiento básico; (ii) organización de las Áreas de Salud del MSP; (iii) implantación de estrategias y actividades de prevención y control de deficiencias de hierro y micro nutrientes; (iv) impulso a la constitución de la Red de Emergencias Médicas, y (v) eficaces medidas de intervención frente a los efectos en salud del fenómeno de El Niño.

Un segundo proyecto, con financiamiento del Banco Mundial, de Modernización de Servicios de Salud (MODERSA), todavía en ejecución, y luego de un auspicioso inicio, ha registrado un discreto rendimiento, fundamentalmente por la imposibilidad de mantener equipos competentes de trabajo, en un contexto de crisis de gobernabilidad general y discontinuidad de gestiones ministeriales, sin directrices orientadoras de política de salud.

## **2. Retos y desafíos**

Un reto será alcanzar acuerdos nacionales entre actores con capacidad de decisión, más allá de los tradicionales límites sectoriales donde se actúa de manera aislada (educación, salud, etcétera) para adoptar medidas concertadas (el contrato social por la educación, en el que participan representantes de las organizaciones productivas, de la dirigencia política, de instituciones económicas, de la sociedad civil, y por cierto, de la educación, es un ejemplo de ello) que enfrenten los crónicos problemas sociales, generando acciones que den respuesta a las necesidades emergentes, pero inequívocamente articuladas con el proyecto nacional de mediano y largo aliento que construya las bases de un auténtico desarrollo con equidad en el Ecuador.

Se puede plantear que Ecuador se ubica en el grupo de países «de menor avance» en su reforma de salud, cuya concreción parece estar todavía en gran medida pendiente; al respecto, Velasco y Granda,<sup>7</sup> refiriéndose al caso ecuatoriano lo

<sup>7</sup> Granda E, Velasco M. El cóndor, la serpiente y el colibrí.

catalogan como «reforma sanitaria que ha producido un mayor número de propuestas de papel antes que una real revolución en el diseño, organización y direccionalidad de la atención de salud.<sup>10</sup> Ecuador podría tomar ventaja, sin embargo, del «retraso» que ha experimentado en materia de reforma sanitaria, en relación con otros países de la Subregión (especialmente Chile y Colombia), para aprender de aciertos y desaciertos experimentados en otras latitudes y procurar construir soberanía de pensamiento y acción en materia de políticas públicas y de salud.

### **Alcanzar poder político para la salud**

A efectos de que los discretos avances hasta ahora registrados, básicamente en el nivel jurídico y con contenidos de orden general, puedan consolidarse, revisarse y ser instrumentados, - a través del complejo proceso de diseño e implantación de elementos operativos, con inequívoca orientación de cambio - el reto mayor de la salud en Ecuador es alcanzar el reconocimiento político de su importancia con el fin de que sea ubicada en la agenda de prioridades nacionales; es preciso conquistar poder político para la salud.

### **Clarificar la imagen objetivo<sup>a</sup> operativa del Sistema Nacional de Salud**

En cumplimiento de las disposiciones constitucionales y en función de los mandatos de las diversas leyes vigentes relacionadas con la organización y funcionamiento del sector (Leyes de Seguridad Social, Sistema Nacional de Salud, Descentralización y Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, entre otras), un importante reto es identificar los puntos de encuentro entre ellas y poder «armar» las «piezas» y características particulares de gestión, financiamiento, operación e interrelación de los distintos actores integrantes del Sistema Nacional de Salud. La calidad es una variable hasta ahora muy poco desarrollada y explorada, que debería también incluirse en las especificidades operativas del sistema.

Un desafío urgente, de alto valor estratégico, en este punto, es encontrar ámbitos y acciones

concretas de coordinación entre el Ministerio de Salud y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social para sumar esfuerzos en procura de incrementar la cobertura de salud en el país. El mandato constitucional de incorporar como derecho-habientes a los familiares del afiliado ofrece una excelente oportunidad para tal propósito, que podría potenciarse con acciones interinstitucionales en el ámbito rural y /o con trabajadores del sector informal y sus familias.

### **Fortalecer o reconstruir capacidades institucionales de gestión pública en salud.**

Es imperativo impulsar procesos de desarrollo institucional, a través de procesos de reorganización de estructuras institucionales, centradas en las necesidades de los(as) usuarios(as) y de la revalorización /desarrollo del capital humano de salud, competente y comprometido con los nuevos mandatos. El Ministerio de Salud tiene el reto de desarrollar función de rectoría, en defensa de la salud como bien público y orientar /regular la salud del país con horizontes, objetivos y metas claras.

### **Apoyar procesos de gestión local de salud y construir ciudadanía en salud.**

Instituciones y organismos de desarrollo seccional (provincial, municipal y parroquial) han iniciado o profundizado procesos de gestión local en salud orientados a mejorar la situación en sus respectivas jurisdicciones. En un buen número de ellos se están conformando Consejos Provinciales y Cantonales de Salud que comienzan a generar réditos derivados de su potencialidad de constituir espacios de concertación de actores locales de salud. La sistematización de sus iniciativas podría, por otro lado, contribuir a una dinámica local-nacional, y viceversa, en la construcción e implantación de políticas de salud.

La salud y el bienestar de una población constituyen una construcción de múltiples actores, en la que juega un papel cada vez más relevante la opinión y participación ciudadana; otro reto a emprender es facilitar y promover iniciativas que podrían materializarse a través de intervenciones

específicas sobre problemas de importancia epidemiológica.

### **Retos de salud pública**

Los siguientes corresponden a ámbitos que han figurado en la agenda de salud pública del país,<sup>10</sup> sobre los que es necesario mantener o intensificar acciones; reducir las muertes infantiles por causas prevenibles; reducir las muertes maternas; disminuir de manera sostenida los índices de enfermedades tropicales, especialmente malaria y dengue; mantener los programas de vacunación y vigilancia epidemiológica de enfermedades inmunoprevenibles; redoblar los esfuerzos de prevención, tratamiento y control de tuberculosis y VIH SIDA; impulsar programas de saneamiento básico, y de prevención y control de anemia y deficiencias de micronutrientes; poner en práctica una política de medicamentos que asegure el acceso de la población a medicamentos esenciales; fortalecer la regulación sanitaria; impulsar programas de investigación en ámbitos biomédicos, socio sanitarios y administrativos.

Para continuar acciones y mantener o mejorar rendimientos en los ámbitos anotados, serán medidas imprescindibles: (i) incrementar sostenidamente el presupuesto de Ministerio de Salud pero, (ii) direccionando el incremento hacia la atención primaria de la salud y las acciones de salud pública, propiciando un cambio en el modelo de atención, y la orientación predominante en las instituciones de salud, de privilegiar la curación y el funcionamiento –siempre costoso- de los hospitales, sin otorgar similar importancia a servicios ambulatorios, barriales y comunitarios, que adecuadamente dotados podrían resolver un alto número de problemas de salud de diaria presentación, y (iii) intervenir decididamente sobre el aspecto de los recursos humanos, implantando nuevas normativas que superen el inflexible marco legal de las relaciones laborales en el Ecuador.

### **3. Lecciones aprendidas**

Partiendo del hecho cierto y comprobado que los aprendizajes se obtienen, tanto de éxitos, como de fracasos, se intentará sistematizar las

reflexiones en torno a estos dos ejes. Al no existir procesos consolidados de reforma - con las características antes señaladas - o al menos en franca etapa de avance, las lecciones aprendidas de los logros alcanzados se referirán a ámbitos más amplios de la salud en Ecuador, sin dejar de señalar algunos específicamente relacionados con el incipiente desarrollo de la reforma del sector.

Aunque cuestionadas muchas veces por su verticalidad, que limita la integralidad de acciones sanitarias, algunas intervenciones que identifican con nitidez problemas, objetivos y resultados específicos, obtienen logros indudables, como es el caso de la erradicación de deficiencias asociadas a la carencia de yodo. No obstante, el éxito solamente fue posible con la concurrencia de algunos factores: sólidos liderazgos y equipos competentes comprometidos con su misión; respaldo político, organizativo y financiero suficiente para el logro de metas; adopción de metodologías de trabajo basadas en la planificación y, fundamentalmente, en el seguimiento y monitoreo del trabajo y perseverancia para continuar las acciones hasta obtener resultados.

Tanto en intervenciones «uni-propósito», como con mayor razón en procesos de mayor integralidad, - la reforma es uno de ellos - el involucramiento activo de la población, pasando del pasivo concepto de «beneficiaria», al de «protagonista» de las acciones de salud, y más allá de lo repetido - pero quizás poco practicado - de la tesis, es una condición indispensable para la obtención de resultados.

En ámbitos más directamente ligados a procesos de reforma, posiblemente dos expediciones legales: la Ley de Seguridad Social y la Ley de Maternidad Gratuita contienen claros elementos prescriptivos de cambio. Más allá de sus diversos alcances nos dejaron la enseñanza de que sin poder político no hay cambios y el poder político puede ser alcanzado a través de diversos caminos, algunos insospechados.

Algunos aprendizajes de los continuos fracasos, retrocesos e interrupciones en el afán no logrado de articular un verdadero proceso de reforma en Ecuador podrían sinterizarse en los siguientes

términos: (i) la notable limitación derivada del tradicional y reiterativo trabajo «a lo interno» de las instituciones del sector, afecta grandemente las posibilidades de concreción de los cambios; efectivamente, las propuestas de transformación en salud han quedado restringidas a círculos técnicos minoritarios que, en general, no han logrado respaldo político suficiente ni siquiera dentro de las propias instituciones de salud, peor en los lejanos espacios de poder real que deciden las prioridades en el país. A su vez, las elaboraciones técnico-políticas efectuadas en niveles centrales, afectan su legitimidad, y conllevan a frecuentes errores de contenidos y estrategias. Por otro lado, la falta de mecanismos de participación social conduce a una baja presión social para impulsar, mantener y exigir, de forma sostenida, los cambios y reformas que se proponen; (ii) la errónea concepción de que la salud debe ser manejada «por los médicos», sumada a un desconocimiento de potenciales réditos políticos derivados del manejo de la salud, han conducido a que los líderes y decisores nacionales, en general, no incorporen en su discurso y praxis realizaciones sobre el tema, y (iii) una importante lección a aprender es «cultivar», como bienpreciado el capital humano en salud. La desfavorable experiencia del Ministerio de Salud Pública, con insuficiente capacidad de retener a personal con formación y experiencia en el que el país invirtió, especialmente en niveles centrales, ha incidido de manera decisiva en la progresiva pérdida de su capacidad institucional de rectoría y conducción sectorial, en el marco de otros factores restrictivos, especialmente de politización y clientelismo.

## **XX. PERU**

### **1. Logros alcanzados**

#### **Vigilancia epidemiológica**

En estudios realizados sobre los recursos humanos en salud,<sup>11</sup> la carencia de cuadros técnicos a nivel nacional ha sido señalado como un obstáculo para el desarrollo del Sistema de Salud, así como para un manejo apropiado y oportuno de las epidemias.

Para enfrentar esta situación, en 1989 se inició el Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (PREC) para la formación de epidemiólogos con un perfil que respondiera a las demandas del Ministerio de Salud. El PREC recibió el apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el asesoramiento técnico de los Centros de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) y la conducción a cargo de Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSa).

Las promociones de egresados del PREC han contribuido a la formación de la Red Nacional de Epidemiología que hoy cuenta con 4,228 Unidades Notificantes distribuidas en diferentes niveles y unidades orgánicas del Sistema Nacional de Atención a la Salud. A través de esta red se ha logrado mejorar las coberturas de notificación oportuna -mediante reportes diarios y semanales- y a consolidar la Vigilancia Epidemiológica Activa del MINSa.

Los egresados del PREC, jugaron un rol clave en el manejo de la epidemia del cólera de 1991 (una extensión de la séptima pandemia mundial) y en el control de riesgos y daños, con una alta confiabilidad del diagnóstico (70% de brotes con confirmación etiológica) que repercutió en la disminución de la morbilidad y el impacto de daños en diversos sectores de la economía.

#### **Participación social y ciudadanía**

Arraigada en la cultura comunitaria de los incas, el Perú Republicano heredó la tradición de participación comunitaria como una palanca para el desarrollo local y regional. El desarrollo de los movimientos sociales urbanos en las décadas de los 70 y 80 estuvo ligado al desarrollo de organizaciones de supervivencia popular - comedores populares, comités de vaso de leche, comités de salud- que se adelantó a las políticas de atención primaria de salud y de apoyo alimentario del Estado. El brote de la epidemia del cólera de 1991 encontró en las organizaciones sociales -en los cientos de comités de rehidratación oral comunitarios dispersos a lo largo del territorio nacional - el soporte fundamental que necesitaba

el Estado peruano para enfrentar la epidemia y lograr una baja tasa de letalidad.

La interfase de los servicios de salud y las redes sociales de apoyo tienen una larga experiencia en el Perú y constituyen la base para enfrentar los nuevos retos del desarrollo de la salud: la carga de morbilidad de las enfermedades crónicas, de la violencia y del envejecimiento de la población.

La participación comunitaria en salud ha ido de la mano con el desarrollo de la ciudadanía, de los derechos a la salud y del consentimiento informado en poblaciones de bajos ingresos y grupos étnicos minoritarios.

### **Acuerdo Nacional y Sostenibilidad Institucional**

El Acuerdo Nacional de Gobernabilidad convocado el 28 de Julio de 2001, por el Presidente Constitucional de Perú, a todas las fuerzas políticas y la sociedad civil, presentó un documento que permite sentar las bases para las políticas de Estado en los campos de: (i) Democracia y Estado de Derecho; (ii) Equidad y Justicia Social; (iii) Competitividad, y (iv) Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado.

En el capítulo de Equidad y Justicia Social se establece la Décimo Tercera Política de Estado: Acceso Universal a los Servicios de Salud y Seguridad Social. Mediante este acuerdo el Gobierno y las fuerzas políticas y sociales se comprometen a «asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables».<sup>12</sup> Este acuerdo permitirá la continuidad de las políticas de salud en el futuro y la sostenibilidad institucional que la haga viable.

## **2. Retos y desafíos**

### **Los proyectos nacionales y la ausencia de las políticas de salud**

En la formulación de los grandes proyectos nacionales del primer tercio del siglo XX, se

constata la ausencia de las políticas de salud. Los grandes pensadores políticos que introdujeron el pensamiento socialista (José Carlos Mariátegui), social demócrata (Victor Raúl Haya de la Torre) y social cristiano (Victor Andrés Belaunde) en su análisis situacional del Perú, no incorporaron el tema de la salud y, por ende, no aparecen en sus ensayos y obras cumbres una mención explícita a sus políticas. Salvo pequeñas alusiones a la necesidad del seguro social para los trabajadores por parte de Mariátegui, se podría deducir que en su visión la buena salud es el resultado del desarrollo económico y social.

Salvo la alusión del actual Presidente de la República que menciona en forma reiterada que el Estado debe invertir en «Educación, Salud y Nutrición», no han existido Presidentes de la República para los cuales el tema de la salud estuviera en el tope de su agenda política. Dado que la buena salud es el resultado de políticas de Estado saludables, el principal desafío de los practicantes de la salud pública será hacer un trabajo sistemático para llegar a las cumbres del poder y convencer a los líderes políticos acerca de que la inversión en salud da buenos resultados y que las políticas de salud participativas cohesionan políticamente a la sociedad.

### **Pobreza y salud**

Si se reconoce que la pobreza es el principal problema de salud pública en el Perú, o al menos está entre uno de los principales problemas,<sup>13</sup> no se ha tenido un abordaje sistemático de las variables pobreza y atención a la salud. A lo largo del siglo XX han existido diferentes esfuerzos por combatir la exclusión social de la población indígena.<sup>14</sup> Así mismo, han existido diferentes iniciativas locales para extender la cobertura de los servicios de salud, así como esfuerzos intersectoriales entre salud y educación que no han tenido continuidad. El asunto de fondo es cómo llegar a un gran consenso nacional para implementar políticas de salud pro-pobres, siendo un componente central de una estrategia de lucha contra la pobreza; cómo plantear objetivos y metas realistas; cómo gestionar los recursos en ese sentido; y cómo tener mecanismos de vigilancia

ciudadana para garantizar que los recursos lleguen a los pobres y evitar que se queden en el camino.

### **El problema de la accesibilidad**

La accesibilidad a los servicios de atención a la salud, entendida como la habilidad de los ciudadanos como pacientes o potenciales pacientes de obtener los servicios disponibles o requeridos cuando lo necesitan dentro de un tiempo apropiado, es un tema crucial para mejorar la calidad de las políticas de salud.

El tema de accesibilidad a los servicios de salud ha tenido un enfoque y manejo político, antes que basado en evidencias. Desde los fines de los años 70, hasta la actualidad, la población que no accede a los servicios de salud, está entre 25 y 35%. Tres consideraciones merecen ser tomadas en cuenta; primero, pese a que durante los últimos 30 años se han producido dos períodos de expansión de los servicios del primer nivel de atención, llama la atención que éstos no hayan repercutido en un aumento del acceso a los servicios; segundo, llama la atención que al iniciarse un período de gobierno, se reconoce<sup>15</sup> el tema de la falta de acceso; sin embargo, al culminar un período de gobierno, llama la atención que no se haya aumentado el acceso, lo cual puede resultar un «*boomerang*» para el gobierno; por último, la base de datos a partir de la cual se infiere la falta de acceso en los últimos años se conforma a partir de las encuestas de niveles de vida, en las que se pregunta sobre la percepción de la enfermedad y la utilización del servicio de salud. Este aspecto de percepción de la enfermedad,<sup>16</sup> recientemente viene recibiendo críticas, sobre su marco conceptual, su utilidad y aplicación práctica.

El enfoque y manejo del tema de la medición de la accesibilidad, superando las controversias, implica reconocer que se debe abordar como un tema de investigación científica junto al desarrollo de sistemas de información.

### **Futuro de la salud de los peruanos**

El abordaje del futuro de la salud de los peruanos, parte de tres premisas. La primera, de la capacidad

de aprendizaje de las experiencias del pasado y de la capacidad como «sociedad que aprende» de valorar los éxitos y fracasos en el campo de las políticas de salud. La segunda, de la capacidad de responder a las preguntas ¿Cómo deseamos vivir? ¿Qué tipo de sociedad queremos construir? y ¿Cómo queremos ser gobernados? La tercera, de lograr construir una sociedad civilizada, inclusiva, equitativa y gobernable, para lo cual tendría que preguntarse acerca de cuál sería el rol de las políticas de salud.

La construcción de una agenda y un discurso político de salud del futuro que permita a la sociedad y al Estado peruano y, a su clase política, tener una visión acerca de cómo mejorar la salud de los peruanos, se basa en el entendimiento de la relación entre salud pública, macroeconomía y crecimiento económico; y de la relación entre las políticas públicas y el capital social, la inclusión y participación de las poblaciones excluidas, como el medio más eficaz para cerrar las brechas de las inequidades en la atención de salud.

La construcción de una agenda en salud debe formar parte de un nuevo discurso que le exige la sociedad a su clase política, el cual debe considerar en su formulación a la pobreza como el principal problema de salud pública, a la éticamente inaceptable exclusión de poblaciones rurales dispersas, y a la existencia de una sociedad fragmentada histórica y culturalmente.

Los actuales y futuros gobernantes del Perú, tendrían que tener un marco de políticas públicas saludables e identificar las causas de la mala-salud. Los determinantes económicos, sociales, culturales y medioambientales de la salud no los controla el Ministerio de Salud, ni mucho menos sus Ministros. Estos determinantes deben ser abordados desde las políticas públicas que determinan presidentes, ministerios económicos y parlamentos, al establecer las prioridades del presupuesto.

La ley aprobada el año 2002, que crea el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, el cual genera una estructura de gobierno y concertación en salud, tanto nacional como local,

y la decisión ministerial del mismo año de implementar un Seguro Integral de Salud, deberán ser efectivamente desarrollados, superando sus actuales limitaciones y controversias, con el fin de que gestione y controle los riesgos para la salud y asegure un acceso universal a la atención a un costo efectivo que el país pueda pagar, entregando sus servicios de una manera apropiada y siendo aceptada socialmente, respetando la diversidad de un país esencialmente multicultural.

### **Gobernabilidad y políticas de salud: políticas públicas saludables**

La gobernabilidad y la política de salud tienen que ver con la relación entre la salud pública, el ejercicio del poder y la capacidad de las fuerzas de la sociedad civil y del gobierno con base en nuestros valores y principios de llegar a acuerdos para establecer políticas, prioridades, estrategias que permitan mejorar la salud de los peruanos.

La base doctrinaria para avanzar - en medio de las diferencias - es el entendimiento de la comunidad de los factores determinantes de la salud, en donde ésta no se circunscribe solamente a la atención.

### **Hacia una función de rectoría más efectiva**

Mejorar la función de rectoría o hacerla más eficaz es el reto más importante que tiene que enfrentar el Ministerio de Salud. De las cuatro funciones que tienen los sistemas de salud - rectoría, financiamiento, organización y entrega de servicios, y generación de recursos - la función de rectoría es la más importante porque su desempeño afecta a las otras funciones directa e indirectamente en el logro de cualquier objetivo sistémico, constituyéndose en una función irrenunciable de cualquier Estado y gobierno, que no puede dejarse en manos del mercado.

### **Manejo apropiado del presupuesto público y cuentas nacionales de salud**

Las prioridades de las políticas de gobierno a corto y largo plazo deben reflejarse en la formulación y ejecución del presupuesto público. Las decisiones

de asignación presupuestaria se deben orientar y alinear a los objetivos y metas de reducción de la pobreza. En educación y salud el tema principal es el acceso universal a servicios de calidad, debiéndose priorizar su interacción y sinergia.

### **Financiamiento pro-pobres**

El objetivo del desarrollo es reducir las desigualdades, especialmente cuando se habla de los países con las peores distribuciones de ingreso en el mundo. Los conceptos de equidad y pro-pobres no son lo mismo. Un sistema puede ser muy inequitativo y al mismo tiempo proveer un paquete razonable de servicios para los pobres.

Dado que la implantación del Sistema Nacional de Salud Coordinado y Descentralizado contempla una mezcla de mecanismos de financiamiento, el grado en el cual el sistema de financiamiento es pro-pobres depende fundamentalmente de cómo interactúan los diferentes mecanismos de financiamiento basados en descuentos de planillas y en impuestos. Los efectos en la equidad dependerán del nivel de financiamiento vía impuestos, de tal forma que se pueda ofrecer un paquete de servicios similar al del sistema de seguro social.

Considerando que la experiencia de la década pasada, que demuestra que los recursos destinados a los pobres no llegan necesariamente a los pobres, se hace necesario perfeccionar instrumentos para la focalización hacia poblaciones rurales dispersas en extrema pobreza.

### **Ciudadanía y deberes y derechos de los pacientes**

La consolidación de la democracia como forma de gobierno y la construcción de las capacidades institucionales para el desarrollo de la salud, van de la mano del desarrollo de la ciudadanía.

### **Recursos humanos**

Existe un amplio consenso sobre que el tema de desarrollo de recursos humanos para la salud fue dejado de lado durante la década pasada. Mientras

de un lado se ignoraba este tema, de otro, el «mercado salvaje» en la educación superior dio lugar a la proliferación de universidades, con un aumento sustancial de facultades de medicina y otras ciencias de la salud. Este hecho ha dado lugar a la sobreoferta de profesionales. Las propuestas para el desarrollo de una política de recursos humanos para la salud pasa por el diseño de una estrategia de cuatro puntos: (i) la formación de cuadros profesionales para la conducción del sistema nacional de salud en los campos de la salud pública, la política de salud, la economía de la salud y la gerencia de servicios. Este aspecto es altamente relevante si se tiene en cuenta el proceso de descentralización en marcha; (ii) el desarrollo de una línea de carrera profesional en el campo administrativo y clínico; (iii) una mejor distribución de los profesionales de la salud para cerrar las brechas geográficas y de niveles de atención, y (iv) diseño de un perfil profesional adecuado a las necesidades de la multiculturalidad, capacitando a personal intermedio multifuncional y de origen étnico local con el fin de lograr una mayor coincidencia entre aptitudes y funciones.

### **Descentralización**

La descentralización de la atención a la salud viene siendo señalada como una herramienta clave para mejorar el desempeño de los sistemas de salud, mediante una mayor eficiencia distributiva, una eficiencia productiva, y la adaptación a las condiciones locales con mayor transparencia y equidad.

Para las autoridades del Ministerio de Salud la agenda del dialogo nacional sobre descentralización pasa por definir el «espacio de decisión» para la transferencia de las funciones de: (i) financiamiento, (ii) prestación de servicios, (iii) recursos humanos, (iv) focalización, y (v) administración.

### **3. Lecciones aprendidas**

El Sistema Nacional de Salud, formado e intentado ser reformado durante el siglo XX, no ha funcionado bien y, en la actualidad, existe un

amplio consenso en que debe ser reformado a través del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

El logro del acceso universal a los servicios de salud y de seguridad social requiere del consenso alcanzado a través del Acuerdo Nacional de Gobernabilidad, firmado por el gobierno, la clase política y la sociedad civil, el cual contribuirá a la integración interna, la generación de bienestar y la formación del capital social.

La pobreza que compromete a la mitad de la población peruana sigue siendo el principal problema de salud pública. La exclusión social de poblaciones indígenas de los beneficios de la vida moderna, no puede seguir manteniéndose, ya que no es aceptable ni ética ni políticamente. Pese a los esfuerzos realizados en el pasado por diversos gobiernos, en el combate de la pobreza y la exclusión social surge la necesidad de mejorar la eficacia de la capacidad de respuesta del Estado peruano, para llegar efectivamente a los pobres y excluidos de una manera sistemática y sostenida.

El fortalecimiento de la capacidad del gobierno para manejar la promoción y la protección de la salud, mediante acciones intersectoriales y transectoriales, requiere de un amplio apoyo ciudadano y de la participación comunitaria en el ámbito local.

La inversión para ampliar la infraestructura de salud pública de la nación es la medida complementaria al desarrollo alcanzado por la vigilancia epidemiológica y poder así enfrentar los retos de la transición y polarización epidemiológica en marcha.

La creación del Seguro Integral de Salud (SIS), y el mejoramiento de la calidad y la seguridad de la atención a la salud en todos los niveles del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado, son unas medidas clave para ampliar la accesibilidad a los servicios de salud.

La regulación de las actividades de las diferentes organizaciones de financiamiento y prestación de servicios de salud, tanto del campo público como

privado, es una función que no puede renunciar el Ministerio de Salud con el fin de facilitar el intercambio de servicios con base en transacciones transparentes.

La descentralización de la atención a la salud que se piensa realizar en el Perú se ve favorecida por las propuestas actuales de reforma del Estado y el proceso de regionalización en marcha; asimismo, se debe aprender de las experiencias de descentralización en los sistemas de salud en los países andinos.

Los desequilibrios en la oferta y la demanda, y la mala distribución de los recursos humanos para la salud, vienen intentando ser corregidos mediante sistemas de acreditación en la formación de pregrado y postgrado, que merecen el mayor apoyo institucional posible. El desarrollo profesional en el campo asistencial y clínico es la medida que permitirá mejorar las capacidades institucionales.

El desarrollo de una ciudadanía activa en términos de sus derechos y deberes, y el aumento al acceso a la información sobre los beneficios de las intervenciones de la medicina y la salud pública moderna, son medidas que el Ministerio de Salud debe buscar apoyar y mantener.

## **XXI. VENEZUELA**

### **1. Logros sectoriales de las últimas décadas**

Más que hablar de logros, debemos señalar que el balance de las últimas décadas es negativo. Utilizando los indicadores tradicionales -las estadísticas oficiales demuestran un estancamiento en el descenso de la tasa de mortalidad infantil y un incremento de la mortalidad materna- es evidente el deterioro de la salud y la existencia de marcadas desigualdades en las formas de enfermar y morir de la población venezolana. La característica básica de los perfiles de salud de Venezuela es la «acumulación epidemiológica», contrapuesto al criterio de «transición epidemiológica».<sup>17</sup>

La crisis de la salud se manifiesta, en primer lugar, en perfiles de salud enfermedad que combinan

patologías prevenibles,<sup>18</sup> infecciosas carenciales, típicas de las sociedades que no han logrado niveles adecuados de bienestar colectivos, aunados al resurgimiento de enfermedades y problemas anteriormente controlados, con patologías típicas de las sociedades industrializadas en las que predominan las enfermedades crónicas degenerativas. En segundo lugar, la crisis se expresa en problemas asociados a la violencia: homicidios y accidentes determinados por formas de organización social y de vida que no permiten la satisfacción adecuada de las necesidades humanas.<sup>19</sup> Podemos afirmar que el elemento fundamental de la crisis de la salud en Venezuela fue el fracaso de la prevención de enfermedades y promoción de la salud y la inexistencia de acciones intersectoriales.<sup>19,20</sup>

Al mismo tiempo, es evidente la crisis de accesibilidad de los servicios de salud<sup>17,21,z</sup> para las grandes mayorías, siendo sólo un pequeño grupo el que goza de una cobertura aceptable.<sup>19</sup>

Las causas de esta situación son múltiples:

### **Disminución de la calidad de vida de la población y aumento de la pobreza**

La mayor paradoja del modelo económico y político venezolano desarrollado durante los últimos cincuenta años es que no logró eliminar los componentes estructurales, productores de la desigualdad, de la pobreza y de la exclusión social, por lo que sólo será factible desarrollar una política de salud, en el marco de una estrategia integral de desarrollo económico, social y cultural sustentable.<sup>19</sup>

### **Insuficiencia del modelo de atención y crisis del modelo organizativo**

Una de las causas de la crisis del sector salud en Venezuela ha sido el predominio de un modelo profundamente medicalizado y biologicista, que ha centrado su atención en la enfermedad –culto a la tecnología- y no en la salud, centrándose el modelo

<sup>z</sup> Unidad Coordinadora del Proyecto Salud. La Reforma de Salud en Venezuela. Cuadernos para la reforma del sector salud 1997;1(1).

en «prestadores» y en la ultra especialización,<sup>17,19,22,23</sup> postergando a la red ambulatoria y a la comunidad como espacios básicos en la determinación de la salud<sup>17,19,24</sup> y estrategias que respondieran funcionalmente a las necesidades de las personas.<sup>25</sup>

En la década de los 40 el Estado Venezolano definió su modelo organizativo para la salud, al crear dos instituciones paralelas y sin conexión. El Ministerio de Sanidad, para garantizar asistencia y atención a los sectores más necesitados de la población, y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, como instrumento para una política de seguridad social dirigida exclusivamente a la población trabajadora asalariada.<sup>19,26</sup> Dicha fragmentación se ha ido acentuando en el tiempo, diluyendo la rectoría, dispersando el financiamiento, y produciendo una gran ineficiencia.<sup>§</sup> Esta fragmentación implica el acceso desigual a los servicios de salud por parte de la población, ya que la misma tiene acceso diferente a los servicios, no en función de sus necesidades de salud, sino de su ocupación laboral y capacidad de pago. Pero la inequidad más grave de este modelo organizativo, es que un amplio grupo de población quedó sin cobertura asistencial.<sup>19</sup>

### **Colapso del modelo de gestión e inadecuado modelo de financiamiento**

El modelo de gestión predominante en Venezuela se ha caracterizado por dos elementos: una estructura cerrada y poco participativa, y una profunda partidización, que lo convirtió en un instrumento de clientelismo y de corrupción.<sup>17,19</sup>

Tres grandes problemas se han desarrollado alrededor del financiamiento: el desfinanciamiento, la fragmentación y la ineficiencia. Ante costos crecientes ha existido un abandono progresivo de las responsabilidades financieras del Estado con el sector salud,<sup>27</sup> y un aumento en la participación del sector privado, el cual ha encontrado un

<sup>§</sup> Comisión Presidencial de Seguridad Social. Exposición de Motivos. Proyecto de Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral. (Mimeografiado). Caracas, 2001.

espacio de acción en la prestación de servicios de salud, producto de la baja capacidad resolutive y de calidad de los servicios ofrecidos por el sector público.<sup>18</sup> En relación con la *fragmentación*, se observa una gran dispersión de los recursos financieros provenientes del Estado, generada por la gran cantidad de instituciones (se estima en más de 400) en las que se ha fragmentado el sistema público de salud, y que produce una gran inequidad.<sup>18,20,21,x</sup> La *ineficiencia*, se expresa en el inadecuado manejo y la baja productividad de los «escasos» recursos existentes, debido, entre otras causas, a una ausencia total de adecuados criterios y mecanismos de asignación y control.

## **2. Retos y desafíos**

En Venezuela no podemos hablar de desafíos pendientes como si de antemano se hubiera logrado dar respuesta a una parte de ellos. La crisis en Venezuela es de carácter estructural y atraviesa toda la organización sanitaria del país. Las políticas de salud a desarrollar requieren enfrentar, tanto la crisis de la salud como la crisis de los servicios. El desafío fundamental de la reforma de la salud en Venezuela es la construcción de un nuevo sistema de salud.

Este nuevo sistema de salud deberá dar respuestas en lo referente a la crisis de la salud en temas como:<sup>17,19</sup> (i) elevadas tasas de mortalidad infantil y materna; (ii) resurgimiento de enfermedades anteriormente controladas (malaria, tuberculosis, cólera); (iii) elevada incidencia de procesos crónico degenerativos (cáncer, diabetes, cardiovasculares); (iv) surgimiento de nuevos problemas de salud (violencia, SIDA), y (v) inequidades de clase, género, etnia.

En lo que respecta a la crisis de los servicios de salud, dicho sistema deberá responder a:<sup>17,19</sup> (i) congestión de hospitales, con largas listas de espera y cobro por servicios; (ii) déficit de insumos; (iii) obsolescencia tecnológica; (iv) deterioro de las condiciones de trabajo; (v) red ambulatoria de poca capacidad resolutive, subutilizada; (v) modelo de atención fragmentado que ofrece múltiples obstáculos para la atención, y (vi) financiamiento insuficiente.

### **Hacia la construcción de un nuevo sistema de salud**

Hoy Venezuela, producto del proceso de transformación social que se viene desarrollando, ha iniciado un proceso que marcha en dirección contraria a la tendencia neoliberal de las reformas del sector salud que se han venido imponiendo en la mayoría de nuestros países. La Constitución plantea a la salud como un «derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida», lo que obliga a nuevas propuestas orientadas a romper con el concepto de «salud como un privilegio».<sup>1</sup>

El principal reto que se plantea en esta etapa es el rescate del sistema sanitario público y la transformación del modelo de atención en salud, de acuerdo con los principios de equidad, integración, universalidad, solidaridad y calidad de los programas y servicios que presta el sector público a toda la población.<sup>28</sup> El eje central de la política es que la salud se convierta en un derecho social, y como tal, esté garantizado plenamente por el Estado sobre la base de una nueva manera de ejercer la ciudadanía.<sup>29</sup>

Todo ello implica la modernización del Ministerio de Salud y Desarrollo Social –MSDS- sobre la base de una redefinición de sus competencias, la construcción de un sistema intergubernamental de salud, dentro del contexto de descentralización, con nuevos mecanismos de asignación de fondos a los estados y establecimientos, y sobre todo el fortalecimiento de la red ambulatoria como puerta de entrada al sistema, lo cual implica la instauración de un nuevo modelo de atención para relanzar los programas de salud pública,<sup>17,19,22</sup> realizando en paralelo grandes inversiones para fortalecer la oferta hospitalaria.<sup>\*</sup>

A partir de marzo de 2001 se inicia una nueva etapa en el desarrollo de las políticas de salud. La

<sup>x</sup> Comisión Presidencial de Seguridad Social (2001).

<sup>1</sup> Capella R. Discurso de Juramentación como Ministro de Salud y Desarrollo Social, 2003.

<sup>\*</sup> Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Modelo de gestión atención integral en salud para Venezuela. s/f.

propuesta central de este período se expresa en el Plan Estratégico Social. La Estrategia de Promoción de Calidad de Vida y Salud<sup>30</sup> se convierte en el principal eje integrador de esta nueva direccionalidad. Se propone entonces un modo de gestión y atención orientado a hacer posible la universalización de los derechos sociales y la materialización de oportunidades equitativas hacia mejores condiciones de calidad de vida, como requisito indispensable para el logro de la justicia social.<sup>31,z</sup>

Producto de una crisis política y económica de grandes proporciones, en el último año las políticas propuestas desde el MSDS se ven minimizadas. Ante esta situación, desde septiembre de 2003, se inicia la etapa «Barrio Adentro» de la construcción del Sistema Público Nacional de Salud.<sup>5</sup> Dicha etapa, que ha sido resistida por los médicos, es la concreción de la atención primaria, como lineamiento de política del MSDS.<sup>x</sup> La propuesta, que ha tenido gran impacto -ha disminuido consultas en emergencia hospitalaria en más de 20%- se basa en la atención, por un profesional de la medicina, a grupos de aproximadamente 250 familias en consultorios populares que han sido aportados por la misma comunidad.

### **3. Lecciones aprendidas**

#### **En relación con el proceso de reforma<sup>a</sup>**

De los procesos de cambio desarrollados en las últimas décadas se extraen importantes lecciones que es necesario sistematizar. Una primera, y quizás la más importante, es la necesidad de precisar de qué reforma hablamos. La propuesta dominante se ha basado en la contención de costos, la privatización, disminución del rol del Estado y aumento del «mercado». El paradigma

<sup>z</sup> Istúriz A. Informe de Consultoría para el Ministerio de Salud y Desarrollo Social sobre el Plan Estratégico Social. GTZ (Mimeografiado). Caracas, 2001.

<sup>5</sup> Contreras J. Barrio adentro. Presentación electrónica, 2003.

<sup>x</sup> Capella R. Discurso de apertura Reunión OPS-MSDS. San Antonio de los Altos, 2003.

de estas reformas «eficientistas» es la privatización y el uso racional de los escasos recursos dedicados a la salud, no su construcción como derecho social.

En el proceso de discusión de la nueva Constitución, se generó un amplio proceso de discusión sobre la salud. De esta discusión se delinean las grandes estrategias que deben orientar la propuesta de reforma a desarrollar en Venezuela: la salud como un derecho social fundamental que forma parte indivisible del derecho a la vida, y obligación del Estado garantizarla, con la participación activa de todos los ciudadanos. Para garantizar este derecho, el Estado creará, ejercerá la rectoría, financiará y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo.

En relación con el proceso de descentralización»

Sobre el proceso de descentralización, en la actualidad se desarrolla un intenso debate en los diferentes sectores de la sociedad. Este debate está determinado, en primer lugar, por el enfrentamiento entre dos concepciones del proceso descentralizador: la descentralización como una estrategia para la desarticulación del Estado y base fundamental para los procesos privatizadores, y la descentralización como una estrategia de democratización del poder y el empoderamiento de la sociedad para la construcción colectiva de las políticas públicas. Este debate apenas se inicia y tiene que ver principalmente con el balance de 10 años de descentralización en el marco de la reforma del Estado. La pregunta central de este debate gira en torno a la posibilidad de generar procesos de «descentralización» sin una fuerte organización y presión de la sociedad hacia la democratización de los procesos. La experiencia nos indica que la «descentralización» sin organización popular lleva hacia la privatización de la salud.

#### **En relación con el modelo conceptual**

Otra lección aprendida se relaciona con la necesidad de construir un modelo conceptual

alternativo al modelo biologicista y medicalizado dominante, el que ha conducido al desarrollo de un modelo de atención disociado y fragmentado, que separa lo preventivo de lo curativo, lo biológico de lo social, y lo individual de lo colectivo. La «salud pública» ha sido sustituida por la «enfermología pública». La visión medicalizada impide comprender que la salud no es el producto solamente de lo que se hace desde el sector salud, mucho menos de lo que hacen los médicos en los hospitales. La salud es el resultado de lo que hace el conjunto de la sociedad, sus instituciones públicas y privadas, y los ciudadanos.

#### ***En relación con la modernización del aparato estatal y la reforma institucional***

Desde el MSDS, cada día se discute con más fuerza el tema de la posibilidad y la factibilidad de «modernizar el aparato estatal», y de desarrollar una «reforma institucional» para dar respuestas a las nuevas propuestas que desarrolla el mandato constitucional. En relación con este tema, cada día parece haber mayor consenso en que el aparato estatal servía al modelo anterior, pero para la implantación de las nuevas propuestas, el mismo se transforma en una «camisa de fuerza». En definitiva, se plantea la necesidad de una transformación profunda de ese viejo aparato y de esa institucionalidad para dar vida a una nueva estructura y a una institucionalidad que responda a las propuestas que se vienen desarrollando en el seno de la sociedad venezolana.

#### **En relación con la formación de los profesionales**

El modelo conceptual biologicista y medicalizado también se impuso en las instituciones formadoras (universidades, tecnológicos, etcétera). Actualmente no existe una relación clara entre los centros de formación y los servicios. La universidad se encuentra aislada y de espaldas al país. Forma médicos y profesionales del área de la salud con escasa sensibilidad social, poca capacidad resolutoria y una concepción mercantilizada del ejercicio de la profesión. Frente a los retos de la transformación del sector salud y la construcción del sistema público nacional de

salud se requiere una profunda transformación que permita formar a las profesionales que requiere la sociedad venezolana.

## REFERENCIAS

1. Centro de Estudios Públicos. Estudio de evaluación de políticas públicas en salud. CEP. Chile, años 1990 a 1997.
2. Fundación Chile 21. Taller de Salud. Salud: compromiso ineludible para el éxito del próximo gobierno de la concertación 1988 noviembre. Santiago, Chile.
3. Rodríguez J, Tokman M. Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999. CEPAL. Serie Financiamiento del Desarrollo, N°106. Santiago de Chile; 2000.
4. Alarcón M, Bachelet M, Concha J, Fábrega R, Valderrama R. Evaluación atención primaria. División Atención Primaria, Ministerio de Salud; 1997.
5. Arévalo D, Martínez F, Rodríguez O. Ha mejorado el acceso en salud. Evaluación de los Procesos del Régimen Subsidiado. Colección La Seguridad Social en la Encrucijada. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia. Ministerio de Salud.
6. Ministerio de Salud – Organización Panamericana de la Salud. Informe Colombia en la Reunión Andina.; 1999 octubre 11-12. Santa Cruz, Bolivia. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional. Instituto Nacional de Salud 1999 octubre 15. Bogotá, Colombia.
7. Martínez F, Robayo G, Valencia O. ¿Por qué no se logra la cobertura universal de la seguridad social en salud? Bogotá: FEDESALUD; 2002.
8. González A, Mogollón O. La reforma de salud y su componente político: un análisis de factibilidad. Gaceta Sanitaria 2002;16(1).
9. Defensoría del Pueblo. Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud. Bogotá; 2003.
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Rol del Estado, políticas nacionales de salud y reforma constitucional. Quito: Efecto Gráfico; 1998.
11. Hall T. Health manpower in Peru: A case study in planning. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins Press; 1969.
12. República del Perú. Acuerdo Nacional, 22 de Julio del 2002. Convocado por el Dr. Alejandro Toledo Manrique, Presidente Constitucional de la República 2001 julio 28. Lima-Perú: Biblos, S.A. Jesús Maria. Disponible en: [www.acuerdonacional.gob.pe](http://www.acuerdonacional.gob.pe)
13. World Bank. A World Bank country study. Peru: Improving health care for the poor. The World Bank, Washington, D.C.; 1999.
14. Bermejo R. La planificación de la salud en el Perú. En: Organización Panamericana de Salud. Cien años de cooperación al Perú. 1900 – 2002, Lima – Perú; 2002.
15. Ministerio de Salud. Lineamientos de política sectorial para el período 2002-2010 y principios fundamentales para el plan estratégico sectorial del quinquenio Agosto 2001-Julio 2006. Lima: MINSA; 2002:14.
16. Dachs J, et al. Inequalities in health in Latin America and the Caribbean: Descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in twelve countries. Pan Am J Public Health 2002;11(5/6):335-355.
17. Feo O. Repensando la Salud: propuestas para salir de la crisis. Análisis de la experiencia venezolana. Valencia: Edición Universidad de Carabobo – Instituto de Altos Estudios de Salud «Dr. Arnoldo Gabaldon»; 2003.
18. González M. Reformas del sistema de salud en Venezuela (1987-1999): balance y perspectivas. Santiago de Chile: CEPAL; 2001.
19. Febres C *et al.* Documento de Base sobre el Modelo de Atención Integral de Salud en Venezuela. Agencia de Cooperación Técnica Alemana (GTZ); 2001.
20. Febres C *et al.* La reforma de la seguridad social en Venezuela: bases y perspectivas. Rev Salud Trabajadores 2002;10(1 y 2).
21. Capriles E *et al.* La reforma del sistema de salud en Venezuela. En: Díaz J. La reforma de Salud en Venezuela. Caracas: CENDES/IESA/Fundación Polar; 2001.
22. Rodríguez G. Histórico debate ¿Qué sistema de salud queremos? Caracas: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; 1999.
23. Rodríguez G. Del ejercicio privado de la medicina o de la alineación del acto curativo. Maracay: Fondo Editorial Proceso; 1979.
24. Granda E. La salud pública: vida, identidad y ética. Ponencia presentada en el VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud 2001. Lima, Perú.
25. Rodríguez G. Propuesta de transición: reforma de la seguridad social y la salud. Caracas: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; 1999.

26. Cursio P. Análisis del financiamiento de la salud en Venezuela. Unidad Coordinadora del Proyecto Salud. (Mimeografiado). Caracas: MSDS; 1999.
27. González M. Evaluación del sistema intergubernamental de salud de Venezuela (1990-1996). (Mimeografiado). Caracas; 1997.
28. Rodríguez G. Lineamientos político estratégicos en salud. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas; 1999.
29. López N. Modelo de Atención Integral. Cuadernos para la reforma del sector salud 1. Caracas: MSDS; 1999.
30. De Negri A, *et al.* El Desarrollo de un pensamiento estratégico en las políticas públicas por la calidad de vida y la salud. Programa de Educación Permanente en Salud y Desarrollo Social. Módulo I; 2002.
31. Urbaneja M. Salud, equidad y gestión Pública. En: ¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud. Memoria del Seminario Internacional «El derecho a la salud y la equidad en los servicios de salud» 2001, Bogotá.

## **QUINTA PARTE**

### **Debates en torno a las políticas públicas de salud**

Esta publicación fue escrita con el objeto de ser un aporte para quienes deben formular políticas públicas en salud. Para ello se ha revisado el contexto en el que se han desarrollado nuestros procesos en salud; se ha presentado la situación actual de nuestros países más allá de los datos y cifras propias del sector, y se han planteado los logros, desafíos pendientes y las lecciones que se han aprendido. Desde ellas -las lecciones- debemos plantear nuestras políticas futuras, con el objeto de ser efectivos a la hora de contribuir a disminuir la exclusión, la pobreza y a la mejora de las condiciones de vida de la población de nuestros países.

Por tanto, nuestras políticas públicas de salud hacia el futuro deben entenderse como parte coherente de políticas sociales globales que se insertan en procesos de desarrollo de sociedades más justas, democráticas y sostenibles. En este espíritu, se pasa a revisar algunos aspectos del diseño de las políticas públicas en salud, sobre los debates actuales y los actores y grupos de interés involucrados, y se plantean algunas observaciones a modo de conclusión.

## XXII. POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

La presencia de las dictaduras en nuestros países, con su deliberado discurso descalificador de lo «político», junto a las distintas limitaciones y falta de capacidad que sucesivos gobiernos democráticos han mostrado para enfrentar eficazmente a la pobreza y la exclusión social, como así también experiencias populistas vividas en la Región, que contribuyen a aumentar la brecha entre las expectativas y lo posible, han confluído en la generación de una mala percepción y pérdida de credibilidad en la «política» y en los «políticos».

Es así como se suele asociar la «política» a corrupción y clientelismo, y a los «políticos» con prácticas no veraces y deshonestas. Dicha pérdida de credibilidad, sin duda que atenta contra la sostenibilidad de nuestros procesos democráticos y tiende a aislar al ciudadano de acciones comunitarias y a desvincularlo de una participación activa en los procesos políticos del país. Aspectos sin duda negativos para el fortalecimiento de la democracia, pero también especialmente negativo para los esfuerzos que se hacen desde el sector salud por involucrar a personas y comunidades en políticas públicas en dicho ámbito.

Las dictaduras intentaron mostrar a la política como un «negocio sucio e inoperante» de los políticos profesionales.\* Para ello, plantearon la entrada a la arena política de «independientes», de «técnicos no contaminados», los cuales demostraron no ser muy distintos a la clase política tradicional. De allí la importancia ética de revalorizar la acción política, evitando los errores que por décadas se han cometido, y que son en parte, responsables del descrédito y la apatía.

En salud, la credibilidad en las autoridades sanitarias es un capital de alto valor social; de dicha credibilidad depende en parte importante el éxito de campañas sanitarias de fomento y prevención, así como del buen resultado en la implantación de modificaciones en los servicios de atención. Dicho capital debe ser enriquecido,

\* Yglesias A. Políticas de salud: análisis, formulación y evaluación». Documento de trabajo. Perú, Mayo 2001.

al asociar el accionar de la autoridad sanitaria a acciones efectivas que involucran y comprometen exitosamente a personas y poblaciones. Dicho de otro modo, una política pública de salud y quienes las lideran, requieren necesariamente de credibilidad y aceptación por parte de la población, esto obliga a generar una cultura «política» en salud, para la cual son clave credibilidad y compromiso.

Dicho capital puede sufrir daño al plantearse medidas que luego no se ejecutan, al ofrecer servicios que no están finalmente al alcance de todos, o al desarrollarse las políticas públicas en salud con los mismos «vicios» que el colectivo ve en «la política» en general.

En la cultura latina la palabra política significa dos cosas al mismo tiempo, que la confunden y contribuyen a su pérdida de valor, mientras en la cultura anglosajona, se tienen dos palabras: *politic* que se refiere a todo lo relacionado con el quehacer de los partidos y el poder, y la palabra *policy* que se refiere al propósito u objeto –y a su diseño e implantación- que define y orienta a cualquier organización social o económica, sea del Estado, del mundo de las empresas, o de la sociedad civil.<sup>1</sup>

Contrarrestar este fenómeno de «arrastre» que genera la acción «político partidaria» para con el ámbito de las políticas públicas, requerirá de un esfuerzo deliberado y persistente por fortalecer al Estado como líder creíble y confiable de políticas públicas en salud, así como por recuperar el valor de la «política» y «las políticas» en general, como instrumento para sostener las aún frágiles democracias de nuestras sociedades.

El proceso político en sociedades democráticas es el modo a través del cual se adviene al poder en representación de la ciudadanía –la cual «teóricamente» es la única depositaria real del poder- para que a través de dicho poder se administre el «bien común» y se lleven a la práctica acciones e ideas (por ejemplo bienes y servicios), que previamente han sido explícitamente

identificadas como demandas socialmente discutidas y mayoritariamente requeridas. Poder, que para lo relacionado con el desenvolvimiento de lo político, está generalmente radicado en el ejecutivo y en el legislativo. Siendo entonces estos últimos, lugares, por donde suelen transitar las «políticas públicas».

No sólo los espacios del ejecutivo y del legislativo son hoy *locus* de dichas políticas; cada vez más, son distintas instancias y espacios de la sociedad civil. Y, cada vez, con mayor importancia en nuestros países, la presencia del otro poder: el de los medios de comunicación, particularmente la televisión. Es tal el «poder» que los medios de comunicación masiva han ido acumulando en nuestros países, que muchas veces han modificado la influencia que tradicionalmente tenían los cuerpos intermedios en el accionar político. Incluso, es más, puede decirse que en gran medida han pasado a sustituirlos. Esto último genera un gran debate sobre las implicancias que esto acarreará sobre la democratización de nuestras sociedades y también sobre la capacidad de actuar directamente con la ciudadanía para quienes tienen responsabilidades en las políticas públicas, evitándose los aspectos negativos que pudiera tener el «efecto mediático». Dicho «efecto» se puede definir como la distorsión que el mensaje sufre en relación con la línea editorial del medio de comunicación. Línea editorial que está determinada por quien es propietario del medio, que en nuestros países suelen ser personas u organismos relacionados con el poder económico, los cuales como es obvio no son «neutros» respecto a la «política y las políticas».

Esta realidad, en que lo que «no se ve» –en la televisión fundamentalmente– no existe, obliga a un nuevo tipo de «intermediario», siendo frecuente que la autoridad hable a través del medio de masas y reciba respuesta a través del mismo, existiendo obviamente un doble «efecto». Sin duda que ya no es posible plantear un modo de relación que no reconozca la existencia de los medios de comunicación masiva. Están allí y hay que actuar a través de ellos, pero así como no se los puede ignorar, tampoco hay que abstraerse de los fenómenos políticos que éstos generan.

Como ejemplo de lo anterior se pueden citar: (i) la influencia que los medios de comunicación masiva tienen en la generación de hábitos y estilos de vida, particularmente en la «importación» de culturas alimentarias y recreativas de otras latitudes; (ii) la influencia que los medios de comunicación masiva tienen en la generación de expectativas en torno al acceso a los servicios sanitarios. Por una parte, suelen enganchar con el «morbo» popular destacando problemas de corte «sensacionalista» y exigiendo su solución, antes que muchísimos otros problemas más prioritarios de acuerdo con los criterios de la salud pública, pero que no despiertan igual «interés» en la audiencia (como ejemplo, en Chile, en el último tiempo los medios de comunicación masiva han presionado por que se incluyan en el paquete de servicios obligatorio que se implementa en Chile, problemas como la cirugía de la obesidad mórbida). Por otra parte, los medios de comunicación masiva con fines «educativos» o de simple recreación suelen mostrar programas de «información científica» que tienen –cuando son serios y bien realizados– el efecto positivo de dar mayor información a las personas, pero que tienen la contrapartida negativa de generar la percepción irreal de que en el ámbito de la salud «todo fuera posible», y (iii) la influencia que los medios de comunicación masiva tienen en la generación de «opinión pública». Realidad que puede ser tremendamente positiva cuando los medios de comunicación masiva apoyan decididamente una campaña de vacunación, o negativos cuando contribuyen a desprestigiar una política en función de intereses de los propietarios. Que dichos intereses existan es legítimo, el problema se genera cuando éstos no se transparentan a la opinión pública.

Nadie pretendería de parte de los medios una actitud de condescendencia hacia las políticas públicas, que renuncie al deseado debate público que dichas políticas deben tener en el contexto de la libertad de expresión, y del libre juego de las ideas, propio de una sociedad democrática. Lo inconveniente es cuando, producto de las ideas políticas o religiosas del propietario de los medios, se actúa generando «opinión» sin respetar la veracidad, objetividad y pluralidad que dichos medios de comunicación social debieran tener. Como ejemplo de dicho accionar, se puede señalar la actitud que han tenido dos canales de televisión en Chile al bloquear una campaña de prevención del SIDA.

El proceso político es aquel a través del cual distintos actores relevantes explicitan y ejecutan sus actividades. El ejecutivo toma decisiones respecto a prioridades y asignación de sus recursos en relación con lo anterior. El proceso de formulación de políticas puede ser dividido en diversas fases, tales como identificación de problemas y su priorización, formulación de políticas y estrategias, implantación de éstas y, finalmente, la evaluación del impacto de ellas. En todo este proceso existe debate en relación con el tema del ejercicio del poder en dicho proceso.

Dicho de otro modo, en torno a si la formulación e implantación de las políticas públicas son patrimonio de «los políticos» profesionales y de los partidos políticos en el espacio del dominio del ejecutivo, o por el contrario, siendo resorte del ejecutivo ejercer liderazgo en dichas materias – liderazgo que puede coexistir en paralelo con el ejercido por otros agentes de la sociedad- las políticas públicas no serían patrimonio excluyente de sector alguno, sino que debieran ser producto de vínculos y debates que incorporan voces ciudadanas y espacios más amplios que los meramente gubernamentales y parlamentarios.

Visto de esta forma, la política pública sería, tanto un producto –la política en sí misma y sus consecuencias en la sociedad- como un proceso de construcción social, tanto en las fases de diseño, como de implantación y evaluación. Construcción social que implicaría el desarrollo de una suerte de evolución en forma de hélice en la que se concatenan conflicto y consenso, surgiendo de allí aprendizaje, involucramiento y, a largo plazo, modificaciones culturales. Modificaciones que sólo logran ser sostenibles cuando las personas aceptan voluntariamente cambiar sus patrones de conducta, ya que toda otra forma – ejemplo de los mecanismos autoritarios, o de los efectos publicitarios de consumo de bienes- no logran cambios sustentables a largo plazo.

De allí, que las políticas públicas más exitosas serían aquellas que son «apropiadas» por las personas, dándole a ellas mismas protagonismo y poder, tanto en su diseño como implantación.

Cuando se habla de voces ciudadanas en salud, se habla de grupos sociales organizados, agrupaciones de usuarios de servicios de salud, etcétera. Muchas veces se tendía a confundir ciudadanía con los grupos de interés del sector que generalmente han intentado capturar para sí la representación de los usuarios de los servicios al hablar «por ellos». Muchas veces el espacio privilegiado para la expresión de la ciudadanía han sido los gobiernos locales y los espacios naturales de grupos con fuerte identidad como son los grupos indígenas.

Las políticas públicas en salud pueden ser explícitas, a través de programas y planes de gobierno, que incluso pueden superar el período de tiempo de un gobierno determinado y proyectarse como política de Estado, o pueden ser implícitas, que son propias de gobiernos improvisados. La forma como se explicita una política y que se constituye en compromiso es clave en la coherencia y persistencia con la cual ésta se desarrollará. La intensidad, especificidad y «solemnidad» de la «promesa» efectuada, junto a la sensibilidad de los gobiernos ante el escrutinio público y el control ejercido por la sociedad determinarían la continuidad de dichas políticas. Por otra parte, la falta de propósitos específicos, la ambigüedad de las promesas y la baja priorización del sector salud conspirarían contra la existencia de políticas y su continuidad.

En los países andinos, así como en muchos otros, el Ministerio de Salud tiende a estar en el piso de jerarquía dentro de los gabinetes, y suele ser fácil comodín para equilibrar las cuotas de poder que implican generalmente la sobrevivencia de los gabinetes. Por todo ello, muchos «cambios» han quedado en la propuesta, o en leyes que no se han implementado.

Muchas son «pseudo» políticas, al no tener otro objeto real que ser pretextos en escenarios políticos más complejos, tales como negociaciones con organismos multinacionales –especialmente financieros- o como «moneda de cambio» en negociaciones internas.

Sin duda que el diseño y la implantación exitosa de políticas públicas en salud tienen particulares

complejidades, que requerirán de especial liderazgo y capacidad para establecer alianzas y así darles continuidad más allá de los vaivenes políticos coyunturales. No se puede olvidar que la sobrevivencia de un Ministro de Salud en nuestros países escasamente sobrepasa a un año.

Parte de las complejidades de las políticas públicas en salud se relacionan con el hecho de que en torno a éstas, conviven variadas visiones. Por una parte, el economista suele reducir éstas al ámbito de la distribución de los recursos, mientras que para el trabajador de la salud se suele reducir a la mejoría de los salarios. En medio están las visiones de quienes producen tecnología, ofertan servicios y aquellos que estudian los problemas de salud y los impactos que determinantes sociales y distintos servicios producen en la calidad de vida de las personas. Así como conviven visiones y distintos significados, también conviven paradigmas que reducen las políticas públicas en salud al ámbito de los temas sectoriales y particularmente de los requerimientos de la oferta de servicios médicos, junto a paradigmas más amplios que propugnan enfrentamientos más globales, tanto con relación a los agentes comprometidos –accionar multisectorial conducido desde el más alto nivel del Estado- como con relación a los blancos donde se desea actuar –determinantes sociales, hábitos culturales de la población en general, etcétera-.

En América Latina, y también en otros países, las agendas de cambio en salud de los últimos años han sido vistas como impuestas externamente, dado a que éstas han sido propuestas en períodos de restricción económica y por tanto han buscado reducir costos del aparato estatal y mejorar la eficiencia de los aparatos públicos. Por otra parte, como ya se señalara, reformas al sector salud que han sido aprobadas, decretadas o incluso suscritas por ley, no necesariamente se han implementado cabalmente. Todo lo anterior ha conducido a una suerte de «descrédito» del concepto de reforma al sector salud. En los países andinos, con la excepción de Chile y Colombia, dichas agendas de cambio no se ejecutaron mayormente, lo que genera dos escenarios: uno, los desafíos de «reformar» la reforma, sin caer en la tentación de «partir de cero» para el caso de Chile y Colombia,

y dos, aprovechar el aprendizaje, tanto interno como externo, para proceder a diseñar procesos graduales e incrementalistas, que puedan tener continuidad para el caso del resto de los países.

En este camino, de unos y otros, es clave aprender de la experiencia de los demás y diseñar procesos racionales, basados en la evidencia existente y comprendiendo la forma como los procesos políticos –los cambios en salud son uno de ellos- se desenvuelven.

A este respecto, es interesante revisar la experiencia norteamericana con la propuesta del presidente Clinton, la que no falló en sus contenidos, sino por el contexto político en el cual se desarrolló el debate; en la conducta adoptada por los diversos grupos de interés y por la falta de un involucramiento desde el inicio por parte de los congresistas, entre otras múltiples razones. En el caso chileno, en el que el desafío era llevar adelante modificaciones graduales que solucionaran los problemas derivados de la reforma de los años 80, se evaluó como clave involucrar tempranamente a los parlamentarios y sensibilizar a la opinión pública, y de tal forma asegurar un trámite exitoso de los proyectos de ley aun ha sabiendas de la altísima resistencia que se habría de desarrollar por parte de grupos de interés fuertemente polarizados y que tendrían en común el oponerse –aunque por razones distintas- al proceso de cambios.

Es por ello importante comprender cabalmente los puntos en debate y la posición de los diversos actores al momento de pensar y actuar en torno a nuestras políticas públicas en salud.

### **XXIII. Debates y actores**

Aún se encuentran vivas las ideologías que han inspirado la forma y el fondo con los que se han ido moldeando nuestros sistemas de salud. La variedad de enfoques y la construcción de discursos políticos muestran una amplia gama que va desde el «realismo mágico» hasta la «política de lo posible». El tránsito de las políticas de salud basadas en ideologías hacia las políticas basadas

en evidencias parece que será largo y tortuoso, pero hay la necesidad de iniciarlo.\*

Sin duda que dichas políticas de salud no están ajenas a debates muchos más amplios en relación con el modelo de sociedad, el rol del Estado, del mercado y del ciudadano. En todos nuestros países se está buscando mejorar los servicios de atención a la salud, particularmente en términos de acceso y calidad hacia los sectores de mayor riesgo social y sanitario. En esa búsqueda, aparecen tomando posición ideologías, distintos intereses y los diversos actores.

Una de las características de las reformas del sector salud, orientadas al mercado, que vivimos en nuestros países es que se presentaron como técnicas y no políticas, como un asunto de gerencia y no de políticas públicas viables. Este discurso, por ejemplo, contagió a quienes se ubicaron en fronteras opuestas a la hora de reformar la «reforma» de los años ochenta en Chile, o de evaluar la Ley 100 en el caso de Colombia. Tensando las fuerzas de los agentes de tal manera que en Chile se dificultó la posibilidad de un proceso menos traumático en la generación de consensos, y en Colombia la actual radicalidad de posiciones genera interrogantes sobre la sostenibilidad del modelo a largo plazo.

Lo que parece ser una premisa falsa que debe desmitificarse, guarda relación con la posibilidad de haber «reformas de carácter meramente técnico», ya que la atención a la salud es esencialmente un tema político. En la medida en la que se trata de bienes públicos, acceso, costos, distribución de recursos, la atención a la salud es y será siempre un asunto de políticas públicas y de liderazgo político. Desde el momento en el que alguien asume una responsabilidad en el ámbito del diseño de una política pública, debe asumir sus actos como hechos políticos.

Siendo un asunto político, tiene que ver con los valores y las ideologías, la gobernabilidad, el capital

---

\* Comentarios de Arturo Yglesias con relación al Seminario Andino sobre las Reformas a la Salud. Lima, Octubre 2003.

social, el desarrollo de las capacidades institucionales, la ciudadanía y, por supuesto, con los aspectos técnicos. Todos estos componentes no son excluyentes, sino que deben articularse alrededor de la construcción de un discurso, un liderazgo y un itinerario político que conduzca al desarrollo de políticas viables y persistentes. Viabilidad que guarda directa relación con la prioridad que logre el sector en la agenda pública; en la medida que los cambios en el sector salud se impulsen intersectorialmente como temas de Estado, y en que se comprendan los complejos procesos políticos que implican el diseño e implantación de dichos cambios.

En los casos de Chile y Colombia, los inspiradores de las reformas orientadas al mercado, argumentan que éstas no han concluido o que no habían sido completamente aplicadas. Por lo tanto, para que hubieran funcionado bien tendrían que haberse implementado en su totalidad. Pero, este enfoque desconoce que la política en democracia se negocia entre diferentes grupos y no es posible que un grupo de interés o de opinión imponga sus criterios al resto de la sociedad.

Es por ello que parece relevante intentar describir los actuales debates y a los distintos actores presentes en torno a los esfuerzos de cambio en el sector salud.

### **Los puntos centrales en debate**

La construcción de nuestros sistemas sanitarios ha girado en torno a un debate en varios planos, los cuales se entremezclan entre sí:

Primero, están las luchas sociales y políticas por obtener mayor acceso a los servicios de atención que son planteadas desde los grupos sociales más desfavorecidos y recogidos por las corrientes políticas con mayor acercamiento de su discurso a las necesidades populares. Estas luchas sociales, no sólo se circunscriben al plano de exclusión económico social, sino que emergen cada vez con más fuerza reivindicaciones en los ámbitos étnicos y de género.

Segundo, están los conflictos entre las visiones que colocan más énfasis en un enfrentamiento de

la problemática de salud a través de los diseños de políticas sociales coherentes con modelos de sociedad más igualitarios y solidarios (la salud como producto y contribuyente en un modelo de sociedad en torno a principios de justicia social), con relación a visiones más reduccionistas de la salud, en donde el énfasis está en la enfermedad y en la necesidad de enfrentarla eficientemente, para contar con una masa laboral que aporte en mejores condiciones a la productividad del país.

Tercero, están los conflictos y debates de quienes enfocan el tema sectorial desde la preocupación de la contención de costos y del mantenimiento de los equilibrios macroeconómicos, en contraposición a quienes ven las respuestas a los problemas sectoriales sólo como un tema de más y más gasto.

Cuarto, la discusión ideológica sobre los instrumentos que modelan a los servicios de atención, el rol del Estado y del mercado. En este último plano de debate se ha cuestionado la injerencia del Estado en la prestación de servicios (fin del Estado productor); se ha planeado la necesidad de dar un creciente rol al mercado en la prestación de servicios y en el aseguramiento de la población, y se mantiene el debate instrumental sobre las fuentes y vías de financiamiento, particularmente sobre la sostenibilidad en nuestros países de los sistemas de seguridad social basados en la contribución de la masa laboral formal.

Y en un quinto plano, luego de las guerras mundiales y de la valoración planetaria de los derechos humanos, se ha ido observando una progresiva extensión del debate y luchas en torno a los derechos personales no sólo políticos, sino también en el ámbito de la salud, y la extensión de éstos, también hacia los derechos sociales. Generándose entonces una progresiva tendencia, en paralelo a la democratización de nuestras sociedades, a entender a la salud como un derecho humano esencial, debiendo entonces nuestros sistemas reconfigurarse con relación a personas –ciudadanos- sujetos de derechos personales -no sólo políticos- y derechos sociales, uno de éstos, el del acceso a la salud.

Los sistemas de salud se organizan y se financian a través de distintos arreglos que las sociedades hacen a través de sus procesos históricos. En nuestros países lo característico es la diversidad y la fragmentación. Parte importante del debate actual se ha centrado en decidir si una manera de organizar un sistema de salud es mejor que otra, muchas veces la discusión sobre los instrumentos ha opacado el debate sobre los objetivos.

La mayoría de los grupos políticos señala más o menos explícitamente en su discurso que la salud es un bien común y un derecho esencial del ser humano. Derivado de lo anterior, se suele emplear un lenguaje crítico frente a las diferencias injustas en el acceso a dicho derecho, por razones socioeconómicas, de género, de edad, de lugar geográfico o alguna otra. Es más, en todas nuestras Constituciones se consagra el acceso a la salud como un derecho, situación que dista dramáticamente de la realidad. En nuestros países se suele observar una gran distancia entre los propósitos declarados en el ordenamiento jurídico, con lo que suele pasar en la realidad. Así mismo, se puede observar similar distancia entre los discursos políticos electorales y posteriormente el lugar que ocupa el sector salud en sus agendas.

Del discurso y las declaraciones constitucionales, la garantía social del derecho al acceso a la salud, al igual que otras garantías sociales, debería cobrar pleno sentido en sociedades democráticas. La democracia como sistema político se ha completado al ser concebida también como un sistema económico y social que permita, armónicamente, crecimiento y equidad, desarrollo económico y calidad de vida. Se entiende que las dimensiones social, económica y política de la democracia están tan vinculadas entre sí que necesariamente han de desenvolverse simultáneamente y con idéntica dirección. En la medida en que nuestros países han ido consolidando sus procesos democráticos, ha ido surgiendo con más fuerza que el acceso a la salud sea efectivamente un derecho ciudadano. Y cada vez es más frecuente ver este discurso en las plataformas electorales.

En muchos países democráticos, a los derechos individuales, garantizados constitucionalmente

(libertad, igualdad), se han ido añadiendo los derechos sociales (el derecho al empleo, a la vivienda, a la salud, a la educación, entre otros), que exigen que el poder público asuma un papel más activo en los procesos sociales, con el fin de que las mencionadas garantías gocen de efectividad. Lo anterior hace al Estado responsable de los esfuerzos colectivos para que los derechos sociales sean disfrutados por todos. La igualdad de oportunidades, deja de ser sólo el fruto espontáneo del libre juego de las fuerzas económicas, para ser el resultado deliberado de la voluntad de la sociedad.

El subdesarrollo en nuestros países nos ha ido enseñando que las democracias deben tender a ser igualitarias o no son democracias, así como que también deben ser capaces de brindar estadios superiores de justicia social, fin último de las sociedades. En este contexto se ubica el proceso de garantizar el derecho humano a la protección, restauración y mejoramiento de la salud y su significado en cuanto a derecho humano. Estos conceptos han ido tomando creciente fuerza, primero en élites intelectuales y políticas, y luego progresivamente en grupos más amplios de la población.<sup>212</sup>

La elevación del derecho al acceso a la salud al rango de garantía social ha sido una demanda de todos los pueblos. Esto no puede verse sólo como una postura ideológica. Es la consecuencia –luego de vividas las oportunidades y amenazas de la globalización- de una visión del desarrollo, que se está haciendo más extensiva en el debate actual, y que postula que entre salud y desarrollo no hay una relación ordinal, sino una vinculación que hace de ella causa y efecto del progreso de las naciones.

En la perspectiva de ese debate la salud, como el desarrollo social, no sería sólo producto secundario del crecimiento de la economía, sino que el desarrollo

integral, equilibrado y justo, requeriría que los niveles de salud se vean mejorados concomitantemente. Así como los países desarrollados tienden a ser saludables, los pueblos saludables tienen mejores perspectivas de desarrollo. Esa visión no debe perderse de vista si se quiere evitar que las crisis económicas por las que suelen transitar nuestros países provoquen mayores deterioros en la salud, por la caída en los niveles de calidad de vida. Reducir, en tiempos de crisis, las asignaciones a los campos prioritarios del desarrollo social, con el propósito de sanear las finanzas públicas, puede ser un grave error estratégico que, tanto a corto como a largo plazo, termine conspirando contra el progreso de los pueblos.

Los altos costos de la atención y el patrón poco igualitario que, en general, se ha dado en los países en desarrollo, exigen desde el mundo de las decisiones políticas un replanteamiento de la estrategia para asegurar que haya calidad común y que se logre plena cobertura de los servicios, especialmente en los temas prioritarios.

Dado a que en nuestros países, al interior de la mayoría de las fuerzas políticas, se comparte que el acceso a la salud es un derecho social que el Estado debe de alguna manera garantizar, y dado que el derecho a la protección de la salud es una cuestión valorada por la ciudadanía como un valor en sí mismo, darle cumplimiento entonces se constituiría en una cuestión de orden político ético, pues constituye una garantía social ineludible, y será políticamente una necesaria y buena acción, amén de la valoración moral que se obtenga.

En esta última lógica, si no se les asegura su cumplimiento a los ciudadanos, beneficiarios de la garantía social, se lesiona un derecho y, en consecuencia, hay violación de los derechos humanos. Esta retórica –salud y derechos humanos- está cobrando cada vez más fuerza en los debates políticos subyacentes a nuestros actuales procesos de reforma. Lo que reafirma que el actual debate en salud es más político que técnico. Detrás de un discurso «pragmático» centrado en lo «técnico» se suelen esconder esquemas ideológicos que no siempre han sido bien transparentados en el debate.

---

<sup>1</sup> Artaza O. Derechos humanos y reformas a la salud. Informe No 254 Salud. Septiembre 2002 asuntos públicos.org

<sup>2</sup> Artaza O. Respuesta a quienes rechazan que la salud sea un derecho ciudadano. Informe No 243 Salud. Agosto 2002 asuntos públicos.org

Con igual fuerza surge el debate en torno a derechos específicos de grupos sociales, tales como los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, derechos de minorías sexuales y étnicas con relación a los servicios de atención de la salud, etcétera. Por lo tanto, es clave para quien toma decisiones o formula programas sanitarios el estar atento al desarrollo de este debate y sus correspondientes implicancias en los grupos tomadores de decisión.

Con relación a los derechos, surge en casi todos nuestros países el tema de la reparación, en el plano de la salud, de quienes han sufrido atropello de sus derechos esenciales durante las dictaduras militares. El daño, secuela de las torturas, el exilio y otras formas de vulneración de derechos básicos, no sólo afectan a la persona que sufre, sino también a su grupo familiar y a su descendencia. Esto obliga a desarrollar políticas de Estado que vengan a reparar dicho daño. En el plano sanitario, hay programas como el Programa de Reparación de Atención Integral de Salud y Derechos Humanos –PRAIS- en Chile, que intentan contribuir a la reparación de dicho daño y asumir como Estado la obligación que implica, cuando ha sido el propio Estado quien deliberadamente ha perseguido, torturado y asesinado a miles de ciudadanos, en muchos momentos de nuestra historia.

El Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, de la Organización de las Naciones Unidas, de 1948 establece que «Todo ser humano tiene derecho a un nivel de vida que le permita a él mismo y a su familia gozar de salud y bienestar que incluyan la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, tiene asimismo derecho a seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, vejez...»

Las Constituciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud reconocen la salud como un derecho humano y las consiguientes responsabilidades que ello implica.<sup>3</sup> Otras declaraciones internacionales sobre derechos humanos también reconocen, explícita o implícitamente, que la salud es un

derecho humano que genera determinadas responsabilidades. Tal es el caso del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, y de la Declaración Americana de los Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica).

Del mismo modo, como ya se señalara, los países andinos sin excepción recogieron, ya sea en sus Constituciones o en textos legales subordinados a ellas, el derecho a la salud.<sup>4</sup> Ellos facultan a los poderes públicos para moderar los intereses de los distintos actores sociales, fomentar las condiciones que favorecen la salud de los individuos y poblaciones, disminuir o eliminar las condiciones que las perjudican, ordenar los servicios destinados a recuperar la salud o a paliar las consecuencias de la enfermedad, y regular la producción y/o distribución de los recursos financieros, materiales, humanos y tecnológicos destinados a tal fin.

En todos nuestros países, con la diversidad que ya se ha reconocido, se está intentando cerrar la brecha entre el «propósito» y la acción, con todas las limitaciones que se derivan de la falta de recursos y la debilidad para mantener políticas a largo plazo con coherencia y persistencia. Es así, que se han ido desarrollando mecanismos de ampliación de cobertura frente a contingencias específicas, las cuales se definen y financian en condiciones social y públicamente reguladas. De un modo genérico ello se denomina la protección social de la salud, de la cual las distintas modalidades de arreglos financieros o seguro social forman parte.

### **El debate sobre la salud como derecho y la escasez**

Sin embargo, el reconocimiento legal de un derecho, e incluso su instrumentación normativa, no siempre significan su plena realización práctica. De hecho, en nuestros países el ejercicio del derecho a la salud se ha visto dificultado por diversos factores entre los que destacan los de

orden financiero, cultural, geográfico, de género y otros configurando así una «geografía de la exclusión» de la protección social en salud. De hecho, tratar de remediar esta situación ha sido uno de los objetivos declarados de muchas de las agendas de cambio (genéricamente conocidas como «reformas») que se han ido introduciendo en los sistemas de salud de los países de la Región durante las últimas décadas.

La protección de la salud no implica el ofrecer todo para todos, pues no hay país en el mundo que pueda afrontar ese desafío. Es indispensable, entonces, definir en qué consiste lo esencial o «primordial» que puede ofrecerse a todos, con el fin de que disfruten razonablemente de buena salud. Esto último choca con las tendencias de carácter más «populistas» de algunos sectores políticos de nuestros países que en sus discursos tienden a ofrecer «paraísos igualitarios en salud», o a la mala costumbre de nuestros sectores políticos de diferenciar cuál es el «programa electoral» del que será en definitiva el «programa real de gobierno», esta dicotomía, junto a las influencias de los medios de comunicación de masas han generado, como ya se señalara, una creciente explosión de expectativas en nuestra población, que se traduce en un real problema político a la hora de tomar decisiones claves tendientes a conseguir una más equitativa y efectiva atención sanitaria con los recursos disponibles.

La necesidad de priorizar es consustancial a la escasez de recursos. El acceso a los servicios de salud constituye un componente esencial de la calidad de vida. Una nación no logra adecuado desarrollo humano mientras persista sufrimiento innecesario por problemas que la ciencia y la tecnología han vuelto evitables. Tampoco podemos hablar de una sociedad justa mientras algunas familias enfrentan la ruina financiera con tal de atender su salud. Pobreza y enfermedad cierran un círculo vicioso que atenta contra los más profundos valores de la dignidad humana.

Siempre un nivel de controversia se plantea en relación con las bases de los procesos de reforma. Detrás de la resistencia de algunos actores, está el

temor a la pérdida de poder, influencia o ganancia económica y la oposición ideológica ante la necesidad de priorizar. Detrás de esta última oposición está el supuesto de que el Estado debe financiar todas las necesidades de salud de todas las personas. Dicha declaración es un legítimo propósito pero, lamentablemente, en la práctica sólo termina traduciéndose en mantenimiento del *status quo* del actual orden de cosas que bien sabemos perjudica a aquellos de menores recursos que tienen mayores necesidades de salud.

Como señaláramos, existe un importante debate sobre la atención a la salud como un derecho humano. Al mismo tiempo, se está dando una búsqueda universal para el mejoramiento de los sistemas de salud y un consenso sobre la necesidad de reformarlos. Lo novedoso es que junto a la búsqueda de la equidad, está surgiendo una interesante visión en la que los derechos humanos se constituyen como la base doctrinaria para fundamentar las políticas de salud, y así hacer explícitas las bases éticas de los sistemas de salud.

Esta última visión plantea los siguientes aspectos al debate:

Todo sistema de salud refleja una serie de supuestos éticos, explícitos o implícitos, que se expresan en la forma como aquél se organiza. En cualquier sociedad, especialmente en las que hay mayores inequidades, es indispensable que el sistema de salud represente una instancia donde todos reciban un trato similar ante necesidades semejantes.

La gran mayoría de las pérdidas de salud, por muerte o discapacidad, son involuntarias. Por lo tanto, ningún tipo de discriminación en el acceso a los servicios es moralmente válido. Sólo criterios sanitarios objetivos respecto a la necesidad de atención deben regular dicho acceso.

El asegurar a todos un piso ético de atención a la salud adquiere el mismo sentido de justicia que la educación o la garantía de una vivienda digna. La igualdad de oportunidades ofrece una base moral para que la distribución de la riqueza sea socialmente justa.

Desde esa óptica, la discusión política gira en torno a si la protección de la salud debe ser un bien de consumo para quienes tienen el privilegio del dinero, o un objeto de asistencia, o debe convertirse en un derecho social. Esto último surge de una extensión de los derechos civiles y políticos hacia los asuntos sociales. Una de las premisas es que la libertad, la igualdad y la justicia social son nociones vacías, a menos que todos los habitantes de un país hayan alcanzado un nivel ético de vida.

El principio de solidaridad implica la responsabilidad social compartida de cada ser humano para con las personas más vulnerables, y corresponde a que los sanos se solidaricen con los enfermos. La solidaridad forma la base de la seguridad social y es un elemento que está en gran medida presente en los cambios en salud - que como ya señaláramos- han venido a constituir una «nueva oleada de reformas» en nuestros países.<sup>5</sup>

La comprensión de la salud como «derecho humano», posibilita retomar una discusión política más amplia sobre cómo volver a comprender los temas sectoriales insertos en procesos más globales de la agenda pública, dentro del contexto de la discusión sobre el modelamiento de políticas sociales públicas y en el contexto de la discusión sobre el modelo de desarrollo y sus repercusiones sobre los ámbitos sociales.

#### **El debate sobre 'modelos polares': Estado o mercado y universalidad**

Parte del debate político, nada de nuevo por lo demás, estriba en la discusión sobre cuál «modelo» es el adecuado para nuestras realidades. Por una parte se plantea la vigencia del «modelo de Estado de bienestar en salud» y por otro lado el del «mercado en salud», como modelos contrapuestos y excluyentes. Dicho debate ha centrado la atención y polarización de nuestra clase dirigente en las dos últimas décadas.

En el caso de la salud, la universalidad, propia de los «Estados de Bienestar en Salud», se expresa generalmente en un sistema único y gratuito al

momento de utilizar los servicios. Ante el incremento de costos, los sistemas de universalidad irrestricta pueden terminar recurriendo a mecanismos de racionamiento, como la generación de listas de espera o copagos (cuotas de recuperación u otros mecanismos moduladores de la demanda), que terminan dificultando el acceso a las personas más vulnerables y pobres. Estos sistemas han señalado problemas de sostenibilidad en los países más ricos del orbe.

Muchas veces la focalización de los recursos en los más pobres sólo se traduce en producir sistemas estratificados, en los cuales los servicios reservados a los pobres tienden a ser de calidad inferior. Los servicios para los pobres terminan siendo pobres servicios.

#### **El debate sobre el mercado en los servicios de salud**

El mercado exhibe tantas imperfecciones que bien se le podría caracterizar como «un mercado perfectamente imperfecto». La más importante de esas limitaciones se refiere a las asimetrías de información entre los prestadores y los consumidores; a que los beneficios de la atención a la salud no pueden ser vistos estrictamente como bienes individuales o «privados», ya que también afectan a la familia, la comunidad y el resto de la sociedad; las imperfecciones críticas de los seguros privados de salud: la selección adversa y el llamado «riesgo moral», donde para protegerse de estas dos imperfecciones las aseguradoras intentan seleccionar los riesgos que cubren, mediante mecanismos tales como preexistencias y exclusiones. Esto tiene el problema de que deja sin protección, justamente, a las personas que más lo necesitan.

A las imperfecciones del mercado debe añadirse el hecho de que, por su propia naturaleza, las necesidades en salud son potencialmente infinitas. El hecho de satisfacer una necesidad no limita el surgimiento de otras. Más bien ocurre lo contrario. Como finalmente todos hemos de enfermarnos y morir, el evitar una enfermedad aumenta, por ese mismo hecho, el riesgo de sufrir alguna otra. Si bien las

necesidades son potencialmente infinitas, los recursos para atenderlas no lo son. La escasez resultante se acentúa a medida que la demanda por servicios de salud crece. Además, la explosión tecnológica hace posible ofrecer servicios que pueden no responder a una necesidad: hay innumerables estudios sobre consumo innecesario.

Afortunadamente los «prejuicios» de que todo lo estatal es burocrático y de mala calidad y de que lo «privado» es sinónimo de buena calidad y de «lucro ilegítimo en salud», se han ido paulatinamente venciendo en las discusiones políticas, producto de la dura realidad que nos obliga a hacer cooperar los escasos recursos de que disponen nuestros países y de que tanto el Estado, el mercado y el ciudadano han estado cambiando en nuestros países. Por lo tanto, se podría decir, que de la discusión sobre si más Estado o más mercado, afortunadamente, pareciera comenzar un debate –de estadio superior- con relación a cómo lograr un «mejor mercado» y un «mejor Estado», reconociendo que el Estado tiene un rol insustituible, y que el mercado, siendo una realidad innegable en este mundo globalizado, no es la panacea que en algún momento se intentara esgrimir en el campo de la salud.

Hay cada vez más consenso en los debates políticos sobre que un sistema de salud que se basa exclusivamente en la capacidad de compra o en visiones asistenciales de carácter paternalista, genera inequidad, ineficiencia y disímil calidad. Por el contrario, parece cada vez más atractivo en el debate, sistemas capaces de ofrecer universalidad en las prioridades de salud definidas sobre la base del encuentro de la opinión técnica (eficacia, eficiencia, costo efectividad, calidad) y la legitimidad ciudadana, los que pueden promover, de manera vigorosa, los derechos humanos en salud.

La controversia más profunda es con relación a la visión del individuo frente a los servicios de atención de salud. En muchos de nuestros países conviven visiones que ven al individuo sólo como un consumidor, por tanto no valoran el rol del

Estado, con la de otros que «demonizan» el mercado, que cualquier cambio lo asocian a «privatizar, a neo liberalismo o a receta del Banco Mundial», con la de otros que se resisten a dar poder al ciudadano para pararse distinto frente al Estado y al mercado. Detrás de las resistencias y vaivenes de nuestros procesos de reforma, hay una fuerte dosis de negarse a perder poder y privilegios, tanto de los grupos dominantes como de los actores involucrados en el complejo médico industrial.

Los derechos en salud transforman a las personas de objetos pasivos del consumo o de la asistencia, en que otros, unos pocos, deciden, a sujetos dotados de un poder que pueden ejercer con mayor simetría e igualdad. El dar poder a las personas parecería peligroso a quienes no conviene una actitud informada, responsable y protagónica de las personas. Dicha persona «empoderada» no consume todo lo que el mercado le ofrece, ni se deja llevar por el «clientelismo» clásico de las formas asistenciales. Por lo tanto, este debate –que se inicia en salud- es parte de un debate mucho más profundo que tiene que ver con la democratización de nuestras sociedades. Entender este debate es clave para quienes hoy quieren aportar efectivamente en los procesos en salud.

### **Equidad, solidaridad y costo-efectividad**

Ante el dilema de los países andinos de no poder reproducir una universalidad irrestricta -que es el óptimo de casi todo nuestro imaginario político- y ante la realidad de profundas inequidades y estratificaciones odiosas de los servicios, surgen los siguientes aspectos en el debate:

### **El debate sobre la importancia de la equidad**

Que se puede entender como un esfuerzo para otorgar servicios con directa relación con las necesidades de salud. Dado que la carga de la enfermedad está muy desigualmente distribuida entre grupos sociales y zonas del país, la equidad implicaría dar más atención a los que padecen una mayor carga. Por lo tanto, el sistema de salud no sólo debe incrementar los niveles de salud totales,

sino que debe hacerlo en forma tal que se reduzca la brecha entre los grupos sociales y así se contribuya a superar condiciones injustamente generadas.

### **El debate sobre la solidaridad**

Para disminuir la incertidumbre inherente a la pérdida de la salud, las imperfecciones del mercado y garantizar el acceso universal a servicios costo-efectivos, el derecho ciudadano a la salud echa mano de un principio presente en las últimas «generaciones de cambios en salud», el principio de solidaridad. En efecto, la incertidumbre ante la pérdida de la salud se puede abordar agregando los riesgos individuales por medio de la seguridad social que colectiviza los riesgos. Esta operación transforma los riesgos en predecibles para la colectividad, con lo cual se puede administrar la incertidumbre al lograr la solidaridad de los sanos para con los enfermos, los jóvenes con los viejos, los hombres para con las mujeres.

### **El debate en el discurso técnico político sobre el uso de instrumentos o argumentos técnicos como el costo-efectividad**

Para decidir qué servicios estarán accesibles de manera universal. Así, el sistema no garantizaría acceso universal a todos los posibles procedimientos que hoy están disponibles, sino que se privilegiaría a aquellos que hayan demostrado una buena relación de costo-efectividad. Este criterio deja atrás la promesa imposible de ofrecer «todo para todos». En su lugar, se intentaría equilibrar eficacia, eficiencia y equidad, al ofrecer «lo mejor para todos, particularmente a quien más lo necesita». Los procedimientos o intervenciones más costo-efectivas tenderían a atacar la carga de enfermedad que más afecta a los pobres, de manera que sería posible darles atención prioritaria sin necesidad de segregarlos o estigmatizarlos.

### **El debate sobre cómo utilizar mejor los recursos: el debate sobre cómo racionar<sup>a</sup>**

Por todo lo anterior, en materia de atención a la salud, siempre existe racionamiento. Toda

sociedad, así sea próspera en extremo, enfrenta el problema del uso racional de los servicios de salud. Lo puede hacer en forma implícita, dejando que cada cual se defienda por sí mismo, o en forma explícita, mediante un consenso social transparente. Este último punto es clave y está surgiendo progresivamente en los debates políticos. La pregunta que muchos se hacen, radica en cómo hacer participar a la ciudadanía en la toma de decisiones, cómo hacer realmente protagonista a las personas, e incluso, muchos también se hacen la pregunta de si eso es siquiera posible.

Este tema tiene interesantes aristas en los análisis políticos, dado a que en la formulación de planes de salud, paquetes de servicios o decisiones de ampliación de cobertura por ámbitos prioritarios, está tomando cada vez más relevancia la opinión ciudadana –ejemplo, el tema de la violencia intrafamiliar o los temas de género- la pregunta que se hacen los grupos más sensibles de la «clase política» es cómo –en el contexto de los cambios en salud- establecer los mecanismos institucionales para una adecuada participación ciudadana en la formulación de las políticas públicas en salud. Dicho de otro modo, cómo un paquete de servicios o la ampliación de un programa de cobertura puede ser a la vez «técnicamente correcto y socialmente legítimo». Especialmente, cuando en muchas sociedades el sistema sanitario –sus valores y objetivos- han pasado a formar parte de la «identidad» que esa misma sociedad tiene de sí misma.

Toda sociedad debe elegir, sobre la base de principios políticos y éticos, el modelo de sistema de salud al que aspira. Al definir las fórmulas de acceso a la atención de la salud existen para ello diferentes criterios: capacidad de pago, asistencialismo, derechos ciudadanos. Dado que los recursos siempre son escasos en comparación con las necesidades y aún más en relación con las expectativas, la decisión de qué criterio a seguir tendrá gran influencia sobre la distribución de los beneficios de la atención. Esto se constituye en una de las cuestiones políticas más importantes y complejas en la formulación de las actuales políticas de salud.

En nuestros países el criterio a veces es el poder de compra, el mecanismo para racionar los servicios es el precio y la atención a la salud se concibe como una mercancía más. Otro criterio es, simple y llanamente, la exclusión, como aquellos sistemas de seguridad social limitados a ciertos grupos privilegiados de la población. Cuando el criterio es el asistencial-paternalista, los mecanismos de racionamiento suelen ser barreras burocráticas, listas de espera, horarios restringidos y mal trato a los usuarios.

Un nuevo criterio que está surgiendo es el de derechos ciudadanos, o garantías en salud. Representa un salto cualitativo respecto a los anteriores, pues no se restringe a algún grupo en particular, sino que tiene vigencia universal al incluir a todos los residentes de un país. Ello no significa que carezca de un mecanismo de racionamiento. La diferencia es que éste deriva de la construcción de consensos en torno a la evidencia sobre eficacia y eficiencia. Si realmente se considera a la protección de la salud como un derecho humano, la priorización sobre la base de la construcción de consensos de priorización puede convertirse en uno de los criterios -técnicamente aceptado, éticamente válido y socialmente posible de legitimar- de distribuir los servicios para lograr el máximo bien común. Ya no sólo la eficacia (criterio asistencial clásico), ya no sólo la eficiencia (criterio económico de la mera contención de costos) cada uno aislados por sí solos.

El tema de la construcción social de consensos, es un aspecto al que no se le ha dedicado toda la atención que ello amerita, quizás por la insuficiencia de nuestra cultura democrática. Sin duda, el diseño de las políticas públicas del mañana, tendrá necesariamente la obligación de darle un rol fundamental a los procesos de interlocución social, con el objeto de dar legitimidad a dichas políticas.

### **El debate sobre el nuevo rol del Estado en salud**

Con el fin de evitar la selección adversa y las discriminaciones, en el debate, el Estado está recuperando un nuevo e importante rol, en salud – luego que se «demonizara» al Estado como

responsable del atraso en nuestros países- al plantearse, entre otras, las denominadas «funciones clave de salud pública». Es así que se plantea que dentro de las funciones regulatorias se debe imponer la obligatoriedad del aseguramiento con reglas comunes y transparentes que permitan ajustar y compartir el riesgo de los distintos grupos. Por lo tanto, el Estado ha tenido y seguirá teniendo un papel muy importante que jugar dentro de los sistemas de salud. Así lo exigen los imperativos éticos, los reclamos de justicia social, la dinámica económica, los propios atributos especiales de la atención a la salud y la tendencia de los debates políticos de los últimos años. Pero dicho papel no tiene porque ser monopolístico o burocrático. Ciertamente, el logro de derechos en salud requiere de mantener un liderazgo del Estado para alcanzar los propósitos de la equidad, la calidad y la eficiencia. Esto no es contradictorio con un sistema plural de salud, donde se logre la complementación óptima entre los sectores público y privado, superando la vieja polarización entre lo público y lo privado, en un marco de responsabilidad pública y de solidaridad social.

En este debate sobre un nuevo papel para el Estado se discute sobre nuevas preocupaciones más allá de que sólo se preocupe de ofrecer directamente los servicios. El Estado se preocuparía particularmente de asegurar el acceso universal y equitativo a servicios prioritarios de calidad aceptable y comunes, sin discriminación. En esta visión, la producción de los servicios podría abrirse a un mayor pluralismo, con diversas mezclas de prestadores públicos y privados que permitan mayor cooperación, eficiencia y satisfacción de los usuarios.

Todas estas apreciaciones, que están cada día más presentes en los debates políticos detrás de los procesos de reforma en nuestros países, se han traducido en una suerte de «desconfianza» ante las recetas «mágicas» o de que medidas tan sólo de mercado o impulsadas exclusivamente desde el Estado logren por sí mismas conseguir todos los resultados esperados.

La modernización del Estado ha demandado modificar sus estructuras tradicionales y revisar

su participación en la economía y sus relaciones con la sociedad civil. A una fase inicial de reducción del Estado mediante la transferencia de funciones económicas y sociales del gobierno al mercado, la privatización de sus actividades y empresas comerciales, como contra propuesta al modelo de Estado «productor», está surgiendo otra que pone mayor énfasis en el redimensionamiento de las funciones esenciales del Estado, resaltando su papel de garante de los derechos ciudadanos, factor de cohesión social y articulador de la solidaridad colectiva.

En la actualidad se plantea la necesidad de concentrar la acción del Estado en roles estratégicos para el desarrollo del capital humano y del capital social. En las actuales propuestas de reforma del Estado destacan el fortalecimiento del poder regulador y de producción de políticas públicas del gobierno y la desgubernamentalización de la producción de los bienes y servicios públicos (lo que no siempre es sinónimo de privatización). Con otras palabras, se ha planteado un nuevo rol del gobierno resultante de su concentración en las funciones promotoras de la cohesión social, facilitadoras de la participación ciudadana y reguladoras de la producción y distribución de los bienes y servicios de interés público. La actual modernización se entiende como la reorientación del Estado hacia las «funciones propias e indeclinables».

No obstante, ello no justifica sin más una transferencia generalizada de servicios y el sistemático desmantelamiento del aparato público de protección social, sino una reestructuración del Estado acorde con los criterios de la modernización. Conociendo la realidad latinoamericana, hay un cúmulo de razones éticas, humanitarias o de simple sentido común que argumentan a favor de mantener los mecanismos, desde el Estado, que permitan a millones de personas no caer en la miseria material o moral.

La modernización de Estado y del quehacer público está condicionada también por la evolución de la noción de lo público, referida a «lo que es de todos y por ende interesa a todos» o bien común. Esta renovada noción de lo público alude también

a las instancias y actores que adoptan las decisiones de interés común y protegen, producen y distribuyen dichos bienes públicos. La cuestión clave que levanta este enfoque es que la acción colectiva no solamente se trata de la afirmación y garantía estatal de derechos ciudadanos si no que también involucre la definición, producción y distribución de bienes públicos deseables desde la sociedad misma.

Bajo la perspectiva anotada, adquieren relevancia otros valores y prácticas que bien pueden ser calificados de públicos, pero que no han sido los estatales tradicionales. Esto implica que lo público «es mucho más ancho que lo meramente estatal» (otros actores de la sociedad pueden cumplir roles públicos). Igualmente, se reafirma la sociedad como actor de las decisiones y de la producción de bienes públicos, y se reivindican necesariamente los valores, derechos y responsabilidades de los ciudadanos como sujetos en la formación de la opinión y la voluntad pública.

El crecimiento que se observa de lo público no estatal estimula la participación e interacción de los actores sociales en la gestión de políticas públicas. La multiplicidad de mecanismos e iniciativas de participación directa de la sociedad y de las comunidades en la gestión de políticas públicas afianzan, a su vez, la posibilidad de expansión y profundización de la democracia y la ampliación de la legitimidad de la representación de las instituciones políticas y de la administración pública. Todo ello ha dado lugar a un replanteamiento, tanto del papel del Estado como del mercado y de la sociedad civil, lo que está teniendo una lógica influencia en los cambios que están viviendo nuestros sistemas sanitarios.

Así la discusión hoy no es tanto -o exclusivamente- sobre el sí o el no al Estado de bienestar en salud, del cual la atención a la salud es componente esencial; más bien el debate sobre el nivel posible de Estado de Bienestar en nuestros países en coherencia con lo sustantivo que hoy se está exigiendo como «modernización» del Estado: los límites y las formas de actuación en el nuevo contexto de globalización y democratización económica, social y política. Debate que debe

realizarse frente a nuevos desafíos –globalización y vulnerabilidad de las economías- y con condicionantes nuevos -governabilidad política y social - en la búsqueda del equilibrio entre las consideraciones de eficiencia económica y la equidad social.

Así, la mayoría de nuestros países declaran compartir la visión de que los sistemas de atención deben asegurar acceso universal y equitativo a todos sus ciudadanos, lo que implica buena atención de la salud de acuerdo con las necesidades, no a la capacidad económica de las personas, bajo iguales condiciones para todos, sin importar las circunstancias sociales, de género, etnia, o en qué parte del país habitan.

### **El debate sobre modelo de atención y libertad para elegir<sup>a</sup>**

En los debates políticos también está la controversia sobre el modelo de atención. En todo el mundo se ha ido construyendo un consenso en torno a la efectividad de la estrategia de la atención primaria, aspecto que bien cabe evaluar y potenciar cuando ya se ha cumplido un cuarto de siglo desde la conferencia de Alma Ata.

Luego de cómo ya se ha señalado, se tendiera a confundir dicha estrategia con «servicios pobres para pobres», se vuelve a valorar la urgencia de reponer el «viejo espíritu» de dicha conferencia. Es así, que parte importante de los debates también radica en cómo fortalecer una atención primaria en la que se conjuga un enfoque integral del ser humano en su contexto psíquico y social; una alta resolutivez de los problemas de salud de las personas y las poblaciones; una acción multisectorial sobre los determinantes de salud, y un empoderamiento de las personas y las comunidades en relación con ejercer un mayor protagonismo en torno a sus derechos y responsabilidades en el ámbito de la salud.

El reconocimiento de mayor efectividad de dicho modelo obliga a revisar la organización de la atención también en el sector privado y cómo puede compatibilizarse un modelo construido desde la atención ambulatoria y comunitaria con las presiones

de la industria, y con la posibilidad de escoger prestador por parte de capas sociales que valoran dicha opción. Para ello será clave consensuar la necesidad de aceptar un escenario en el que la calidad y el precio estén regulados. Esto último es la única posibilidad de lograr compatibilizar cobertura garantizada y posibilidad de escoger.

La libertad absoluta y desreglada, propia de visiones ultra ortodoxas del libre mercado de bienes y servicios, no es compatible con un ciudadano resguardado ante las imperfecciones de dicho mercado. Las capas más ricas de nuestros países valoran el poder escoger a su prestador y hacerlo sin restricción de ninguna especie; esto sólo es un «privilegio» para sectores muy minoritarios de la población, y el debate político surge sobre si es aceptable un nivel de segmentación tan inequitativo y si es sostenible para sectores más amplios –capas medias- un modelo de atención que tiene conocidas consecuencias en el aumento del gasto sanitario, ya que no se puede ignorar que hay grupos sociales que a medida que aumenta su poder adquisitivo comienzan a presionar políticamente para acceder a mayores niveles de «libertad de elección» en el acceso a servicios de atención de mayor calidad.

Pero el tema de las «libertades» en salud es mucho más profundo que el mero acto de elegir prestador. La verdadera «libertad» radica en la posibilidad de las personas de ser realmente protagonistas en cuidar su propia salud y ser «el médico de sí mismo». Esto implica el derecho de las personas de ser informadas, de acceder al conocimiento en materias sanitarias –conocimiento que no puede ser «botín secreto» de determinadas profesiones-, y de tener los mecanismos para exigir se les den las herramientas para enfrentar personal y colectivamente los principales problemas de salud.

La gran incógnita y controversia que se abre, especialmente en las capas medias de nuestros países, es cómo se podrán compatibilizar modelos organizados de atención –salud administrada- con la voluntad de las personas de asumir mayor protagonismo. Un camino de solución se abre tras la constitución de redes amplias de prestadores, diseñadas en torno a protocolos conocidos de atención, con reglas del juego transparentes y

respetadas, y con la entrega de espacios efectivos de responsabilidad a las propias personas.

### **El debate sobre la sostenibilidad**

Debido a que como hemos señalado, las presiones sobre los sistemas de salud crecen debido a los cambios demográficos, a nuevas tecnologías y medicinas, al mismo tiempo que aumentan las expectativas y demandas de la gente, estas presiones ponen en tensión al concepto Estado de bienestar en salud. Dicho modelo se sustenta en financiamiento público y solidario con fondos de impuestos generales o seguro social de salud. Se asocia con mayor eficacia sanitaria y mejor control de costos y un financiamiento más progresivo que los sistemas privados individuales de seguros de salud o que los de pago directo al contado, los que son altamente regresivos.

El problema de este modelo es su sostenibilidad financiera dado el alto gasto y su correlato en pérdida de competitividad de dichas economías, y su sostenibilidad «política», ya que el racionamiento implícito en todo sistema sanitario en cualquier país del mundo en este modelo se expresa en listas de espera y en la percepción de que el modelo de bienestar en salud «trata bien las enfermedades pero muy mal a las personas».

Por otro lado, está el modelo de mercado basado en el aseguramiento privado individual y en la libre competencia de los prestadores de servicios. En este modelo, quien tiene capacidad de pago percibe una atención más «personalizada» y por tanto de mayor calidad, y quien no tiene recursos queda desprotegido y lo conduce a un espiral de costos, que es mayor en cuanto más desreglado es dicho mercado.

Ambos modelos, que conviven precariamente y en distinto grado en nuestros países, están requiriendo de profundas reformas de «nueva generación» para asegurar su supervivencia.

### **El debate sobre valores o principios rectores<sup>a</sup> de los procesos de reforma**

Organizaciones internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, han

discutido a través de numerosos foros y documentos sobre los principios orientadores o «rectores» de los procesos de cambio en salud. Los principios rectores definidos por OPS se pueden resumir (OPS 1995) en la búsqueda de mejores resultados sanitarios a través de mejoras en la equidad, la efectividad y la calidad, la eficiencia, la sostenibilidad y la participación social.<sup>6</sup>

Estas organizaciones han influido fuertemente en las orientaciones de los cambios en salud de la Región. Se ha acusado a «los bancos» de haber supeditado préstamos al sector sobre la base de que se cumplan ciertas directrices. Estos préstamos muchas veces han constituido equipos «de reforma» en paralelo a los Ministerios por una desconfianza acerca de que el *establishment* pueda cambiar el *status quo*. Esto en la práctica ha generado debilitamiento de la capacidad de los organismos teóricamente rectores de involucrarse y conducir efectivamente los cambios a largo plazo.

Las acciones de un sistema de salud se centran en el individuo y la comunidad. En la mayoría de nuestros países se han explicitado en el debate como valores generales del sistema de atención de salud, comúnmente aceptados, el logro de condiciones aceptables de calidad, accesibilidad y seguridad a todos los habitantes, sin discriminación de ninguna especie (universalidad); la integración y coordinación de los servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación durante todo el ciclo vital de las personas y considerando a la persona en un contexto familiar y comunitario y en sus dimensiones físicas, psíquicas, sociales y medioambientales (integralidad de la atención); la satisfacción de las personas, la mejora de la eficiencia y efectividad, y el desarrollo de la creatividad y la participación personal y comunitaria (calidad de la atención); la focalización y priorización de acciones y recursos en los sectores más vulnerables con el objeto de obtener niveles adecuados de protección, fomento y de atención de la salud (equidad); el desarrollo de mecanismos de redistribución entre quienes (sanos y jóvenes) tienen más recursos y/o menos

riesgo y aquellos (enfermos y ancianos) que tienen menos recursos y/o mayor riesgo (solidaridad); y la capacidad de articular diversas formas, modalidades y agentes en los ámbitos del financiamiento y prestación de servicios (cooperación e integración).

Dichos valores distan mucho de aplicarse a la hora del diseño de nuestras políticas públicas de salud, o a la hora de llevar adelante cambios sectoriales.

### **El debate sobre salud y modelo de desarrollo**

Por último, está aún pendiente el debate sobre el actual modelo de desarrollo de nuestros países y el sistema sanitario. Hay quienes sostienen que nuestro modelo de desarrollo es incompatible con el concepto definido por la OMS con relación a la salud como grado óptimo de bienestar integral, debido a que el modelo en sí generaría inequidades, debilitamiento del tejido social y afectaría la calidad misma de los vínculos entre los seres humanos y entre las personas y el medio ambiente. Estas visiones proclaman la necesidad de un nuevo modelo de desarrollo que haga sustentable una visión holística de la salud, no centrada en lo curativo, sino en la resolución de las determinantes sociales al conseguirse estadios superiores de justicia social, mayor riqueza del tejido social y mayor armonía entre desarrollo económico y respeto por el medio ambiente. El problema es que esta última visión, ampliamente compartida, no ha logrado aglutinarse tras un proyecto político viable, que pueda entrar a competir con el modelo imperante.

### **La traducción de dichos debates**

Los debates anteriormente planteados tienen una traducción muy concreta en nuestros países: la búsqueda de avanzar al aseguramiento universal que hacen Perú y Bolivia desde sus seguros materno infantiles. El esfuerzo del Perú, de Ecuador y Venezuela de constituir un real Sistema Nacional de Salud, que articule a lo que hoy está fragmentado tras objetivos sanitarios públicos. La controversia actualmente existente en Colombia por perfeccionar –ya cumplidos diez años de promulgada la Ley 100- su sistema sanitario, que habiendo tenido avances, aún plantea grandes desafíos en torno a la equidad y a la superación

de imperfecciones de instrumentos de mercado que fueron instalados. Finalmente, la particular situación chilena, que a más de 20 años de implementada la reforma neo-liberal, se encuentra buscando aprovechar las fortalezas existentes y superar los errores cometidos, para conseguir mayor equidad.

### **Nuevos temas en debate**

Así como los temas de género y étnicos, que ya se han señalado con anterioridad, surgen nuevos aspectos al debate en salud. Uno de ellos es el de la violencia. Al referirnos a la violencia, estamos hablando de las consecuencias de la guerra interna, tanto por móviles políticos –la guerrilla- como criminales –el narcotráfico, las pandillas- y el rol que el sector salud debe asumir, tanto como respuesta a las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia tanto como instrumento para la paz. Pero, junto a esta manifestación más evidente y brutal de la violencia, aparecen no con menos importancia en nuestros países la violencia dentro de la familia y las diversas formas de abuso sexual. La violencia, en sus múltiples manifestaciones tiene una raíz común: la injusticia y el abuso de poder. Ante los efectos y sus causas, el sector salud debe tener respuestas. Justamente, a la hora de pensar en dichas respuestas, es cuando surgen debates importantes para quienes formulan políticas públicas.

Otro tema que emerge con fuerza son los efectos que en el sector salud están teniendo y tendrán las negociaciones bi y multilaterales de libre comercio. El aspecto más evidente guarda relación con la propiedad intelectual de los medicamentos y los intereses de los grupos económicos, *versus* la necesidad de las poblaciones de contar con medicamentos efectivos sin barreras de acceso.

### **Los actores en los procesos de reforma**

En nuestros países no sólo observamos similares debates, sino también similares actores que al tomar posición facilitan u obstaculizan el avance de nuestros esfuerzos de cambio en el sector salud.

## **El Estado como actor**

Los procesos de reforma al sector salud se vieron asociados a los procesos de «modernización del Estado». Luego de una etapa inicial de desconfianza en lo estatal, de búsqueda de menos burocracia y de privatización del aparato productivo, se pasó a una etapa más equilibrada, en la cual se reconoce el rol regulador del Estado, que tiene por objeto contribuir a disminuir las desigualdades en la situación de salud de las personas.

La discusión sobre el rol del Estado, del mercado y del ciudadano y la traducción de este debate a cambios estructurales y culturales en nuestras sociedades son esenciales para entender los procesos de cambio en el sector salud. Aunque persisten fuertes diferencias de paradigma, se vislumbra un camino de ir construyendo una visión compartida

Esta búsqueda compleja de una visión-país de futuro que sea incluyente y compartida por mayorías sociales no es fácil, como tampoco lo es la búsqueda de un nuevo paradigma en salud. Esto explica la falta de experiencias validadas, las mutuas desconfianzas y la incertidumbre propia de los procesos de cambios.

Por otro lado, es evidente que sin liderazgo y persistencia no hay reformas viables en sectores tan complejos como el de salud. Por eso, sin la conducción desde los más altos niveles de gobierno es imposible el sostener un proceso de cambios sectorial.

En todos nuestros países donde ha habido cambios en el sector salud ha existido una expresa voluntad política de los gobernantes y un mínimo consenso de «Estado» con relación a la necesidad de diseñar e implementar los cambios. Paradójicamente, existiendo en cada proceso de reforma al sector salud la decisión de gobierno, muchas veces grandes obstáculos se han encontrado en niveles intermedios del aparato burocrático que suele ser refractario a los cambios y gustar del *status quo*.

## **Actores externos**

Como actores centrales aparecen desde afuera los intereses económicos de las grandes potencias, la influencia que éstas intentan ejercer a través de los organismos internacionales, como agencias financieras –los bancos- y técnicas, tales como la Organización Mundial y la Panamericana de la Salud. Estas organizaciones, particularmente «los bancos», han ejercido influencia decisiva en los últimos años, particularmente en las reformas de la última década. Estas influencias fueron determinantes a la hora de realizar las transformaciones estructurales de los aparatos gubernamentales y de las economías locales. Dentro de este último contexto es donde también se dieron los cambios en el sector salud de los últimos años.

## **Actores internos**

Pero no sólo es relevante la influencia externa, también lo han sido nuestros propios actores internos. Como actor de importancia está la clase política de nuestros países. Están los equipos de gobierno, partidos y movimientos políticos, los parlamentarios y otras personalidades que ejercen influencia. En ellos juegan distintos aspectos frente a los temas de reforma sectorial. Por una parte, están las necesidades a mediano y largo plazo como son responder a necesidades de salud no resueltas en la población, a presiones del ámbito financiero, tanto de los Ministerios de Hacienda como de los organismos financieros internacionales y, por otra parte, están las presiones electorales a corto plazo relacionadas con las insatisfacciones ciudadanas. Esta combinación de factores a corto y largo plazo ha hecho que en la práctica no exista plataforma política en nuestros países en la que no esté ajeno el tema salud.

Aunque el tema salud y la necesidad del cambio y la mejora siempre están presentes en los discursos y en los programas electorales, suele suceder – como ya se señalara- que el programa del «candidato» no es el mismo que el programa del «gobernante» en el ámbito de la salud, debido a que la ciudadanía quiere escuchar «promesas»

en salud, pero a su vez el gobernante teme hacer cambios en salud por la complejidad de éstos. Complejidad dada por el nivel de conflictualidad que los cambios en el sector salud despiertan, al alto gasto de energía y prioridad en la agenda pública que un cambio en el sector salud requiere –lo que desplazaría otros temas sectoriales tan o más urgentes para los gobiernos- y los mayores recursos financieros que muchas veces hay que estar dispuestos a colocar.

Esto último explica la dosis de ambigüedad o de «avances y retrocesos» que podemos observar a lo largo de los procesos de cambio en nuestros países. A todo esto se debe sumar el hecho de que los dividendos de las reformas en el sector salud no son a corto plazo y por lo tanto puede ser más fácil «perder que ganar una elección a costa de una reforma en el sector salud», especialmente por que no se suele tener cuidado con las expectativas que se siembran en la población y a que frente a cada avance en acceso, oportunidad, calidad o protección financiera, la población lo da por natural y espera aún más de sus autoridades. Es así que los «políticos» suelen ver que el cambio en el sector salud es urgente y necesario, pero a su vez costoso, difícil y «mal agradecido».

Por otra parte, están los «temas o agenda política» que manejan diversos sectores ciudadanos y que influyen en la marcha de los procesos de reforma en el sector salud o como éstos son percibidos una vez instalados. Este fenómeno de «politización» ha sido notorio en el sector salud, ya que sigue existiendo un fuerte choque de paradigmas, muchas veces expresado en la «agenda política pública». Choque entre la «vieja» cultura de la beneficencia y la mirada medicalizada del sector, y la resistida entrada del mercado con un rol emergente en el financiamiento y la provisión de servicios de atención de salud. La aún inadecuada relación de actores públicos y privados, las indefiniciones del rol del Estado y el mercado en la salud, los vacíos de regulación, los choques de intereses corporativos de la industria de la salud y de los sectores corporativos de los trabajadores del sector. Todos estos contrastes y conflictos, a nivel de las realidades y de las ideas, afectan profundamente a nuestros procesos.

También están los aspectos ideológicos fuertemente involucrados. Por una parte, como señaláramos en los aspectos en debate, están quienes quisieran un fuerte rol del Estado en la prestación de servicios y la desaparición de los actores privados, y otros que confían ciegamente en el mercado y quisieran que tanto el aseguramiento como la prestación estuvieran en manos del mercado. Entre los primeros, persiste el modelo de servicio nacional de salud bajo el contexto de estado de bienestar y suele señalarse que lo que se requiere para mejorar el acceso y los resultados en salud es fundamentalmente más recursos y, por tanto, mayor inversión presupuestaria del Estado subsidiando los requerimientos de la oferta de los prestadores estatales. Los segundos, señalan en su discurso que es el consumidor quien debe elegir y «votar con los pies» escogiendo uno u otro seguro de salud o prestador de servicios.

Los médicos, que como hemos señalado tienen un gran poder en el sector, suelen presentarse con un discurso dicotómico: por la mañana, cuando trabajan en el hospital estatal, tienen el primer tipo de pensamiento, pero en la tarde, cuando ejercen privadamente, tienen el segundo tipo de discurso. En la práctica, por la mañana se suelen resistir a los cambios que impliquen eficiencia o pérdida de poder frente al usuario en aras de la defensa de la «salud pública», y en la tarde suelen promover y formar alianzas con otros actores de la industria en relación con mayores espacios de mercado desregulado, en aras de la defensa de «la relación médico-paciente».

### **Las autoridades sanitarias como actor relevante**

Normalmente, las autoridades sectoriales son, o mejor dicho, debieran ser, actores que apoyan decididamente los procesos de cambio en salud. Pero allí, nos encontramos con algunos matices: muchas veces el discurso no calza adecuadamente con la acción, ya que políticas de descentralización se estrellan con conductas en la práctica centralistas, lo que suele ser obstáculo importante a dichos procesos, produciéndose espacios de ambigüedad o titubeo al momento de

entregar poder; otras veces, las autoridades centrales suelen ser más sensibles a negociaciones a corto plazo con distintos actores, que al resguardo a largo plazo que dan «piso» a los procesos de innovación locales.

Es conocida la corta vida que tienen los gabinetes ministeriales de salud en nuestra Región, lo que no es bueno a la hora de conducir procesos de largo aliento. Las «autoridades» sectoriales intermedias, muchas de ellas, sobreviven a los cambios de gabinete y permanecen más allá que los equipos de gobierno y suelen ser muy conservadoras de actitud. Tampoco es raro encontrar en cuerpos intermedios actitudes de doble estándar; suelen acceder, incluso pareciendo obsecuentes, al nivel central –equipo de gobierno en salud- pero transmiten distorsionadamente hacia los niveles donde los cambios se deben producir, sea por su propio sesgo, por resistencia al cambio o finalmente por temor a perder poder. A estos niveles es frecuente escuchar discursos como «esto no es primera vez que se intenta», «qué saben éstos, los del Ministerio». Por ejemplo, suelen participar de discursos descentralizadores, pero siempre y cuando la descentralización llegue sólo hasta ellos.

Esto explica que muchas veces los procesos de reforma se quedan en cambios «formales» incluso de tipo legal, pero que tienen menor traducción en la realidad que lo que se pretendía. De hecho, solemos tener gran facilidad para producir «reformas de papel» y gran dificultad para implementarlas.

No hay que olvidar mencionar la insuficiencia en nuestros países de una «masa crítica» de personas con competencias en los ámbitos de la definición e implantación de políticas públicas en salud y en la gestión de los servicios. A su vez se suele advertir que cuando cambia un gobierno se renuevan demasiado ampliamente los equipos, lo que a veces suele suceder al interior de un mismo gobierno dos o tres veces en un mismo período, lo que conspira contra una adecuada continuidad de las políticas y con la consolidación de recursos humanos competentes.

### **Las dirigencias sectoriales y la clase médica como actor**

Lo frecuente en nuestros países es que los gremios estén representados en estructuras nacionales. Con ellos, especialmente las dirigencias médicas, se da un peculiar fenómeno. Por una parte, entienden como natural una especie de «captura» del sistema sanitario, tendiendo a sentirse intérpretes de las necesidades ciudadanas a la vez de ser los únicos capaces de comprender y dar solución a los problemas de la salud. Esto, junto a confundir «la salud» con la atención de salud, como si fueran hechos sinónimos.

Por otra parte, se sienten frecuentemente llamados a ser *rectores* del sistema sanitario. No siendo infrecuente que, al menos para la opinión pública y los medios de comunicación, se produzca una suerte de confusión entre los dichos del Ministro de Sanidad y el presidente de la orden médica, que por cierto, no siempre coinciden. Lo común es encontrar resistencia por parte de los sectores corporativos a los procesos de cambio en salud; a ello contribuyen temores en los ámbitos de la estabilidad del empleo, de pérdida de autonomía profesional, *status* social e influencia, de pérdida económica al regularse el mercado y perder poder la clase médica de segmentar el mercado y fijar libremente tarifas, etcétera.

Generalmente, es la clase médica quien tiene el poder en el paradigma medicalizado y hospitalocéntrico –especialmente el especialista- quien lidera también a los demás trabajadores de la salud en los movimientos de resistencia a los cambios en el sector salud. Algunas veces la clase médica busca alianzas con sectores políticos e incluso con la industria de la salud –el llamado complejo médico industrial- para oponerse a los cambios cuando éstos amenazan el «negocio» de la salud.

Los procesos de reforma del sector salud han hecho surgir una gran variedad de actores y temas. Los actores involucrados en el desarrollo de sistemas de salud vienen cambiando sus roles y responsabilidades. Antes de las reformas, quienes

tenían la influencia dominante y sin contrapeso eran los médicos como prestadores de servicios. Con los cambios culturales que ha experimentado la ciudadanía y la implantación de los cambios, y con el énfasis en la productividad, la gerencia de servicios, los nuevos mecanismos de acuerdos de gestión o de contrato público, la autoridad de los médicos ha venido disminuyendo en todos los sistemas de salud. En sentido contrario, ha venido aumentado el poder y la autoridad de los economistas, ingenieros de sistemas y administradores, y también –felizmente, aunque en forma aún embrionaria- la capacidad de los propios usuarios de exigir una relación distinta al equipo de salud.

Todo esto ha generado una mezcla de perplejidad y desencanto en el equipo de salud, pero fundamentalmente en la clase médica que ve por una parte amenazados sus privilegios, pero por otra, se ve sumida en la incertidumbre de una crisis paradigmática sin que se hayan generado las condiciones para que los profesionales de la salud, particularmente los médicos, puedan asumir adecuadamente los nuevos escenarios.

En los últimos 50 años se han dado importantes avances en las ciencias biomédicas y en la tecnología de la atención a la salud. Como nunca antes, los médicos ahora pueden hacer mucho más por los pacientes. Pero al mismo tiempo, como nunca antes vienen siendo criticados. Los medios de comunicación y el poder judicial han sometido a la profesión médica a un intenso escrutinio. Entonces parece que vivimos una época en la que los valores profesionales y los del público parecen distanciarse.

La profesión médica en el ámbito global y en pleno tercer milenio está sometida a una serie de presiones, debido a los cambios que está experimentando la sociedad. Al cambiar la sociedad y al aumentar las demandas de una sociedad mejor informada, el rol de la profesión médica también está cambiando. Comparada con otras profesiones, la médica enfrenta este desafío con más tensiones y mayor control sobre su trabajo.

*En el pasado, el núcleo del trabajo clínico, ha sido la relación médico-paciente; pero este vínculo viene siendo remplazado por la relación paciente-organización de servicios de salud. En la era moderna, el paciente tiene que tratar con varios especialistas y profesionales. En la práctica de los médicos, cualquiera sea el nivel en que trabaja, tiene que lidiar continuamente con la incertidumbre- derivada de la variabilidad de la respuesta biológica- los riesgos, y los eventos adversos, entendidos éstos como incidentes en los cuales un paciente es dañado intencionadamente por el tratamiento médico.*

En ciertas circunstancias, en la relación médico-paciente puede existir un conflicto de interés, definido como un conjunto de condiciones en las cuales el juzgamiento de la calidad profesional está centrado en el interés clásico de la ética médica (el bienestar del paciente), tendiendo a ser influenciado por un nuevo tipo de interés (el mejor uso de los recursos para el bienestar de la mayoría). Esto nos lleva del terreno de la ética clásica individual en la práctica médica a una ética de carácter social, del bien de un paciente al bien de la población. Situación que aún mayor perplejidad produce al cuerpo médico. El equipo de salud, y el médico, saben priorizar en el terreno micro, costándoles ya mucho aceptar que los recursos son limitados, más difícil se les hace aún que la sociedad democráticamente decida adoptar macro-priorizaciones (tales como paquetes de servicios, o coberturas prioritarias) para obtener el mayor bien a la mayor cantidad de personas. Esta falsa dicotomía ha sido un permanente obstáculo, aún no adecuadamente salvado, entre clínicos, gestores y políticos.

La reforma del sector salud ha sido vista como una epidemia que recorre los sistemas de salud en todo el mundo. De otro lado, el desempeño de uno de los agentes claves para el desarrollo de los sistemas de salud se encuentra conmocionado. El fenómeno del descontento médico está muy difundido<sup>7</sup> y constituye un verdadero problema para los procesos de cambio en salud, ya que mal que mal son éstos quienes deben aplicar e implementar las nuevas políticas. Muchos reportes describen una desmoralización

entre los médicos. En América Latina y en la Región Andina, en numerosas reuniones gremiales y de los colegios médicos, el malestar de los médicos con los cambios del entorno es manifiesto. Pero poco se conoce acerca de sus razones, y las bajas remuneraciones aunque son importantes, no explican la totalidad del problema. Un factor clave parece ser un cambio en el pacto implícito entre la profesión, los empleadores, los pacientes y la sociedad; de modo que ahora el trabajo médico debe ser visto de una manera diferente de la que los médicos esperaban en el pasado.

Esta situación nos plantea la pregunta de si un sistema de salud puede funcionar efectivamente si una considerable fracción de médicos está descontenta con su trabajo. En estas circunstancias, ¿pueden los pacientes ser bien servidos con médicos descontentos? La respuesta la deben buscar todos los agentes que tienen que ver con el desarrollo no sólo de la profesión médica, sino de los sistemas de salud. La respuesta parece venir en la construcción de nuevos convenios con relación a una relación médico paciente más horizontal (protagonismo de personas que son sujetos de derechos personales y sociales en salud), y en una corresponsabilidad del equipo de la salud en la gestión de los recursos: gestión clínica, medicina basada en la evidencia, protocolización de la práctica, y, fundamentalmente, por lograr una confluencia entre distintos actores tras la excelencia o calidad total (armonización de eficiencia, efectividad y satisfacción percibida).

Por otro lado, quienes han conducido procesos de reforma no siempre se han detenido a comprender la cultura del sector, y desde el respeto a ésta, generar condiciones para cambios consensuados. Muchas veces se escucha que para hacer cambios en el sector salud hay que «derrotar a la clase médica» y «ganar la batalla» contra los médicos. Una cosa es que desde la orden médica se susciten normalmente resistencias que habrá que vencer con paciencia, perseverancia y respeto, y otra muy distinta, pretender que los cambios pueden ser sostenibles por decreto y en forma autoritaria.

#### **La industria de la salud**

Los prestadores de servicios, los proveedores de seguros privados, de tecnología, insumos y servicios, sin duda son actores relevantes, no tan sólo por la complejidad de las relaciones comerciales que se desarrollan con ellos sino, más bien por el requerimiento de tenerlos presente a la hora de nuestros procesos de cambio. Esto conocido como la industria de la salud tiende naturalmente a aumentar los costos a través del ejercicio de una suerte de «presión» que ejercen, especialmente a través de los médicos, por introducir más tecnología y sobre consumo de prestaciones.

En los procesos cambios orientados al cambio de modelo de atención y a obtener más salud por el dinero invertido, no siempre se ha puesto toda la atención necesaria, en como la industria reacciona y busca protegerse. La industria interviene a través del *lobby* político, a través de la influencia o directamente de la propiedad de los medios de comunicación, y a través de la cotidiana actuación sobre los prestadores de servicios, particularmente la clase médica. A la hora de los cambios, de formular paquetes de servicios, de diseñar e implementar protocolos, de nuestras evaluaciones de costo-efectividad de tecnología, y de nuestros planes de «medicina basada en la evidencia», un actor no siempre cómodo es, sin duda, la propia industria.

Buen ejemplo de ello es el papel relevante que agentes de la industria de la salud están teniendo como «actores opinantes» de importancia, tanto en Colombia como en Chile, a la hora de revisar la Ley 100 en Colombia, o de introducir cambios en las reglas del juego del sistema privado en Chile.

#### **La 'inteligencia' sanitaria**

Las universidades, facultades de medicina y sociedades científicas, se constituyen en actores relevantes, al ser voceros influyentes y creíbles entre nuestros decisores y, ciertamente, en la opinión pública.

En general, dichos actores han tendido a ser conservadores, y a diferencia de décadas atrás donde desde allí surgían las propuestas, hoy se ha generado una suerte de «vacío de proyectos»

que han sido llenados por los bancos y agencias internacionales.

Muchas veces escuchamos el lamento de que hoy priman los criterios «economicistas» *versus* los «sanitarios», pero hay que reconocer que a veces se ha visto poca creatividad y capacidad anticipatoria desde el mundo de la universidad.

Desde la academia, muchas veces se observa más una actitud contestataria que proactiva, más de continuismo que de generación de nuevo pensamiento. Esto último explica que en algunos de nuestros países hayan surgido polos de pensamiento desde el mundo privado con o sin fines de lucro, e incluso que surjan nichos de docencia y discusión sanitaria desde las facultades de economía.

Probablemente, una de las explicaciones esté radicada en que luego del punto culmine de influencia y creatividad observada en los años sesenta desde el mundo universitario, vino un reflujó, producto del daño que las dictaduras causaron a los núcleos académicos relacionados con los ámbitos sociales, incluidos los sanitarios.

Por ejemplo en Chile, la influyente Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, cayó en el más profundo de los silencios luego del desmantelamiento vivido durante la dictadura, realidad que sólo hace pocos años ha empezado a revertirse con una nueva generación de académicos.

### **La ciudadanía, el principal actor, pero que normalmente queda fuera del escenario**

Los servicios de atención de la salud están diseñados para resolver las necesidades de las personas, pero generalmente la opinión de los usuarios de los servicios está prácticamente ausente tanto del diseño como de la implantación de las políticas sanitarias, así como de la gestión de las políticas y de los servicios. La «ausencia» de este actor relevante ha contribuido a tornar más rígidos a nuestros sistemas y a perpetuar algunos paradigmas.

La escasa participación de los usuarios, más allá del ejercicio propio de un usuario de asistencia en

una organización «benéfica» del Estado o de «consumidor» en una empresa de servicios, da cuenta de la cultura paternalista y poco democrática que continúa existiendo en nuestro sector, en nuestras políticas sociales, y de la falta de disposición en nuestros países para dar efectivo poder a los ciudadanos y a las comunidades.

En salud, el responsabilizar a las personas y comunidades en estrategias sanitarias va de la mano de espacios de participación y de entrega de poder. La cultura medicalizada se resiste a ello y como resultado, junto a una asimetría de información en salud, tenemos una fuerte asimetría de poder. En un proceso de cambios orientado a desarrollar nuevas estrategias sanitarias, tales como acercar la salud al hábitat de las personas, acentuar la prevención y el fomento o hacer responsables a las propias comunidades en el diseño de políticas de comunidades saludables. O, frente a procesos de cambio institucional en los que queremos que la cultura organizacional se centre en el usuario. En ambas situaciones descritas es clave sentar a la mesa de las decisiones a ese actor principal que es el usuario de nuestros servicios. Sin ellos, sin dar poder a las personas a quienes servimos, no hay proceso de cambios, al menos aquellos cambios que pretenden estar efectivamente orientados a lo que las personas y las comunidades requieren.

Los medios de comunicación son clave a la hora de definir la suerte de un proceso de reforma; desafortunadamente, como ya se señalara, suelen representar los intereses de sus propietarios más que el interés ciudadano. En ese sentido es emblemático lo sucedido en Estados Unidos de América con la reforma que intentara el presidente Clinton.<sup>34</sup> La abortada reforma de dicho presidente para la salud de los norteamericanos nos deja lecciones a nuestros países de cómo la ciudadanía puede ser cooptada por los intereses en juego.

<sup>3</sup> Jiménez de la Jara J. Salud: la reforma larga que baja y se pierde. Informe No 270 Salud. Noviembre 2002 [asuntospublicos.org](http://asuntospublicos.org).

<sup>4</sup> Jiménez de la Jara J. Cambios en salud. Informe No 57 Salud. Mayo 2001 [asuntospublicos.org](http://asuntospublicos.org).

Como experiencias alentadoras, en el sentido de un ejercicio de ciudadanía y de democratización en salud, aparecen los esfuerzos del Ecuador, Perú y Bolivia, en promover y facilitar la organización popular y la participación ciudadana en salud.

### **Los grupos de interés, qué buscan, cu les sus amenazas**

**Intereses gremiales.** Ejemplo, trabajadores del sector, los que tienen intereses distintos según estén en el sector público (poder, estabilidad funcionaria, etcétera) o privado (ingresos).

En este grupo es emblemático el tema de los médicos. Las tendencias actuales señalan que hay que colocar énfasis en la prevención más que en lo curativo y en la atención ambulatoria de salud. Esto coloca en entredicho el paradigma «hospitalocéntrico». En ese paradigma, que fue el eje de los sistemas de salud en los últimos dos siglos, se colocaban en un rol hegemónico de poder al médico y a la tecnología. Al cambiar los énfasis comienzan a aparecer otros actores tan relevantes como el hospital, distintas clases de centros de salud ambulatorios o de internación en la comunidad, donde participan también otros profesionales, desde el mundo de las ciencias sociales, la gestión, etcétera, que pasan a tener tanto poder como el médico. Si el sector público cambia, tiene que ponerse atención al desempeño, a la productividad y otros términos que suelen ser resistidos inicialmente por la clase médica. Si el sector público se descentraliza, se amenaza el poder de los sindicatos, los cuales negocian directa y centralmente con el Ministerio de Salud.

Si el sector privado cambia, tiene que poner énfasis en la contención de costos, ya que los usuarios quieren más por su dinero y no están dispuestos a que el valor de los seguros de salud se incremente hasta el infinito. Por lo tanto, tienen que introducirse metodologías que tiendan a disminuir la varianza del trabajo médico y por lo tanto a protocolizar y estandarizar la práctica médica. Esto último significa disminución de la autonomía médica y de la capacidad del médico de segmentar el mercado o de «cobrar según los zapatos de su paciente».

**Intereses económicos.** Están la industria farmacéutica y de insumos hospitalarios que presionan al aumento del gasto (encarecimiento progresivo de la plataforma tecnológica). La industria que produce tecnología presiona a la clase médica y prestadores de salud para que la obsolescencia de los equipos sea cada vez más breve, y se deba reponer equipos por otros más sofisticados y de mayor costo, a mayor velocidad, sin mediar a veces estudios serios de costo-efectividad de dicha tecnología (en otras palabras, qué ganancia en salud ofrece, con relación al mayor costo de adquisición y de operación).

Igual fenómeno sucede con los nuevos medicamentos, muchos de ellos no aportan proporcionalmente, en términos sanitarios, con relación a su mayor costo, pero si contribuyen al espiral ascendente del gasto. Hoy, países como Inglaterra, Canadá, entre otros, han formado agencias especiales para evaluar la evidencia científica que sustenta la introducción de nuevos fármacos y procedimientos.

Están los seguros privados de salud. En Chile por, ejemplo, las ISAPRES permanentemente temen perder presencia en el mercado. Estas nacieron en 1981 con subsidios del Estado y en un marco desreglado; con ello lograron ganancias fáciles y extraordinarias. Hoy día las condiciones son diferentes y paulatinamente se abren a cambiar. Cuando partieron, éstas lo hicieron en la lógica de intermediarios financieros a corto plazo (contratos de un año, donde lo privilegiado era la atención ambulatoria), sin lógica de seguro a largo plazo (que prevé riesgos futuros), ni incorporando objetivos sanitarios (evitar la enfermedad para disminuir el riesgo de siniestralidad en salud). Hoy día difícilmente podrán sobrevivir a largo plazo si no colectivizan riesgos («pooling») y generan buenos incentivos a los prestadores para otorgar cobertura sanitaria con un estándar de calidad y un nivel de protección financiero adecuado, que es lo que pretende uno de los proyectos del actual proceso de reforma chileno. En el transcurso de la discusión parlamentaria de la reforma han estado haciendo algunos esfuerzos en esa dirección. Un ejemplo de ello es el «seguro catastrófico» que intentaron las ISAPRES,

encontrándose con la oposición de los médicos, ya que para hacer funcionar dicho «seguro» debían transferir y compartir riesgo desde los seguros a los prestadores; por tanto, tendieron a hacer contratos con prestadores que les ofrecían «paquetes» (el prestador se asegura un determinado volumen (q) y el asegurador un precio (p) conocidos en un lapso de tiempo) o un modelo de atención estructurado en redes al estilo de las organizaciones de medicina administrada –HMO– que se han ido desarrollando en Estados Unidos de América. Esto fue percibido como una amenaza para el nivel de ingresos de los médicos, lo que ha desencadenado una pugna que aún está vigente. Unos y otros dicen proteger al paciente, la verdad es que unos y otros defienden sus intereses, por legítimos que éstos sean.

Similar situación se vive hoy en Colombia, donde las aseguradoras (EPS), son cuestionadas por las empresas prestadoras (IPS), y ambas por los profesionales de la salud. Cada vez se escucha con más fuerza lo de «reformar la reforma» (Ley 100), no apareciendo claramente los intereses de cada quien en juego y la capacidad de la autoridad sanitaria de poner por delante los intereses más importantes, los de los usuarios, particularmente de aquellos que aún no logran ser incorporados al modelo.

**Intereses políticos.** Como se ha señalado, en todos los partidos se pueden encontrar distintos paradigmas sobre «Estado, mercado y ciudadanía» en salud. Esto significa que hay sectores con dificultades para salirse de su mapa cognitivo ideológico. Si la reforma no da más rol al Estado o al mercado, surgen oposiciones y resistencias a los procesos de reforma. Muchas veces se da el fenómeno de preferir el *status quo* a que se genere una reforma en sentido distinto a uno u otro paradigma, dándose la situación curiosa de que a veces extremos opuestos se unen para proteger el *status quo*.

Lo más complejo es que todos estos grupos representan intereses legítimos y que no pueden ser descalificados livianamente. También es natural que cada grupo de interés se manifieste y quiera obtener ganancia o provecho. El tema es que no suele hacerse con transparencia,

utilizándose siempre al ciudadano como rehén. Así hay huelgas en los servicios de salud o alzas de tarifas «por el bien de los enfermos».

La práctica señala que todos estos grupos se transforman en «vectores» o «fuerzas» que al interactuar tienden a neutralizar avances y cambios, por lo que muchas veces se requiere de una fuerza de liderazgo superior a la de la resistencia, capaz de reorientar dichos «vectores».

Para ello se requiere de: (i) liderazgo y conducción de un «árbitro» por sobre dichos intereses, que en representación del bien común transforme sinérgicamente dicha tensión en un proceso negociador constructivo, que genere cambios a un nivel de conflicto razonable, donde ningún actor salga derrotado o doblegando a otro, y donde nadie pueda salir ganando o perdiendo a un umbral tal que ponga el proceso en riesgo, de manera que la mayor ganancia la saque la ciudadanía en su conjunto o bien común, y (ii) desarrollo de un proceso democrático de discusión y construcción de acuerdos donde pueda intervenir efectivamente la ciudadanía como actor relevante. Los procesos de debate democrático deben ser abiertos, plurales, tolerantes. La expresión máxima de todo esto es reconocer que el ejecutivo tiene un rol indelegable en construir una propuesta, la ciudadanía en plantearse informadamente y el parlamento –cuando de procesos legislativos se trata– en sancionarlo.

Es interesante observar los esfuerzos que se realizan por conseguir consensos políticos a largo plazo que faciliten un marco propicio para el desarrollo de políticas públicas en salud que puedan persistir en el tiempo. Como ejemplos de ello se pueden citar la consolidación de una coalición de gobierno estable en Chile, que pudo consensuar una propuesta de cambio en salud, y el acuerdo político y social del Perú, que está permitiendo impulsar una propuesta de sistema nacional de salud y de seguro integral.

#### **XXIV. Conclusión**

Se puede concluir que en los países andinos han mejorado las condiciones e indicadores sanitarios,

pero persisten profundas inequidades y surgen problemas emergentes. Muchos de éstos guardan relación con injusticias estructurales que subyacen en nuestras sociedades, otros con los cambios políticos, culturales, sociales y tecnológicos en nuestros países, los cuales nos están obligando a incorporar nuevas estrategias a los procesos de cambio del sector salud. Cambios que no se ven ajenos a los debates globales sobre las políticas sociales en su conjunto y a la concepción de los modelos de desarrollo, ya que los aspectos sanitarios no pueden analizarse fuera de los contextos económicos, sociales y políticos.

A consecuencia de los profundos cambios que han experimentado las economías de la Región de las Américas en los últimos 10 años, la situación del entorno económico y social de los sistemas de salud se ha modificado sustancialmente. Así como la década de los ochenta pasó a ser conocida - como se señalara- la «década perdida», debido a la fuerte caída de la actividad económica y al deterioro del progreso social en la Región, la década de los noventa se conoce como la «década de las reformas estructurales».

La orientación de estas reformas –propiciada por los bancos y agencias internacionales- ha sido, al menos en el discurso, buscar el desarrollo económico y humano más allá del mero aumento de la actividad productiva medida por las tasas de crecimiento del PIB. En esa perspectiva, las transformaciones han estado inicialmente dirigidas a mejorar la eficiencia, acelerar el crecimiento económico, y elevar los ingresos y el bienestar de las personas. El rol del Estado se ha modificado, experimentándose una revisión de su participación en las áreas de provisión directa de servicios sociales como educación, salud, vivienda y previsión social, y la redefinición de un rol más intensivo en las funciones de rectoría y aseguramiento.

En virtud de esta nueva orientación, y dando respuesta a una visión que considera a la política social como un componente inseparable de la política económica, el Estado se ha comprometido a proveer los recursos financieros requeridos para asegurar el acceso a los servicios sociales, al tiempo que delega buena parte de la función de

producción en aquellas entidades públicas y no públicas que muestren poseer ventajas comparativas para la ejecución de estas tareas.

Las reformas económicas y sociales en nuestros países han tenido lugar en el marco de una liberalización del comercio y, en ese sentido, han estado encaminadas a mejorar las posibilidades de participación exitosa en los mercados internacionales, aumentando la competitividad de la producción de cada país. Aun cuando ha habido variaciones entre ellos, todos emprendieron la tarea de abrir sus economías, y de liberalizar y fortalecer sus estructuras financieras. Además, se ha avanzado en la eliminación de las tasas de cambio múltiple en cada país, en la reducción de tarifas, en la eliminación de barreras no tarifarias al comercio exterior y en la modificación de las restricciones a los movimientos de capital. Un elemento central en el proceso de liberalización comercial ha sido la creación y fortalecimiento de los acuerdos comerciales entre países de la Región, donde el Pacto Andino ha jugado un rol de importancia.

Además de las reformas orientadas a la liberalización del comercio, es pertinente citar las emprendidas en otras cuatro áreas relevantes: la reforma tributaria, la reforma financiera, el proceso de privatizaciones, y la reforma laboral y de los sistemas de pensiones. Todas estas reformas, que han alcanzado distintos niveles de avance y de sentido en los diferentes países, sin duda influyen en los aspectos sanitarios.

Parte de la discusión sobre los logros alcanzados como consecuencia de estas reformas estructurales incluye la pregunta de si los beneficios han compensado los costos de su implantación. La respuesta tiene que ver con dos tipos de indicadores: unos, exclusivamente económicos como serían los niveles absolutos de las tasas de crecimiento del PIB, particularmente medidos en términos per cápita; y otros, de tipo social y que están relacionados con la distribución de los beneficios del crecimiento económico.

Como consecuencia de los efectos negativos del nuevo régimen económico y del ajuste estructural, se ha intensificado la búsqueda de una mejor

comprensión de las relaciones entre la pobreza, la salud y las condiciones de vida. Consecuentemente, se ha producido una cierta revalorización de lo social.

Esta revalorización ha permitido documentar que la desigualdad no se da solamente entre países, sino que se presenta también dentro de los países, y entre géneros y grupos de población, siendo por lo tanto problemas que deben abordarse por las políticas públicas y sociales de cada país.

La revalorización de lo social se traduce en la reformulación de los modelos de desarrollo, en los que se está dando mayor prioridad a las políticas sociales. El desarrollo del capital humano es una condición fundamental en el nuevo modelo de desarrollo, y la salud figura como uno de sus componentes esenciales y una consecuencia deseable. Un desarrollo humano que asocie crecimiento económico en condiciones de estabilidad con desarrollo social y ambiental adecuado, aparece cada vez más como el principal objetivo del Estado moderno.

La creciente conciencia en cada vez más gente, sobre la dignidad del ser humano y sobre el derecho a su integral respeto, ha ido profundizando el concepto de ciudadanía y fortaleciendo las formas democráticas de gobierno y convivencia. La ampliación y profundización de la democracia, como marco de referencia y realizador de la construcción de ciudadanía, es el principal condicionante político de las prácticas sociales que nutren en la actualidad la gestión de políticas públicas de desarrollo. Un proceso de participación política socialmente legitimada es, a la vez, condición y resultado de una democracia efectiva, y el terreno adecuado sobre el cual asentar políticas públicas que respondan a las necesidades de desarrollo humano.

En el momento actual –debido a que las desigualdades se han acentuado en la Región– se ha abierto un debate amplio sobre un nuevo modelo de desarrollo, una revalorización de lo social y un reconocimiento del papel irrenunciable del Estado como garante y protector de los derechos ciudadanos. Esto último está sentando las bases de procesos de cambios en salud que

apuntan a mayor universalidad en el acceso, superar las inequidades y a entregar derechos reales en salud a los ciudadanos. Podríamos denominar dichos cambios como las «reformas de nueva generación».

Hoy nos preguntamos –con el objeto de contribuir a un desarrollo humano sustentable– si es posible en estos días un real acceso universal a la salud y no a un cosmético «acceso universal a las listas de espera»; la respuesta parece ser positiva y el debate de cómo lograrlo discurre en varios planos. Se vuelve a valorizar el que se promuevan estilos de vida saludables y se ponga más acento en la salud –promover poblaciones sanas– que en la enfermedad. Se discute sobre la vigencia de viejos conceptos que vuelven con fuerza: equidad, universalidad, solidaridad y acerca de la necesidad de priorizar el acceso sobre la base de razones de salud pública y cómo en ello puede participar la ciudadanía, y de tal forma legitimar socialmente «consensos». Se discute sobre el modelo de atención, el rol del equipo de salud generalista, de la protocolización de la práctica médica (sobre la base de estándares de consenso científico, costo-efectividad y evaluación de la nueva tecnología), de los incentivos a la eficiencia en la práctica hospitalaria, el papel de la complementariedad público-privada. Se discute sobre cómo dar poder al ciudadano para controlar el efectivo cumplimiento de sus derechos ciudadanos en salud, y se discute sobre salud, sus reformas, las políticas sociales públicas y el actual modelo de desarrollo con relación a su sustentabilidad y gobernabilidad. Todo esto está en el debate de hoy, en el rol del Estado y de los ciudadanos y en la discusión sobre el nuevo balance que entre éstos debe darse.

En este proceso de cambio de nuestras sociedades, donde se insertan los procesos de reforma del sector salud, hay que comprender los múltiples intereses que entran en juego, algunos de ellos –económicos y corporativos– con mucha mayor capacidad de expresión y de influencia que el interés del propio bien común.

Es en toda la magnitud de la complejidad expuesta donde se ha intentado compartir las experiencias

de cada uno de los países andinos, dentro de una visión lo más amplia posible de sus procesos insertos en sus contextos sociales, políticos y económicos, con el objeto de desarrollar «capacidad de aprendizaje en salud» que posibilite construcción de evidencia y de «soberanía».

La incapacidad de aprender forma parte de una cultura que nos condena a vivir eternamente en el subdesarrollo. Un discurso político sobrecargado de ideología -de ambos extremos del espectro ideológico- pese a haber tenido experiencia de gobierno, de haberse sentado en la «silla eléctrica» del Ministro de Salud \* y no asumir las consecuencias políticas con relación a que los sistemas de salud son sistemas complejos, y que los «sueños populistas» chocan con la cruel realidad de la falta de recursos, debería invitarnos a reflexionar sobre cómo aprovechar nuestros aciertos y desaciertos –lo que tenemos- y desde allí generar políticas públicas coherentes y continuas, que nos permitan alcanzar efectivamente objetivos sanitarios y formar capital social en salud.

La extrema debilidad de la institucionalidad democrática en algunos países andinos con altos porcentajes de poblaciones indígenas excluidas, pone en evidencia la necesidad de incluir agendas y estrategias de atención a la salud específica dirigida de una manera directa y sin intermediación a estas poblaciones e implementadas mediante la democracia directa.

Los padres o teóricos de las reformas de mercado, al señalar que el «modelo» de sistema salud de América Latina es el «modelo fragmentado» estaban en lo correcto. Sin embargo, al proponernos «recetas», no se colocó suficiente acento en la capacidad rectora del Estado, en la importancia del recurso humano, y en la trascendencia de las acciones de salud pública sobre las personas y el ambiente. Por lo que no se ha logrado revertir la fragmentación y, en algunos casos, se ha retrocedido en medidas elementales de salud pública, como pudiera haber sido el caso de Colombia respecto al sarampión, y su cobertura de vacunación.

Nuestras experiencias sientan las bases de una nueva forma de hacer política de salud en el futuro. Este escenario va de la mano de una agenda para abordar temas como: (i) la construcción de un discurso de política de salud soberana, sobre integración, salud y gobernabilidad; (ii) la articulación de las políticas de salud con políticas públicas saludables y la macroeconomía; (iii) el diseño de políticas de salud basadas en la equidad que se sustenten en la eficiencia distributiva y una mejor focalización del financiamiento pro-pobres; (iv) el empoderamiento de las comunidades excluidas; (v) el desarrollo de ciudadanía en salud (derechos de las personas); (vi) el fortalecimiento del Estado en la salud pública: en su capacidad de diseñar políticas públicas en salud, de regular su cumplimiento, de articular a diversos agentes y actores públicos, privados y de la propia sociedad civil en la implantación de dichas políticas, y (vii) el desarrollo de sistemas de información que permitan medir la línea de base y progresos en la accesibilidad a los servicios y la inclusión social de salud.

Los desafíos de las políticas de salud pasan necesariamente por hacer «explícito» lo «implícito» (a qué se tiene derecho y a qué no se tiene derecho, para evitar expectativas sobre algo que no se va a poder cumplir y generar desconfianza); por fijar objetivos sanitarios-país que ordenen el quehacer de diversos agentes; por fijar reglas del juego que permitan integrar a diferentes actores y niveles de forma cooperativa y por el éxito que tenga el sector en el que estas políticas sean consideradas temas de Estado y ocupen un lugar prioritario en la agenda pública.

En nuestros países, los cambios en salud han ido a ritmos y etapas diversas. Pero compartimos que dichos cambios son fundamentalmente evolutivos; deben considerar los aspectos políticos y sociales del contexto; deben transparentar las reales posibilidades de sustentabilidad económica; deben establecer alianzas con la propia ciudadanía, y deben centrarse más en objetivos que en aspectos instrumentales. Con relación a instrumentos que han probado un impacto positivo destacamos la inversión en: (i) aumentar la accesibilidad, fortalecer la capacidad de resolución, y mejorar la

calidad de la atención de la atención primaria; (ii) el avanzar gradualmente en la extensión de la seguridad social en salud teniendo como norte la universalidad; (iii) el fortalecer las acciones de salud pública, y (iv) el avance de la descentralización –entendida ésta como un instrumento de democratización- a la par que ésta implique fortalecer redes de prestadores y una real injerencia de las comunidades locales.

Finalmente, es importante recalcar el importante rol que han ido asumiendo organizaciones subregionales –en nuestro caso el ORAS/ CONHU- como espacios para el debate, el aprendizaje y la construcción en común.

Esta publicación abre espacios para futuras investigaciones en el ámbito de la «ingeniería política» de los procesos y en la generación de espacios e instrumentos subregionales de evaluación y apoyo a los procesos nacionales. Especialmente en cómo apoyarnos en la imperiosa necesidad de conquistar para la salud el sitio que le corresponde en la agenda nacional en tanto condición indispensable para el desarrollo.

## Referencias

1. Walt G. Health policy: An introduction to process and power. London & New Jersey: Zed Books; 1995.
2. Frenk J, Liguori A, Amor J. «Salud y derechos humanos». Perspectivas en Salud Pública N° 22. Instituto Nacional de Salud Pública. México; 1995.
3. Organización Panamericana de la Salud. El derecho a la salud en las Américas (Publicación científica 509). Washington, DC: OPS; 1989.
4. Roehmer M. «El derecho a la atención de la salud». En: «El derecho a la salud en las Américas». Estudio constitucional comparado. Publicación Científica No.509. Washington, DC: OPS/OMS; 1989:19-20.
5. Organización Panamericana de la Salud. Número especial sobre reforma del sector de la salud. Revista Panamericana de Salud Pública 2000; vol.8 (1/2).
6. Comité Editorial Revista Panamericana de la Salud Pública. «Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones». Rev Panam Salud Pública 2000; 8(1/2).
7. Yglesias A. «Salud, gobernabilidad y retos estratégicos. en la subregión Andina. Serie Documentos de Trabajo. Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue y Corporación Andina de Fomento; 2003.

Este libro surge de la inquietud de los Ministros de Salud de los países de la Región Andina, por contar con instrumentos que permitan consolidar diversos aspectos con relación a los procesos de cambio en el sector salud y generar un aprendizaje común respecto a éstos.

El Organismo Andino de la Salud, con el apoyo de la Corporación Andina de Fomento, recogiendo dicha inquietud, convocó a investigadores de cada país con el objeto de realizar una publicación sobre los cambios en salud, particularmente de las últimas décadas, analizados a la luz del contexto de la situación social, política y económica que han vivido los países andinos.

La publicación, por tanto, se refiere al contexto general en que los procesos de cambio en el sector salud se han dado en los países andinos, y a los hitos más relevantes en la conformación de los sistemas de salud; relata la historia de cada país con relación a los cambios en el sector salud del último siglo en forma concomitante con la descripción de la evolución del contexto político, social y económico; presenta la situación actual del sector salud y del país en sus indicadores más fundamentales; se refiere a los logros, a los desafíos pendientes y a las lecciones aprendidas de cada país; y finalmente, intenta ver en perspectiva subregional los aspectos más críticos en la viabilidad de las políticas públicas en salud, avances y desafíos.



El Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue es una institución subregional perteneciente al Sistema Andino de Integración, cuyo objetivo es coordinar y apoyar los esfuerzos que realizan los países miembros, para el mejoramiento de la salud de sus pueblos y propiciar la construcción de políticas compartidas a fin de enfrentar conjuntamente nuevos desafíos en el contexto de la integración y la salud.

Nuestro horizonte está trazado por la agenda definida en las Reuniones de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA), los Consejos Presidenciales Andinos y por el Plan Integrado de Desarrollo Social (PIDS - Decisión 553 de Ministros de Relaciones Exteriores de los Países Andinos, Junio 2003).

#### Documentos Institucionales del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue

---

- Hipólito Unanue o el Cambio en la Continuidad. Julio 2000
- Memorias de Gestión "MEMORIA". 2001 / 2002
- Aplicaciones de Telecomunicación en Salud en la Subregión Andina
- XXIV Reunión de Ministros de Salud y otros Documentos Institucionales
- Boletín Epidemiológico
- Diez países latinoamericanos y un propósito común por las personas que viven con VIH/SIDA
- Salud, Gobernabilidad y Retos Estratégicos en la Subregión Andina
- Reformas del Sector Salud en el Camino de la Integración "Aprendizaje y Perspectivas". Memoria Seminario Internacional

La Corporación Andina de Fomento (CAF) es una institución financiera multilateral cuya misión es apoyar el desarrollo sostenible de sus países accionistas y la integración regional. Sus accionistas son Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Colombia, Chile, Ecuador, España, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, Trinidad & Tobago, Uruguay y Venezuela, así como 16 bancos privados de la región andina. Con sede en Caracas, Venezuela, la CAF cuenta con Oficinas de Representación en La Paz, Brasilia, Bogotá, Quito y Lima. Para mayor información visite la página Web: [www.caf.com](http://www.caf.com)