



# ORGANISMO ANDINO DE SALUD CONVENIO HIPÓLITO UNANUE ORAS / CONHU

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**  
**MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES**  
Delegation Regionale a la Cooperation Dans les Pays Andins

**REFORMAS, SALUD PÚBLICA,  
DERECHOS CIUDADANOS E INTEGRACIÓN**

## **II Seminario Internacional Memorias**

**RECOPIACIÓN**  
**Mauricio A. Bustamante García MD**  
**Germán Rodríguez R.**  
**Silvia Benavides Chávez**



**Reformas, Salud Pública, Derechos Ciudadanos e Integración  
Seminario Internacional. Memorias**

**Recopilación:**

Mauricio Bustamante García MD  
Germán Rodríguez Rodríguez  
Silvia Benavides Chávez

**Revisión y corrección de estilo:**

Alonso Restrepo Restrepo

**Edición:**

Kroma Industria Gráfica Ltda.

**Diagramación:**

Diego A. Castañeda - Servicios 2000 Ltda.

Libro formato: 21 x 28 cms.

Número de páginas: 173.

---

Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue  
Avenida Paseo de la República  
Teléfonos: 221 0074, 440 9285  
[postmaster@conhu.org.pe](mailto:postmaster@conhu.org.pe)  
<http://www.conhu.org.pe>  
Lima, Perú

---

La edición del libro ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue

Esta publicación se financia con los aportes de la Delegación Regional para la Cooperación con los Países Andinos, del Ministerio de Relaciones Exteriores de la República Francesa

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

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, totalmente o en parte, sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

El Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue agradecerá recibir comentarios, así como información acerca de cualquier utilización de este libro.

Impreso en Colombia  
ISBN



## Reconocimiento

**El Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) expresa su especial reconocimiento a la Agencia de Cooperación para los Países Andinos, de la República Francesa, sin cuyo apoyo no hubiera sido posible realizar este seminario internacional ni la publicación de las memorias del mismo.**

**Asimismo, agradecemos la participación de los destacados expositores que en este evento aportaron sus experiencias y conocimientos para profundizar en temas de importante relevancia, enmarcados en La integración subregional andina.**





# **REFORMAS, SALUD PÚBLICA, DERECHOS CIUDADANOS E INTEGRACIÓN**

## **Seminario Internacional Memorias**





# Indice

Presentación .....	11
Conferencistas.....	15
<b>Ceremonia de inauguración</b>	
<b>Dr. Mauricio Bustamante.....</b>	<b>17</b>
<b>Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud</b>	
<b>Convenio Hipólito Unanue</b>	
<b>Conferencia Magistral</b>	
<b>Dr. Pedro García Aspíllaga.....</b>	<b>21</b>
<b>Ministro de Salud Pública de Chile</b>	
<b>Ponencias internacionales</b>	
<b>Dr. Pedro Crocco.....</b>	<b>24</b>
<b>Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C.</b>	
<b>La reforma del sector salud en las Américas</b>	
<b>Francia</b>	
<b>Dr. Bernard Chanfreau.....</b>	<b>38</b>
<b>Universidad de Bordeaux</b>	
<b>Reformas de sistemas de salud en Francia</b>	
<b>Uruguay</b>	
<b>Dr. Alfredo Solari.....</b>	<b>29</b>
<b>Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C.</b>	
<b>Reformas del sector salud y la agenda inconclusa</b>	
<b>Inglaterra</b>	
<b>Dra. Karen Lock.....</b>	<b>47</b>
<b>European Centre on Health of Societies in Transition</b>	
<b>Políticas públicas y la evaluación del impacto en salud</b>	

<b>Chile</b> <b>Dr. Osvaldo Artaza.....</b>	<b>54</b>
<b>Director del Centro de Estudios Euroamericano de Gestión y Políticas Públicas de Salud</b>	
<b>Brasil</b> <b>Dra. Celia Almeida.....</b>	<b>62</b>
<b>Fundación Osvaldo Cruz (FIOCRUZ)</b> <b>La reforma del sistema de salud en Brasil</b>	
<b>España</b> <b>Dr. Francisco Orozco.....</b>	<b>79</b>
<b>Instituto de Salud Pública de Madrid</b> <b>Vigilancia de salud pública en España</b>	
<b>Chile</b> <b>Dr. Giorgio Solimano.....</b>	<b>83</b>
<b>Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile</b> <b>Recursos humanos para la salud pública</b>	
<b>España</b> <b>Dr. Gabriel Inclán.....</b>	<b>89</b>
<b>Consejero de Sanidad, Presidente Fundación Vasca de Innovación Sanitaria</b> <b>Salud pública y descentralización: la experiencia del País Vasco</b>	
<b>Francia</b> <b>Dra. Michelle Oms.....</b>	<b>99</b>
<b>Ministere des Affaires Etrangeres, Francia</b> <b>La Unión Europea y el derecho a la salud</b>	
<b>España</b> <b>Dra. Paloma Alonso.....</b>	<b>105</b>
<b>Miembro del Bureau del Consejo de Europa</b> <b>La Unión Europea y su impacto en salud</b>	
<b>Brasil</b> <b>Dr. Armando De Negri Philo.....</b>	<b>113</b>
<b>Sociedad Internacional de Equidad en Salud - Brasil</b> <b>Derecho a la salud, un enfoque desde la equidad.</b>	



**Mesa redonda: Futuro de la reforma, salud pública, derechos e integración**

<b>Perú</b>	
<b>Dra. Pilar Mazzetti Soler.....</b>	<b>123</b>
<b>Ministra de Salud del Perú</b>	
<b>Salud pública en el Perú</b>	
<b>Colombia</b>	
<b>Dr. Eduardo Alvarado.....</b>	<b>130</b>
<b>Viceministro de Protección Social de Colombia</b>	
<b>Salud pública en Colombia</b>	
<b>Ecuador</b>	
<b>Dr. José Villacis.....</b>	<b>134</b>
<b>Ministerio de Salud Pública del Ecuador</b>	
<b>Salud pública en Ecuador</b>	
<b>Venezuela</b>	
<b>Dr. Francisco Armada.....</b>	<b>139</b>
<b>Ministro de Salud y Protección Social de Venezuela</b>	
<b>Salud pública en Venezuela</b>	
<b>Chile</b>	
<b>Dra. Cecilia Villavicencio.....</b>	<b>143</b>
<b>Subsecretaria de Salud Pública de Chile</b>	
<b>Salud pública en Chile</b>	
<b>Segunda Mesa Redonda</b>	
<b>Bolivia</b>	
<b>Dr. Enrique Paz.....</b>	<b>149</b>
<b>Fundación de la Salud de Bolivia.</b>	
<b>Chile</b>	
<b>Dr. Osvaldo Artaza.....</b>	<b>154</b>
<b>Director del Centro de Estudios Euroamericano de Gestión y</b>	
<b>Políticas Públicas de Salud</b>	

<b>Colombia</b>	
<b>Dr. Gabriel Carrasquilla.....</b>	<b>158</b>
<b>Miembro de la Academia de Medicina de Colombia</b>	
<b>Ecuador</b>	
<b>Dr. Ramiro Echeverría.....</b>	<b>162</b>
<b>Investigador de la Fundación Eugenio Espejo de Quito - Ecuador</b>	
<b>Perú</b>	
<b>Dr. David Tejada Rivero.....</b>	<b>167</b>
<b>Ex Sub director General de la Organización Mundial de la Salud</b>	
<b>Venezuela</b>	
<b>Dr. Oscar Feo.....</b>	<b>172</b>
<b>Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnaldo Gabaldón”</b>	



## Presentación

En las últimas décadas, nuestros países han efectuado cambios en sus sistemas de salud, sobre la base de su contexto histórico, político y económico. De mano de la globalización y de la ideología dominante se disminuyó el rol del estado y se generó un mayor espacio al mercado en la salud. Esto sin duda tuvo implicancias en las políticas públicas sanitarias y, en el ámbito del quehacer de la salud pública en nuestros países. Hoy, vuelve a valorarse el rol de estado, se evidencian las limitaciones del mercado y surge con gran fuerza el concepto de ciudadanía.

Cuando se habla de ciudadanía, surge de inmediato el concepto de la salud no ya como una "limosna" de un estado paternalista, ni como un "negocio" en donde la salud se tranza como una mercancía más, sino como un derecho de las personas. Derecho que debe ser efectivamente garantizado.

La garantía social del derecho a la salud, al igual que otras garantías sociales, sólo tiene sentido en una sociedad democrática. 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.

En nuestro países, en la medida que paso a paso avanzamos en nuestros procesos de democratización, a los derechos individuales, garantizados constitucionalmente (libertad, igualdad), se han ido añadiendo 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, a fin de que las mencionadas garantías gocen de efectividad. Se imponen al Estado los esfuerzos colectivos para que los derechos sociales sean disfrutados por todos. La igualdad 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.

La salud, como el desarrollo social, no es sólo producto secundario del crecimiento de la economía, sino que el desarrollo integral, equilibrado y justo, requiere que los niveles de salud se vean mejorados concomitantemente.

La salud es un derecho social que el Estado debe garantizar todos sus ciudadanos dado que el derecho a la protección de la salud es una cuestión ética, pues constituye una garantía social, y darle cumplimiento, desde la moral, es una buena y necesaria acción. 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 sociales de los ciudadanos. 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 que puede ofrecerse a todos, a fin de que disfruten razonablemente de buena salud. La necesidad de priorizar es consustancial al desafío ético de garantizar derechos. En dicha función, hoy la salud pública tiene una fuerte responsabilidad. Una debida priorización no es posible sin identificar adecuadamente los principales desafíos sanitarios de nuestros pueblos, sus brechas en equidad, nuestra

capacidad de oferta, las acciones más costo efectivas que podemos desarrollar, la metodología para evaluar el impacto de nuestras medidas, etcétera. Pero no tan sólo podremos tomar buenas decisiones siendo técnicamente competentes, también tenemos que desarrollar canales y capacidades para escuchar las aspiraciones y requerimientos de los propios ciudadanos. Sólo así construiremos políticas públicas viables y sostenibles.

El acceso a los servicios de salud constituye un componente esencial de la calidad de vida. Una nación no logra adecuado desarrollo humano mientras persiste 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.

En todo el mundo existe un importante debate sobre la atención a la salud como un derecho ciudadano. 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. Todo sistema de salud refleja una serie de supuestos éticos, explícitos o implícitos, que se expresan en la forma en que 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 semejante ante necesidades semejantes, y donde quienes más necesitan reciban mayores y mejores cuidados (una "desigualdad positiva" para el logro de una real igualdad de oportunidades). El asegurar a todos un piso ético de atención a la salud adquiere el mismo sentido de justicia que la educación primaria o la garantía de una vivienda digna. La igualdad de oportunidades ofrece una base moral para que nuestros modelos de desarrollo sean incluyentes y socialmente justos.

La protección de la salud debe dejar de ser un bien de consumo para quienes tienen el privilegio del dinero, o un objeto de asistencia, para convertirse en un derecho ciudadano. Bajo las definiciones modernas de ciudadanía, este principio 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.

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, la decisión de qué criterio seguir tendrá gran influencia sobre la distribución de los beneficios de la atención. Esto se constituye en una de las cuestiones más importantes en la formulación de las políticas de salud.

Cuando el criterio es el poder de compra, el mecanismo para racionalizar los servicios es el precio y, la atención a la salud se concibe como una mercancía más. El mecanismo de

racionamiento es la exclusión y la concepción de la atención a la salud como un privilegio. 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.

Las inequidades a que han dado lugar los criterios anteriores han hecho necesario el desarrollo de nuevas formas de construir políticas públicas basadas en los derechos ciudadanos. Estos, parecen constituirse hoy, en un camino ético que da sentido y sustentabilidad a nuestras aspiraciones de países justos, prósperos e integrados. Aquí hay, sin duda, un gran desafío para la salud pública del siglo XXI.

**Dr. Osvaldo Artaza Barrios**  
Ex Ministro de Salud de Chile



## Conferencistas

**Conferencia Magistral**  
**Dr. Pedro García Aspíllaga**  
**Ministro de Salud Pública de Chile**

**Dr. Pedro Crocco**  
**Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C.**

**Dr. Bernard Chanfreau**  
**Universidad de Bordeaux**

**Dr. Alfredo Solari**  
**Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C.**

**Dra. Karen Lock**  
**European Centre on Health of Societies in Transition**

**Dr. Osvaldo Artaza**  
**Director del Centro de Estudios Euroamericano de Gestión y Políticas Públicas de Salud**

**Dra. Celia Almeida**  
**Fundación Osvaldo Cruz (FIOCRUZ)**

**Dr. Francisco Orozco**  
**Instituto de Salud Pública de Madrid**

**Dr. Giorgio Solimano**  
**Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile**

**Dr. Gabriel Inclán**  
**Consejero de Sanidad, Presidente Fundación Vasca de Innovación Sanitaria**

**Dra. Michelle Oms**  
**Ministere des Affaires Etrangeres, Francia**

**Dra. Paloma Alonso**  
**Miembro del Bureau del Consejo de Europa**

**Dr. Armando De Negri Philo**  
**Sociedad Internacional de Equidad en Salud - Brasil**

**Dra. Pilar Mazzetti Soler**  
**Ministra de Salud del Perú**



## Conferencistas

**Dr. Eduardo Alvarado**  
Viceministro de Protección Social de Colombia

**Dr. José Villacis**  
Ministerio de Salud Pública del Ecuador

**Dr. Francisco Armada**  
Ministro de Salud y Protección Social de Venezuela

**Dra. Cecilia Villavicencio**  
Subsecretaria de Salud Pública de Chile

**Dr. Enrique Paz**  
Fundación de la Salud de Bolivia.

**Dr. Gabriel Carrasquilla**  
Miembro de la Academia de Medicina de Colombia

**Dr. Ramiro Echeverría**  
Investigador de la Fundación Eugenio Espejo de Quito - Ecuador

**Dr. David Tejada Rivero**  
Ex Sub director General de la Organización Mundial de la Salud

**Dr. Oscar Feo**  
Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnaldo Gabaldón"



## **Dr. Mauricio Bustamante**

**Secretario Ejecutivo - Organismo Andino de Salud  
Convenio Hipólito Unanue**



El Seminario Internacional al que asistimos esta mañana y que será inaugurado con una conferencia magistral del doctor Pedro García, Ministro de Salud, se desarrollará en un contexto y momento político en la Región muy importante y expectante, diría yo, para los temas que constituyen la convocatoria y objetivos de este evento. Es decir, reflexionar sobre las reformas del sector salud con la extensión y fortalecimiento de la salud pública, y su íntima vinculación con los derechos y la participación ciudadana como base para la integración social en nuestros países y entre nuestros países.

Quisiera agradecer muy especialmente la presencia del doctor Philippe Cujo por su

aporte y el de su institución a la realización de éste encuentro y, en general, por el apoyo permanente de la Agencia de Cooperación Francesa con iniciativas y actividades que, como este Seminario Internacional, buscan vincular más estrechamente la salud pública, los derechos y la participación ciudadana como fundamentos de la integración en la subregión andina.

Este Seminario es el segundo que se realiza con el apoyo del Gobierno de Francia. El primer Seminario, titulado "Reformas del Sector Salud en el Camino de la Integración", se realizó en la ciudad de Lima, en septiembre de 2003, y cuyas memorias publicadas en un libro presentaremos esta noche en ceremonia especial.

Mediante estos seminarios buscamos abrir espacios de diálogo y reflexión entre las autoridades del sector salud con el mundo académico, la sociedad civil y expertos internacionales alrededor de un tema común: cómo mejorar la salud de nuestras poblaciones en un medio rápidamente cambiante, sentando las

*La salud pública como bien, beneficia a todas las poblaciones desbordando las fronteras nacionales y, en ese sentido, quisiera señalar de manera especial que cada vez es mucho más posible construir una nueva dimensión de abordaje de los problemas comunes de la salud a través de la construcción de políticas compartidas*

bases para el fortalecimiento de las instituciones públicas y la generación de confianza entre todos los agentes interesados en el desarrollo de la salud.

Los temas que abordaremos en este segundo Seminario con la participación de destacados expositores sudamericanos y europeos, se encuentran también estrechamente relacionados con las agendas de trabajo de dos reuniones de ministros que se realizarán en este mismo lugar durante esta semana: la XXVI Reunión de Ministros de Salud del Área Andina y la IV Reunión de Ministras y Ministros de Salud de América del Sur.

*Mediante estos seminarios buscamos abrir espacios de diálogo y reflexión entre las autoridades del sector salud con el mundo académico, la sociedad civil y expertos internacionales alrededor de un tema común: cómo mejorar la salud de nuestras poblaciones en un medio rápidamente cambiante,*

Constituye un lugar común referirse a la globalización como un proceso que representa una oportunidad y un desafío. Para quienes reflexionamos sobre reformas en el sector salud y en el de Seguridad Social, y su correspondencia con conceptos como la equidad, universalidad en el acceso a los servicios de salud y los derechos ciudadanos como componentes fundamentales para la integración, resulta indispensable que

nos interroguemos críticamente sobre el tipo de globalización que vivimos y las tendencias que se dibujan en el escenario mundial.

Quiero llamar especialmente la atención sobre el hecho de que el 8 de diciembre de 2004, en el ombligo del mundo, como lo llamaban los incas, la ciudad del Cuzco, Perú, los presidentes sudamericanos constituyeron la Comunidad Sudamericana de Naciones. Este histórico acuerdo se asienta en un progresivo proceso de confluencias y acuerdos entre el MERCOSUR, la Comunidad Andina y Chile, y en esta histórica decisión se expresa una claridad de políticas de los Jefes de Estado de América del Sur por constituir un bloque integrado en lo económico, social, cultural, energético e infraestructura que sitúe a América del Sur como un actor en la escena internacional.

En su declaración constituyente, los presidentes señalaron que la Comunidad Sudamericana de Naciones tiene un compromiso esencial con la lucha contra la pobreza, la eliminación del hambre, la generación de empleo decente y el acceso de todos a la salud y a la educación como herramienta para el desarrollo de los pueblos. Este nuevo escenario abre las puertas a un proceso de integración regional fundamental y tiene que ver también con la globalización y, por cierto, con el desafío de construir una fuerza y una voz desde el Sur del planeta y darle el contenido de la esperanza en el siglo XXI.

*La salud pública constituye una parte esencial de los bienes públicos como el medio ambiente, el buen gobierno, la seguridad y los conocimientos que son bienes que al ser proveídos nadie puede ser excluido de su consumo.*

La globalización es un proceso social complejo que repercute de un modo inédito y cotidiano sobre el destino individual y colectivo de cada uno de nosotros en cada una de nuestras regiones, países y localidades. La humanidad experimenta un conjunto de fenómenos que están modificando sustantivamente su fisonomía, entre ellos sobresale la expansión de los flujos migratorios que movilizan a millones de seres humanos por todo el orbe. Dicha corriente se nutre de personas que son desplazadas de sus lugares de origen por la pobreza y la falta de oportunidades, o que son obligadas a buscar refugio huyendo de guerras civiles, hambrunas, conflictos políticos, sociales o enfrentamientos étnicos.

Mencionar simplemente que el desarrollo de los sistemas de salud implica para los países impulsar los cambios institucionales, de acuerdo con las políticas establecidas para prevenir y atender la enfermedad, proteger y promover la salud de las poblaciones.

En ese sentido, tiene gran significado que una reunión como ésta se esté realizando en un país como Chile, que está impulsando importantes cambios en sus políticas de salud, a las cuales, sin duda alguna, el concierto internacional está muy atento.

La salud pública constituye una parte esencial de los bienes públicos como el medio ambiente, el buen gobierno, la seguridad y los conocimientos que son bienes que al ser proveídos nadie puede ser excluido de su consumo.

La salud pública como bien, beneficia a todas las poblaciones desbordando las fronteras nacionales y, en ese sentido, quisiera señalar de manera especial que

cada vez es mucho más posible construir una nueva dimensión de abordaje de los problemas comunes de la salud a través de la construcción de políticas compartidas que, como en el caso de los procesos de negociación conjunta de medicamentos, como el que ocurrió hace más de año y medio en Lima, Perú, con participación de no solamente los países andinos y Chile sino de Argentina, Paraguay y México, los proyectos de intervención conjunta entre los países, especialmente en zonas de fronteras, sobre patologías prioritarias en estas zonas, y los acuerdos para constituir una posición común de salud pública frente a las negociaciones de los tratados comerciales, demuestran indudablemente, que las políticas compartidas entre los países representan un enorme potencial en una nueva dimensión para intervenir los problemas de salud, y que los países tienen en esa dimensión internacional una oportunidad adicional y nueva de enfrentar los problemas de salud.

*Este nuevo escenario abre las puertas a un proceso de integración regional fundamental y tiene que ver también con la globalización y, por cierto, con el desafío de construir una fuerza y una voz desde el Sur del planeta y darle el contenido de la esperanza en el siglo XXI.*

Amigas y amigos, la salud pública ha tenido diferentes grados de desarrollo entre los países y los bloques continentales; lo importante ahora es saber si podemos tener la capacidad de

desarrollar un pensamiento y una acción de salud pública que permita disminuir las brechas y buscar la universalidad de la atención, y si ello lo podemos hacer en el marco de los procesos de integración de nuestros países sobre los cuales el Presidente Lagos decía en Cuzco, "...deben impulsarse desde la óptica de la competitividad del comercio exterior, de las obras de infraestructura, pero fundamentalmente desde la cohesión social...", tendremos pues en este

Seminario Internacional la oportunidad de compartir visiones y experiencias sobre las reformas en el sector salud, la salud pública, los derechos ciudadanos y la integración.

En conclusión, ésta es una magnífica oportunidad para aprender y marchar juntos en la comprensión de los avances y desafíos de nuestros sistemas de salud.

## Dr. Pedro García Aspíllaga Ministro de Salud Pública de Chile



Quisiera rescatar el título del Seminario que se denomina Reformas de Salud Pública, Derechos Ciudadanos e Integración en Salud; lo que de alguna manera se enmarca dentro de un contexto un poco más amplio como lo es la reunión del Convenio Hipólito Unanue, la que se inicia mañana con los ministros del Pacto Andino y Chile, que culmina el día viernes con la Reunión de los Ministros de Sudamérica (REMSU), la cual busca integrar a todos los países de esta Sudamérica en fines comunes, tal como lo ha planteado Mauricio Bustamante hace un instante.

En general, se explotan más las diferencias entre nuestros países, y se busca tensionar muchas veces nuestras diferencias y creo que la salud se constituye en una tremenda oportunidad para generar puentes de paz y para la integración real de nuestros países como ningún otro, porque incluso en la educación, que podría ser otra de las vías de integración, afloran distintos elementos culturales más arraigados que pudieran dificultar; sin embargo, la salud es un tema transversal que nos reúne a todos.

En ese sentido, creo que este tipo de reuniones, al igual que la que se inicia mañana, ya en forma más constitutiva de reuniones de ministros, ayudan a que efectivamente podamos ir integrándonos.

Salud en general ha sido vista como una amenaza para los gobiernos, como un gasto mas no como inversión y creo que salud se tiene que constituir en una fuente de inversión de nuestros países, que no sólo trasciende en lo inmediato y económico , sino también en integración.

Cuando se menciona esta frase del presidente Lagos y se habla de la

*Salud en general ha sido vista como una amenaza para los gobiernos, como un gasto mas no como inversión y creo que salud se tiene que constituir en una fuente de inversión de nuestros países, que no sólo trasciende en lo inmediato y económico , sino también en integración.*

importancia de los acuerdos comerciales, en los cuales Chile participa en numerosos de ellos, y el facilitar vías de comercio entre los países a escala mundial rescatando la cohesión social y cultural, esto es fundamental, ya que si no existe cohesión social entre los países todos esos esfuerzos comerciales pueden verse frustrados fuertemente, y salud es un elemento que de alguna manera hemos tratado de hacer en este último tiempo en Chile, y seguramente es el interés de muchos de los ministros que se va a manifestar en parte del taller; se constituye efectivamente en un agente de integración social y de generación de equidad, que es uno de los dramas de nuestros países, un elemento casi constitutivo de nuestras sociedades y es uno de los temas que tenemos que trabajar en el deseo de generar mayor desarrollo de nuestros países.

Esa integración social, cohesión social resultante de esa mayor equidad social, hará que nuestros países puedan aspirar a mejores desafíos y destinos en el concierto internacional y es por eso que estamos muy contentos de poder participar en la apertura de este Seminario.

Recientemente, la semana pasada, se constituyó aquí en Chile, a instancias de la Organización Mundial de la Salud, el Primer Foro de una Comisión Internacional de Determinantes Sociales en Salud, la cual generará un secretariado en Ginebra, y en la que están todos los países invitados a participar, en donde, además, se demostraba la importancia que tiene la salud en generar otras políticas que son integradoras y a la vez nutrientes de un mejor estado de salud para nuestras poblaciones.

Creo que ahí aparecen conceptos como el del buen gobierno, la continuidad de las políticas sociales que se instalen, la continuidad de políticas económicas en nuestros países y una serie de otra naturaleza que efectivamente van a hacer que tengamos mayores oportunidades.

*Esa integración social, cohesión social resultante de esa mayor equidad social, hará que nuestros países puedan aspirar a mejores desafíos y destinos en el concierto internacional y es por eso que estamos muy contentos de poder participar en la apertura de este Seminario.*

En Chile en particular, y entre los invitados extranjeros que tenemos hoy día, estamos, tal como lo decía Mauricio Bustamante, en un proceso de reforma extraordinariamente ambicioso que se constituye sobre las bases de objetivos sanitarios, que han sido determinados para la década, en el cual también se hace un reconocimiento de la situación de salud del país, de los cambios y de los éxitos sanitarios que se han podido lograr a través de muchos años, y que efectivamente nos permiten hacer un salto cualitativo en otros ámbitos. Esto pone de presente que todos estos procesos son también dinámicos, sobre todo en Salud, a medida en la que se resuelven problemas aparecen otros nuevos, y eso es algo que tenemos que tener presente; a medida que prolongamos la vida de nuestros ciudadanos lo que estamos logrando es abrir otras fuentes potenciales de conflicto o de oportunidades, veámosla más como oportunidades que como conflictos.

Eso es lo que se está haciendo en Chile, una reforma, que como digo, se basa en objetivos sanitarios y en la cual se busca fortalecer los conceptos de la autoridad sanitaria para generar políticas públicas más eficaces y eficientes en términos de promoción de la salud, sobre todo, y prevención de la enfermedad, como también de generar garantías en la población, sobre todo para los más desposeídos que requieren tener mayor certidumbre respecto a su accesibilidad a la salud y la oportunidad con que ésta les es ofrecida, que es lo que hemos hecho a través del AUGE y esta generación de derechos exigibles.

Por último, sólo señalar que es interés del gobierno de Chile, en particular del presidente Lagos y de quien habla, poder facilitar todos los procesos que tengan relación con mayores grados de integración en las Américas. Hoy en Sudamérica existen dos grandes, llamémoslo así, bloques de orden comercial y político, uno es MERCOSUR y otro es el Pacto Andino; Chile no participa activamente en ninguno de los dos, sin embargo, está presente en ambos; nos interesa estarlo y si de alguna manera desde esta esfera pudiéramos facilitar una final integración a través de lo que es la salud entre estos dos mundos, que es lo

que efectivamente vamos a hacer a través de estas reuniones de ministros, si de alguna manera pudiésemos colaborar y facilitar mayores integraciones en todo este conjunto de países creemos que nos sentiríamos muy complacidos. Sudamérica es un continente enorme y hermoso, cientos de millones de ciudadanos esperan que de alguna manera los gobiernos hagamos mejor las cosas, satisfagamos de mejor forma sus necesidades, y más que ver nuestras diferencias veamos nuestros ámbitos de unión y trabajo, y qué mejor que trabajar por la salud de nuestros pueblos, así que les deseo el mayor de los éxitos. Estoy seguro, por la convocatoria de expertos, que va a ser interesante, y de igual forma espero que sea exitosa la reunión que tendremos desde mañana hasta el viernes con los distintos ministros de Sudamérica.

Asimismo, agradecer a la Agencia de Cooperación para los Países Andinos, de la República Francesa, que ha facilitado la reunión y la participación en este Seminario, y a todos quienes han posibilitado que esto se lleve a buen término.

Muchas gracias por lo que están haciendo.

*Hoy en Sudamérica existen dos grandes, llamémoslo así, bloques de orden comercial y político, uno es MERCOSUR y otro es el Pacto Andino;*

## La reforma del sector salud en las Américas

**Dr. Pedro Crocco**

Organización Panamericana de la Salud  
Washington D.C.

*Médico cirujano. Master en Salud Pública, de Johns Hopkins University. Actualmente es Asesor Regional en Sistemas de Salud, de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.*

Empezaremos primero con la definición, ¿qué entendemos nosotros por reforma del sector salud? Nuestra definición nace de la reunión especial de Reformas del Sector Salud que se hace en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1995; es importante aclararlo porque indudablemente definiciones de reformas ha habido muchas. Lo que entendemos por reforma es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las funciones y/o instituciones del sistema de salud, con el propósito de lograr la satisfacción de las necesidades de salud de las poblaciones.

Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud, realizada durante un periodo determinado de tiempo y, en lo general, guiada por un marco general, legal y formativo. Esta es la definición de reforma que la OPS asume y es con la que realiza todas sus evaluaciones y su trabajo metodológico.



Para explicar el quehacer de la OPS en éste ámbito, quiero referirme a la Primera Cumbre de Jefes de Estado y Gobierno de las Américas, efectuada en Miami en 1994, en la que se plantea el acceso equitativo a los servicios básicos de la salud como un hecho relevante, y en la cual nace la iniciativa de reforma del sector salud en América Latina, que en el fondo realiza la actividad de monitorear y evaluar las reformas del sector salud y, en lo posible, apoyar a los países en este proceso. Quiero destacar también el Mandato de la OPS/Organización

*- Reforma - es una palabra comparativamente nueva en el léxico de los servicios de salud, pero reformas ha habido muchas y desde hace mucho tiempo.*



Mundial de la Salud (OMS) para el monitoreo de las reformas que se realiza en 1999 en el que, además, se plantean como principios rectores de la reforma la equidad, la eficiencia, la efectividad, la calidad, la sostenibilidad y la participación social.

El instrumento que la OPS usa para realizar el monitoreo de las reformas es el perfil de sistemas de salud que, en teoría, se hace aproximadamente cada dos años en los distintos países; gran parte de la información que voy a presentar emerge de la aplicación de dichos perfiles.

Otro instrumento fundamental tiene que ver con la caracterización de la exclusión social en salud es un trabajo que ha estado haciendo la OPS que demuestra la gran cantidad de gente excluida de la salud en América Latina, cifra que sobrepasa los cien millones de personas, dato que debe ser considerado al evaluar las reformas sectoriales. Otra metodología que se usa para monitorear y analizar las reformas son los análisis del sector salud, el último de los cuales se realizó en Puerto Rico y terminó en enero, habiéndose realizado ya varios en los distintos países de la Región.

*Las últimas reformas en América Latina, en general, no han sido capaces de superar la segmentación y fragmentación de los sistemas de atención,*

Quiero destacar que toda la información que emerge de la iniciativa se encuentra disponible en internet. Se encuentran, por ejemplo, los 33 perfiles de los países de la Región y cuya última sección se

refiere a monitoreo y evaluación de las reformas, y a los análisis subregionales y regionales. Es una excelente fuente de información para todos los actores que quieran estudiar lo relativo a reformas, pues no solamente figura el monitoreo, sino los instrumentos que se han desarrollado, con el fin de colaborar con los países en este ámbito.

**BREVE HISTÓRIA DE LOS CAMBIOS EN LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL SIGLO XX**

- Hasta los años 20:  
Campañas Sanitarias
- Años 20 - 40: Seguro Social (Bismarck)
- Años 50 - 70: "Welfare State" (Beveridge)
- Años 70 - 80: Extensión Cobertura / Atención Primaria (Alma - Ata)
- Años 80 - 90: Eficiencia económica en la gestión y reducción del gasto público en salud (Instituciones Financieras Internacionales)



- Reforma - es una palabra comparativamente nueva en el léxico de los servicios de salud, pero reformas ha habido muchas y desde hace mucho tiempo. En un breve resumen de los cambios de salud del siglo XX se puede observar que en los años 20 hay un énfasis en las campañas sanitarias, en los años 20 y 40 en el seguro social; los años 70 y 80 se marcan con la extensión de cobertura en atención primaria, y en los años 80 y 90, en los cuales se da la última generación de reformas, se hace énfasis en la eficiencia económica en la gestión y en la reducción del gasto público en salud. Quiero destacar que todas éstas fueron en su momento reformas según la definición de reformas que hemos asumido.

Las últimas reformas en América Latina, en general, no han sido capaces de superar la segmentación y fragmentación de los sistemas de atención, han


producido un bajo impacto en las grandes diferencias, en derechos de asegurados, niveles de gastos per cápita y grados de acceso a los servicios por distintos estratos de la población. Quisiera destacar el tema del número de excluidos, que como lo planteaba, en la información que manejamos su número sobrepasa los 100 millones de personas en América Latina. Por otra parte, las reformas no han convergido en los procesos de cambio de la seguridad social como para producir una acción sinérgica de expansión de la protección en salud. Se siguen viendo sistemas segmentados en los que las reformas muchas veces simplemente han abarcado a los Ministerios de Salud en algún ámbito, pero los Institutos de Seguridad Social, a pesar de que son parte del sector salud, ni siquiera han sido considerados.

Por otra parte, las funciones esenciales de salud pública, el modelo de atención, la integralidad, la continuidad de cuidados y la organización de redes integradas de servicios fueron relegados a un plano secundario y han sido temas marginales en los debates sobre las reformas. Quisiera destacar que producto de este análisis hay un fuerte énfasis de parte de la OPS por colocar estos temas en el tapete. Por ejemplo, está el esfuerzo que ha hecho en las funciones de salud pública.

Las reformas también han avanzado poco en la mejora del desempeño y de la efectividad en general del sistema, y en los aspectos de calidad de la atención, en evitar la duplicidad y en la falta de racionalidad en la disponibilidad de la infraestructura. Además, pocos países han enfrentado el desafío del desarrollo y capacitación de los recursos humanos, tema aún pendiente.

**REFORMA DEL SECTOR SALUD EN ALC :  
TENDENCIAS GENERALES**

- La reforma se ha centrado en ciertos aspectos de gestión, especialmente en los relacionados con la eficiencia económica, descentralización, separación de las funciones de financiamiento / provisión y autonomía de unidades prestadoras, pero no ha enfatizado la promoción de cambios articulados, sinérgicos y coherentes en todo el conjunto de funciones de los sistemas de salud y en sus complejas interrelaciones



En resumen, las reformas se han centrado en ciertos aspectos de gestión, especialmente los relacionados con la eficiencia económica, la descentralización, separación de la función de financiamiento, provisión y autonomía de unidades prestadoras, pero no ha enfatizado en la promoción de cambios articulados, sinérgicos y coherentes en todo el conjunto de funciones de los sistemas de salud y sus complejas interrelaciones.

A pesar de las reformas, la gran mayoría de los países siguen teniendo sistemas tremendamente segmentados; indudablemente hay excepciones como el caso de Costa Rica.

¿Cuáles son las limitaciones de esa segmentación?

**LIMITACIONES DE LOS SISTEMAS SEGMENTADOS**

- Segmentación institucional y organizacional
- Fragmentación operativa



Se observa superposición de redes, ausencia de complementariedad de servicios y de continuidad de cuidados e imposibilidad de atención integral. Por otra parte, se ve regresividad e insuficiencia del financiamiento con predominio del pago de bolsillo, y una rectoría débil.

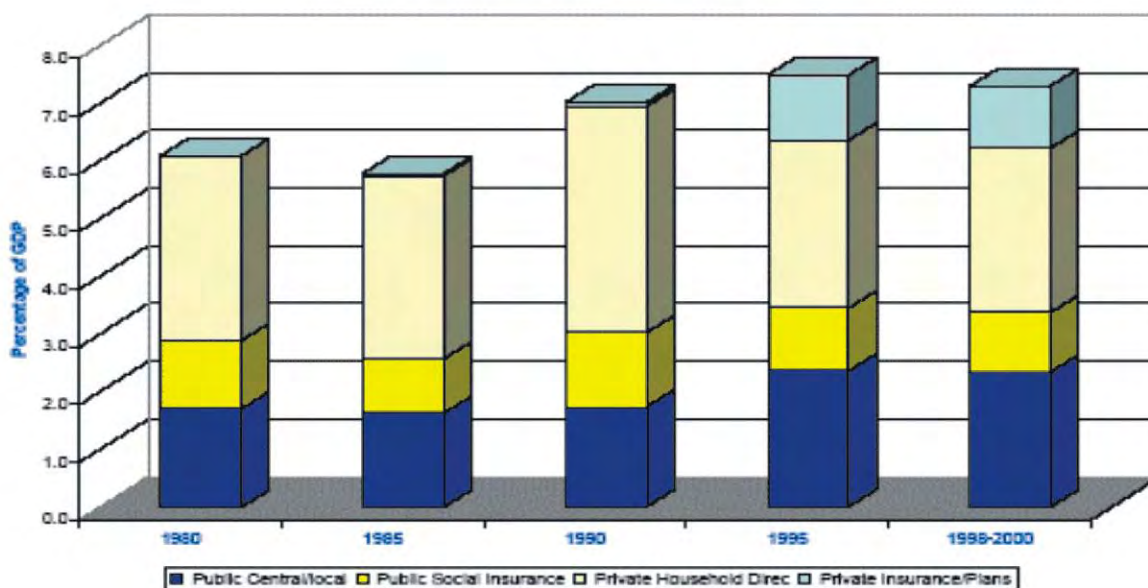
En el periodo comprendido entre 1980 y 2000 en América Latina y el Caribe el gasto privado es la fuente principal de financiamiento de los sistemas de salud.

**LIMITACIONES DE LOS SISTEMAS SEGMENTADOS**

- Regresividad e insuficiencia del financiamiento con predominio de pago del bolsillo

- Rectoría débil: marco regulatorio insuficiente y fiscalización inadecuada

**Graph 2. Health Expenditure Trends by Sub-sectors of the Health System in Latin American and the Caribbean Region, 1980-2001**



El cambio sustancial que se ve entre 1980 y 2000, es que el pago de primas de seguro privado pasan a ser un componente importante.

La otra limitación de los sistemas segmentados son los costos de transacción muy elevados, que se deben, entre otras causas, a fenómenos de clientelismo, corporativismo y corrupción. Así como también temas de administración como: propaganda, venta e intermediación, la ausencia de planificación y programación integrada, la insuficiente capacidad de elaboración de contratos y mecanismos de pago.

**LIMITACIONES DE LOS SISTEMAS SEGMENTADOS**

- Costos de transacción muy elevados
  - Clientelismo, corporativismo y corrupción
  - Administración, propaganda, ventas y intermediación
  - Ausencia de planificación y programación integrados
  - Insuficiente capacidad de elaboración de contratos y mecanismos de pago generadores de incentivos perversos
  - Focalización y micro-seguros que constituyen "pools" de riesgos reducidos
  - Seguros contra mala practica



El desafío fundamental, a juicio de la OPS, que enfrentan los sistemas de salud es garantizar a todos los ciudadanos la protección social universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y en la utilización de los servicios, y asegurando que cada uno reciba atención según sus necesidades y, además, que contribuya al financiamiento del sistema según sus posibilidades. El gasto de bolsillo, quiero destacar, es tremendamente regresivo.

**DESAFÍO: EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD**

El desafío fundamental que enfrentan los sistemas de salud de los países de la Región es ..... " *Garantizar a todos los ciudadanos la protección social universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios y asegurando que cada uno reciba atención según sus necesidades y contribuya al financiamiento del sistema según sus posibilidades*"



CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA - 2002

Lo que se observa también en cuanto a gasto público de América Latina es que en muchos países esta muy mal focalizado y gran parte de éste se va a los quintiles más ricos de ingreso.

Los escenarios derivados de la reforma llevan a la necesidad de fortalecer la función rectora. Esta función tiene distintas dimensiones: de regulación, de conducción, de modulación del financiamiento, de garantía del aseguramiento, y de armonización de la provisión de servicios.



Muchas gracias, este es un panorama muy breve y espero que sirva para el resto de la reunión.

## Reformas del sector salud y la agenda inconclusa

**Dr. Alfredo Solari**

Banco Interamericano de Desarrollo,  
Washington D.C. -



Médico con especialidad en administración de servicios de salud, ha sido ministro de Salud de Uruguay y actualmente funcionario del Banco Interamericano de Desarrollo.

Quisiera compartir con ustedes algunas reflexiones de nuestro trabajo y cómo vemos la evolución del sector salud en los países de América Latina.

En primer lugar, una reflexión sobre algunas referencias de tipo cultural que no son menores; cuando uno mira la totalidad de la Región, generalmente nos referimos al sector salud, pero en realidad de lo que estamos hablando es de otra cosa, y es bueno precisar un poco el alcance de los términos.

El primer tema es tratar de ver de qué estamos hablando, si es de una empresa pública que brinda servicios de salud, lo que en Uruguay se llama salud pública créanlo o no, o del conjunto de empresas que brindan y financian servicios de salud tanto públicos como privados, algunas de

ellas organizadas a través de la seguridad social y que brindan servicios de salud a las personas que es, en general, a lo que nos referimos cuando hablamos de sistemas de salud; o de las normas que rigen las contribuciones financieras, la organización de recursos humanos, el funcionamiento institucional y la responsabilidad; normas que rigen al sistema de prestación de servicios de salud o de algunas otras dimensiones que también afectan, y mucho, a la salud de la población y de las cuales los Ministerios de Salud de América Latina han tenido una experiencia mixta, incluyendo en ello los programas y políticas de salud pública como el control de la calidad de medicamentos y de alimentos, las campañas de inmunizaciones generalizadas, de combate a la malnutrición infantil, es decir, un ámbito que va más allá de la simple prestación de servicios, y de cuya eficacia depende también que este sistema alcance los objetivos de efectividad, equidad y de calidad a los que todos aspiramos y, sobre todo, que se mantenga dentro de un costo accesible a las posibilidades de la economía.

Por último, algo que es muy importante, pero de lo cual los Ministerios de Salud no tenemos ni siquiera un carné mixto de

cumplimiento, es la consideración de otras políticas públicas que afectan a la salud de la población y constituye el material principal de la Comisión de los Determinantes Sociales de Salud y que se instaló hace algunos días en esta ciudad.

### ¿Cuál es la participación del sector salud en la formulación de políticas educativas y de transporte y en la distribución de ingresos?

Nuestra ausencia en ese aspecto es prácticamente total y los determinantes de los programas de salud pública y de otras políticas que afectan la salud son, y tienen un efecto sobre la situación de salud de la población, tan o más importantes de lo que nosotros podamos conseguir mejorando relativamente la equidad o eficiencia o efectividad del sistema de prestación de servicios. Entonces, cuando nos referimos a la reforma del sector salud tenemos que tratar de mantener este dimensionamiento más amplio en la mente, de tal manera de que no confundamos algunos de los árboles con el bosque.

En 1993, el Banco Mundial, que es un organismo con el cual el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) tiene una cantidad de puntos de afinidad de políticas y de funcionamiento del sistema financiero internacional, sacó dos publicaciones muy interesantes sobre la salud: el Informe mundial de Desarrollo, referido a las reformas de las prestaciones de los servicios de salud, y El control de las enfermedades prioritarias en los países en vías de desarrollo; ambas tuvieron una repercusión muy importante sobre la

organización de los sistemas de salud y del sector salud de los países en desarrollo durante la década de los 90.

En el documento Control de las Enfermedades Prioritarias, lo que básicamente se establecía era, en función de la carga epidemiológica de los países en desarrollo, cuáles eran aquellas acciones que daban un mayor beneficio y a un menor costo, de manera de que esas intervenciones pudieran ser priorizadas en los esfuerzos por mejorar la situación de salud de la población. De ahí surgieron recomendaciones sobre inmunizaciones, tratamientos con sales de rehidratación oral, e infecciones respiratorias agudas, etcétera.

*En el caso de las Américas, la priorización de los problemas de salud no es sencilla, porque la situación epidemiológica de los distintos países es sumamente variada,*

En el 2005, el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos de América están preparando una nueva revisión de esa publicación, con una actualización sobre cuáles serían las conclusiones y recomendaciones para el control de las enfermedades prioritarias en los países en desarrollo. Sin perjuicio de eso, a partir del Informe Mundial de Desarrollo, del Banco Mundial, de 1993, se produce una serie de principios acerca de los procesos de reforma de los sistemas de salud y de los sectores de salud en estos países, que tienen algunas características.

El propio título de la publicación que acabo de referir, Control de las Enfermedades Prioritarias en los Países en Vías de Desarrollo, lo que estaba tratando de establecer, en primer lugar, era mejorar la salud en un país que tiene una carga de morbilidad y mortalidad muy alta, con una cantidad de recursos extremadamente limitados, y tratando de saber qué criterios y qué resultados, aplicando esos criterios, se obtienen si uno trata de priorizar los problemas de salud en vista de que no puede responder a todos ellos al mismo tiempo.

En el caso de las Américas, la priorización de los problemas de salud no es sencilla, porque la situación epidemiológica de los distintos países es sumamente variada, si se toma la expectativa de vida al nacer como una especie de resumen de la situación de salud en la población, considerando que es un promedio, es decir, que dentro de esos promedios nacionales de expectativas hay diferencias importantes dentro de los grupos que componen esa población.

La expectativa de vida sana al nacer es un indicador de la OMS en el informe del año 2000 que muestra que en Haití ésta es de 53 años, en promedio; en Chile, el mismo informe, da una expectativa de vida sana al nacer de 78 años, es decir, que entre estos países hay una diferencia de 25 años.

A su vez, entre Haití y el país inmediatamente superior, que es Bolivia, hay una diferencia de 12 años favorable a

Bolivia. Quiere decir que si ustedes observan el estado de salud de la población promedio de esos dos países hay grandes diferencias. Y si además se analiza por tipo y por carga de enfermedad y de mortalidad en el caso de Haití, de Bolivia, de Guyana, y de los demás países con menor nivel de desarrollo relativo de nuestra Región, se va a encontrar una carga, casi predominante, de enfermedades infecciosas relacionadas con el ambiente físico.

En el caso de Uruguay se encuentra que 80% de la carga de morbilidad se debe a enfermedades crónicas no transmisibles, para las cuales los factores de riesgo son notoriamente otros que en el caso de Chile; es decir, la situación de algunos países en cuanto a cuáles son las enfermedades prioritarias y la de otros países es muy distinta dentro de la Región, y hay que tener en cuenta estas diferencias. Pero no quiere decir eso que dentro de los países esa distribución sea homogénea entre los distintos grupos de ingresos, entonces, no necesariamente tenemos que considerar países de tamaño continental como Brasil o México para encontrar diferencias; aun dentro de países relativamente homogéneos y pequeños, como el caso de Uruguay, tenemos zonas y sectores en situación de pobreza donde la carga de morbilidad y de mortalidad debida a enfermedades infecciosas es muchísimo más alta.

La relación de los bancos con los gobiernos es a través de los Ministerios de Economía y de Planificación; siempre

*cuando nos referimos a la reforma del sector salud tenemos que tratar de mantener este dimensionamiento más amplio en la mente, de tal manera de que no confundamos algunos de los árboles con el bosque.*

hemos acudido a estos bancos en América Latina porque la queja sobre el sector salud de algún país es que éste no presenta prioridades y que no sabe identificar en un plan con progresividad en el tiempo, cuál es el problema prioritario que va a atacar en el momento actual, o en los próximos 10 años, cuál va a ser el siguiente, cómo se encadena uno con otro.

Independientemente de que no creo que esa sea una crítica bien intencionada, ni tampoco justa, considero que tiene un cierto viso de razón en el sentido de que en los Ministerios de Salud nos cuesta priorizar debido al vínculo muy fuerte que tenemos con el sistema de servicios de salud, y en este sistema la solución de cada uno de esos problemas a nivel personal es un tema muy importante y, por ende, estamos sometidos a las presiones de los proveedores y de los beneficiarios; pero, ciertamente, que una de las tareas importantes, y me felicito por que el Ministro de Salud lo haya dicho y por que tenga objetivos sanitarios para esta década. Ojalá todos los países podamos hacer un ejercicio, aun equivocándonos, en el cual digamos éstos son los problemas a los cuales queremos darle prioridad.

*tenemos zonas y sectores en situación de pobreza donde la carga de morbilidad y de mortalidad debida a enfermedades infecciosas es muchísimo más alta.*

Una reflexión en ese sentido: que las dificultades para utilizar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que son una

especie de consenso internacional sobre cuáles deberían ser los objetivos sanitarios, y que se está pensando en una forma muy genérica utilizarlos para nuestras situaciones que tienen todas esas variabilidades, a las que hacía referencia previamente, corremos el riesgo de que si tomamos sólo los Objetivos de Desarrollo del Milenio referidos a salud tal cual como están planteados, que son reducción de la mortalidad infantil y materna, y quiebre del aumento de la transmisión del VIH/SIDA, de la malaria y de la tuberculosis, quedan por fuera toda una serie de fenómenos de salud que en algunos de nuestros países son mucho más prioritarios que estos cinco.

### “Reformas de salud”

#### Objetivos:

- Priorizar riesgos
- Priorizar excluidos
- Aumentar eficiencia
- Democratizar
- Guiar al sistema de servicios

#### Instrumentos:

- Paquete básico
- Focalización
- Desmonopolizar/elegir
- Subsidiar demanda
- Descentralización
- Normatización/vigilancia

Ciertamente que es importante priorizar, como se trató de priorizar los esfuerzos para la reforma, definiendo un paquete básico de servicios y diciendo éstas son las condiciones más importantes y los servicios que no le deberían de faltar a ningún ciudadano para poder mejorar su situación de salud. Eso plantea dificultades, como todos ustedes pueden imaginarse, porque la manera de definir el paquete básico de servicios, de decidir qué incluir y qué no, cómo se califican los recursos humanos para brindar ese paquete básico y, sobre todo, para hacerlo llegar a la totalidad de la



población, eso no es sencillo, pero de cualquier manera el origen conceptual del paquete básico de servicios está en la necesidad de priorizar determinados problemas sanitarios.

El segundo objetivo, que se trataba de perseguir en los esfuerzos para la reforma, es priorizar los grupos más excluidos. En América Latina, sobre todo en los países de menor desarrollo relativo de esta Región hay sectores importantes de la población que no tienen aún hoy acceso real a servicios de salud; tenemos situaciones que son muy dispares y, en cierta forma, irónicas, exceso de cesáreas en algunos países y falta de acceso a un parto con personal calificado en ese mismo país. Entonces, no es que nos falten recursos, sino que nos falta focalizar adecuadamente los recursos en aquellos que son los grupos prioritarios dentro de la población, y si para eso necesitamos establecer sistemas que penalicen el uso inadecuado de recursos no tendríamos que tener ningún problema en hacerlo.

*La conclusión general del informe fue que el gasto público en la prestación de servicios sociales no es lo eficiente que podría ser*

Ciertamente que dentro de la reforma la priorización de grupos excluidos significó la focalización, y, dentro de ésta, en el Banco hemos financiado una serie de proyectos cuyo único objetivo era la prestación de servicios a grupos hasta ese momento excluidos del acceso a los

servicios a través de la modalidad de una prestación que fuera la más adecuada posible para esa situación, en particular que fuera el sistema público de prestación de servicios, si éste existiera, fueran organizaciones no gubernamentales si es que hubiera ONG dispuestas a llegar a esa población.

En tercer lugar, en el año 1997, el Banco decidió preparar y difundir una publicación sobre la eficiencia en la entrega de los servicios sociales, y así se llama el informe que acompañó al informe anual del Banco correspondiente a ese año, donde básicamente analizando la prestación de servicios de educación y de salud, dirigidos a las poblaciones de menores ingresos en los países de América Latina y el Caribe, se encontraba una falta de correspondencia entre el financiamiento que destinaba el sector público y la entrega efectiva de esos servicios a las poblaciones objetivo.

En parte, por el financiamiento de servicios públicos que son utilizados preferentemente por la clase media y media alta y que, por lo tanto, hacen como una especie de exclusión de los sectores de más bajos ingresos.

La conclusión general del informe fue que el gasto público en la prestación de servicios sociales no es lo eficiente que podría ser y se hacía una serie de recomendaciones de cómo mejorar esa eficiencia, que fundamentalmente tenían que ver, por un lado, con desmonopolizar, haciendo que el usuario pueda elegir el prestador más adecuado de servicios para su situación, estableciendo un sistema de competitividad entre proveedores que indujera al mejoramiento de la productividad y, por otro lado, congruentemente con eso, hacer que parte de los subsidios que hasta ese

momento iban a los presupuestos de un centro de prestación de servicios públicos fueran a las familias, de tal manera que esas familias puedan elegir.

No he visto, y lo digo con toda honestidad, en nuestros proyectos financiados por el Banco en los países de América Latina, instancias importantes en las cuales hallamos logrado avances en este punto en particular, que desmonopolicen la capacidad de elección por parte de los usuarios; y cuando uno considera de que los usuarios más pobres de América Latina tienen o no acceso a solo una fuente de servicios, el derecho a elegir pasa a ser un elemento muy importante, porque es la capacidad no sólo entre tener y no tener, sino el exigir que el servicio que se preste sea adecuado a lo que se necesita.

El cuarto objetivo que se perseguía era el de democratizar, transferir la prestación, la organización y el funcionamiento de la prestación de servicios y el poder de decisión y gestión de esos servicios al nivel de autoridad más cercano al usuario y al lugar de la prestación de servicios.

Descentralización, desconcentración, en algunos hechos con mayor prolijidad y más preparación por parte de las autoridades locales, y en otros casos hechos de forma más compulsiva, y en otros hechos en forma honesta, transfiriendo los recursos necesarios para que esas decisiones se pudieran ejercer realmente a nivel local, en otros casos más bien escondiendo insuficiencias de presupuesto y financiamiento o inadecuaciones entre el financiamiento y la carga de responsabilidad, pero ciertamente se trataba de acercar el poder de decisión al lugar de prestación de servicios.

Y el último punto, el objetivo era armonizar, conducir y mejorar la organización del sistema de prestación de servicios mejorando su cuerpo normativo, y ahí el instrumento elegido fue el de revisar las normatizaciones, apoyar a los países en sus esfuerzos de normatización y de vigilancia del cumplimiento de las normas, debido a que no se cumplen espontáneamente.

## Obstáculos a reformas

- Resistencias por economía política: institucionales (seg. Soc.); corporativas (médicos); usuarios con privilegios.
- Costo político de “reasignar recursos”: aumento del gasto público y privado.
- Crecimiento económico mediocre.
- Débil comunicación sobre “ventajas” de reformar.

Hemos observado cansancio y desilusión con los procesos de reforma del sector, que en realidad fueron más bien procesos de reforma del sistema de servicios de salud en los países en los cuales tenemos proyectos y donde trabajamos. En primer lugar, ha habido una resistencia muy importante de los cuerpos profesionales, tanto de los cuerpos médicos como de enfermería; asimismo, una resistencia por parte de las instituciones, yo diría en particular de los institutos de seguridad social que se han resistido enormemente a cualquier esfuerzo por disminuir la segmentación; y ha habido también una cierta resistencia por parte de usuarios con privilegio, de cierta forma lógica, porque a nadie le apetece perder beneficios.

Sin embargo, se observa tal vez una falta de realismo en las dimensiones de la economía política de las reformas; cualquiera de estas reformas toca intereses muy importantes. Y la economía política, el cómo ajustar esos intereses, cómo organizarlos y manejarlos de manera de que se pueda cumplir con cualquiera de esos cinco objetivos que habíamos planteado, requiere de una ingeniería política mucho más compleja que la que pensamos que requeriría. De hecho, la cantidad de países que efectivamente hicieron reformas durante las últimas dos décadas en América Latina se cuentan con los dedos de una mano y sobran.

En todos los demás, incluido en el mío durante mi gestión, se hicieron intentos por reformar, pero en realidad no hubo transformaciones institucionales perdurables.

El gasto en salud a través del sector público, fiscal y, fundamentalmente de bolsillo, pero, como decía el doctor Crocco, gastos a través de sistemas de prepago subió hace quince años 1 punto y medio del producto, pasó de 5.5 o 5.6 a 7 puntos del producto, es de lejos el nivel de gasto más alto de todas las regiones de la OMS; le sigue Asia que tiene menos de 6 y luego las demás regiones con 4.5 y, en

el caso de África, menos de 3. Entonces, se tiene que pensar hasta qué punto es posible seguir aumentando el gasto de la totalidad de la sociedad en servicios de salud, sin que se afecten otras consideraciones, por ejemplo, el nivel de empleo o reducir el nivel de empleo formal, que es un fenómeno absolutamente predominante de nuestro mercado laboral en América Latina.

Los conductores del sector salud tenemos que pensar hasta qué punto podemos seguir aumentando el gasto, no importa que sea fiscal o privado y que no tenga repercusiones sobre algunas de las otras dimensiones de funcionamiento de la economía. Hasta qué punto no estamos excluyendo o limitando el gasto en educación inicial y primaria, que es lo que posibilitará a la población en condición de pobreza salir de ella. El aumento ilimitado del gasto no es una solución para las dificultades que tenemos en la conducción del sistema de salud en América Latina.

La tercera dificultad observada es el crecimiento económico de nuestra Región, que ha sido mediocre e inestable, ya que en algunos años crecemos, en otros nos estancamos y en ocasiones crecemos nuevamente, pero relativamente poco. Es muy difícil absorber nuevas tecnologías y nuevas posibilidades de responder a situaciones que tienen una demanda cuando no hay una base económica que se vaya ampliando en el tiempo.

Por último, existen dificultades que hemos encontrado en la falta de apoyo popular, ya que son muy pocas las situaciones en las cuales las reformas de salud han encontrado un respaldo popular fuerte que acompañe ese

*El aumento ilimitado del gasto no es una solución para las dificultades que tenemos en la conducción del sistema de salud en América Latina.*

proceso y que ayude a vencer las dificultades de la economía política a las que hacía referencia al principio.

Sin duda, tenemos desafíos por delante, teníamos una mala situación desde el comienzo, tratamos de hacer reformas que eran bastante ambiciosas y controversiales, no tuvimos grandes resultados por las dificultades que hemos encontrado.

¿Cuáles son los desafíos que tenemos delante?

Estamos escribiendo una nueva estrategia de salud del Banco para los próximos diez años, que va recoger todos estos puntos, y diría que es muy difícil saber en cuál de ellos se pondría mayor énfasis pero, teniendo algunos años de experiencia en esto y estando muy cerca del final en mi carrera como sanitarista, déjenme decirles cuál pienso yo que en América Latina es el obstáculo fundamental: es el régimen dual normativo que tenemos en el sector, fundamentalmente en el sistema de servicios de salud.

Nosotros, en general, en los países de América Latina, tenemos determinadas normas de funcionamiento para los establecimientos asistenciales, y programas públicos y otras normas de funcionamiento y de calidad para los sistemas privados, y esa diferenciación es una las bases fundamentales para la segmentación que presentamos, por lo tanto, creamos otras condiciones distintas en la prestación del sector de seguridad social y privado, y es imposible, en sociedades tan desiguales como las nuestras, soñar con sistemas más integrados, menos segmentados, más equitativos.

## Agenda Inconclusa

- Identificar prioridades sanitarias y alinear consecuentemente recursos; actuar en función de resultados: ODM adaptados.
- Aumentar capacidades institucionales.
- Empoderar la sociedad sobre situación de salud y acceso/uso/financiamiento servicios.
- Establecer criterios únicos de normatización para lo público y lo privado.
- Políticas “saludables”

La prioridad que colocaría yo en segundo lugar sería el tema de la capacidad institucional. Si hay algo que ha caracterizado a los bancos centrales en los Ministerios de Economía de América Latina en los últimos 25 años es la formación de los recursos humanos y la disponibilidad de información adecuada; entonces, la formulación de políticas deja de ser una materia tan absolutamente opinable como dependiendo totalmente de las personas para pasar a ser una materia mucho más restringida, en la cual los datos de la realidad plantean cuáles son las opciones reales posibles y eso, que no tenemos, requiere instituciones fuertes, de las cuales carecemos y necesitamos, y que son capaces de planificar, medir, informar, de plantear alternativas de políticas sanitarias y saber cuáles son las evaluaciones de las otras políticas que inciden sobre la situación de salud, cuál es el funcionamiento real del sistema de servicios.

Hemos mejorado, hemos hecho un esfuerzo muy grande conjuntamente con la OPS, USAID y el Banco Mundial para tener cuentas nacionales de salud, sistemas estandarizados en los que los países clasifican sus ingresos para servicios de salud y sus gastos en servicios de salud, utilizando una misma

clasificación de cuentas y eso ayuda, pero así como tenemos una igual clasificación de cuentas tendríamos que tener una igual clasificación de riesgos y los sistemas de información necesarios para tomar mejores decisiones.

En tercer lugar, creo que es muy importante que asumamos la realidad y planteemos cuáles son nuestras prioridades, qué es lo que vamos a tratar de lograr en los próximos 10 años, cómo hacemos la línea de base y las proyecciones de a dónde queremos llegar y cómo medimos si efectivamente estamos alcanzando lo planteado.

La gestión en función de resultados es un requerimiento que además nos llega de

afuera, porque todos los organismos donantes y todos los Ministerios de Economía de nuestros países que recolectan los impuestos no exigen resultados específicos.

Quería agradecer nuevamente a quienes me invitaron, desearles el mayor de los éxitos en esta reunión y esperar a que tengamos en los próximos diez años progresos en cuanto a lograr equidad, mejor nivel de salud para la población y que, por lo tanto, cuando nos reunamos dentro de diez años, veamos otro tipo de desafíos que no sean los de la segmentación e inequidad.

Muchas gracias.

## Reformas de sistemas de salud en Francia

**Dr. Bernard Chanfreau**  
Universidad de Bordeaux



Ingeniero en investigación y con formación en salud pública, con amplia experiencia de cooperación en salud en África y actualmente docente de la Universidad de Bordeaux, donde se desempeña en planificación y economía de la salud.

### Algunos hitos históricos de la seguridad social francesa

- 1. - Jalones históricos de la seguridad social
- Las fechas:
- 1830-1905:  
un sistema de asistencia pública  
un sistema de libre previsión
- 1898-1939:  
un sistema de Seguros Sociales
- 1945-1946:  
la instauración de la Seguridad Social
- a partir de 1946:  
Se aplican los mas importantes principios

Voy a tratar de presentar la reforma de sistema de salud francés desde un punto de vista histórico, haciendo una recapitulación en la progresión de las reformas que se han dado durante el tiempo.

Para comenzar esta exposición es necesario destacar el compromiso de Francia con su sistema de seguridad social, el cual está basado en su financiamiento a partir de la contribución salarial, en la libre elección del médico, en la amplitud de esa cobertura; así como la equidad, que incluye a los más pobres, y en su gestión con los interlocutores sociales. Es un sistema mixto que integra al sector privado para asegurar la base de su atención médica.

Entre 1830 y 1905 se observa que ya existían un sistema de asistencia pública y un sistema de libre previsión.

Desde 1900 a 1939 se comenzó a crear un sistema de seguridad social e inmediatamente después de la guerra, de 1945 a 1946, se instaura la seguridad social, y desde 1946 se aplican los grandes principios de esta creación.

Entre 1945 y 1947 se crea, efectivamente, la seguridad social por la Resolución del 4 de octubre de 1945 que crea una Red Coordinada de Caja. La Resolución del 19 de octubre de 1945 crea los riesgos de enfermedad, maternidad, incapacidad, vejez y muerte.

La Ley del 22 de agosto de 1946 extiende los subsidios familiares a casi toda la población. El primer convenio colectivo interprofesional, del 14 de marzo de 1947, constituye el Régimen de Pensión Complementaria de los Ejecutivos de los Cuadros Profesionales. La Ley del 9 de abril del mismo año, extiende la seguridad social a los funcionarios.

En 1961 se crean tres Cajas de Seguridad Social y una Agencia Central: la Caja Nacional de Seguro de Enfermedad de los Trabajadores Salariables, la Caja Nacional de Seguro de Vejez de los Trabajadores, la Caja Nacional de Subsidios Familiares y la Agencia Central de los Organismos de Seguridad Social, que garantiza la gestión común de los recursos del régimen.

En 1975 se generaliza el Seguro de Vejez obligatorio para el conjunto de la población activa.

las más bajas del mundo, 4.6 muertes por 1000 nacimientos vivos.

Según el informe del año 2000 de la OMS, el sistema de salud francés es uno de los primeros del mundo y está en déficit debido a su solidaridad hacia los más pobres y, en contraparte, están la evolución y el costo importante de los progresos de las técnicas médicas; a esto último hay que añadir una coyuntura económica muy desfavorable.

En efecto, en 2004 los tres presupuestos públicos, del Estado, de las colectividades territoriales y del Seguro Social están en déficit importante; además, cerca de 10% de la población está desempleada, el empobrecimiento, la precariedad y la pauperización de una parte importante de la población por la reducción del poder adquisitivo, en conjunto, coloca en peligro su solvencia y solidaridad.

## Un sistema generoso

- Esperanza de vida en marzo 2005, 80,2 años.
- Mortalidad infantil
- Solidario
- Déficit:
  - Estructural, como lo veremos
  - costo del progreso técnico
  - coyuntura defavorable cesantía 10% y pauperización de la población activa,
  - déficit de los presupuestos públicos.

El sistema de salud francés es generoso y complejo, pero se encuentra actualmente en déficit, entre otras cosas, como consecuencia de su éxito; por un lado, está la prolongación de la esperanza de vida al nacer y una mortalidad infantil de

### El contexto de reformas

En el marco del modelo bismarkiano la reforma del modelo de cuidados de Francia se limita debido a la participación, también limitada, de la parte del Estado a su financiamiento; esto reduce su capacidad de regulación igual que en Alemania, Bélgica y Holanda. El financiamiento se da principalmente por la contribución de los trabajadores y de los empleadores; una escasa parte viene también, y recientemente, por ejemplo, del impuesto directo como contribución social generalizada y de impuestos como el de los cigarrillos.

En este contexto, la regulación de Estado francés, su rol rector, se produce en el marco del ejercicio de una política macro y micro económica y de control de los gastos y de los ingresos.

Algunos ejemplos. Entre 1975 y 1999 se crean más de 20 planes para controlar los gastos e ingresos, se instauran medidas sobre los gastos y sobre la oferta de la atención médica, se utilizan herramientas macro y micro económicas; es el comienzo de soluciones coercitivas, un marco reglamentario que fija las modalidades de control y sanción sobre los desbordes de los límites establecidos de la oferta y la demanda y los gastos. De las soluciones incitativas, basadas en la recompensa al esfuerzo y en la sanción de los que sobrepasan los límites.

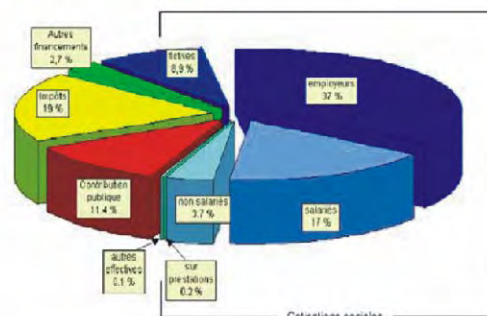
Las recientes reformas de financiamiento datan sobre todo de la reforma de Juppé del año 1996, y la que hubo luego en el año 2000 sobre la puesta en práctica de una política por sector en el ambulatorio y en establecimientos sanitarios sociales públicos y privados.

Se instauran, igualmente, los objetivos nacionales de gastos del Seguro de Enfermedad, que se refiere a los gastos, pero no cubre el conjunto de ellos ni de los fondos; el objetivo es controlar los gastos reduciendo los reembolsos a las prestaciones de salud que recibe el usuario. Estos objetivos incumben al Parlamento, el que desde esa época (1996) fija los objetivos de los gastos; sin embargo, no son respetados, lo que naturalmente limita su alcance. Los nueve últimos años han permitido observar los frutos de las principales contribuciones de la reforma de 1996, entre los cuales se encuentran, en primera fila, la atribución de nuevos poderes al Parlamento en cuanto a las finanzas sociales; esto, por supuesto, sin posibilidad de cuestionamiento de la importancia de los interlocutores sociales en la gestión de las Cajas de Seguridad Social; el debate anual del proyecto de Ley del

Financiamiento es ahora un debate fundamental de la vida parlamentaria.

Los cuidados y bienes médicos representan la parte fundamental del consumo médico total. Alcanza a 2003 a 143 mil millones de euros, lo que representa 2.346 euros per cápita y a 2.266 euros por habitante en el año 2002; esto significa un aumento en relación con lo mismo de 6% en valor y de 3,8 % en volumen. El valor fue multiplicado por 2.5 en precio constante en estos últimos veinte años; el crecimiento en volumen se obtiene eliminando la evolución en valor por el indicador correspondiente al aumento de los precios. El consumo de los cuidados y bienes médicos representó 9.23% del PIB en 2003 contra 8,87% en 2002.

Recursos de la protection sociale en 2002



Source: Drees, Compte de la protection sociale

La proporción correspondiente al consumo de cuidado y bienes médicos en el consumo efectivo total de los hogares alcanzó en 2003 a 13,2%, es decir, 0.37 puntos más que en 2002.

El consumo de la salud en los hogares representa 13,18%. El gasto nacional de salud es el agregado o la cifra que se utiliza para las comparaciones de los países de la organización, de la



cooperación y el desarrollo económico que se evalúa a partir del gasto corriente de salud, deduciendo las indemnizaciones diarias, los gastos de investigación y de formación de médicos, y se añade la formación bruta de capital fijo del sector hospitalario público.

En el cuadro esto es agregado y armonizado; y sobre gastos previsionales de la organización de cooperación y desarrollo económico se evalúa a 9.7 la parte del gasto nacional de salud en el producto interno bruto en Francia al 2002. Los datos semi definitivos de gastos de salud, establecidos en la contabilidad actual, para el año 2002, confirman este cociente en los últimos datos relativos a este año, que sitúan a Francia en el quinto puesto detrás de los Estados Unidos de América, con 14.6%; Suiza, con 11.2%; Alemania, con 10.9% e Islandia, con 9.9%. La parte de los gastos de salud en Francia en el producto interno bruto crece en total un punto entre 1990 y 2002.

Desde este punto de vista, Francia se coloca en la décima fila de los 24 países de la Organización de Desarrollo Económico. Francia está en el mismo nivel que Holanda y bastante por detrás de los Estados Unidos de América, con una alza de 3,7%, Grecia, con 2,9% y Portugal, con 3,1%.

El déficit de la seguridad social entre el año 2001 y la proyección de este déficit al año 2020, alcanzaría al menos 82 millares de euros, según la fuente de la Caja Nacional de Seguridad de Enfermedad. El total de las cotizaciones y de las contribuciones al Seguro de Enfermedad, aproximadamente de 400 euros por mes, representa 4.800 euros al año por un salario medio de 1.740 euros. Como comparación, los cuidados relativos a un

embarazo cuestan 4.500 euros, una estadía de cinco días en una unidad de reanimación cuesta 7.900 euros, y el tratamiento de un cáncer en promedio cuesta 24 mil euros, según la fuente del Instituto de Estadística Francés.

Desde 1995 y la puesta en marcha del plan Juppé nos dirigimos hacia reformas de estructura; aunque la continuación de estas reformas se haya anunciado, el cambio de una mayoría política en Francia frenó la instauración efectiva de la reforma de Juppé.

La estructura del consumo de cuidados y de bienes médicos evoluciona poco desde hace tres años; se observa, sin embargo, un leve retroceso de la parte del hospital y una casi estabilidad de los gastos de medicamentos; la parte correspondiente a los otros rubros de consumo progresa con amplitud; bajan los otros bienes médicos y permanecen constantes los cuidados ambulatorios.

Con un aumento de alrededor de 7 millones de euros en el año 2003, Francia vivió la más fuerte crisis financiera de la historia de la Seguridad Social; por primera vez desde 1994, en 2004 las cuatro ramas serían deficitarias y este déficit, de 14 millones de euros, alcanzaría un nivel nunca antes registrado, el cual se concentra sobre el Seguro de Enfermedad, con 13 millones de euros en 2004, según la Comisión de Cuentas del Seguro Social, publicada en 2004.

En 1976 se introduce el concepto y la exclusión del reembolso a 70% de los medicamentos prescindibles; se aumenta el billete moderador de 25 a 35% sobre los gastos de auxiliares médicos, excepto los de enfermeras, y de 30% para los

gastos de transporte. El billete o ticket moderador corresponde a la parte no reembolsada por la seguridad social y queda a cargo del paciente, salvo en caso de suscripción privada a un seguro o a una mutual que compensa este gasto, que en Chile se denomina co-pago.

En 1978 se reduce el reembolso de los medicamentos de confort de 70 a 40%, y se reclasifican 379 medicamentos de confort. Otro plan de 1986 exonera el ticket moderador que queda reservado únicamente a la enfermedad y no a las otras consecuencias que no tienen vínculos con ella, como antes, así como la supresión de la exoneración del ticket moderador en caso de licencia médica por más de tres meses, y el plan de 1988 que limita el reembolso de las preparaciones farmacéuticas.

Una de las herramientas ampliamente utilizadas en las políticas de control es el bloqueo de los precios; los honorarios médicos se beneficiaron sólo de escasas revalorizaciones y no hay revisión de tarifas desde 1988. No se revisó tampoco la nomenclatura que describe y evalúa los actos profesionales, pero el bloqueo de los precios no significa el bloqueo de los gastos, ya que no se controlan los volúmenes, lo que obliga a utilizar estrategias alternativas.

Durante estos años el consumo médico no ha cesado de aumentar y es a partir de esta constatación como se han establecido las medidas de restricción del gasto, que vinculan el volumen de la

actividad con la remuneración. Por ejemplo, se puso en marcha, en el nivel de reembolso de los exámenes biológicos, un cambio del valor del punto en función del volumen total de los actos practicados. Las enfermeras deben rembolsar al Seguro los honorarios percibidos a partir de un número límite tope de actos.

Las clínicas y laboratorios privados ven sus tarifas variar en función de la actividad trimestral y en la instauración del presupuesto global. La dotación global del funcionamiento para el hospital público tuvo como efecto innegable contener la proyección de los gastos hospitalarios, sin embargo, este sistema tuvo efectos perversos.

La creación de la contribución social generalizada, creada con el fin de ampliar la base del financiamiento del Seguro de Enfermedad, se percibe sobre las rentas de actividad y de patrimonio, así como de las pensiones de jubilación, bajo algunas condiciones; lo anterior ha comenzado a debatirse en Francia.

En 1996 se crean los Consejos de Vigilancia de las Cajas Nacionales y Regionales del Seguro de Enfermedad; igualmente, estos consejos son instancias independientes de vigilancia de las Cajas Nacionales y están encargados de examinar las condiciones de realización de los convenios, y constituyen un lugar de diálogo de la sociedad civil con los parlamentarios y la seguridad social. La Unión Regional de Cajas de Seguros está a

*Con un aumento de alrededor de 7 millones de euros en el año 2003, Francia vivió la más fuerte crisis financiera de la historia de la Seguridad Social;*

partir de esta fecha al servicio de una política global de salud, y se determinan tres prioridades: la gestión de los riesgos, la investigación y la salud pública.

En 1996, igualmente, el Plan de la Reforma de la Seguridad Social tiene como objetivos, y esto es muy importante, la creación de un Régimen Universal de Seguro de Enfermedad, que permite la apertura automática del derecho a la seguridad social a toda persona de más de 18 años de edad, que resida regularmente en el territorio francés. Asimismo, el objetivo era modificar la gestión de las Cajas, en particular la vuelta al paritarismo de la gestión de los consejos de administración, al control de los gastos de la atención médica, la reforma de la hospitalización pública y privada, la creación de un nuevo impuesto directo, la contribución al reembolso de la deuda social aplicable a las rentas de la actividad, de capital y de patrimonio, así como de otras rentas como los juegos de azar, las apuestas hípcas y los juegos de casino.

*En definitiva, la reforma implica una modificación potencialmente profunda,*

En el año 2000 se dio la transformación y extensión, a partir de esta fecha, de los textos de aplicación de la cobertura universal, que permite a toda persona que resida de forma estable y regular en Francia beneficiarse de la seguridad social para sus gastos en salud, y ofrece a todas las personas, cuyas rentas son las más bajas, una cobertura de enfermedad,

complementaria. Más de cuatro millones de personas se benefician actualmente de la cobertura complementaria. Un 26% de ella se beneficia también de la filiación a la cobertura de base con el solo criterio de residencia para el régimen obligatorio.

En 2000, igualmente, se comienza la difusión de una tarjeta vital personal, que es un carné de identificación que se presenta a los prestadores de servicios para obtener el reembolso rápido de los gastos; tienen derecho a obtener este carné todas las personas mayores de 16 años de edad.

Desde 2000, el 79% de los médicos generales, 65% de enfermeros y 68% de ginecólogos envían las fichas de reembolso por vía electrónica. En 2003 se enviaron aproximadamente 200 millones de fichas por esta vía; 70% de los reembolsos de todos los sistemas se hacen hoy día por vía electrónica.

En resumen, las medidas de julio de 2000, en un contexto de fuerte progresión de los gastos desde principios de 1998 de 1,6%, fijan como objetivo una economía de 411 millones de euros, de los cuales corresponderían, en seis meses, 274 a la industria farmacéutica, 6 a los radiólogos y 29 a los dentistas. Esto fue publicado en el diario oficial en agosto del año 2000.

Los objetivos financieros de la última reforma en Francia, en 1995, son de 15 millones de euros en total. A partir del lanzamiento de esta reforma los objetivos y componentes se implementan a partir de enero de 2005 y se inscriben en la óptica global de reformas presupuestarias médicas. La reforma agotada en agosto de 2004 por el Parlamento tiene por objetivo salvaguardar nuestro régimen de

seguridad de enfermedad y consolidar al mismo tiempo sus principios esenciales como la igualdad del acceso a la atención médica, la calidad de la atención y la solidaridad.

Esta reforma debe permitir atender mejor gastando mejor y, si es posible, menos; esto involucra a todas las partes interesadas, ya que cada uno de ellas debería cambiar su comportamiento. El gobierno, por los efectos de esta reforma, se propone reducir el déficit del Seguro de Enfermedad en 7 millones de euros a partir de 2005, por debajo de las previsiones actuales de 15 millones de euros de déficit y de 29 mil millones en el 2010.

Dentro de las tres medidas claves de esta reforma, la primera prevé la creación de una alta autoridad de salud responsable de la evaluación médica, la definición de las buenas prácticas médicas y de los actos confirmados como aceptables por la Seguridad Social.

Según la publicación efectuada en el Diario Oficial en octubre del año 2004, se crean la alta autoridad de salud y una Unión Nacional de Cajas de Seguro de Enfermedad, que agrupa las cajas de asalariados y no asalariados. El Estado sigue siendo el responsable principal; no obstante, la reforma confiere más responsabilidad a la Unión Nacional de Cajas, que podrá definir más libremente el campo de los gastos reembolsables y los tipos de reembolso; el Estado puede intervenir en estos ámbitos solamente en función del interés de la salud pública.

Los aseguradores complementarios como las mutuales, instituciones de previsión y aseguradores privados permanecen confinados en su papel de pagadores,

supeditados a la decisión del Estado y de las Cajas Públicas, pero se asocian, a partir de este momento, en los embates. El segundo aspecto de la reforma modifica las modalidades de acceso a la atención médica, la consulta inicial con médicos referentes; según el Convenio Médico firmado el 12 de enero de 2005, debería convertirse en obligatorio para beneficiar de un reembolso máximo; la posibilidad de una gratuidad completa al acceso a la atención médica se suprime con la instauración de una contribución no reembolsable de 1 euro por consulta, ello con el fin de responsabilizar a los pacientes.

Hasta ahora se limitaba el acceso a la atención médica por el billete o ticket moderador, que es la parte no reembolsable por la seguridad social; no obstante, la generación del reembolso íntegro de los gastos por el seguro complementario redujo mucho su impacto.

La particularidad del consumo de cuidados impone, además, límites estrictos a la utilización de la modalidad de moderación, ya que los pacientes no están en condiciones de determinar el consumo útil mínimo para su salud; de aquí se desprende que las restricciones del consumo inducidas por el co-pago de los gastos del cuidado pueden ser inadecuadas e incluso peligrosas, algunos asegurados pueden verse obligados a renunciar a cuidados que habrían sido útiles a su salud por simples razones financieras. El gobierno, por lo tanto, eligió no modificar la situación actual y adoptó la solución de la franquicia pura no reembolsable; en vez de dejar a cargo del paciente un porcentaje de los gastos se le impone a éste un costo fijo de entrada de 1 euro.

Este sistema es duro para aquellos que necesitan recurrir frecuentemente al sistema de salud, para otros puede ser una causa de abuso, pero puede también, como toda reducción de los reembolsos, desalentar el acceso necesario a la salud. El pequeño monto de esta contribución no reembolsable, y la extensión de varias categorías no debería generar cambios de comportamiento; el pago obligatorio de 1 euro recuerda a los pacientes que la medicina tiene un costo, incluso si la participación del asegurado es simbólica.

#### El médico de cabecera

Los asegurados se beneficiarán de un seguimiento coordinado por un médico escogido por ellos, así la Ley prevé que las personas de 16 años de edad y más tienen que declarar un médico tratante antes del 1° de julio de 2005; esta medida no concierne a los menores de 16 años de edad.

El médico personal es la base del seguimiento médico eficaz, es la memoria de las consultas, exámenes y tratamientos realizados para un asegurado, los cuales son guardados y administrados por el médico escogido que trata al paciente. Su versión electrónica estará disponible en el año 2007, pero también podrá ser consultado por otro personal de salud con el acuerdo previo del paciente, para asegurar su confidencialidad.

La nueva tarjeta vital presenta la fotografía del asegurado y desempeñará, a partir de 2007, el papel de un verdadero carné de identidad de salud, lo que será clave en el expediente médico personal, y contendrá los datos médicos útiles en caso de emergencia.

El tercer aspecto se refiere al

financiamiento que se aumentó por una nueva alza de la contribución social generalizada y por una transferencia del impuesto sobre el tabaco del presupuesto del Estado al presupuesto del Seguro de Enfermedad, por un aumento de la contribución social de las empresas y por una reprogramación del reembolso de la deuda social.

*El médico personal es la base del seguimiento médico eficaz, es la memoria de las consultas, exámenes y tratamientos realizados para un asegurado,*

En conclusión, la reforma descarta los cambios radicales como la liberalización del sistema por la instalación de redes de cuidados y seguros concurrentes como la adopción del modelo de manutención en salud, de los Estados Unidos de América, o como por la concentración del poder de edición en cuanto al acceso a los cuidados en las manos de los médicos generales, remunerados por un sistema de captación, según un modelo británico.

El plan del gobierno prevé un alza del financiamiento del Seguro de Enfermedad de 4.2 mil millones de euros distribuidos en 3 millones de euros por el aumento de la contribución social generalizada y las entradas provenientes de los impuestos que percibe el Estado sobre el tabaco. Este financiamiento sólo cubre la mitad del déficit estructural a pesar de que el crecimiento de los gastos en salud en el consumo del hogar no se ha detenido, y de que las perspectivas para

el futuro indican que este gasto aumentará. Esta situación no está en contradicción con la evolución que se observa en todos los países del mundo.

En definitiva, la reforma implica una modificación potencialmente profunda,

cuyo alcance será apreciado sólo al cabo de su puesta en marcha operacional, de su apropiación por los protagonistas del cambio, así como de las estrategias que se utilizarán en su implantación.

Muchas gracias.

## Políticas públicas y la evaluación del impacto en salud

Dra. Karen Lock

European Centre on Health of Societies in Transition.



Graduada de médica en la ciudad de Oxford y con pos grado en salud pública en la Universidad de Londres. Actualmente es docente e investigadora asociada del Centro de Salud en Sociedades de Transición, de la Escuela de Medicina Tropical de la Universidad de Londres, y forma parte del equipo de investigadores del Observatorio de Sistemas de Salud de Europa.

Tengo que decir que con mis colegas hemos trabajado en toda Europa especialmente hoy día la integración europea, pero también en otras partes del mundo en lo que son sociedades en transición, así que espero traer algún tipo de este conocimiento y experiencia.

Hablando de la evaluación del impacto en la salud de proyectos y políticas en otros sectores, voy a plantear por qué pensamos que es importante el mejoramiento de la salud intersectorial, porque la salud de la población está determinada por un sinnúmero de factores que están fuera del control del sector de la salud muchas veces, y en la mayor parte de los países no está incluida en la agenda política y en los Ministerios de Salud, incluso, los asuntos de la salud pública toman un segundo lugar.

La carga financiera impacta al sector salud y existe una gran gama de políticas que hay que implementar. Los determinantes

son enormes y van desde distintos efectos de la nutrición materna, la salud de los adultos, los estilos de vida, los hábitos de los fumadores, los ambientes, los servicios públicos, las políticas públicas y también otros asuntos más amplios, como el desarrollo industrial y las políticas internacionales, en general.

La Unión Europea ha llegado a acuerdos comerciales y se está trabajando en empresas multinacionales que son muy importantes para la salud, y también en empresas que se encargan del rubro alimenticio, pero es necesario saber qué es lo que puede hacer la salud pública en este sentido y si debemos hacer algo y cómo asegurarnos de que los efectos en la salud de todos estos productos se estén considerando cuando estamos desarrollando políticas y proyectos.

Quiero abordar específicamente una metodología denominada evaluación de impacto a la salud, que tiene un enfoque intersectorial que está ganando cada vez mayor credibilidad en el mundo en distintos sectores que no corresponden a la salud precisamente.

La definición de ello es bastante extensa, pero se llegó a un acuerdo a partir de un

consenso por parte de la OMS en el año 1999 que captura básicamente la flexibilidad de los métodos y cómo se adaptan, porque esta evaluación de impacto a la salud es una combinación de procedimientos, métodos y herramientas por medio de los cuales una política, programa o plan pueden ser evaluados en términos de los efectos potenciales que puedan tener en un futuro, y la distribución de estos efectos dentro de una población determinada, considerando los grupos más vulnerables.

Los objetivos son poder evaluar este impacto, pero también informar a las personas que toman las decisiones sobre estas herramientas prácticas, es decir, no es solamente para investigación, aunque se utiliza muchas veces en este sentido; sin embargo, se puede ayudar primero aumentando la conciencia de las personas encargadas de tomar decisiones sobre cómo se relaciona todo este aspecto con otras áreas de la salud.

También ayuda a la identificación y evaluación de un impacto sobre la salud que pueda ser potencial, identificando formas prácticas de mejorar y optimizar los resultados de esa propuesta y, asimismo, que lo usemos a veces, por lo menos, en políticas nacionales para ayudar a los grupos de interés a que ayuden y contribuyan en el proceso de la toma de decisiones.

La evaluación del impacto en la salud no

es un tema nuevo, sino que trae en conjunto otras metodologías y ha sido informada de muchos eventos muy importantes para los decisores de políticas. Está orientada hacia la salud y viene de las agendas de salud pública, pero también de la Organización Mundial de la Salud y de iniciativas que se han tomado en distintas partes.

En los años 90 ha tenido una mayor importancia en términos de políticas en torno al desarrollo sostenible, parte de la agenda 21, que todos conocen muy bien.

Lo tercero que ayuda a la gente, y en lo que a veces hay menor conciencia, es el uso de la evaluación de impacto ambiental y cómo se ha desarrollado en cuanto a estructura y con un enfoque similar en todo el mundo.

Quisiera señalar que hay distintas metodologías en la literatura si desean profundizar dentro de su situación y contexto.

Como proceso es un método multidisciplinario, intersectorial, que es flexible y adaptable. Flexible en términos del tiempo y de los recursos requeridos y adaptables a distintos contextos, políticas, proyectos a escala local, regional y nacional. Básicamente lo que hace es considerar los impactos positivos o negativos que puedan tener lugar en la planificación futura. En una forma muy estructurada, se utiliza mucho en Europa en lo que es política de planificación

*Cualquiera que sea el aspecto, debemos considerar que el desarrollo de la evaluación del impacto en la salud debe ser adaptable a un amplio rango de desarrollos económicos como los que encontramos en los países sudamericanos,*



urbana, especialmente en la regeneración urbana. También en estrategias de transporte y en el desarrollo de infraestructura, no solamente en Europa, sino también en África y otros continentes. También se utiliza en evaluación de políticas nacionales en aquellos países que tienen procesos de evaluación de impacto en salud en forma rutinaria y en distintas políticas.

Otra área en el mundo, que tiene un enfoque muy específico, es la evaluación del impacto medio ambiental, que se centra en asuntos como la contaminación, la disposición de desechos, y esto se ha desarrollado específicamente en Nueva Zelanda, Austria y Europa Central, desde antes de la integración europea.

Finalmente, otra aplicación es en términos de la evaluación de los proyectos que se elaboran por organizaciones como la FAO o el Banco Mundial en los países en desarrollo principalmente.

Sugiero que piensen que se pueden considerar dos aplicaciones básicas; primera, el impacto en políticas nacionales y en asuntos más amplios que se pueden considerar a escala de país, y segunda, el desarrollo de grandes infraestructuras que puedan ser parte de la evaluación ambiental que está en funcionamiento.

Cualquiera que sea el aspecto, debemos considerar que el desarrollo de la evaluación del impacto en la salud debe ser adaptable a un amplio rango de desarrollos económicos como los que encontramos en los países sudamericanos, porque tiene que reconocerse que hay distintas etapas en

estos desarrollos desde transiciones epidemiológicas y demográficas diferentes.

Hay un sinnúmero de ejemplos de cómo la evaluación se ha aplicado a la política en distintas partes del mundo. Las principales experiencias vienen de Europa, pero también del Sudeste Asiático y de África.

Tengo que reconocer que nuestro Parlamento Nacional (el de Inglaterra) no lleva a cabo esta evaluación de impacto en la salud; nosotros lo hacemos en el ámbito regional, pero no en el nacional, así que es un poco turbulenta la situación. Los Países Bajos, sin embargo, ya han introducido ésta política nacional de evaluación de impacto en la salud y con financiamiento de distintos Ministerios, lo cual es interesante; han cambiado el enfoque a través de los años, pero básicamente han hecho un sinnúmero de evaluaciones con grandes políticas y también con asuntos que tienen que ver con cambios en el impuesto nacional y en asuntos de esa naturaleza.

En los años 90, aparece lo que denominamos impuesto verde, que es el impuesto a la energía, lo que ha originado muchas preocupaciones en torno al tema, a pesar de que tenemos un gobierno muy ecológico.

El gobierno se ha dado cuenta de que este impuesto tiene que ser justo, especialmente con la gente que no está en capacidad de poder cubrirlo. En ese sentido, ésta evaluación produce más dinero en el presupuesto y compensa con recursos a la gente que se veía un poco en desventaja al tener que cumplir con esta contribución adicional.

Mi experiencia principalmente se relaciona con la generación urbana, y recientemente con el proyecto de la agricultura y de la alimentación, debido a que la agricultura es un tema que puede ser de poco interés. Voy a presentar un par de temas en este sentido. Primero, y ustedes recordarán lo que tiene que ver con el brote de la fiebre aftosa en el Reino Unido en el año 2001, que es una influenza que ocurre en el ganado vacuno bovino, pero que es claramente un problema económico, ya que hemos tenido que detener en forma inmediata la exportación de animales a la Unión Europea y a otras partes. El gobierno ha estado muy preocupado, particularmente después de que tuvimos el problema de la enfermedad de las vacas locas hace 10 años, ante lo cual rápidamente respondió introduciendo esta estructura para poder impedir la expansión de dicha enfermedad.

El impacto de esta evaluación ha sido muy importante en términos de cómo se han ido cambiando las políticas rápidamente, llevando a cambios en la disposición final y eliminación de los animales; además, se ha mantenido la credibilidad en el Ministerio de Salud, quien ha sido el responsable del monitoreo continuo.

*Durante tres años se han llevado a cabo distintos cursos, especialmente en la evaluación de impacto en la Salud, desarrollando la colaboración intersectorial, sin embargo, no hay seguimiento en este sentido.*

Otro ejemplo es el de cómo Eslovenia, un país de Europa oriental, se ha organizado e integrado a las políticas europeas y a las economías comunes de la UE, con una producción de frutas y verduras muy buena, aunque no muy diversa. Este país fue requerido para unirse a la UE en el año 2004 y, como otros países, ha tenido que ponerse a la par de esta transición económica.

Esto ha significado para Eslovenia una evaluación de impacto en la salud muy amplio, incluyendo distintos ministerios como los de Agricultura, Desarrollo Económico, Asuntos Ambientales además de la participación de consumidores, productores agrícolas y una amplia gama de personas. Hemos evaluado cómo la salud se impactó con las políticas agrícolas comunes que van a cambiar el enfoque a la política nacional en pro de su continuidad, y para ser honesta, las recomendaciones de esta evaluación han cambiado en sólo algunos aspectos porque las políticas agrícolas no son muy flexibles; los ministerios de Salud y de Agricultura han tenido que fijar agendas, compartirlas y avanzar de manera novedosa y, por lo tanto, han tenido beneficios no esperados o conocidos por ellos. Esta evaluación se ha utilizado en una forma muy diversa, y en desarrollos económicos también muy diversos.

Normalmente se la ha contratado, en parte, a las agencias donantes como el Banco Mundial, la FAO, el Banco de Desarrollo Asiático, instituciones que han presentado pautas o guías con dos tipos de enfoque: enfoque de crecimiento rápido, utilizado principalmente para asuntos ambientales, recursos acuáticos, agricultura, infraestructura y poniendo especial énfasis en las enfermedades transmisibles. Uno de los ejemplos más

importantes que ha encontrado el Banco Mundial ha sido el del oleoducto del Chad, con un sinnúmero de proyectos; estamos hablando de un proyecto de 3.5 mil millones de dólares.

El asunto clave tiene que ver con el manejo del riesgo de malaria en el ambiente donde se construye este oleoducto. También hablamos de la diseminación del VIH/SIDA. Se introdujeron medidas de mitigación específicas, que fueron sugeridas como consecuencia de la evaluación del impacto en la salud de cosas prácticas, y también por el señalamiento de cuáles eran las cadenas de proyectos para las enfermedades esperadas, lo que muestra cómo la influencia de este evaluación del impacto en la salud reduce la ocurrencia de probables enfermedades como la malaria en la población circundante.

En un área, con un nivel de desarrollo económico probablemente más cambiante, como el Sudeste Asiático, la realidad es que ha habido muy poco desarrollo de esta evaluación a pesar del apoyo de la OMS. Hay un análisis que se efectuó hace un par de años, pero hay una carencia de desarrollo que parcialmente se debe a una falta de marco político acerca de los procedimientos para esta evaluación; asimismo, se cuenta con una infraestructura que apoya este desarrollo incipiente, pero también la mayor parte de los países que tienen el potencial tienen que darse cuenta de las muchas capacidades con las que cuentan dentro del sector salud, ya que hay una colaboración intersectorial que puede ser explotada.

En Tailandia han desarrollado esta evaluación del impacto en la salud como parte de la reforma en el sector salud que

han llevado a cabo recientemente. Para esta evaluación cuentan con un financiamiento a través de las universidades, con organismos autónomos que están controlando el sector de políticas de salud. El sistema de salud y la reforma del año 2002 requieren de esta evaluación y por ello han tenido que legislar al respecto para poder implementarla. Este país presenta un desarrollo muy interesante del cual se puede aprender y sacar mucho beneficio, ya que es uno de los mejores ejemplos que podemos tomar por ser un país con una política agrícola ecológica sostenible, con proyectos como la evaluación del impacto en la salud en un dique de generación hidroeléctrica, es decir, muchos ejemplos de cambios de políticas y cómo éstas han tenido en cuenta a la salud.

De América del Sur, desafortunadamente, no sabía mucho antes de venir, y no pude encontrar muchos ejemplos de ésta realidad. La mayor parte parecen responder a la Agenda 21, al desarrollo sostenible de los años 90 y, a menudo, a lo que nosotros llamamos impacto ambiental o al aspecto de salud ambiental, relacionado con el sector de la minería. Hablando con un par de personas me he dado cuenta de que la minería constituye una problemática muy grande en este continente, a pesar de tener una importancia económica evidente.

Durante tres años se han llevado a cabo distintos cursos, especialmente en la evaluación de impacto en la Salud, desarrollando la colaboración intersectorial, sin embargo, no hay seguimiento en este sentido.

También se han llevado a cabo proyectos

piloto con un sector minero muy fuerte; específicamente, tenemos el ejemplo de las minas de oro, en Ecuador, realizado por el Banco Mundial, en las que se han observado los efectos sobre la salud como parte de su evaluación de impacto ambiental en este sector, en el año 1997. Claramente el problema es bastante obvio con los efectos de la degradación del terreno, de los ríos, la exposición de los trabajadores al mercurio durante los procesos de extracción, la falta de infraestructura, entre otros.

Si pensamos sistemáticamente vamos a poder manejar esta problemática, pero es importante hacerlo en forma estructurada para presentar, como parte de la evaluación del impacto en la salud, muchos problemas desde enfermedades, en el sector ocupacional, asuntos relacionados con la migración de las familias, que a veces son ignorados y que tienen un impacto en las enfermedades transmisibles. Asimismo, la población local, que presenta estadísticas con 50% de los niños con daños neurológicos debidos al envenenamiento por mercurio, eso es muchísimo.

Desafortunadamente no sé qué seguimiento se ha hecho y si hay un cambio en la política en esta área. Creo que hay un tipo de información que hay que seguir explorando.

Espero que algunos de los ejemplos que les he presentado les hayan demostrado que esta evaluación del impacto en la

salud es flexible y adaptable, y creo que relevante para todos los países de América del Sur, con distintos niveles de desarrollo y, obviamente, con un amplio rango de distintas problemáticas en salud. Por lo tanto, tenemos un problema bastante complejo y en ello la evaluación del impacto en la salud es muy adaptable y puede manejar estos aspectos. Todos los países, y aquellos con mayores niveles de desarrollo económico, pueden aplicarla a nivel de políticas para ver efectos potenciales de nuevos desarrollos políticos, especialmente en asuntos como la urbanización o la globalización que están ocurriendo en todas partes del mundo.

Para asegurarnos de que ésta sea una realidad, cómo puede aplicarse y qué es lo que puede hacer la evaluación del impacto en la Salud, básicamente tienen que observarse las fortalezas y debilidades. La evaluación del impacto no es perfecta, por supuesto, y sería ilógico pretender que fuera así; sin embargo, existe un sinnúmero de resultados positivos que se ha demostrado que proporcionaron mecanismos para que los decisores puedan mejorar su trabajo intersectorial, que eleva la conciencia y logra una mayor participación de la comunidad; por lo tanto, se puede hacer una planificación de la toma de decisiones, lo que aumenta la decisión más transparente, pero también es muy flexible y adaptable a distintos contextos; sin embargo, no hay método acordado, esto se percibe como una limitación, pero

*La evaluación del impacto no es perfecta, por supuesto, y sería ilógico pretender que fuera así; sin embargo, existe un sinnúmero de resultados positivos que se ha demostrado que proporcionaron mecanismos para que los decisores puedan mejorar su trabajo intersectorial, que eleva la conciencia y logra una mayor participación de la comunidad;*

*Se necesita el desarrollo de capacidades, pero no necesariamente de investigación;*

realmente sugeriría que es una fortaleza, ya que muestra la flexibilidad de este sistema.

A veces hay dificultades en la medición para proyectos muy complejos, pero también es un problema de la evaluación del impacto en la salud y del impacto en la salud ambiental. La salud pública tiene muchas complejidades y, a menudo, determinantes que interactúan y que a veces no conocemos, pero tenemos que manejar lo mejor posible en términos de la evidencia que tenemos y de la cuantificación de ésta, y también de la evaluación del impacto en la salud, la que no ha mostrado a veces cambios en cuanto a los resultados que logramos en el ámbito de la salud; la gente a veces no encuentra un monitoreo, una evaluación suficiente de la salud como para poder seguir hacia delante, ya que no cambian los resultados en la salud y éste no es un problema que sólo tenemos en esta evaluación, a menos que tengamos recursos constantemente, pero ese no es el caso. Por lo tanto, tiene que haber una compensación entre lo que es la oportunidad, políticamente hay que hacerlo rápido; a menudo no se pueden hacer cosas con mayor profundidad por falta de tiempo, recursos, o dinero, pero hay métodos en términos de una evaluación más rápida, de un estudio de mayor profundidad, en meses o un año;

por lo tanto, tenemos la flexibilidad que es un aspecto clave.

Y la limitación final es la falta de procedimientos o de legislación, lo que se observa en la mayor parte de los países, en los cuales esta evaluación del impacto en la salud fuerza a incluirlo en la agenda.

Se debe considerar la posibilidad de incluir y avanzar en sus organizaciones localmente en sus países con la evaluación del impacto en la salud; se necesitan métodos muy simples que sean adaptables a sus propios contextos, no se requiere mucha preocupación respecto a ellos, ni llevar a cabo grandes discusiones para construir grandes esquemas.

A menudo hay preocupaciones políticas respecto a asuntos como la agricultura y la minería, pero hay que sacar ventajas justamente de esta problemática. Los resultados pueden ser reformas políticas o un mejor manejo de las expectativas y decisiones. Los decisores tienen que hacer su trabajo, pero desarrollando una base de datos compartida, que sea similar a través de los distintos países para que no todos se dediquen a reinventar la rueda nuevamente y, finalmente, a tratar siempre el mismo tema. Se necesita el desarrollo de capacidades, pero no necesariamente de investigación; trabajar en desarrollo de políticas a menudo es mejor como parte de una evaluación que se haga a partir de un programa piloto, desarrollando métodos para un trabajo conjunto a nivel intersectorial.

Muchas gracias.

## **Dr. Osvaldo Artaza**

Director del Centro de Estudios Euroamericano de Gestión y Políticas Públicas de Salud



Les hablaré de una investigación efectuada a través del Organismo Andino de Salud y con el apoyo de la Corporación Andina de Fomento (Reformas y financiamiento de los sistemas de salud en la Subregión Andina) que llevó un período largo de tiempo, en la cual participaron puntos focales de los distintos países andinos. Esta publicación puede ser vista en extenso en el sitio Web [www.ceeas.org](http://www.ceeas.org)

La metodología de este estudio se basó en el trabajo de equipos fuera de los Ministerios de Salud de los países andinos y luego este trabajo, en calidad de borrador, fue compartido con los equipos técnicos de los Ministerios en una reunión de Ministros del Área Andina, quienes

podieron hacer una retroalimentación de los contenidos de este trabajo. Por lo tanto, el resultado final fue una suerte de diálogo entre el trabajo técnico y la visión política de las más altas autoridades de los Ministerios de nuestros países.

El objetivo de este trabajo, de alguna manera, bastante ambicioso, pretendía contribuir al proceso construyendo una suerte de evidencia sobre nuestras políticas públicas de salud. Existe la percepción de que los procesos de cambios en nuestros países estaban muy determinados desde afuera, particularmente a través de las sugerencias de los organismos internacionales, fundamentalmente de los financieros y, por tanto, está la sensación de una pérdida de soberanía desde el punto de vista de una debilidad nacional y subregional para generar pensamiento que se tradujera en políticas públicas, persistentes y exitosas en materia sanitaria y, dado que existía esta percepción compartida, se pensó en la importancia de generar dicho pensamiento desde la construcción de la integración.

La manera de construir una capacidad local que nos permitiera tener políticas públicas con cierta autonomía de las directrices internacionales e insertarnos en un mundo global con un pensamiento soberano, pensábamos sólo era posible en la medida en la que se pudiera empezar a trabajar en la línea de evaluar

juntos los aciertos y, sobre todo, los errores.

En primer lugar, el estudio configura, desde la historia del último siglo, cuál es el contexto en el que se han desarrollado los sistemas de salud en los países andinos y los procesos de cambio, partiendo de la premisa de que no se pueden entender la salud y los sistemas sanitarios aislados de los procesos políticos, sociales, económicos y culturales y, por lo tanto, se parte argumentando acerca de que los condicionantes externos son los que han determinado los resultados sanitarios y, por ende, se dan elementos para entender la importancia de esta ligazón entre determinantes sociales y salud en los países andinos.

Por otra parte, se argumenta sobre cómo las políticas de salud son parte de las políticas sociales, no pudiendo entenderse separadas del contexto socio-económico, del modelo de desarrollo y del nivel de justicia social que alcanzan nuestras sociedades.

Dentro del contexto se dan argumentos, datos e información sobre lo que ha pasado en las últimas décadas en América Latina y, particularmente, en los países andinos en torno a la profundización de las inequidades. De cómo los cambios

introducidos en la oleada neoliberal, que ha sido una epidemia en nuestros países en las últimas décadas, no ha hecho otra cosa que profundizar las inequidades en un continente marcado históricamente por la injusticia social y la exclusión de grandes sectores. Por lo tanto, América Latina y los países andinos se pueden caracterizar por ser una geografía, una historia y una cultura de la exclusión social y que si uno las sigue desde las épocas de la Conquista, de la Independencia, de la fragilidad de las democracias, y uno recorre la geografía, que tiene como columna vertebral a los Andes, va a encontrar una historia inalterada en el tiempo, a pesar de los esfuerzos. La exclusión estuvo, está y va a seguir estando si no somos capaces de construir políticas públicas persistentes y exitosas que vayan dirigidas a combatir el fenómeno de la exclusión.

Uno de los aspectos que tiene, en parte, la responsabilidad de ese fracaso colectivo es nuestra historia de democracias débiles e incompletas y de inestabilidad y, por lo tanto, de falta de persistencia en los esfuerzos. No ha bastado que hayan finalizado los gobiernos militares, las dictaduras con toda su secuela de horror y crimen, pues las democracias que han venido después siguen siendo incompletas, frágiles e inmaduras, que tienen en su seno la violencia permanentemente presente y manifestándose de múltiples formas como una traducción de esta historia de exclusión e injusticia.

Como ya se ha dicho por otros expositores, existen una fuerte argumentación y datos sobre la fragmentación y la segmentación de nuestros sistemas sanitarios, lo que no es otra cosa que replicar el fenómeno de la

*existen una fuerte argumentación y datos sobre la fragmentación y la segmentación de nuestros sistemas sanitarios,*

exclusión. Los sistemas sanitarios no han hecho otra cosa que replicar los modelos de sociedad que se han construido en los países y, por lo tanto, no podemos pedir sistemas sanitarios justos en modelos de desarrollos y sociedades injustas; por ende, no tenemos otra cosa en salud que la replicación de cómo se han ido modelando nuestras sociedades.

Desde el punto de vista sanitario, el estudio da mucha información acerca de la situación sanitaria de los países andinos, que aquí en forma muy resumida retratamos como el fenómeno de polarización y acumulación epidemiológica, debilidades institucionales, rectoría débil, deficiencias en acceso y cobertura, insuficiencia de extensión de la seguridad social, alto pago de bolsillo que afecta a la población más pobre. Asimismo, se dan las debilidades de acción en salud pública y la primacía del complejo médico industrial y, por lo tanto, del paradigma curativo.

Desde el punto de vista de los logros, el estudio hace un esfuerzo en poder constatar cuáles han sido los principales logros en los diferentes países.

Evidentemente, ha habido una mejoría en los indicadores sanitarios; y en lo que sí se coloca mucho énfasis es en intentar

explicar que hoy día los promedios no bastan, dado que pueden parecer muy exitosos a la vez que esconden profundas inequidades. Por lo cual se plantea la necesidad de re-enfocar las metas u objetivos deseables para nuestros países, priorizando para los próximos tiempos el acortamiento de las brechas entre los distintos sectores.

Por otro lado, se destaca como logro las iniciativas y realizaciones que se han hecho, particularmente, en materia de atención primaria; señalándose que muchas de éstas no han partido de los Ministerios de Salud, sino de las propias iniciativas de desarrollo locales.

Asimismo, se destacan los acuerdos que se han logrado en algunos países en materia de constituir bases de consenso que permitan dar cierta esperanza de diseño de políticas públicas que puedan persistir en el tiempo, y ahí se destaca el esfuerzo que ha hecho Perú en avanzar hacia el logro de consenso en materia social y de pactos políticos para darle sostenibilidad. De la misma forma se destacan procesos de participación ciudadana muy importantes en áreas andinas como Ecuador o Perú, en materia de participación comunitaria con gobiernos locales.

Por otro lado, se plantea como un logro

*Hay que entender la importancia de la ingeniería política de los procesos de cambios en salud, la constatación de que los cambios en salud son definitivamente más políticos que técnicos y, en ese sentido, hay que reconocer un mea culpa porque muchas veces los que trabajamos en el ámbito de lo técnico pensamos que nuestra visión técnica es perfecta, es la mejor,*



interesante el avance que se ha podido encontrar, aunque pueda ser todavía muy incipiente, en materia de seguridad social a través de programas de Seguros Materno Infantiles o planes de salud obligatorios, que por lo menos dan la esperanza de que puedan ser plataformas y/o bases para caminar hacia el aseguramiento universal, siendo también muy realistas y transparentes al señalar que la distancia entre estos, a veces pequeños esfuerzos, hacia el aseguramiento universal aún es muy grande.

Destacar también como logro que hay esfuerzos entre los distintos países para avanzar hacia la disminución de la fragmentación y la segmentación. Hay varios países del Área Andina que tienen cuerpos legislativos que tratan de construir un sistema nacional integrado, con el que se busca hacer conversar a los distintos actores de una realidad sanitaria, como ya se ha dicho, excesivamente fragmentada.

Desde el ámbito de las lecciones aprendidas, la investigación pone énfasis en varios temas de aprendizaje común; por una parte, la inconveniencia para las sociedades de avanzar o entablar procesos de cambios en salud autoritariamente. El aprendizaje que deja es que los intentos de hacerlo de forma autoritaria lo único que hace es congelar la polaridad de las posiciones. Compartimos en nuestros países el tema de que la salud despierta muchas emociones, y posturas muy polares que muchas veces imposibilitan o dificultan la capacidad de consenso, y tratar de sobrepasar de manera autoritaria esta realidad lo único que hace es congelar una situación que hay que resolver por caminos y métodos democráticos.

*Por otro lado, se destaca como logro las iniciativas y realizaciones que se han hecho, particularmente, en materia de atención primaria;*

La experiencia ha señalado que cuando estos modelos se instalan autoritariamente a lo que tienden las sociedades luego es a procesos de "reforma de la reforma". Muchas veces se da la situación de que estos modelos instalados con escaso consenso luego tienen dificultades en su implantación, dejando el sabor de que no se instalaron en forma total.

Como lección aprendida está la constatación de la pretensión fallida de que a través de cambios estructurales se podían generar por sí solas condiciones sostenibles. Muchas veces escuchamos la frase "denme un incentivo y cambiaré las cosas", pero la verdad es que demostraron una gran falla. La pretensiones de que haciendo un cambio estructural, sin afectar a la cultura de quienes dan o reciben los servicios, iban a generarse condiciones sostenibles por sí mismas, han demostrado en los hechos, en los países andinos, no ser del todo ciertas.

Hay que entender la importancia de la ingeniería política de los procesos de cambios en salud, la constatación de que los cambios en salud son definitivamente más políticos que técnicos y, en ese sentido, hay que reconocer un mea culpa porque muchas veces los que trabajamos en el ámbito de lo técnico pensamos que

nuestra visión técnica es perfecta, es la mejor, y pensamos que con sólo creer que es la mejor, la sociedad y los actores la van a aceptar por sí misma, y muchas veces la mejor manera para que una buena idea fracase es no entender que los procesos políticos son tan o más importantes que haber construido seria y responsablemente una idea desde el punto de vista técnico.

La experiencia de nuestros ministerios está llena de fracasos, justamente por no haber hecho esa maduración como colectivo. Por otra parte, se ha constatado la pretensión de querer, muchas veces, que los cambios en salud sean revolucionarios, cuando en ocasiones no hay capacidad para cambiarlo todo y al mismo tiempo, y por ello, la mayoría de nuestros cambios en salud son graduales, dado que en el seno de una sociedad democrática uno tiene que lograr congeniar una serie de posturas e intereses, todos ellos legítimos y, por tanto, los cambios en salud deben entender, comprender y acoger todas esas particularidades.

Otra lección aprendida clave, es la cuantía del liderazgo ejercida y la consistencia en ese liderazgo, y ahí hacemos la constatación que señaló anteriormente Karen Lock, es la fragilidad de cómo está instalado el tema sanitario en la agenda política de los países latinoamericanos y particularmente del Área Andina, en la cual el común acuerdo de los distintos grupos que trabajaron fue en cuanto al

bajo nivel en el que la materia sanitaria se encontraba frente a otros temas de la agenda política; y lo que es penoso reconocer, es que el nivel de esfuerzo que debe hacer el sector salud para colocarse en la agenda pública es altísimo.

Ahora, en la experiencia chilena, si no fuera por el liderazgo personal del Presidente de la República, sin duda hubiera sido muy difícil que hubiéramos tenido la posibilidad de desencadenar y culminar un proceso con todos los problemas que pueda haber tenido, dado a que no existen los cambios perfectos, sino los posibles.

Ya se dijo anteriormente, pero es una gran lección, del olvido de los recursos humanos, justamente por pensar que es un tema estructural y que el tema cultural era de segunda magnitud.

Por otro lado, la lección de los graves errores cometidos en el tema de descentralización, cuando ésta se hizo sin la debida importancia y respeto al tema de rectoría; y al olvidarse del tema de las redes muchas veces la descentralización no fue más que un pretexto para aumentar los invitados a la mesa del reparto político del poder, favorecer al caudillismo y la peor corruptela, al permitir hacer clientelismo desde las posiciones del poder, porque la descentralización en nuestras sociedades democráticas sólo tiene sentido si permite que el poder llegue al ciudadano. Cuando esto no se produce la

*La experiencia ha señalado que cuando estos modelos se instalan autoritariamente a lo que tienden las sociedades luego es a procesos de "reforma de la reforma".*

descentralización suele ser una repartija del poder entre burocracias intermedias. A juicio de este estudio, en materia de salud una descentralización que no llegue efectivamente a los equipos de salud local y a los ciudadanos que reciben los servicios no tiene sentido, es una burla y hay ejemplos en el estudio de cómo no ha sido más que una etiqueta vacía de contenido real.

Asimismo, otra lección aprendida es que en la medida en la que nuestras sociedades han ido luchando por los derechos humanos, que ha sido una gran fuerza que ha recorrido nuestra cordillera de los Andes luego de las dictaduras, este combate también se ha ido traduciendo a los derechos sociales. Por lo tanto, esta transición de los derechos políticos personales a los derechos sociales y a la salud como derecho de la cual pueda yo apropiarme de verdad efectivamente es una materia muy interesante como lección aprendida.

Si el modelo social es excluyente el sector salud termina adaptándose y replicando la exclusión. Quiero, con mucho cariño a mis amigos colombianos, señalar la realidad de ellos como un ejemplo. Quienes escribieron la Ley 100, doy fe de que lo hicieron pensando que con ésta iban a superar las inequidades a través de la extensión de la seguridad social, de la solidaridad, la eficiencia en la prestación de servicios y de un plan obligatorio común para todos sus habitantes. Pero los hechos han demostrado que, a pesar de los muchos avances, la exclusión sigue existiendo en la materia sanitaria. Y aquí, doy una modesta opinión, creo va a seguir existiendo exclusión en el modelo sanitario colombiano mientras exista exclusión social en Colombia, y esto es aplicable a todos los esfuerzos que

podamos hacer en nuestros países.

El estudio da argumentos sobre cómo se comporta el mercado de la salud en escenarios de baja competencia de rectoría y regulación. Ya se ha dicho que el mercado en salud es perfectamente imperfecto, y por lo tanto se dan los argumentos sobre el funcionamiento del sector privado y de cómo éste ha tenido comportamiento especulativo, y cómo han podido desarrollar una capacidad de lobby en todos nuestros procesos en los distintos países mucho más fuerte que lo que puede desarrollar la ciudadanía.

En la experiencia presentada en esta publicación se señala que la empresa privada ha podido ser buena prestadora, pero muy mala gestora en materia de salud pública.

La investigación pone bastante énfasis en cómo el mercado que se ha introducido en nuestros países ha fracasado en términos de lograr calidad y eficiencia en las zonas no competitivas o de "no mercado", zonas donde en los países andinos está el grueso de la población con mayores necesidades sanitarias.

*Por lo tanto, esta transición de los derechos políticos personales a los derechos sociales y a la salud como derecho de la cual pueda yo apropiarme de verdad efectivamente es una materia muy interesante como lección aprendida.*

Asimismo, presentamos nuestra dificultad como sector salud para abrirnos a otros sectores y, por lo tanto, se plantea que existe una cultura de trabajo en el sector que es hacia el interior, lo que ha conspirado para que el sector salud no haya logrado suficiente respaldo ni de los decisores ni de la ciudadanía para impulsar en forma sostenida los cambios que los países nuestros se han propuesto. Existe, a juicio de los investigadores, una errónea concepción de que la salud debe ser manejada por los médicos "expertos", lo que ha conducido a que los líderes y quienes toman las decisiones no se apropien de los temas.

Otras lecciones aprendidas son: Rectoría y regulación son funciones a las que no pueden renunciar los Ministerios de Salud; la importancia de empoderar a la población en términos de sus derechos y deberes son claves críticas en las que los Ministerios deben concentrar esfuerzos.

La necesidad de construir un modelo alternativo al modelo biologicista y medicalizado dominante; la necesidad de modernizar el aparato estatal prestador; la necesidad de desarrollar una capacidad institucional para dar respuesta a las nuevas necesidades, superando el divorcio entre los centros de formación y los servicios.

La universidad suele encontrarse aislada y de espaldas a la necesidad de la sociedad. Situación que es una realidad

de los países andinos y que, curiosamente, se profundizó con los gobiernos militares. Las dictaduras militares fueron muy exitosas para disminuir la capacidad de pensamiento, y lo que lograron fue romper el tejido social y la capacidad organizativa de las comunidades y desarmar los polos de pensamiento a nivel de las universidades, ambas cosas no se han podido recuperar totalmente y hay que ser transparentes en señalarlo.

La publicación termina haciendo una serie de recomendaciones en torno al diseño e implantación de las políticas públicas en salud. En la necesidad de generar una cultura política en salud, de que trabajar en salud y pensar en salud son acciones políticas, y por lo tanto hay que quitarse esta especie de suerte de neutralidad que muchas veces parece más cómoda para atrincherarse. Enriquecer, darle credibilidad y confianza ante la opinión pública a la autoridad sanitaria y fortalecer la capacidad para que implemente y diseñe políticas públicas, haciendo que la propia ciudadanía se sienta parte de estos procesos.

Y también rescatar lo político a manera de paliar el daño a la política de la dictadura y el populismo. Nuestros países no se han recuperado de la secuela de la dictadura desde el punto de vista de sus efectos sociales y políticos, y hoy sigue teniendo la tentación del populismo. Ambas conspiran en la perspectiva de producir

*Nuestros países se debaten entre el realismo mágico, de que vamos a hacerlo todo inmediatamente, a la política de sólo lo posible, o sea el pragmatismo más absoluto.*



un mismo fenómeno, quitarle a la ciudadanía el rol protagónico que corresponde a una democracia madura y, por lo tanto, si uno quiere construir políticas públicas que sean persistentes en el tiempo tiene la obligación de trabajar fuertemente en rescatar el valor de lo político.

La falta de persistencia de las políticas  
El estudio avanza en conversar sobre la suerte de los Ministros de Salud, cuyo promedio de vida es reconocidamente bajo. El tema no es que un Ministro dure un año, sino que en los países andinos a veces en un mismo gobierno no sólo se cambia de ministros, sino de políticas y, por lo tanto, tenemos políticas que son contradictorias y viene el otro gobierno, que quiere partir de cero y, por ende, no hay persistencia en políticas sociales y particularmente en salud. Muchas de éstas ni siquiera son explícitas, ni siquiera hay contratos sociales con la sociedad, la cual elige a sus representantes, sino que son implícitas e improvisadas y muchas han fallado por venir de afuera, como el caso de las entidades internacionales financiadoras, sin involucrar a los actores clave y sin cuidar los procesos políticos nacionales.

La investigación hace un análisis del efecto de los medios de comunicación y se detiene en este tema que es emergente y al cual el sector salud todavía no le ha dado la suficiente importancia; en primer lugar, tenemos una ciudadanía débil y, por tanto, quienes interlocutan tienen

hoy un filtro, que son los medios de comunicación, es decir, la autoridad sanitaria conversa con la ciudadanía a través de éstos y viceversa. Los medios de comunicación no son neutros, ya que representan a grupos ideológicos o de interés, por lo que producen una suerte de distorsión de la cadena de información hacia ambos sentidos. Por otro lado, influyen los estilos de vida, y negativamente generan expectativas en la población que ninguno de nuestros países es capaz de cumplir.

Nuestros países se debaten entre el realismo mágico, de que vamos a hacerlo todo inmediatamente, a la política de sólo lo posible, o sea el pragmatismo más absoluto. Asimismo, hay debates que en nuestros países no han sido resueltos totalmente como aquellos sobre el rol del Estado, el mercado, y el ciudadano, y en cómo estos actores participan a la hora de priorizar los escasos recursos que tenemos.

La hora presente nos exige mejorar nuestra capacidad de aprender y de aprovechar los aciertos y errores que todos los países andinos han estado cometiendo en las últimas décadas, y de los que hemos tenido muy poca capacidad de conversar. Creo que es el momento de buscar los caminos para que estas conversaciones puedan dar soporte a políticas públicas que sean viables, sostenibles y democráticamente legitimadas, centradas en lo esencial: que es alcanzar equitativamente objetivos sanitarios para nuestros pueblos

Muchas gracias.



## La reforma del sistema de salud en Brasil

**Dra. Celia Almeida**

**Escuela Nacional de Salud Pública "Sergio Arouca",  
Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)**



Un breve panorama del país.

Brasil es una república federativa, con 26 estados, un Distrito Federal donde está localizada la capital, Brasilia, y cerca de 5.700 municipios, según datos del año 2003. El sistema de gobierno es presidencialista; el Presidente, los Gobernadores y Prefectos son elegidos por voto directo. Es un país continental, con 8.5 millones de Km<sup>2</sup> y está dividido en cinco regiones geográficas con distintas realidades demográficas, económicas, sociales, culturales y sanitarias que combinadas históricamente construyeron un mosaico caracterizado por profundas desigualdades internas.

Cerca de 48.4% de los municipios tienen menos de 10 mil habitantes, donde vive

De nacionalidad brasilera. Médica con maestría en medicina social, doctorado en salud pública con énfasis en políticas de salud, organización de servicios de salud y reforma sectorial. Es investigadora titular y docente de la Escuela Nacional de Salud Pública "Sergio Arouca", de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Río de Janeiro, Brasil. Fue Secretaria Ejecutiva de la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur de América latina (1996-2005). Actualmente es también asesora del Presidente de la FIOCRUZ.

**8.2% de la población, y casi 30% vive en municipios con más de 500 mil habitantes (que representan sólo 0.6% de los municipios); en el rango de 50 a 100 mil habitantes está 5.4% de los municipios, por lo tanto, más de 50% de la población vive en municipios de mediano y pequeño tamaño.**

La población estimada para 2004 es de más de 180 millones de habitantes, y más de 50% son mujeres. La densidad poblacional es cerca de 20 habitantes por kilómetros cuadrado, pero esto varía bastante entre las regiones. En 2003, el 43.4% de la población brasilera se encontraba en la región sudeste, y la región metropolitana de São Paulo concentraba 10,7% de la población. La tasa de urbanización es alta, pasó de 78,4% en 1993 a 84,3% en 2003, y la región sudeste es la más urbanizada (91.5%), seguida de las regiones centro-oeste y sur. Sin embargo, la mayor parte de la población rural se encuentra en las

regiones más pobres norte y nordeste y algunas con zonas de acceso muy difícil.

*A pesar de la mejoría de varios indicadores y de ligeras reducciones de la desigualdad de renta en casi todas las regiones, las distancias entre los extremos aún es muy grande.*

En las instancias urbanas cerca de 88% de la población tiene acceso al abastecimiento de agua y 64% tiene cobertura de alcantarillado, pero esta situación cambia bastante en las zonas rurales, sobre todo en las más pobres, donde en muchos casos tenemos menos de 20% de cobertura de esos servicios básicos. Como en toda América Latina, hemos tenido un importante cambio en el patrón de fecundidad (de 2,3 hijos por mujer, en 2004) con una desaceleración del crecimiento demográfico (tasa de crecimiento poblacional de 1.28 entre 1991 y 2003, con declinación continua desde los años 70), sin embargo, persisten las diferencias regionales y continúa elevada la proporción de madres adolescentes embarazadas. Disminuyó el porcentaje del grupo de edad que era de 0 a 14 años y aumentó el de mayores de 65 años (de 7,3%, en 1991 a 9,6%, en 2003), pero la pirámide poblacional es todavía predominantemente joven. La esperanza media de vida al nacer también ha mejorado pasó de 67.7 años, en 1993 a 71.3, en 2003 (71.6-75.2 años para mujeres y 64.0 a 67.6 años para hombres); se redujeron la mortalidad general y la específica, pero aunque continua disminuyendo, la mortalidad infantil todavía es alta en relación con otros países (27.5/1000 nacidos vivos, en 2003). Persisten también las diferencias regionales.

El producto interno bruto per capita total del país en 2001 era de US\$ 2.956 (IBGE, Cuentas Nacionales, 2003) pero también varía entre regiones, siendo mucho mayor en el sudeste, y bastante menor en el nordeste. El desempleo continua aumentando, con zonas donde es aún más alto que los promedios nacionales (9,7% en 2003 y 6,2% en 2001), afectando más a los jóvenes, a las mujeres y a aquellos con más estudio. La reducción del rendimiento de trabajo continúa (7,5% en relación con 2002). La proporción de familias con rendimiento medio per capita hasta ½ salario mínimo (alrededor de US\$ 50) disminuyó. Entretanto, entre el final de la década pasada y el inicio del milenio, se estabilizaron los porcentajes relativos a estas familias. Además, en 2003 el porcentaje de familias en esa situación era mayor en el nordeste que en el sur y sudeste.

En el contexto latinoamericano Brasil es el país donde la desigualdad entre los grupos sociales es la más marcada. A pesar de la mejoría de varios indicadores y de ligeras reducciones de la desigualdad de renta en casi todas las regiones, las distancias entre los extremos aún es muy grande. Sin embargo, la distribución de la renta nacional está todavía extremadamente concentrada.

En la educación, el nivel de instrucción de la población gradualmente viene mejorando y disminuyendo las acentuadas disparidades regionales de analfabetismo que existían en 1990 (casi 30% entre 1993-2003). Pero todavía persisten las diferencias geográficas y sociales, y la tasa de analfabetismo entre negros y pardos es el doble de la de los blancos. Existe también relación positiva entre rendimiento y grado de instrucción.

## La reforma del Sistema de Salud

La construcción de un proyecto alternativo de reforma del sistema de salud en Brasil tiene antecedentes en los años 70 aún en la época de la dictadura militar, y está articulado a la intensa transformación de la sociedad brasileña, principalmente en los años 80, cuando el modelo de relaciones entre el Estado y la sociedad comenzó a ser criticado, sobre todo en el área social. Son los años cuando la enorme deuda social acumulada durante el régimen militar pasó a ser cobrada con el surgimiento de nuevos actores y nuevos movimientos sociales con extensas pautas de reivindicaciones, incluidas las demandas por más y mejores servicios de salud.

### LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD ANTECEDENTES

Dos inflexiones importantes:

- Años '60: Grandes turbulencias sociales y políticas → **Golpe militar** (1964): gobierno autoritario que mantuvo el poder por 20 años (1964 a 1985).
- Años '80: Cuando el país se encontró nuevamente en crisis, la cual se reflejaba en problemas económicos y políticos de gran envergadura → **Transición política** para la democracia durante la década (1982-1990), pactada y partiuciar.

Como antecedente de este proceso hay dos momentos importantes: en los años 60 hubo grandes turbulencias políticas y sociales, que resultaron en el golpe militar

de 1964, y un gobierno autoritario que mantuvo el poder por 20 años (1964 a 1985). Este Estado se caracterizó por ser más represor y dominador que en otros períodos autoritarios de la historia política brasileña. Otro punto de inflexión es la transición política para la democracia durante la década de los ochenta (1982-1990), cuando el país se encontraba nuevamente en crisis, la cual se reflejaba en problemas económicos y políticos de gran envergadura. Esa transición fue pactada y con características bastante particulares en la medida en la que inicialmente había sido programada como una "descompresión planeada" y como un producto del pacto inter-élites; luego se distendió por un largo período y fue conflictiva y confusa, conformando un proceso que combinaba eventuales reformas institucionales con reforma constitucional; finalmente, mantuvo en el poder muchas de las élites (militares y conservadoras) que participaron del período dictatorial.

En una perspectiva histórica el patrón de intervención del Estado brasileño en el área social se remonta a las décadas de los 20 y 30, cuando los derechos sociales y de ciudadanía fueron vinculados al lugar del individuo en el mercado formal del trabajo, a través de un sistema de seguridad social organizado por categorías profesionales en los institutos previsionales de jubilación y pensiones que ofrecían, entre otros beneficios, asistencia médica diferenciada con coberturas desiguales. La atención a grupos excluidos del proceso de

*en 1978, en el cual se insertaba el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social, consolidaba el poder de conducción política y financiera y la hegemonía de la asistencia médica en el sistema de salud.*



desarrollo económico y las acciones de salud pública eran asumidas por el Ministerio de Salud, creado en los años 50.

El sistema brasileño de protección social se expande y gana características específicas durante dos ciclos autoritarios como el de Vargas (1930-1945) y el de los militares (1964 -1984). En consecuencia, las políticas sociales sólo estuvieron asociadas a una creciente actividad en el ámbito federal, lo que no es una novedad si vemos otras sociedades democráticas federativas, sino que fueron también marcadas por concepciones autoritarias que consagraron el predominio del ejecutivo federal con base en procesos cerrados de decisión y gestión centralizada y, por lo tanto, el modelo de protección social tenía la marca de hipercentralización, fragmentación institucional y desigualdad en la distribución de servicios y beneficios.

El golpe militar implicó reformas importantes en la seguridad social, además de excluir la participación de los sindicatos del proceso de toma de decisión en la seguridad social. El gobierno implementó una reforma institucional y administrativa de grandes proporciones, en el período 1964-1970, que provocó cambios significativos en el complejo institucional de protección social: unificó los Institutos de Jubilaciones y Pensiones en 1966; extendió los beneficios sociales a los trabajadores rurales y empleados domésticos, así como a otras categorías profesionales. En 1974 fue creado el Ministerio de la Seguridad Social, e implantado el Consejo de Desarrollo Social, como una instancia superior de coordinación de las acciones sectoriales y de aprobación de la política de salud.

Paralelamente, la creación simultánea del Fondo de Apoyo al Desarrollo Social, que proporcionó una base financiera y que financió en gran parte el crecimiento del número de los hospitales privados, entre otras cosas, y la de la DATAPREV, empresa pública para la sistematización de la información de la seguridad social, en 1974, constituyeron la fase modernizadora de la reforma.

En la secuencia de las reformas fue promulgada la base jurídico-legal del sistema de salud, retirando de facto del Ministerio de Salud el poder de formulación de la política sectorial: fue creado un Sistema Nacional de Salud (1975) que, en realidad, consolidaba los respectivos espacios históricos de las instituciones y organizaciones públicas y privadas en el sector de asistencia médica, y proponía mecanismos de coordinación inter-institucional entre la seguridad social y el Ministerio de Salud, que no fueron desarrollados.

Finalmente, la creación del Sistema Nacional de Seguridad Social, en 1978, en el cual se insertaba el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social, consolidaba el poder de conducción política y financiera y la hegemonía de la asistencia médica en el sistema de salud. La reforma institucional administrativa no alteró la esencia de la lógica privatizadora histórica, exacerbada por la dictadura, y estaba sometida al clientelismo del Estado, originando una crisis financiera de gran magnitud que explotó con fuerza en los años 80.

El resultado fue un sistema dual con el predominio de la atención médica como modelo asistencial y como volumen de recursos. Para eso, los gobiernos militares

combinaron una fuerte intervención del Estado como financiador y comprador de servicios al sector privado, y el favoritismo de la asistencia hospitalaria en detrimento de la atención básica, de la preventiva y de la salud pública. Por lo tanto, el desarrollo de los servicios de salud se vio vinculado al crecimiento de la asistencia médica de la seguridad social y estuvo delimitado por las crisis financieras del propio sistema. No se alteró la dinámica histórica de la organización del sistema y las políticas resultaron cada vez menos distributivas, reforzadas por el carácter extremadamente regresivo de la recaudación tributaria y por la lógica empresarial de la asignación de recursos, en detrimento del sentido público de las políticas sociales. El modelo de atención resultante era discriminatorio e inicuo.

Las crisis económicas que asolaron al país en los años 80 disminuyeron en parte importante los ingresos fiscales y contribuciones sociales, y tuvo un fuerte impacto en el volumen de recursos destinados a la asistencia a la salud, que en ese momento estaba prácticamente universalizada.

La dinámica de actuación del Ministerio terminó con una crisis financiera de gran magnitud en la seguridad social, y en la

misma década esa área fue objeto de estrategias racionalizadoras transitorias con mayor visibilidad de los movimientos democráticos en la sociedad civil, entre los cuales se destacó la organización de un activo movimiento sectorial, denominado Movimiento por la Reforma Sanitaria, de base diversificada, que se involucró nacionalmente en la lucha por transformaciones sociales.

Inicialmente, en el periodo autoritario (desde los años 70) y, posteriormente, en la transición política, se organizó paulatinamente un movimiento por la reforma sanitaria en Brasil, esencialmente militante, que reunió intelectuales, profesionales del área de la salud, organizaciones y asociaciones de la sociedad civil, políticos de partidos de la oposición y tecnoburócratas. Y se elaboró paulatinamente un ideario de la reforma sanitaria que estimuló y orientó el debate técnico político durante la transición democrática, a partir del año 1982, en la llamada Nueva República (1985).

Este movimiento estaba muy relacionado con la lucha contra la dictadura y para su institucionalización creó instituciones propias, que están vigentes actualmente, además de publicaciones y mecanismos de debate y difusión de ideas. Fue un firme opositor de la política de salud del régimen militar, implementó experiencias de reorganización de los servicios de salud en el nivel local y, con la llegada de la "Nueva República", muchos de sus cuadros ocuparon puestos de mando y dirección en los distintos niveles del poder ejecutivo (federal, provincial y municipal), y de las más importantes instituciones del sector, desde donde empezaron a institucionalizar el nuevo sistema de salud. Sus miembros establecieron articulación importante con

*uno de los principales desafíos para la implantación de la reforma ha sido la permanente inestabilidad financiera de la salud en el ámbito de la seguridad social,*

la sociedad civil, así como con actores distinguidos en el ejecutivo y en el parlamento.

El Movimiento por la Reforma Sanitaria también logró reactivar los foros sectoriales de discusión, tales como las Conferencias Nacionales de Salud (CNS), que se venían realizando de manera irregular desde 1947, aunque básicamente como instancias tecnoburocráticas. La 8° CNS fue un marco en ese proceso, pues se efectuó en marzo de 1986 en Brasilia, con una asistencia multitudinaria, y se transformó en el espacio democrático de un amplio debate político nacional. Fue precedida por Conferencias Municipales y Estatales en todo el país, en las cuales se difundió y se debatió la propuesta de reforma, finalmente aprobada por delegados elegidos en asambleas de composición heterogénea, en las cuales se buscaba garantizar la representación de todos los actores involucrados con la cuestión del derecho a la salud.

Trabajó también en la Asamblea Nacional Constituyente (1987-1988) cuando organizó la Plenaria de las Entidades de la Salud, que actuó como fuerza de presión en el Congreso. Montada como “una articulación suprapartidaria”, la Plenaria congregó cerca de dos centenas de entidades y consiguió construir “un pacto progresista” la Enmienda Popular que sobrepasó coyunturalmente las divergencias existentes en el movimiento sanitario y logró unificar una posición única para la reforma de la salud, a pesar de los distintos grupos involucrados en el movimiento y, por supuesto, de los distintos proyectos de reforma en lucha. Esa Plenaria fue decisiva para la aprobación e inclusión de los principios de la reforma en la nueva Constitución.

La propuesta técnica asistencial de la reforma sanitaria, que después fue asumida e incorporada en la Nueva Constitución del año 1988, formalizó un concepto ampliado en salud (basado en el concepto de Salud Colectiva, elaborado por el movimiento), institucionalizó la salud como un derecho social ciudadano y deber del Estado, propuso también la institución de un Sistema Único de Salud con acceso universal e igualitario, atención integral, preeminencia del sector público y regulación efectiva sobre el sector privado, además de mecanismos de participación en el control social; presuponía para su operatividad la revisión de mecanismos de compra de servicios, negociaciones con productores de insumos y equipamientos, revisión de las fuentes de financiamiento, inclusive tributación y recuperación de sistemas de salud, además de la descentralización y fortalecimiento del poder. Las Conferencias Nacionales de Salud fueron institucionalizadas como foros democráticos de debate de la política sectorial, a ser realizadas cada cuatro años.

La concepción de seguridad social, institucionalizada en la nueva Constitución (1988), abarcó a toda la población, generalizando el acceso a beneficios y estableciendo la integración entre las diferentes instancias de protección social con la creación del Presupuesto de la Seguridad Social, incorporando nuevas y distintas fuentes, ampliándose la base de financiamiento sectorial.

El Sistema Único de Salud (SUS) fue definido como el conjunto de acciones y servicios de salud, prestados por órganos e instituciones públicas federales, estatales y municipales del cual la

iniciativa privada participa, con carácter complementario, mediante contrato de derecho público. Según la nueva Constitución, los cuidados de la salud son de competencia compartida por las tres esferas de gobierno; es, sin embargo, atribución de los municipios la prestación de servicios de salud a la población, correspondiendo a la Unión y a los estados la responsabilidad por la cooperación técnica y financiera. La Constitución también estableció principios y reglas de descentralización y participación comunitaria. En este proceso las atribuciones del Instituto de Asistencia Médica de la Seguridad Social pasaron al Ministerio de Salud.

La reforma sanitaria brasileña fue formulada en la perspectiva de romper con el modelo corporativista tradicional, revertir la línea privatizadora de la política sectorial e integrar las instancias correlacionadas de política social histórica y estructuralmente tratadas por separado.

Por lo tanto, diferente de los dictámenes que han impulsado las reformas sanitarias en los países latinoamericanos en la década de los 90, en Brasil la reforma en el sector salud no ingresó a la agenda gubernamental como una exigencia o derivada de las políticas de ajuste macroeconómico. Al contrario, entró en franca ruta de colisión con ellas, es decir, en el inicio del proceso, no existió una relación directa entre las innovaciones políticas y organizacionales del sector y las prioridades reformistas del Estado. El proyecto reformador y la agenda concomitante eran bastante avanzados para la historia brasilera de políticas sociales, meritocrático particularistas.

La política de reforma del sector salud se

consolidó como política de Estado y entre las políticas sociales fue la que más avanzó, pero su implantación ha estado sometida a las coyunturas políticas, decisión y voluntad de los gobiernos y, por lo tanto, no ha sido inmune a los problemas inducidos por los ajustes macroeconómicos y a las diferentes perspectivas de proyectos de reformas de la agenda difundida mundialmente.

### La implantación de la reforma

Un hecho importante en esa historia es que el proceso de ajuste estructural macroeconómico, iniciado en Brasil en los años 70, prosigue hasta hoy de forma lenta y conflictiva, a pesar de la estrategia exitosa de control inflacionario aplicada en 1994, con el Plano Real, último plano económico de estabilización monetaria. La inestabilidad económica, política y social ha sido parte del cotidiano nacional hace más de dos décadas, permeada por periodos de relativa estabilidad institucional y política, inclusive por grandes cambios importantes de Ministros de Salud.

Una parte importante de la reforma es la constitución de las instancias decisoras colegiadas, además de las Conferencias de Salud, que han sido revitalizadas. Se han creado los Consejos Nacionales de Salud y los Consejos Estatales y Municipales de Salud, que son órganos colegiados con organización paritaria y deliberativos en todos los niveles.

Existen también las Comisiones Inter-gestores, la Tripartita, a nivel federal, y la Bipartita a nivel estatal, que son órganos colegiados, que integran el poder ejecutivo, se someten al poder deliberante de los Consejos de Salud y son compuestas paritariamente por

representantes del Ministerio de Salud, del Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS) y del Consejo Nacional de Secretarios Estatales de Salud (CONASEMS) a nivel federal; y por representaciones de las Secretarías Estatales de Salud, de los Secretarios Municipales de Salud y del Consejo de Secretarios Municipales de Salud (COSEMS), a nivel estatal. Esas Comisiones tecno burocráticas son muy activas, constituyéndose en el principal foro de negociación de las cuestiones relativas a la formulación e implantación de la política de salud, además de ser también foro de negociación para cuestiones no resueltas, sea a nivel estatal y municipal, o de los Consejos de Salud.

Por otro lado, uno de los principales desafíos para la implantación de la reforma ha sido la permanente inestabilidad financiera de la salud en el ámbito de la seguridad social, y las soluciones transitorias fueron la norma en toda la década de los 90.

Es importante enfatizar que, a diferencia de otros países con sistemas nacionales de salud, la participación de impuestos generales en el financiamiento sectorial históricamente no es muy significativa en Brasil, incluso antes de 1988, cuando la contribución de empleadores y empleados sobre la planilla de salario era responsable por más de 80% del financiamiento federal de la salud. Aunque el gasto del Ministerio de Salud no sea despreciable frente al gasto social total del gobierno federal, el gasto público sectorial como porcentaje del PIB (cerca de 3,52%, en 2002 ) es bastante reducido, si se compara con el gasto nacional de otros países, incluso en América Latina. Con el OSS la elevada

participación de las nuevas contribuciones sociales en el erario público confirmó esa tendencia.

En la Constitución de 1988, el Presupuesto de la Seguridad Social, compuesto por impuestos y contribuciones sociales, debería financiar tanto el programa de beneficios en dinero como la prestación de servicios en la previsión social, asistencia social y salud, consagrando derechos universales al mismo tiempo que respetando derechos individuales. El SUS, a su vez, sería financiado con recursos monetarios del OSS, de la Unión, de los estados, del Distrito Federal y de los municipios. La única contribución social que no entraba en ese financiamiento era la destinada a los programas de protección del trabajador.

Sin embargo, la composición de las fuentes de financiamiento para la salud cambió de forma importante en los años 90, principalmente a partir de 1993, cuando la contribución de empleados y trabajadores, una de las más importantes fuentes de financiamiento de la salud, dejó de ser traspasada para la salud, la que pasó a disputar con las demás áreas las otras fuentes de erario tales como la COFINS y la CSLL que, a su vez, eran más susceptibles a las variaciones de los ciclos económicos. Por otro lado, la evolución de las fuentes de financiamiento de la salud parece comprobar la substitución de fuentes tributarias por las del erario de contribución social, sobretudo en el período 1993-1997, que contraría los dictámenes de 1988 sobre ampliar el aporte de hacienda a la seguridad social. Las participaciones relativas de las diferentes fuentes tampoco presentan un comportamiento estable, variando año a año

En el intento de resolver los impasses financieros derivados de esos cambios y oscilaciones, a partir de 1994 fue restaurado un impuesto transitorio, el Impuesto [Provisorio] sobre Movimientos Financieros (IPMF), aprobado en 1994 y bautizado en 1996 como Contribución [Provisoria] sobre Movimientos Financieros (CPMF), tornándose efectivo en 1997, específicamente para financiar la asistencia a la salud. La CPMF fue reaprobadada en 1998 y 2002, cuando su valor se aumentó, dejando de ser una contribución exclusiva para la salud (Piola & Biasoto, 2001), y de nuevo, en 2004, con el valor más alto (0,38%). La creación de esa nueva contribución y las sucesivas prórrogas, a partir de Enmiendas Constitucionales, suscitó intenso debate y controversias, no raramente acompañadas de denuncias sobre que esos recursos fueron primero utilizados para cubrir las deudas del Ministerio de Salud y, posteriormente, para cubrir otros gastos de gobierno, ajenos al área de la salud. Concretamente, la CPMF acabó por transformarse en una importante fuente de financiamiento para la salud, aunque sin aumento global de recursos, pues hubo una retracción de los recursos de otras fuentes. En consecuencia, el Ministerio de Salud recurrió a préstamos del Fondo de Amparo al Trabajador, lo que tornó onerosos los presupuestos de los años subsecuentes.

Este problema en el financiamiento es bastante serio y se da porque no se ha logrado la definición de fuentes específicas para el sector salud, ni de porcentajes de vinculación en el momento de la recaudación, cuestión que ha sido objeto de debate desde la Constituyente.

Finalmente, en agosto de 2000, fue

aprobada la Enmienda Constitucional N<sup>o</sup> 29 (EC-29) que vincula un porcentaje de los presupuestos de la Unión, estados y municipios para acciones de salud. Establece que la Unión queda obligada a aumentar sus inversiones sectoriales proporcionalmente al crecimiento del PIB y, en el período 2001-2005, debería gastar, en cada año, 5% más de lo que gastó durante el año anterior, incluido también el crecimiento nominal del PIB, esto es, corrección de la inflación más el crecimiento real de la economía. A partir de 2000, los estados y el Distrito Federal deberían destinar al SUS 12%, y a los municipios 15%, de su propio erario tributario, después de restada la parte transferida a los municipios, no pudiendo gastar nunca menos de 7%.

La EC-29 determina incluso la aplicación en los municipios de 15% de los recursos federales en acciones básicas, por medio de Fondos de Salud controlados por los Consejos de Salud; define que la asignación de recursos entre los diversos niveles de gobierno obedecerá a criterios de prorrateo que apunten a la progresiva disminución de las disparidades regionales; establece sanciones a los estados y municipios que no cumplieran esas normas. Esta enmienda aprobada recientemente es resultado de un largo proceso de debate y trámite en el Parlamento (la Propuesta de Enmienda Constitucional 169 PEC 169), que desde la reglamentación del SUS, en 1990, pretendía definir un mínimo de 30% de las contribuciones sociales destinadas al OSS y de 10% de los recursos fiscales de la Unión, estados y municipios para la salud. Entretanto, diferente de las propuestas anteriores, la EC-29 no estableció la vinculación de fuentes o de un porcentaje del Presupuesto de la Seguridad Social para la salud, lo anterior determinado por

la perspectiva de aprobación del proyecto de reforma tributaria.

En relación con la implantación de la EC-29, hay toda una discusión sobre el reglamento de la EC 29 y los recursos financieros para la salud, que dependen de leyes complementarias y, lamentablemente, hay intentos del gobierno de no hacer efectiva la ley en la medida en que los "recursos marcados" serían "problemáticos," porque no permiten "flexibilidad" en la ejecución del presupuesto nacional. Existen también problemas de interpretación de la Enmienda, que ponen en riesgo la aplicación de los valores mínimos establecidos.

En síntesis, los debates sobre el volumen a regular de los recursos financieros para salud siempre privilegiaron la discusión de los recursos originados en la Unión, por ser dominantes en el sector. La EC-29 retoma el tema del financiamiento local para la salud. Entretanto, todos los niveles de gobierno han sido sometidos a serios ajustes financieros, sobretodo por parte del gobierno federal sobre las cuentas de los estados y municipios, lo que puede dificultar el aumento de aportes, como se preconizó en la ley.

En relación con los gastos en salud, Brasil no tiene todavía un sistema de monitoreo de cuentas de salud, pero existen distintas fuentes de datos que permiten hacer estimados del gasto nacional de salud, las cuales señalan un gasto total en salud (público y privado) de cerca de 7,6 % del PIB (o 8,3%, dependiendo de la fuente), para 2002. El gasto privado es alrededor de 58% de ese total, y de ellos cerca de 64% es gasto directo de las familias (de bolsillo).

En 2002 la participación de las fuentes públicas en ese gasto total del Ministerio de Salud fue de 41.6%, valor éste que viene disminuyendo a lo largo de las últimas décadas, toda vez que los impasses en el financiamiento de la salud produjeron la caída del nivel de gasto del Ministerio de Salud.

La distribución porcentual del gasto público total en salud por esfera de competencia del gobierno tampoco son homogéneos en las diversas fuentes disponibles. De una manera general, se evidencia la importancia de la Unión en el gasto público total en salud, aunque esta participación venga disminuyendo paulatinamente durante los años 90: en 1988 los gastos federales en salud representaban cerca de 75,5% del total del sector, y estados y municipios respondían por 17% y 8%, respectivamente. En 2002, esos datos demostraban que la participación de la Unión en las despensas con acciones y servicios de salud, que no son idénticos a los gastos del Ministerio de Salud porque abarcan gastos de salud de otros ministerios, estaría en torno de 53% (cerca de 8.441 millones de dólares), el mismo porcentaje de 1996; y la de los estados y municipios era de 22 y 25%, respectivamente, contra 18.5% y 27.8%, respectivamente, en 1996 (SIOPS, 2004).

Se resalta un notable aumento de la participación de los estados y municipios en el gasto total de salud, variando de 25%, al final de los años 80, a 46% a mediados de los 90 (1996), pero estabilizándose en ese nivel desde entonces (47% en 2003).

Cuando se observa por regiones, eso también se manifiesta en el gasto per capita, presentando un menor gasto per

capita en las regiones más pobres, sin embargo esto no es compensado con el gasto federal.

Paralelamente, se destaca el avance importante del proceso de descentralización de la gestión de los recursos federales, sobretudo para los municipios, a partir de 1996, ya que el nivel estatal desempeñaba un papel menos importante en la implantación de la descentralización, lo que se viene intentando revertir a partir de 2000. El porcentaje de los recursos totales del Ministerio de Salud transferidos para la gestión de los estados y municipios subió de 7,1 en 1993 a 34,3% en 1999. Paralelamente, se observa una disminución del porcentaje destinado al pago de personal a escala federal y un aumento del gasto con inactivos, además de la disminución de inversiones, tradicionalmente bajas.

**Principales fuentes de financiamiento de los gastos globales del Ministerio de la Salud, Brasil, 1995-1999 (%)**

Descripción de las fuentes	Años						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Recursos ordinarios	8.9	1.0	3.2	0.2	1.0	10.8	14.7
Títulos responsabilidad del Tesoro Nacional	15.1	1.6	2.6	3.3	2.0	0.5	0.0
Operaciones crédito internas - Moneda	2.6	-	7.6	8.3	-	-	-
Operaciones crédito externas - Moneda	0.5	1.2	1.1	0.9	0.5	1.1	1.4
Recursos directamente recaudados	1.0	2.1	2.4	2.6	2.4	2.5	3.5
Contribuciones sociales:	67.4	54.6	69.2	63.3	73.0	71.0	62.6
Contrib. Social Lucro de las Empresas (CSLL)	10.7	12.8	23.2	20.0	19.3	0.0	13.3
Contrib. Social p/Financ. Seg. Social (COFINS)	25.1	34.0	49.1	42.5	26.9	25.0	25.5
Contrib. Emp. y Trab. para la Seguridad Social	31.6	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
CPMF	-	-	0.0	0.0	27.8	37.0	22.6
FINSOCIAL - Rec., Depósitos Judiciales	-	7.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Fondo de estabilización Fiscal	-	36.8	12.0	17.7	19.5	13.3	14.2
Otras Fuentes	4.4	2.6	1.8	3.7	0.7	0.7	3.0
<b>Total</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>	<b>100.0</b>

Fuente: SIAFI/SIDOR, Elaboración IPEA/DISOC, En: Reis, Ribeiro & Piola (2001: 14), (Tabla 4).

La mayor parte de los gastos del Ministerio de Salud se ha concentrado en la asistencia médica, ambulatoria y hospitalaria, pero con bajos valores en las tablas de precios de procedimientos, lo que a pesar del bono de 25% concedido en 1996 no afectó de forma significativa

la magnitud de ese subprograma, pues la política racionalizadora del Ministerio de Salud, que fijó techos físicos y financieros a partir de las Normas Operacionales que regulan el proceso de descentralización, terminó por inducir a los estados y municipios a reducir su producción de servicios. Además, en aquellos años en los cuales la disponibilidad financiera fue menor, el programa que más sufrió cortes fue el de Control de Enfermedades Transmisibles, que en 1996 alcanzó el nivel más bajo de gasto. Aunque habiendo recuperado más recursos paulatinamente en la segunda mitad de la década, la proporción de recursos que le fue destinada en 1999 era menor que en 1993.

**Principales fuentes de financiamiento de los gastos globales del Ministerio de la Salud, Brasil, 2000-2004 (%)**

Descripción de las fuentes	Años				
	2000	2001	2002	2003	2004
Recursos ordinarios	5.60	15.00	10.10	10.51	7.58
Títulos responsabilidad del Tesoro Nacional	1.50	1.63	12.80	5.84	0.44
Operaciones crédito internas - Moneda	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00
Operaciones crédito externas - Moneda	2.72	2.20	1.80	1.05	0.79
Recursos directamente recaudados	0.00	0.00	0.02	0.00	0.00
Contribuciones sociales:	82.96	76.63	73.62	75.55	89.85
Contrib. Social Lucro de las Empresas (CSLL)	12.67	7.11	20.62	26.93	33.22
Contrib. Social p/Financ. Seg. Social (COFINS)	35.96	35.49	17.20	20.72	26.10
Contrib. Emp. y Trab. para la Seguridad Social	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
CPMF	31.63	30.03	35.70	31.90	30.51
FINSOCIAL - Rec., Depósitos Judiciales	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Fondo de estabilización Fiscal	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Otras Fuentes	7.30	4.60	1.85	0.09	0.98
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud / Sub-Secretaría de Planificación y Presupuesto. Informe MPO/SIOF, 2004.

En relación con los beneficios fiscales de la salud éstos tienen una selectividad perversa, y están altamente concentrados en el Impuesto de Renta y en el Impuesto sobre Productos Industrializados, constituyéndose en gasto indirecto del Estado y en una renuncia fiscal que impacta negativamente en las fuentes de financiamiento, acentúa la regresividad en el financiamiento de la asistencia médica, agravando el cuadro de desigualdades del sector salud y fortaleciendo el sector privado. Además,





la renuncia fiscal dirigida a los proveedores no discrimina entre la red pública y la privada, liberando a esta última de pagar impuesto. El descuento integral de los gastos privados de salud de los individuos y de las familias en el Impuesto de Renta de Persona Física, configúrase como el gran incentivo al gasto privado de las familias, que es, por lo tanto, totalmente subsidiado por el Estado.

El proceso de descentralización fue el eje estructurador del Sistema Único de Salud y una potente estrategia de inducción de la gestión local de la política de salud, dadas la estructura de incentivos que proporcionó y las innovaciones significativas, inclusive en el financiamiento. De una manera general, se puede decir que a diferencia de las otras instancias de la política social, la actuación del gobierno central en el sector salud fue profundamente inductora de la adhesión de los estados y municipios al proceso de descentralización. Esa adhesión fue posibilitada principalmente por el carácter centralizador de la descentralización, que utiliza el financiamiento, la asignación de recursos e incentivos diversos para conseguirla, de forma bastante burocrática.

Aun así existe consenso entre los autores de que después de la nueva Constitución, el área de salud fue, de hecho, la única que asumió deliberadamente una política radical de descentralización definida en el ámbito federal. Entretanto, no partió de un modelo acabado, sino que se fue diseñando paulatinamente con su implantación, al gusto de los dirigentes en el poder y de las formas específicas encontradas para superar los frecuentes impasses coyunturales.

Desde el inicio, la descentralización en la salud ha sido profundamente municipalista, siguiendo la tendencia definida por la nueva Constitución, y retirando del Estado el papel de coordinador del Sistema. Sin embargo, a pesar de los avances, el sector salud enfrenta todos los problemas referentes a la no definición, del nuevo pacto federativo que todavía no se ha terminado de resolver y que depende de la reforma tributaria. Esa tendencia municipalista se intenta revertir a partir del año 2000.

La descentralización de los servicios de salud fue implementada a partir de Normas Operacionales Básicas (NOB), que son resoluciones ministeriales destinadas a reglamentar el proceso de descentralización, promulgadas en 1991, 1992, 1993 y 1996, y, más recientemente, la Norma Operacional de la Asistencia a la Salud (NOAS 2001). Esas normas definieron y redefinieron la forma de traspaso de recursos financieros a los estados y municipios, así como los pre requisitos de habilitación para las distintas "etapas" (progresivas) de la descentralización.

Hay por lo menos dos momentos importantes de inflexión en la política nacional de salud promovidos por esas normas: uno fue con la NOB 1993, que es la que define y desencadena el proceso de descentralización en el sector, cambiando la forma de los repases financieros y de relación entre los niveles de gobierno; y el otro fue con la NOB 1996, implementada a partir de 1998, que priorizó la atención básica, porque se define un repase financiero específico para ese nivel de atención a través de un valor per cápita, mientras que para los otros niveles de complejidad hospitalaria se mantienen

otras reformas de repaso. Asimismo, se establecen incentivos y subsidios específicos para los llamados programas especiales, como el Programa de Salud de la Familia y el Programa de Agentes Comunitarios en Salud, que van a instituir la idea de cambio del modelo asistencial a partir de la atención básica, organizada según el modelo de atención primaria. Más recientemente, con la Norma de Asistencia en Salud de los años 2000-2002, se está intentando recuperar el rol del Estado a través de un proceso de regionalización y estrategias de jerarquización del Sistema, con la redefinición de las etapas de la descentralización.

### Algunos resultados de la reforma

En relación con la red de servicios, en el período 1992-2002, se observa un progresivo aumento de la oferta de servicios de salud en el país (crecimiento de la capacidad instalada del orden de 31,5%), los que favorecieron de una manera general a las regiones menos dotadas en términos de capacidad instalada.

Del total de establecimientos de salud en actividad en 2002, 89% eran ambulatorios y 11% hospitalarios. Entre los establecimientos sin internación 75,6% son públicos y entre los con internación, 65% son privados.

En todas las regiones los establecimientos sin internación tienen como principal fuente de financiamiento los recursos públicos, ya que, para el país como un todo, 64,8% de esas unidades están financiadas exclusivamente por esta vía (en 1996 ese porcentaje era de 76%). Lo mismo acontece con las Unidades Básicas de Salud y aquellas que tienen un solo

consultorio médico, exclusivamente financiadas con recursos públicos. El SUS es el principal financiador de las especialidades básicas (clínica médica, pediatría y ginecología) y de algunas especialidades con menor peso en la capacidad instalada (enfermedades transmisibles, atención a enfermos de SIDA y portadores de VIH, neumología, psiquiatría y otras).

La oferta de equipamientos en la red ambulatoria es escasa (déficit de inversión) y la distribución es asimétrica por región, lo que es más deficiente en la norte; entretanto, los datos de 2002 demuestran aumentos de esa oferta en relación con 1999.

Hubo una disminución de 0,4% del número de establecimientos hospitalarios entre 1992 y 2002, lo que corresponde a una pérdida de 33 unidades. Hubo también una reducción de la participación del sector privado en el total de establecimientos con internación: de 71,5%, en 1992 para 65%, en 2002, indicando una tendencia de reducción de la diferencia público/privado en el conjunto de los establecimientos con internación, derivada no sólo de la propia reducción del sector privado, sino relacionada también con un aumento de los establecimientos públicos, principalmente en las regiones norte y nordeste.

Los planes de seguros privados de salud en el sistema brasileiro representan una mayor segmentación en la estructura de consumo de servicios de salud, profundizando las desigualdades geográficas y sociales existentes, una vez que la distribución de la población cubierta y no cubierta es heterogénea,

privilegiando las regiones más ricas, además de los incentivos fiscales mencionados. La cobertura de esos planes y seguros es estimada en 28% para 2002, y existen distintas modalidades de aseguramiento. Esa cobertura creció en los años 80 hasta mediados de los 90, *pari passu* a la aprobación e inicio de implantación de la reforma, pero hay indicativos de que ha atendido su límite en términos de crecimiento, pues se ha estabilizado en los últimos años. Esa cobertura varía mucho entre las regiones y es mayor en la región sudeste.

La reglamentación del sector privado, que se creó completamente des-regulado, ha sido un batalla dura y permanente, y la ley del año 1998 ha regulado los precios, los paquetes obligatorios, los porcentajes de aumento de los planes y seguros, entre otros aspectos, pero no es válida para los planes y seguros comprados antes de la ley, que abarca individuos con más edad y, no es raro, con menor capacidad de pago y peores condiciones de salud.

En relación con la descentralización, a partir de 1998, se dio un proceso acelerado de descentralización, sobre todo con la priorización de la atención básica. En febrero de 2004, la gran mayoría de los municipios brasileros estaban descentralizados (99,7%), el 70,6% de ellos habilitados para la Gestión Plena de la Atención Básica y 10,2% para la Gestión Plena del Sistema Municipal, cubriendo prácticamente toda la población. El sur, el sudeste y el centro-oeste contaban con cerca de 100% de sus municipios habilitados, seguidos del nordeste, con 99,7% y el sudeste, con 99,9%.

En relación con los estados, el proceso de habilitación fue bastante más lento e

irregular. Las últimas posiciones, a partir de 2002, apuntan hacia un cuadro mucho más positivo: en febrero de 2004, ya 22 estados estaban habilitados en la Gestión Plena del Sistema Estatal, y apenas cinco no estaban habilitados en ningún tipo de gestión.

Observase una expansión real de los Programas de Salud de la Familia y de Agentes Comunitarios de Salud, los cuales en diciembre de 2004 ya alcanzaban 53,8 y 35,1% de cobertura de la población, respectivamente. Sin embargo esta cobertura se presentó principalmente en la periferia de las grandes ciudades, o en las ciudades más pequeñas, o aun en el área rural, o sea, las regiones más pobres y con menor oferta de servicios, y mucho menos en las regiones metropolitanas.

Hay problemas de integración de esos programas, ya sea en la red tradicional de servicios de atención básica, ya sea en la relación con los otros niveles de atención (cobertura vertical). De hecho, hasta el momento, no se ha logrado fijar la atención básica como la puerta de entrada del sistema ni asegurar el cambio del modelo asistencial, lo que depende de transformaciones del proceso de trabajo, además de varios otros factores que no son imputables al sector salud.

Hay dificultades con las diferentes formas de repase de recursos atención básica, hospitales, alta y media complejidad y exceso de normatización (exigencias y criterios a cumplir) en detrimento de la autonomía local y el apoyo al desarrollo de capacidad de implantación. La complejidad y la diversidad del financiamiento impiden que la expansión de los recursos se vincule al logro de determinados niveles de eficiencia y

desempeño (alcance de resultados), debilitando extraordinariamente los incentivos del proceso de descentralización.

Frente a la gran heterogeneidad de la red de servicios y de capacidad de implantación, el gran problema para mejorar la descentralización es cómo establecer normas generales (basadas en principios) que unifiquen la dinámica descentralizadora, que al mismo tiempo que reconozca la autonomía local, garantice lograr la equidad territorial en el acceso a los servicios, y una adecuada integración vertical y horizontal de los niveles de atención, evitando las "múltiples reformas territoriales" con avances dispares, poco intercambio horizontal, y falta de articulación sistémica.

La creación de Agencias Reguladoras de los planes y seguros privados y del área de vigilancia en salud fue un avance, pero constituyen una batalla permanente, ya sea con el sector privado, ya sea entre los distintos niveles de gobierno y las modalidades de gestión descentralizada.

En la cuestión de la equidad, sin embargo, el principio de equidad todavía no ha sido implementado en una perspectiva de trabajar con necesidades diferenciadas de salud y de capacidad instaladas de las distintas regiones, de los estados y municipios.

*La oferta de equipamientos en la red ambulatoria es escasa (déficit de inversión) y la distribución es asimétrica por región, lo que es más deficiente en la norte;*

Principales fuentes de financiamiento de los gastos globales del Ministerio de la Salud, Brasil, 1995-1999 (%)

Descripción de las fuentes	Años						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Recursos ordinarios	8.9	1.0	3.2	0.2	1.0	10.8	14.7
Título de responsabilidad del Tesoro Nacional	15.1	1.6	2.6	3.3	2.8	0.5	0.8
Operaciones crédito internas - Moneda	2.6	-	7.6	8.3	-	-	-
Operaciones crédito externas - Moneda	0.5	1.2	1.1	0.9	0.5	1.1	1.4
Recursos directamente recaudados	1.0	2.1	2.4	2.5	2.4	2.6	3.5
Contribuciones sociales:	67.4	54.6	69.2	63.3	73.0	71.0	62.5
Contrib. Social Lucro de las Empresas (CSLL)	10.7	12.8	20.2	20.8	19.3	8.0	13.3
Contrib. Social al Fianm. Seg. Social (COFINS)	25.1	34.0	43.1	42.5	25.8	26.0	25.8
Contrib. Emp. y Trab. para la Seguridad Social	31.5	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
CPMF	-	-	0.0	0.0	27.8	37.0	22.6
FINSOCIAL - Rec., Depósitos Judiciales	-	7.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Fondo de estabilización Fiscal	-	38.8	12.0	17.7	13.5	13.3	14.2
Otras Fuentes	4.4	2.6	1.8	3.7	0.7	0.7	3.0
<b>Total</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>	<b>100.0</b>

Fuente: SIAFI/SIDOR, Elaboración IPEA/DIBOC, En: Reis, Ribeiro & Piola (2001: 14), (Tabla 4).

En la distribución interregional de recursos financieros, la lógica que ha orientado el sistema adoptado por el Ministerio de Salud ha estado relacionada con los correspondientes niveles de producción, dejando de considerar factores que expresan las desigualdades determinantes de las distintas necesidades regionales. Se están elaborando estudios en la perspectiva de cambiar esa lógica, pero todavía no se han implantado cambios sustantivos en términos de una distribución más equitativa.

Con los cambios en la asignación de recursos para la atención básica, implantados a partir de 1998, se observa alguna mejoría en la redistribución de recursos. Entretanto, esa nueva sistemática de distribución, a pesar de igualar valores per capita para el financiamiento de actividades ambulatorias consideradas básicas, no tiene en cuenta las desigualdades interregionales, tanto en lo que se refiere a las necesidades de la población, como a la red existente de servicios asistenciales en las diferentes regiones. Pero hay una inversión importante en estudios y evaluaciones de la atención básica y de

los programas especiales, promoviéndose un debate importante sobre el tema, que involucra a distintos actores.

La estructura de consumo de servicios de salud varía de forma marcada entre los grupos de ingresos, en las diferentes regiones, sobretodo cuando se comparan las más ricas con las más pobres, lo que establece un patrón de desigualdades en el uso de servicios de salud en detrimento de los más pobres, que también expresa desigualdades en el tipo de servicios utilizados y, probablemente, en la calidad del cuidado recibido. Además, la configuración de los sistemas locales de salud (por ejemplo, el mix público y privado, la estructura de incentivos y beneficios) introduce re-segmentaciones perversas que también aumentan la desigualdad.

Es decir, el concepto de equidad no ha sido operacionalizado como se había pensado en la Constitución y para lo cual necesitamos el aumento de los recursos. Los estudios muestran que si trabajamos con indicadores de necesidades de salud y de capacidad instalada habría que sacar dinero de algunas regiones o estados para poner en otros, además de hacer inversiones específicas, pero eso no es sencillo no sólo desde el punto de vista financiero o político, ya que con ello se puede desestructurar el sistema de salud

*Gran parte de nuestros problemas, que son muchos, no tenemos como solucionarlos sólo con medidas sectoriales, y todavía hay mucho que hacer,*

de una determinada provincia o municipio; lo que quiero decir, y en ello estoy de acuerdo con el doctor Solari, es que hay ineficiencia y desperdicio, sin duda, y hay mucho que trabajar sobre eso pero, en nuestro caso, tenemos también carencia importante de recursos para poder hacer una distribución más equitativa y re-organizar el sistema de salud según otros parámetros.

A pesar de los problemas de financiamiento y otros mencionados, el Sistema Único de Salud ha logrado resultados bastante positivos, en poco más de una década de existencia. Su implantación ha planteado formidables problemas técnicos, financieros, administrativos y políticos, tales como necesidad de reformas institucionales complejas, cambios en el proceso de trabajo, construcción de capacidad de implantación, de gestión, de monitoreo y evaluación. Además, se han enfrentado coyunturas de crisis bastante importantes durante todo esos años. Y ese proceso ha significado aprender de la experiencia y re-empezar casi todos los días.

Gran parte de nuestros problemas, que son muchos, no tenemos como solucionarlos sólo con medidas sectoriales, y todavía hay mucho que hacer, pero a pesar de todo continuamos defendiendo nuestra reforma y trabajando por ella, porque todavía creemos que los sistemas de salud universales, que consideran la salud como bien público, por su carácter redistributivo y equitativo, son un camino más efectivo para posibilitar el cambio social y salir de la pobreza que los sistemas segmentados o organizados con programas focalizados para grupos específicos, pretendiéndose de esa manera superar las desigualdades.

Estoy de acuerdo también con el doctor Solari, en que para “quien no tiene nada” un paquete focalizado es muy importante y nosotros tenemos, inclusive en el área social, varios programas de asistencia social específica a los grupos excluidos.

Entretanto, eso sólo sirve como estrategia a corto plazo mientras se estructuran políticas sociales de Estado más sólidas y que tengan sostenibilidad en el tiempo.

Muchas gracias.

## Vigilancia de salud pública en España

**Dr. Francisco Orozco**  
Instituto de Salud Pública de Madrid



Médico español. Actualmente ocupa el puesto de Secretario General del Instituto de Salud Pública, en la Comunidad de Madrid.

España, desde hace ya algunos años está dividida en 17 Comunidades Autónomas. Las competencias por parte del gobierno central están transferidas a éstas en una serie de materias, una de ellas es sanidad, lo que quiere decir que la Comunidad Autónoma es como un gobierno propiamente dicho.

El Instituto de Salud Pública de Madrid se encarga de planificar, gestionar y evaluar los servicios de salud pública de la Comunidad de Madrid.

La salud pública ha experimentado un desarrollo importante e incuestionable en España a lo largo de la última década, consolidación a la que han contribuido múltiples factores desde la incorporación de los correspondientes servicios profesionales, cada vez más cualificados, hasta el fortalecimiento de los mecanismos de coordinación del Estado con las Comunidades Autónomas en materia de protección de la salud, especialmente, a partir de la constitución de la Comisión de Salud Pública, del Consejo Interterritorial, en 1993, que es la que coordina toda la materia de salud pública en todo el Estado de España.

Ese Estado de bienestar suscita cada vez de forma más clara una mayor preocupación de los ciudadanos por temas de prevención de las enfermedades y de protección y promoción de la salud, una preocupación que demanda más información, actualizaciones y actuaciones de salud pública en la búsqueda del anhelado riesgo cero.

Esta presión de la sociedad sobre las administraciones sanitarias para fortalecer los servicios de salud pública existe fundamentalmente durante las crisis o emergencias sanitarias, sin



embargo, comprobamos que cuando la crisis pasa se olvida esta necesidad, volviendo a la demanda prioritaria del sector asistencial. Por parte de la población no se percibe la importancia que tiene la salud pública en el sistema sanitario. En este sentido, nosotros estamos efectuando también encuestas a nivel de la población y observamos que la prioridad principal es la lista de espera en los hospitales, que es a donde se dirige todo el aporte económico, ya que este tema es el que más preocupa desde el punto de vista político.

La población en sí entiende por salud pública lo referido a hospitales y a la lista de espera, es decir, no lo tiene muy bien asumido, sólo lo entiende cuando ha pasado por una crisis, una alerta como las que hemos sufrido en Europa.

Siendo conscientes de la importancia de disponer de buenos sistemas de información para la acción, en los últimos años se han reforzado estos sistemas para la promoción y protección de la salud. Se han puesto en marcha sistemas de información sanitaria tales como el específico de salud laboral, el de información nacional de agua de consumo o el de protección radiológica en exposiciones médicas.

Además, se ha aprobado el Programa Nacional de Vigilancia de la Salud de los trabajadores expuestos al amianto, se ha desarrollado un sistema de información de sanidad exterior y se han extendido los sistemas de información sobre el VIH, incrementando su cobertura en el ámbito del Estado. Asimismo, se ha avanzado en el análisis necesario para el fortalecimiento de la Red de Vigilancia Epidemiológica, con una orientación paulatina más completa de vigilancia de la salud, la cual garantiza la coordinación

e intercambio de información, la detección de situaciones epidémicas, el uso de la información para la acción, el establecimiento de redes y laboratorios centinelas, la aplicación de nuevas tecnologías de comunicación.



Los sistemas que integran la Red son enfermedades de notificación obligatoria, las alertas y brotes epidémicos, Red de Médicos Centinelas, registro de VIH/SIDA, registro de TBC, sistemas de información microbiológica, el sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles, encuestas de serovigilancia, sistemas de información de morbilidad, etcétera.



La transmisión de información va desde el esquema primario de coordinación, que se situaría en los centros de salud de los municipios, desde donde se registran los datos para pasar a la Comunidad Autónoma a la que pertenezca esa área de salud, posteriormente va al Ministerio de Sanidad y Consumo.



Se ha profundizado en la cohesión entre las diferentes administraciones públicas y agentes implicados en la salud pública desde cuando se creó la Ley de Cohesión y Calidad, aprobada en 2003, que dota al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y, por ende, a la Comisión de Salud Pública de una mayor agilidad en la toma de decisiones y mejores mecanismos para la búsqueda de consensos. Esto trajo por consiguiente la llegada de una serie de acuerdos consensuados que no son sólo de la comunidad, sino de la nación o Reino de España. Estos acuerdos son la aprobación de un calendario de vacunación infantil unificado para toda España, el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007, la elaboración y actualización de protocolos de vigilancia epidemiológica, prevención y control del síndrome respiratorio agudo y severo, carbunco, viruela, fiebres hemorrágicas virales, TBC, gripe y tos ferina.

Otro de los acuerdos fue la ampliación de la Red Centinela de Gripe, en la constitución de un Comité Ejecutivo Nacional para la Prevención, Control y Seguimiento de la Evaluación Epidemiológica del Virus de la Gripe; la aprobación del libro blanco sobre vigilancia de la salud de los trabajadores, estableciendo criterios básicos sobre los trabajadores expuestos a agentes como óxido de etileno, radiaciones ionizantes y afectados de hematosi laborales.

Se llegó también a acuerdos sobre los contenidos básicos y mínimos de los programas de atención precoz de la hipoacusia, la prevención del déficit del yodo y la promoción de la lactancia materna.

Otro acuerdo que se dio fue la aprobación de requisitos técnicos y condiciones

sanitarias de los establecimientos de tatuajes y piercing, los cuales están creando una serie de problemas en España debido a que no estaban regularizados y controlados desde el punto de vista sanitario en salud pública, lo que ha traído por consiguiente factores de riesgo que tienen un mayor impacto sobre la salud de la población en términos de morbilidad y mortalidad total, y un hecho significativo de carácter socio sanitario es la sobre mortalidad masculina, que se ha puesto de manifiesto, pero que no va ligada a causa o carácter genético, sino a cuestiones que hoy se desconocen y que se viene estudiando.



Se ha puesto en marcha el plan sobre obesidad, que es un tema que preocupa bastante sobre todo en las escuelas, por lo que se están analizando los menús de éstas, como parte del ámbito de la nutrición. A parte de éste, otro de los programas es el referido a la actividad física, que también es uno de los temas preocupantes a escala mundial.

Otro tema puesto de manifiesto últimamente es la violencia de género, con la creación de observatorios y programas de lucha y vigilancia. Hay que reseñar el ingreso de España, en 2003, como miembro de pleno derecho en la

Agencia Internacional de Investigación del Cáncer.

Asimismo, otro de los programas existentes es la colaboración con la Cruz Roja para la atención sanitaria de inmigrantes en situación de particular vulnerabilidad.



En 2004 se inició la propuesta integral de actuaciones sobre seguridad vial desde la perspectiva de la salud pública, que es uno de los temas que más preocupa y en el cual más se está incidiendo a escala nacional, sobre todo por el gran número de secuelas y el número de muertes por accidentes de tráfico.



La Comisión de Salud Pública está impulsando un Plan de Trabajo que posibilite un funcionamiento armonizado y que favorezca la cooperación para responder ante situaciones de alarma de salud pública en España, y que promueva el desarrollo de planes integrales y programas de prevención de las enfermedades, así como de protección y promoción de la salud de los ciudadanos.

En 2003 se tenía preparado un proyecto con una cartera de servicios de salud pública que, además de dar una prestación, tenía la caracterización de la distribución de competencias y de modelos organizativos, la definición de criterios y herramientas de armonización y coordinación de salud pública y el fortalecimiento y consolidación de los recursos humanos en salud pública, con la colaboración de grupos involucrados en salud pública como son universidades, centros de docentes de investigación, ONG, sociedades científicas y asociaciones profesionales. También el fomento de la gestión de los conocimientos en salud pública.

Los elementos más relevantes de este proyecto son la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles, la configuración de una sólida Red de Laboratorios de Referencia, el fortalecimiento de la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia, la evaluación de los programas de control y prevención de las enfermedades y la ampliación del modelo a la vigilancia de otros problemas de salud pública.

Asimismo, el Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información, el fortalecimiento y la incorporación del autocontrol en los establecimientos de alimentación y de otros tipos. El desarrollo de todo lo anteriormente expuesto debe constituir una estrategia para mejorar la protección de la salud de la población y la calidad del resto de los servicios que los profesionales de este ámbito prestan a las poblaciones.

Muchas gracias.

## Recursos humanos para la salud pública

**Dr. Giorgio Solimano**

Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile



Médico cirujano chileno, especialista en Salud Pública y actualmente Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y Presidente de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública.

**El tercero es la responsabilidad compartida por las instituciones formadoras, entre las cuales se encuentran las Escuelas de Salud Pública y las instituciones proveedoras de servicios públicos, privados o solidarias. En consecuencia, estamos frente a un desafío que tenemos que enfrentar en forma responsable y oportuna.**

En esta presentación quiero abordar un tema de tanta prioridad como es el de los recursos humanos en salud y, más específicamente, en salud pública. Primero, la crisis existente en las esferas de la formación, la provisión y la calidad de los recursos humanos que se desempeñan en el sector salud, incluyendo el de salud pública.

En segundo lugar, hacer presente que en los procesos de reforma que vivió nuestra Región en la década de los años 90 el tema de la provisión de recursos humanos no estuvo presente o tuvo muy poca importancia. Sólo a comienzos de esta década, después de comprobar los pobres resultados de dichos procesos, se ha reconocido la importancia de él.

En los últimos años son numerosas las instituciones que están abordando este tema y proponiendo soluciones. Entre ellos cabe mencionar a la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP), de la cual forman parte las Escuelas de Salud Pública y los programas de graduados en salud pública de la Región, los gobiernos, organizaciones internacionales tales como la OPS/OMS y diversos organismos no gubernamentales.

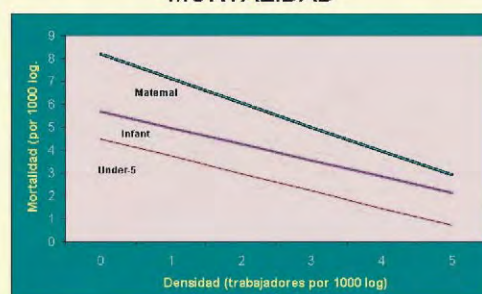
En los últimos tres años he participado en un proyecto de alcance mundial sobre la crisis de los recursos humanos, que incluye algunas recomendaciones sobre cómo resolverla. En este contexto se ha ratificado que existe una relación inversa entre densidad de trabajadores de salud y

mortalidad materna e infantil. Además, existe gran desigualdad en la distribución de los recursos humanos por regiones, con un promedio global de 4.2 trabajadores de salud por 1000 habitantes, oscilando entre 0.8 en África Subsahariana, 2.6 en América Central y Sud América y 10.3 en Europa.

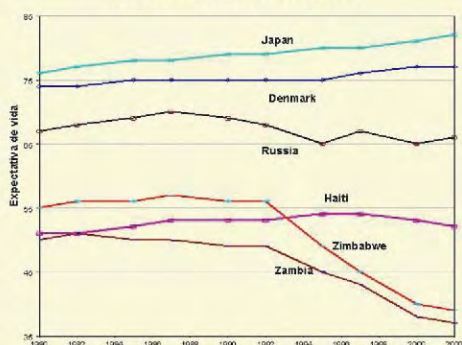
que la fuerza de trabajo en salud tiene competencias inadecuadas para enfrentar y resolver los problemas de salud. Además de una mala distribución global y regional también ésta existe al interior de los países.

Al relacionar la densidad de la fuerza de trabajo estratificada en baja, media y alta, y la mortalidad en la niñez, fue posible clasificar a los países en los de alta densidad y baja mortalidad, los de baja densidad y alta mortalidad, y aquellos con una densidad moderada y mortalidad intermedia.

DENSIDAD DE TRABAJADORES Y MORTALIDAD



CRISIS DE LA SALUD



En América Latina y el Caribe la gran mayoría de los países se encuentran en condiciones intermedias. La situación del África Subsahariana es muy grave, al igual que en algunos países de Asia. Indudablemente, las mejores condiciones se dan en Europa y Norteamérica, y una situación compleja se observa en los países de la ex Unión Soviética.

Un problema al que se le está otorgando creciente atención son las migraciones de las fuerzas de trabajo, especialmente de aquellos profesionales más competentes, desde los países pobres hacia los más desarrollados. Este éxodo está ocurriendo en todas partes, pero mayoritariamente en África, donde se hace insostenible, porque promociones enteras migran hacia países desarrollados. La Región de las Américas no está exenta de este fenómeno, observándose preferentemente migraciones hacia el norte y en menor cantidad hacia el sur. Un ambiente de trabajo negativo y la exposición a diferentes riesgos favorecen la decisión de migrar. Finalmente, se constató una base de conocimientos débiles sobre la situación de los recursos humanos y una baja calidad de la investigación sobre los mismos a escala mundial, especialmente en países con menor nivel de desarrollo.

Las principales conclusiones señalan que, según la región de que se trate, existen déficits globales de recursos humanos,



Igualmente, la Organización Mundial de la Salud ha establecido que la década 2006-2015 es la Década de los Recursos Humanos, y el Informe Mundial de la Salud del próximo año será sobre recursos humanos; en este contexto se requiere establecer una agenda, estrategias y alianzas para avanzar en este campo.

Estas estrategias deben ser predominantemente nacionales, deben tener un enfoque orientado a servir a las comunidades y, por lo tanto, deben considerar no sólo a la fuerza formal de trabajadores en salud, sino que requiere alianzas y proyectos con quienes trabajan informalmente y con las organizaciones sociales en el ámbito comunitario. Pero este quehacer nacional requiere sustentarse en un esfuerzo internacional centrado en el fortalecimiento de los servicios de salud, la movilización para combatir las emergencias en salud y la construcción de una base de conocimientos suficientes.

Según la información disponible, la asistencia internacional en salud alcanza a 10 mil millones de dólares anuales, de los cuales 40% se destina a recursos humanos, es decir 4 mil millones para salarios, capacitación y asistencia técnica; sin embargo, de ellos sólo 400 millones

están disponibles para desarrollar estrategias y capacidades nacionales. En otras palabras, aun cuando estos volúmenes de recursos son importantes, son insuficientes para abordar con éxito los graves problemas relacionados con recursos humanos en los países pobres.

TENDENCIA DE INDICADORES DEMOGRAFICOS EN AMERICA LATINA, 1960 - 2020

INDICADOR	1960	1990	2010	2020
Población (millones)	210	428	596	656
Tasa de crecimiento	2.9	1.3	1.3	1.0
Tasa global de fecundidad	6.0	3.1	2.3	2.2
Población Urbana %	50	71	79	81
Población por grupos de edad (%)				
0 - 11	42	36	28	25
15 - 59	52	57	62	63
60 +	6	7	10	12
Nacimiento (millones)	9.3	11.6	11.5	11.3
Muertes (millones)	2.8	3.0	3.8	4.5
Defunciones por grupos de edad (%)				
0 - 14	50	28	11	7
15 - 59	26	31	34	31
60 +	24	41	55	62

Fuentes: CELADE. Boletines Demográficos N° 54, 55 y 56. Mortalidad de 1960 - 1990: OPS. Estadísticas de Salud de las Américas, 1992. Proyecciones de Mortalidad de 2000 - 2020: Murray y López, 1996. The Global Burden of Disease

Este es un panorama general, pero al focalizar la situación en América Latina y el Caribe sobre qué competencias se requieren para satisfacer las demandas actuales y futuras de recursos humanos en salud, cabe preguntarse si estamos tomando las medidas adecuadas, tanto en la formación de recursos humanos como para una adecuada provisión de servicios. La respuesta, basados en la información disponible, es que no.

Nuestros estudios muestran que los recursos humanos en salud que debemos proveer son de tres tipos:

- De primer orden, quienes desempeñan acciones directas para producir salud de calidad y equitativa.
- De segundo orden, con énfasis en la gestión y el desarrollo de competencias gerenciales para gestionar la transformación de los servicios.
- De tercer orden, con competencias para realizar gestión estratégica, diseño y

cambio organizacional, incluyendo la gestión de recursos humanos.

En este contexto hemos observado que la correspondencia entre la demanda y la oferta de recursos humanos no existe o es inadecuada. Esto no se debe sólo a deficiencias de las instituciones formadoras, que sin duda tienen responsabilidad en ello, sino también de quienes emplean los recursos humanos y, por lo tanto, deben explicitar sus necesidades.

Por otra parte, la complejidad del mundo moderno requiere de profesionales con competencias personales, sociales y de gestión asociadas a innovaciones en la educación en salud.

Igualmente, en salud existe falta de reconocimiento de experiencias acumuladas en otros sectores. Muchas veces tendemos a pensar que podemos actuar como un sector estanco; sin embargo, observar y aprender -de experiencias en el ámbito de la formación y de la gestión de recursos humanos- de otros sectores sería de gran utilidad.

Las agencias internacionales deben privilegiar que los programas de capacitación sean de propiedad de los países, tema complejo como lo vemos en nuestra Región y también en otras regiones. La situación actual es que las agencias internacionales no sólo otorgan apoyo financiero, sino que entregan la receta de lo que según ellos hay que enseñar, no existiendo por parte de los

países una suficiente apropiación de esos programas y de la forma como deben ejecutarse.

Igualmente, es importante constituir paneles para identificar información esencial sobre nuevas iniciativas y buenas prácticas. En América Latina y el Caribe tenemos valiosas experiencias acumuladas que o no damos a conocer suficientemente o no son tomadas en cuenta. Esto significa que no publicamos en revistas de circulación internacional o presentamos en congresos. Establecer estrategias para expandir el número de instituciones que adopten innovaciones educacionales es un tema difícil, ya que tienen sus propias percepciones sobre cómo posicionarse frente a las nuevas realidades y el avance del conocimiento.

Capacitar en liderazgo y gestión como apoyo a las reformas de salud es también un tema de importancia. En los países del Norte se han establecido múltiples programas sobre Gestión del Liderazgo, pero ellos no son adecuados para nuestras realidades y tampoco es suficiente enviar a uno o dos profesionales a formarse en el extranjero. La solución es desarrollarlos en nuestros países acorde con nuestras necesidades.

Crear un Foro Global sobre Aprendizaje y capacitar a los líderes vigentes que no tienen acceso a fuentes independientes de información es prioritario; especialmente a quienes toman decisiones. Son las instituciones formadoras junto con el Ministerio de

*Un ambiente de trabajo negativo y la exposición a diferentes riesgos favorecen la decisión de migrar.*

Salud y otras instituciones del Estado, las que están en mejores condiciones para implementar estas actividades.

A un nivel más acotado cabe preguntarse cuáles son las prioridades en salud pública en el contexto globalizado en el que nos movemos. La experiencia muestra que se requiere desarrollar capacidades y competencias específicas, adquirir herramientas y métodos válidos para el tratamiento de problemas complejos, contribuir a la creación colectiva de una visión de futuro anticipatorio de los daños, así como fomentar el mejoramiento del desempeño para lograr mayor equidad y calidad en la provisión de servicios de salud.

Por casi 10 años la ALAESP está impulsando una agenda de mejoramiento de la calidad en la formación de salud pública, apoyada por estudios y publicaciones, poniéndola al servicio de las instituciones formadoras y de las instituciones responsables de la provisión de servicios. En 2000, en La Habana, definimos seis campos de acción en los cuales nos corresponde actuar: formación, investigación, cooperación técnica, acción comunitaria directa, liderazgo y articulación política y alianzas. Ámbitos en los cuales nuestras instituciones deben desarrollarse en estrecho contacto con quienes hacen uso de estos recursos humanos, especialmente en el campo de la salud pública.

También hemos definido procesos reformadores de innovación curricular en el contexto de un nuevo paradigma que oriente el conocimiento y la acción en salud pública. Los prioritarios son el desarrollo profesional avanzado, el

incrementar las competencias en áreas de especialización, formación académica y educación continua, la renovación educativa con pertinencia en la toma de decisiones y excelencia académica, los programas de liderazgo y mejoramiento de la calidad formativa y la generación de nuevo conocimiento mediante la investigación esencial en salud y el intercambio académico nacional e internacional.

Para llevar a cabo esta reforma educativa hay que tener claro que se requiere vincular la investigación con la enseñanza, relacionarse con los encargados de tomar decisiones, proceder efectivamente a renovar las estructuras organizacionales utilizando la planificación estratégica.

#### PROPOSICIONES Y DESAFÍOS COMPARTIDOS

- Disposición para adoptar y practicar un nuevo paradigma en SP
- Contribuir a desarrollar una identidad propia
- Facilitar el empoderamiento de investigadores y nuevas generaciones de salubristas
- Adecuar la formación curricular a los nuevos marcos teóricos y a resultados prácticos de la investigación
- Fortalecer las vías de colaboración internacional que contribuyan a mejorar la calidad de la IFSP
- Reencantar a los profesionales de la salud y su entorno para que se involucren creativamente

Esto sólo será posible si se adopta y practica un nuevo paradigma en salud pública, se desarrolla una identidad institucional propia, se facilita el empoderamiento de investigadores y nuevas generaciones de salubristas, se adecua la formación curricular a los nuevos marcos teóricos y resultados prácticos de la investigación, se fortalecen las vías de colaboración internacional que contribuyan a mejorar

la calidad de las instituciones formadoras en salud pública y se rescata a los profesionales de la salud para que se involucren creativamente en la solución de los problemas poblacionales de salud.

En síntesis, pensamos que la formación y capacitación de recursos humanos es un tema con el cual estamos en deuda. Esta es una situación que se presenta en todo

el mundo con magnitudes y características diferentes, pero de la cual nadie está exento. Tema que no es posible abordar aisladamente, ya que las soluciones surgirán de alianzas que permitan contar con recursos humanos capacitados y comprometidos con sus propias realidades.

Muchas gracias.



## Salud pública y descentralización: la experiencia del País Vasco

**Dr. Gabriel Inclán**

Consejero de Sanidad, Presidente de la Fundación Vasca de Innovación Sanitaria



Médico vasco. Consejero de Sanidad del País Vasco y Presidente de la Fundación Vasca de Innovaciones Sanitarias.

que la dirección y gestión centralizadas de la misma.

Ahora bien, la transferencia sólo puede interesar en el plano político si hay confianza en la capacidad de hacerlo mejor que los anteriores rectores y una voluntad clara y firme de esforzarse en ello. Y, por otra parte, la transferencia a la que me refiero, más que una transferencia de mera gestión debe ser una verdadera transferencia de poder. Y el afán de ostentar este poder se legitima por el compromiso de utilizarlo para mejorar la salud y el bienestar de las personas.

### 1.- Interés político de la transferencia

Independientemente de la oportunidad constitucional y de la simple lógica descentralizadora, el interés de la transferencia de la asistencia sanitaria en el plano político radica en su potencial para construir país o, dicho de otro modo, para construir más país que cuando se dirige desde fuera. Estoy convencido de que se pueden hacer mejor las cosas cuando quien decide está más cerca de los ciudadanos. En definitiva, creo que la proximidad del poder a los ciudadanos y el sentido colectivo de pertenencia y de identificación con la sanidad pública son capaces de generar más riqueza social

En este contexto, desde mi punto de vista, una vez que este proceso de transferencia esté hecho, la administración central que hasta ese momento haya venido ostentando centralizadamente las competencias (los Ministerios de Salud) debiera ejercer una mínima interferencia y su papel, cuando sea necesario y justificable, debe ser el de aportar valor al proceso, valor que en la mayoría de los casos debe quedar circunscrito a la coordinación entre Autonomías. Pero

esto no quiere decir que la función del Ministerio carezca de importancia. Bien al contrario, pienso que a su papel de coordinación se le suma el de liderar una adecuada transposición de las directivas estatales e internacionales en los aspectos de legislación básica, de tomar la iniciativa para que, con los consensos necesarios, se establezcan el marco y las reglas de juego del sistema en el futuro, por ejemplo, en lo que se refiere al catálogo de prestaciones, la cohesión interterritorial o la política farmacéutica y, en definitiva, para crear un espacio de compromisos y consensos que, respetando la autonomía y competencias de cada uno de los gobiernos autónomos, asegure la coherencia y viabilidad del sistema en su conjunto.

Estoy convencido de que se pueden hacer mejor las cosas cuando quien decide está más cerca de los ciudadanos.

## 2.- Las transferencias sanitarias en Euskadi

El proceso de la transferencia de asistencia sanitaria en Euskadi culminó en 1988. Pero ya antes, en 1983, se creó Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, con la aprobación en el Parlamento Vasco de la Ley 10/83, inspirándose en el modelo más progresista del momento: el de un servicio nacional de salud. De esta manera, se configuraba un organismo autónomo para dar atención sanitaria completa a toda la ciudadanía, financiado con presupuestos públicos y con vocación de integrar en su seno a todos los dispositivos y servicios de los que

progresivamente se iba a hacer responsable.

Y en esta línea hemos caminado en los últimos veinte años, a lo largo de los cuales se han ido incorporando a nuestra red sanitaria autonómica todos los recursos públicos en una única institución.

De esta manera, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud cuenta hoy en día con los siguientes recursos generales distribuidos por todo el territorio de la CAPV:

- Centros de atención primaria, 309.
- Hospitales, 16.
- La red de salud mental (atención primaria, hospitalización de agudos en hospitales generales y hospitales monográficos).
- El Centro Vasco de Transfusión y Hemoderivados.
- Emergencias.
- Osatek (Tecnología Sanitaria de Euskadi, S.A.).
- La Escuela Universitaria de Enfermería.

Para atender todos estos servicios, Osakidetza tiene una plantilla estructural de 22.416 profesionales. Lógicamente, la mayor parte de ellos pertenecen a categorías del ámbito sanitario. Así, 5.034 son médicos, 6.954 enfermeras, y 4.800 son otros sanitarios no facultativos.

Siguiendo las pautas del modelo referido, el Departamento de Sanidad y Osakidetza se preocuparon de que la atención sanitaria pública se prestara sin discriminación alguna y que, en esencia, fuera siempre de la mejor calidad posible. Así, se han ido aprobando la universalización de la atención, la carta de derechos y deberes, los planes de salud

y, más recientemente, la regulación de la atención a los inmigrantes indocumentados, de las voluntades anticipadas (testamento vital) y los planes estratégicos y de calidad.

La consolidación de la mayor parte de estas medidas, que el paso del tiempo nos hace percibir como una rutina "de siempre", fueron sin embargo en su momento innovaciones vascas pioneras en el Estado. Y hay que decir que estos avances ni son casuales, ni el simple resultado de una inercia; son, por el contrario, reflejo de nuestra idea de que la protección de la salud es un derecho fundamental y una condición clave para mejorar el bienestar y disfrutar la calidad de vida. Además, siempre hemos estado guiados por la consideración de que la sanidad, por su carácter redistributivo, es un vehículo de justicia social y una manifestación de solidaridad que fomenta la cohesión social.

Y, no menos importante, está el hecho económico de que la actividad sanitaria genera un importante valor añadido, directamente y por inducción en otros sectores. Hay que tener en cuenta que la sanidad pública vasca aporta 3,52% del PIB de la CAPV, 4% del empleo total y 10% entre las mujeres (triplicando el número de empleos del sector de automoción, manteniendo 2.4 veces más empleos que la banca) y que el impacto económico de nuestro sistema público de salud en términos de PIB es superior al que generan sectores tan importantes como el de la energía, la alimentación, la química o la refinación de petróleo.

Así, hace tiempo que la sanidad dejó de ser considerada por nosotros un mero saco de gastos sin fondo y pasó a ser comprendida como un sector generador de riqueza y dinamizador de la economía.

Cualquiera que haya adentrado sus reflexiones en el tradicional círculo vicioso de pobreza-enfermedad, se dará cuenta de que aquí, en Euskadi, afortunadamente estamos planteando esta cuestión principalmente desde el otro lado, desde el positivo, hablando del círculo riqueza-salud.

Con todas estas premisas, es natural que en Euskadi la sanidad se haya convertido en un área fundamental del autogobierno, que cobra todo su sentido cuando se afana en que el desarrollo económico se traduzca en desarrollo social y en bienestar de las personas. Es este trasfondo el que ha permitido multiplicar los servicios originales, introducir numerosos programas asistenciales novedosos y mejorarlos todos cualitativamente de forma notable como respuesta particular a las necesidades de salud de la población vasca.

Pero, quizá, el mayor cambio experimentado en Osakidetza en su afán por adaptarse permanentemente para dar el mejor servicio a la ciudadanía vino a partir de 1993 de la mano de las "Estrategias de Cambio para la Sanidad Vasca" Osasuna Zainduz y de la consecuente Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi (1997), que modernizó el rumbo, la estructura y la organización de todo nuestro sistema público, bajo las ideas-fuerza de enfoque al cliente, separación de funciones, aproximación de las culturas clínica y gestora y autonomía de los centros.

### 3.- El modelo sanitario de Euskadi

La sanidad en Euskadi se enmarca en un conjunto de políticas sociales que tienden a la integración de las poblaciones, a su

inclusión a través de la garantía del acceso a los derechos básicos de vivienda, de protección social, de educación, de salud y de empleo, pilares básicos del estado del bienestar orientado a conseguir una mejora en la calidad de vida de la población.

Son estas políticas que se enmarcan en las recomendaciones del propio Consejo de Europa, que ha reconocido que la deseable cohesión social como objetivo político de primera magnitud sólo resulta alcanzable desde la positiva solidaridad que une las estructuras de una comunidad y de sus ciudadanos, de la energía que consigue que la gente viva y trabaje junta. Y para que una sociedad pueda ser estable y próspera, debe llevar a cabo una política social global y coherente, bajo los principios básicos de la equidad y de la defensa de los grupos más vulnerables.

De hecho, Piotr Mierzewski, de la División de Salud del Consejo de Europa, ya advirtió que es cada vez más reconocido que los objetivos de los gobiernos no deben apuntar sólo a hacer que la economía funcione, sino a que funcione la sociedad en su conjunto, y que el desarrollo económico sin acompañamiento de desarrollo social tarde o temprano acarrea serios problemas. Por tanto, la potenciación de la cohesión social puede ser vista como una estrategia preventiva dirigida a reducir el riesgo de futuras quiebras sociales y políticas.

Y creo que es el momento de hacer más unas palabras del Lehendakari (Presidente) del Gobierno Vasco, quien renovó en un encuentro con el mundo sanitario "pública y solemnemente, el compromiso de su gobierno con el

desarrollo del bienestar de las personas, con la redistribución de la riqueza y, en definitiva, con el aumento de nuestra calidad de vida". En el mismo marco, dijo que el desarrollo y el crecimiento económico deben necesariamente reflejarse en unas mejores condiciones de vida del conjunto de la ciudadanía; que todas y todos cuantos vivimos en este país somos sujetos de derechos; que ninguna sociedad puede construirse desde las desigualdades sociales, y que la convivencia sólo es posible cuando somos capaces de cubrir adecuadamente las necesidades de la población.

Por tanto, para nosotros, una sociedad saludable es aquella que promueve los derechos sociales. Una sociedad saludable es una sociedad cohesionada. Y para conseguir esa cohesión hay que promover un desarrollo que garantice la inclusión social, las relaciones cívicas y la participación democrática, reconociendo la diversidad como una fuente de riqueza y fuerza, y no como una razón para el conflicto. En este marco, la participación de la sanidad en los presupuestos generales del Gobierno Vasco alcanza el 33%, lo que supone un gasto sanitario per cápita de 1.220 €/año.

#### 4.- Algunos logros conseguidos

Hasta ahora hemos expuesto nuestro punto de vista sobre el interés de la descentralización, cómo ésta se ha ido haciendo realidad en Euskadi y el modelo en el que nos hemos basado para hacerla efectiva. Ahora, cabría preguntarse para qué ha servido todo esto en términos tangibles o, dicho de otra forma, en qué forma se ha mejorado el servicio sanitario. Como es natural, podría extenderme en infinitas explicaciones pero, por razones obvias, me voy a limitar

a mostrarles unos cuantos indicadores que, aunque no reflejan todo nuestro quehacer, son una muestra bastante representativa. Para situar las cosas en su justo contexto, quiero comenzar aclarando que somos una Comunidad Autónoma de poco más de dos millones de habitantes:

Por ejemplo, en materia de inversiones, destinamos cada año más de 60 millones de euros a la construcción y renovación de numerosos equipamientos y aparataje. Sin ánimo exhaustivo, puedo citar sólo en los últimos cuatro años la construcción de más de 32 nuevos centros de salud, el nuevo pabellón de laboratorios del Hospital de Basurto, la puesta en marcha de nuevos aceleradores lineales para el tratamiento del cáncer, resonancias magnéticas, unidades neonatales y maternidades, renovación de plantas de hospitalización, mejoras y ampliación de urgencias, hemodinámicas, consultas externas, quirófanos de alta seguridad y muchas otras iniciativas, en un esfuerzo que tendrá su continuación en la construcción del nuevo hospital de Gernika, más centros de salud, aceleradores, angiógrafos, plantas de hospitalización, urgencias, unidades de cuidados intensivos, etcétera, todo ello, acompañado de un profundo análisis de las necesidades que marcará las nuevas y principales prioridades a acometer en los próximos años.

Por su parte, la actividad asistencial ha experimentado un incremento notable en los últimos catorce años, en los que:

- El número de altas hospitalarias ha aumentado 54,44%.
- El número de intervenciones quirúrgicas lo hizo en 111%, llevándose a cabo un total de

146.333 intervenciones.

- Las urgencias atendidas crecieron 66,46%, alcanzando las 907.000.
- Por lo que respecta a consultas externas especializadas, las efectuadas en 2004, un total de 3.460.704, supusieron un aumento de 221,83%

Estos espectaculares incrementos de actividad han sido posibles gracias a notables esfuerzos de eficiencia y planificación y a la puesta en marcha de nuevos modos de "hacer sanidad", que podemos resumir en los siguientes datos:

- La estancia media en hospitales de agudos se ha reducido en 41%, pasando de los 9.11 días, en 1990, a 5.94 días, en 2004.
- La hospitalización a domicilio o la actividad de los hospitales de día quirúrgicos registraron aumentos de 496% y 2.115%, respectivamente;
- El 42,22% de toda nuestra cirugía mayor se hace de forma ambulatoria.
- El número de procedimientos realizados en hospitales de día médicos ha crecido en este periodo 1.376%, alcanzando los 150.000.
- El número de ingresos en unidades de corta estancia ha crecido en 664%.

Por último, los resultados que han sido expuestos en relación con la atención hospitalaria se ven acompañados por las mejoras registradas en atención primaria. Así, en el año 2004, se atendieron casi 9 millones de visitas, y recuerdo que somos una población de poco más de 2 millones de habitantes. A su vez, la enfermería atendió también más de ocho millones de visitas.

Por lo que se refiere a las listas de espera, en Osakidetza venimos desarrollando un

programa de gestión y de mejora de la eficiencia del sistema que ha conseguido que la demora media para intervenciones quirúrgicas se mantenga por debajo de los 60 días; que la mayoría de las y los pacientes sean intervenidos en los primeros tres meses; que ninguno esté por encima de los seis meses, y, a la vez, que prácticamente no tengamos lista de espera para procesos oncológicos o cardiovasculares, por poner unos ejemplos.

Por su parte, los indicadores generales de salud como, por ejemplo:

- En Euskadi, la esperanza de vida al nacimiento alcanza los 76.7 años en los hombres y los 84 en las mujeres, y ha aumentado en cuatro años y medio en los últimos veinte años. La de los hombres es de las más altas de la Unión Europea y la de las mujeres la segunda más alta del mundo, tras Japón.
- Nuestra tasa de mortalidad infantil (3.4/1000 nacidos vivos) se ha reducido en tres veces respecto a 1986, y es ya la menor de todo el contexto europeo.
- Nuestra tasa de mortalidad perinatal (5.7/1000) se encuentra entre las más bajas del mundo.

Si bien estos indicadores no son totalmente atribuibles al sector sanitario, se trata de indicadores generales que ayudan a medir el grado de eficiencia

obtenido en el sector, en términos globales.

La mejora de la eficiencia se ve ratificada con la opinión positiva que respecto al sistema público de salud ofrecen los usuarios. Más de 90% de los usuarios encuestados manifiestan su satisfacción con el sistema sanitario público, tanto en hospitalización como en urgencias y afirman su intención de volver en caso necesario.

Comparando los servicios sanitarios públicos de otras Comunidades Autónomas, los ciudadanos vascos consideran que los que reciben en su Comunidad son mejores.

Adicionalmente, la opinión respecto a la información que facilita la administración pública vasca relativa a cuestiones como qué trámites realizar para acceder al especialista o ingresar en un hospital, o acerca de las campañas dirigidas a la población sobre los principales problemas de salud, así como sobre los servicios que se prestan, es la mejor del conjunto de Comunidades Autónomas, según los resultados del Barómetro Sanitario, elaborado por el Instituto de Información Sanitaria (Ministerio de Sanidad).

Pero no sólo hemos avanzado en términos de actividad, eficiencia y satisfacción ciudadana. Además, hemos puesto en marcha proyectos tan importantes como:

La aprobación del Plan de Salud 2002-2010, unánimemente reconocido en todo

Los cambios en el entorno social, económico, familiar y cultural suponen una presión adicional en las demandas de salud,

el Estado, que establece las prioridades sanitarias de nuestra ciudadanía y las líneas estratégicas para abordarlas.

El Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria y sus respectivos Consejos Territoriales que, aunando los esfuerzos de los Departamentos de Sanidad y de Acción Social del Gobierno Vasco, de las Diputaciones Forales y de Eudel (Asociación de Municipios Vascos), está trabajando ya sobre las mejoras posibles en el abordaje del espacio socio-sanitario y del que, en un plazo inminente, surgirá el Plan estratégico de atención sociosanitaria.

La Fundación de Investigación e Innovación Sanitarias que, en su breve trayectoria (se creó en 2002), ha alcanzado un nivel de actividad (ha gestionado ya más de 120 proyectos de investigación y ha trabajado en la cooperación intersectorial en I+D, impulsando las relaciones entre la investigación clínica y en biomedicina y ciencias de la salud realizadas en los ámbitos universitario y empresarial) que ha posibilitado tal impulso a la investigación sanitaria vasca que la ha incorporado a los planes de ciencia y tecnología del Gobierno Vasco y, especialmente, a la estrategia BIOBASK-2010.

Se han desarrollado nuevas aplicaciones y proyectos para ubicar a la sanidad vasca en una situación puntera en el Estado en el uso de las nuevas herramientas que pone a nuestra disposición la sociedad de la información. Me refiero, por ejemplo, a la historia digital única, a la tarjeta sanitaria electrónica, al portal del Sistema sanitario vasco, etcétera, que están suponiendo una total adaptación de este Departamento a la nueva era digital.

De alguna manera, uno de los mejores reflejos de todo este trabajo se puede encontrar en los reconocimientos y certificados de calidad acumulados por Osakidetza a lo largo de estos años, comparativamente muy superiores al resto de Servicios de Salud de todo el mundo. Y es que hemos abordado nuestras iniciativas a través de una apuesta muy fuerte por la mejora de la calidad del servicio sanitario, basándonos en el Modelo Europeo para el Fomento de la Calidad. Como consecuencia, dos de nuestros hospitales cuentan en su haber con la "Q" de Oro; ocho organizaciones con la "Q" de Plata; otras 27 tienen el Diploma de Compromiso con la Excelencia, y todas las Comarcas de Atención Primaria y más de 80% de nuestros hospitales tienen centros y procesos certificados según la Norma ISO.

Por lo que respecta a los derechos y deberes de los pacientes, tras la aprobación de la Ley de Voluntades Anticipadas en 2002, hemos creado el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas que permite la disponibilidad permanente y descentralizada de los documentos otorgados por las ciudadanas y los ciudadanos vascos en los que determinan cuál es su voluntad en cuanto al tipo y las características de los tratamientos o procedimientos médicos que desean o no recibir.

En el ámbito normativo, hemos aprobado, entre otros muchos: el Decreto que organiza la red transfusional y de suministro de tejidos humanos; el que crea el Consejo de Seguridad e Higiene Alimentaria de la CAPV; el que regula las condiciones para la gestión de residuos sanitarios; el correspondiente al sistema de control, vigilancia e información de la calidad de las aguas de consumo; el que

aprueba el reglamento de sanidad mortuoria; el que regula el uso de desfibriladores externos automáticos por personal no médico, etcétera.

En salud pública, además de afrontar eficazmente las alertas sanitarias por problemas tan diversos como la amenaza del ántrax, las vacas locas, la seguridad alimentaria o los moluscos contaminados, hemos actualizado nuestro completo calendario de vacunación infantil que alcanza coberturas superiores a 95%.

Todo esto, sin duda, es una legitimación de la acción del Gobierno Vasco pero, por encima de todo, es un reconocimiento social del quehacer de quienes trabajan en el sector. Y es también un estímulo para reforzar el compromiso y responsabilidad de seguir abordando los problemas que aún tenemos y los que surgirán en el futuro, para dar cumplida respuesta a las necesidades de salud de nuestros conciudadanos, para seguir mejorando permanentemente y para que los vascos y vascas se sientan orgullo por su sistema sanitario.

## 5.- Los retos de futuro

Pero, quizás, lo más importante de todo, una vez vista la evolución de los últimos años que nos ha conducido al escenario actual, es el análisis de a qué vamos a tener que hacer frente en adelante y cómo vamos a hacerlo. Creo que todos estaremos de acuerdo en que los principales retos que pueden llevar a la necesidad de abordar cambios son el envejecimiento de la población (no en sí mismo, sino en relación con el aumento de las posibilidades para hacer frente a las patologías añadidas que presenta), el desarrollo tecnológico (incluido, por supuesto, el farmacéutico), el avance

hacia un cierto grado de convergencia europea y, por último, la estabilidad presupuestaria junto a una mejora de los engranajes internos del sistema.

Y me explico. El fenómeno del envejecimiento es común en Europa occidental y se estima que su repercusión en el crecimiento del gasto sanitario supondrá un incremento de 2.8 puntos en la participación del PIB a nivel estatal, entre 2000 y 2050 (estudio sobre financiación sanitaria, Fundación BBV).

En nuestra Comunidad, si vemos las altas hospitalarias observadas y previstas en los hospitales de agudos de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, en el período 1993-2003, su tendencia alcista es a costa de las personas mayores de 65 años, mientras que los menores de esa edad son estables en su demanda de hospitalización.

Además, la complejidad de las altas hospitalarias lógicamente también crece a costa de los mayores de 65 años de edad. Si hasta el año 2001 el total de pesos GRDs consumidos por las personas mayores en los hospitales de agudos de Osakidetza estaban por debajo del resto, a partir de 2002 se han puesto ya por encima.

Los cambios en el entorno social, económico, familiar y cultural suponen una presión adicional en las demandas de salud, por el efecto de la reducción del soporte familiar para atender los cuidados requeridos por las personas más próximas.

Por lo que respecta a los avances tecnológicos, también hay que prever, como parece demostrar el análisis de lo ocurrido en el sistema en años anteriores,



su creciente incidencia en los costos, al ser previsible un crecimiento difícilmente controlable y la inevitable incorporación al arsenal diagnóstico y terapéutico de tecnologías ya conocidas y de otras por descubrir. Sirva como referencia una de las conclusiones de un estudio realizado por el National Health Service en 2002: "se estima que las nuevas tecnologías sanitarias y los avances médicos incrementan anualmente el gasto sanitario aproximadamente en un 2% (1,9-2,9)".

Por otra parte, se está dando un agotamiento de las posibilidades de la eficiencia. Así, hay que señalar que con un crecimiento del gasto público por debajo de las tasas de crecimiento del PIB se han prestado los mismos servicios atendiendo a una demanda mayor. Así, la variación porcentual de la actividad medida en términos de pesos (número de altas y su complejidad) ha aumentado en el periodo 1998-2004 más de 13%. El costo asociado a dicha actividad, en euros constantes, ha aumentado en 6,47%.

Por otra parte, tenemos una plantilla ajustada y que está envejeciendo. La edad media de la plantilla de Osakidetza se sitúa entre los 40-50 años, siendo el colectivo de facultativos el más envejecido, con una edad media de 48.12 años. Se espera que, de aquí al 2010, un total de 1.668 personas de la plantilla de Osakidetza alcancen la jubilación, lo que supone 7,4% de la plantilla total.

En definitiva, y a pesar de los logros alcanzados, todo esto es expresión de

una relativa insuficiencia financiera para hacer frente a más inversiones necesarias; para atender demandas de los trabajadores (sueldos, carrera profesional, guardias, complementos, etcétera); para pagar la farmacia, y para responder a las nuevas demandas asistenciales de colectivos de pacientes, parlamento, etcétera.

## Conclusiones

A la luz de los problemas planteados, ¿cuáles son las opciones realistas? Una, aumentar el nivel impositivo general, pero no parece que sea ésta la línea que se sigue en nuestro entorno. Otra, endeudarse y trasladar costos a las generaciones futuras, pero tampoco parece que sea ésta una buena solución. La última, plantear que de la tarta del presupuesto público a sanidad se le dé una porción mayor, siendo plenamente conscientes de que ello supone necesariamente reducir la ración de los demás sectores públicos.

Se trata, en todo caso, de una decisión política. Pero, de lo que no cabe ninguna duda es de que para mantener el status quo actual, sin cambios e incluso analizando en profundidad cada nueva actividad antes de incorporarla al sistema, es imprescindible contar con más recursos financieros (una estimación basta la puede cifrar en más de 100 millones de euros anuales). De hecho, el crecimiento medio del gasto en sanidad ha venido siendo sistemáticamente menor que el crecimiento medio del PIB

*concluiré diciendo que tenemos que insistir en la potenciación de un sistema que persiga con ahínco un objetivo igualitario.*

de Euskadi, de tal manera que se puede observar una posición de gasto relacionado con el PIB netamente baja, incluso en relación con España. En la CAPV destinamos 4,8% del PIB a sanidad y la media española es de 5,6%.

Por lo tanto, el análisis del pasado reciente y del presente nos permiten adelantar estas conclusiones:

El gasto sanitario tiende a un crecimiento en el que no se observa ningún rasgo de involución, sobre todo si se analiza conjuntamente con la evolución creciente y aparentemente imparable de la actividad asistencial.

El crecimiento del gasto sanitario, en los últimos diez años, ha sido sostenido en relación con el entorno y, además, ha demostrado altas cotas de eficiencia.

En definitiva, se debe aumentar el gasto sanitario sobre el PIB. Y no es, como decía, una opción técnica, sino esencialmente social y política. Pero no es una opción gratuita: tiene un notable costo de oportunidad del que hay que ser plenamente consciente.

Tras todos estos datos y consideraciones, concluiré diciendo que tenemos que insistir en la potenciación de un sistema que persiga con ahínco un objetivo igualitario. Hemos dado pasos significativos para que nadie, en razón de su condición u origen, reciba atención sanitaria distinta a la que precise en función de sus necesidades y para contar con unas prestaciones amplias provistas con notables niveles de calidad. Nuestra idea al respecto es que hay que seguir impulsando estrategias que protejan la salud de la población a través de la mejora de las condiciones del sistema pero, a su vez, controlando que aquéllas que se

adopten respondan a una evaluación previa que pruebe científicamente sus teóricas aportaciones añadidas.

Además, desde el punto de vista interno, deberemos afanarnos en la puesta en práctica y el fomento de iniciativas tendientes a la expansión de la gestión clínica y el desarrollo profesional como mecanismos de mejora de la eficiencia, participación y clima laboral, en el marco de las posibilidades legales y presupuestarias que nos condicionan indudablemente.

Y todo esto no quiere decir que necesitemos un calendario de actuaciones en el sentido ordinario, porque las reformas no son un simple acto de reconstrucción, rehabilitación y reorganización. No son acciones episódicas. Son procesos a largo plazo, dirigidos a la mejora de generaciones futuras. Yo creo que sería mejor dejar de hablar sobre continuas reformas para comenzar a hacerlo sobre mejora continua de la práctica cotidiana, basada en el permanente enriquecimiento de la evidencia y el conocimiento.

Podríamos escenificar este pensamiento en términos de maratón, donde la participación de todos los actores sociales sea tan importante como alcanzar la meta, una meta lejana pero posible de una Europa saludable porque, después de todo, la cohesión social, siendo una preocupación común, no será más que un término vano si no conseguimos llevar adelante políticas prácticas para hacerlo realidad.

Mil gracias.

## La Unión Europea y el derecho a la salud

**Dra. Michelle Oms**

**Ministere des Affaires Etrangeres, Francia**

Médica cirujana de nacionalidad francesa. Jefa del Servicio de Apoyo a la Lucha contra la Pobreza y las Desigualdades, en la Dirección General de Cooperación Internacional y del Desarrollo, del Ministerio Francés de Relaciones Exteriores. Se desempeñó durante siete años en el Caribe como epidemióloga para la Organización Panamericana de la Salud.

La historia que les voy a contar es linda porque es una historia de paz, de amistad, de construcción conjunta de un edificio bastante complejo. La Unión Europea constituye un ejemplo de integración de un conjunto de países que ejercen conjuntamente su soberanía en ámbitos de decisiva importancia para los ciudadanos, con moneda única, libre circulación de personas, servicios, mercancías y capitales, progreso social e igualdad de condiciones de competencia para aprovechar al máximo un mercado interior abierto y dinámico.

Las bases constitucionales de este conjunto son el Tratado de París, constitutivo de la Comunidad Europea del Carbón y del Acero, de 1951, y los Tratados de Roma, constitutivos de la Comunidad Económica Europea y la Comunidad Europea de la Energía Atómica, de 1957; estos Tratados fundamentales se han modificado posteriormente por el Acta Única Europea y por los Tratados de la Unión Europea firmado en Maastricht, el de Ámsterdam, y por el Tratado de Niza, los cuales han



creado vínculos estrechos entre los Estados miembros.

La Unión Europea genera por sí misma una legislación que se aplica directamente a los ciudadanos europeos y crea derechos específicos a favor de éstos.

Limitada en su primera variación a la apertura al mercado común del carbón y del acero de los seis estados fundadores que eran la República Federal de Alemania, Bélgica, Francia, Italia, Luxemburgo y los Países Bajos, la comunidad ha sido ante todo una empresa de paz, puesto que consigue asociar en un conjunto a los vencedores y a los vencidos de la última guerra intraeuropea.

Estos seis estados miembros decidieron construir una Comunidad Económica Europea basada en un mercado común; los derechos de aduana industriales entre los seis países se suprimieron. En 1968 la caída del muro de Berlín, que dio paso a la reunificación alemana el 3 de octubre de 1990, la democratización de los países de Europa Central y Oriental y la disolución en diciembre de 1991 de la Unión Soviética han transformado profundamente la estructura política del continente.

Mientras tanto las comunidades europeas se encontraban en plena evolución, los Estados miembros negociaron un nuevo tratado de la Unión Europea, cuyas líneas directrices fueron fijadas por el Consejo Europeo, reunido en Maastricht en 1991, la Comunidad Económica Europea se rebautizó como Comunidad Europea.

Al añadir al sistema comunitario un sistema intergubernamental en algunos ámbitos el Tratado creó la Unión Europea.

Como decía, esto es un poco complejo, la Unión Europea constituía en efecto la respuesta más adecuada al gigantesco desafío de la globalización. La historia de la UE está muy asociada a los derechos, debido a que se inició hace medio siglo cuando se discutió la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Paulatinamente la UE pasó de seis países hasta 25 y dentro de poco, en el año 2007, tendríamos que llegar a 27 con la incorporación de Bulgaria y Rumania.

Como se puede imaginar, en una región tan amplia las desigualdades son muy numerosas y no sólo entre países, sino también dentro de los mismos.

¿Cómo funciona la Unión Europea?

Es más que una Confederación de Estados y menos que un Estado federal. La UE es en efecto una construcción nueva que no encaja en ninguna de las categorías jurídicas clásicas. Constituye un sistema político original en permanente evolución desde hace 50 años.

Los Estados que han suscrito los tratados de París, Roma, Maastricht, Amsterdam, Niza han consentido una delegación de soberanía en beneficio de las instituciones comunitarias representativas al mismo tiempo de los intereses nacionales y del interés comunitario.

Los tratados que constituyen el derecho originario se encuentran en el origen de numerosos actos jurídicos conocidos como derechos derivados, que tienen una incidencia directa en la vida cotidiana de los ciudadanos europeos.

El Consejo de la Unión es la principal institución de adopción de decisiones de la UE, cada país de la Unión ejerce la Presidencia del Consejo, por votación, durante un periodo de seis meses, que en este momento ostenta Luxemburgo, y está compuesto por los Ministros de los países miembros responsables de la materia que figure en el orden del día.

*El derecho a la salud fue reconocido en numerosos instrumentos internacionales e incluso en instrumentos más regionales, pero no se describe siempre de la misma manera.*

Las reuniones del Consejo se preparan por un Comité de Representantes Permanentes de los Estados miembros, asistidos por grupos de funcionarios de los ministerios nacionales. El Consejo cuenta, asimismo, con una Secretaría General, con sede en Bruselas.

El Consejo dispone del poder legislativo que comparte con el Parlamento Europeo, ejerce igualmente con éste el poder presupuestario. El Consejo también concluye los acuerdos internacionales negociados por la Comisión.

En lo referente al Parlamento Europeo, es el órgano de expresión democrática y de control político de las comunidades europeas, que participa también en el proceso legislativo. Desde junio de 1979, sus miembros son elegidos por sufragio universal cada cinco años y cuenta con 732 diputados en Estrasburgo y las sesiones suplementarias en Bruselas. Sus 17 comisiones preparan los trabajos de las sesiones plenarios, así como los grupos políticos y se reúnen la mayoría de las veces en Bruselas.

La sede de su Secretaría General se encuentra en Luxemburgo. El Parlamento ejerce conjuntamente con el Consejo el poder legislativo que refuerza su papel en importantes ámbitos como la salud.

El Parlamento ha desempeñado un papel clave en la elaboración de la carta de los derechos fundamentales de la Unión, promulgada en diciembre del año 2000.

La Comisión Europea es uno de los órganos clave del Sistema Institucional Comunitario, cuenta con 25 miembros y goza de gran independencia en el ejercicio de sus atribuciones, encarna el interés comunitario y no debe someterse a ninguna orden del Estado miembro.

La Comisión dispone del monopolio de la iniciativa legislativa y, como órgano de gestión, ejecuta las decisiones adoptadas por el Consejo y dispone de amplios poderes para la gestión de aquellas políticas comunes tales como las de investigación y tecnología, la de ayuda al desarrollo y la de cohesión regional, y está obligada a presentar su dimisión colectiva cuando el Parlamento aprueba una moción de censura.

A diferencia de las secretarías de las organizaciones internacionales clásicas la Comisión dispone de autonomía financiera y ejerce sus prerrogativas con total independencia.

Pero cuándo se trata del derecho a la salud, es mucho más complejo y se trata de un objetivo constitucional, que es bastante difícil alcanzar. En este ámbito, podemos hablar de los derechos a la protección de la salud, de responsabilidad de los pacientes, que es un concepto presente.

En Francia tuvimos que esperar hasta el año 1995 para hablar de una carta del paciente hospitalizado y, más recientemente, tuvimos una ley de marzo de 2002 en el cual se trata de los otros derechos que son el derecho de estar informado sobre su estado de salud, de participar de las decisiones relacionadas con su salud, a la confidencialidad, a la disminución del dolor y derechos de las o los menores de edad.

El derecho a la salud fue reconocido en numerosos instrumentos internacionales e incluso en instrumentos más regionales, pero no se describe siempre de la misma manera.

Sin embargo, es en el artículo 12 del Pacto

Internacional, relacionado con los derechos económicos, sociales y culturales, donde encontramos la definición más completa en lo referido al derecho a la salud; se dice que los Estados miembros reconocen el derecho de cada persona de gozar del mejor estado de salud física y mental que sea capaz de alcanzar, y esta es una definición que no es tan exigente como la que encontramos en la OMS. Esta noción de capacidad, no sólo de las personas, sino también de las autoridades va a tener una gran importancia en la realidad.

Tenemos también que tomar en cuenta los estrechos vínculos que existen entre derecho a la salud y los otros derechos humanos.

En el mencionado Artículo 12 se va un poco más adelante y se describe lo que el Pacto considera como elementos esenciales del derecho a la salud y se describe, por ejemplo, la disponibilidad, la accesibilidad, la exactitud ética y cultural, y la calidad de una serie de bienes y servicios de salud incluyendo agua, saneamiento y personal calificado que reciba un salario decente, así como medicamentos esenciales.

Cuando se trata de la UE y se observa la situación en los distintos países se pueden distinguir dos modelos; uno, basado en financiamiento con impuestos y el otro, con participación de los trabajadores, empleadores y del Estado.

Muchos países, incluyendo los 10 últimos que se añadieron a la UE, hacen parte de la primera categoría. Hay también algunos países que todavía se encuentran sin seguridad social como Chipre, Malta y Turquía.

Los puntos comunes entre los distintos países son que el derecho de acceso de los ciudadanos a los servicios de salud es una cuestión importante para todos, la solidaridad también y, en la mayoría de los casos, encontramos una oferta de servicios larga y homogénea y casi siempre el Estado garantiza el interés general; sin embargo, su papel es distinto según los países. El Estado puede ser responsable o árbitro. Actualmente casi todos los países tienen sistemas mixtos debido a que la situación no era satisfactoria.

El desafío común de todos estos sistemas es la falta de dinero, lo que constituye un problema muy grave. Esta dificultad de financiar los gastos en salud están relacionados con tres elementos que son el envejecimiento de la población, el desarrollo de las técnicas de la medicina y el mejoramiento del bienestar y de nivel de vida que empuja a la gente a buscar mejor nivel de servicios de salud.

Como lo dije antes, todos los países tomaron algunas medidas a escala nacional para intentar reducir los gastos. En ese sentido, esto se efectuó en Grecia, Francia y Suiza a través de la reducción de los gastos hospitalarios. En Francia, a través de tarifas que se introdujeron según patologías; se hizo también, a través de la sensibilización de los pacientes a los costos de salud y de limitar el número de médicos, reducir el costo de medicamentos a través de la promoción de genéricos, descentralizar la gestión como en España, introducir mecanismos de concurrencia y colaboración. Sin embargo, con todo esto se multiplican los problemas y no el dinero.

El Sistema Nacional de Salud en Italia tuvo que pasar por tres reformas. En la reforma

de 1978 se consideraba este sistema como una Iglesia universal, desarrollando un papel social y encarnando valores morales. En 1992 era considerado solamente como un garaje encargado de reparar y mantener los cuerpos y no fue suficiente, por lo que hicieron la tercera reforma en 1999 en la que se observa claramente que el derecho a la salud es limitado y que sólo se pueden garantizar cuidados necesarios, pertinentes, apropiados y eficaces.

Claro que la UE, basándose en los valores, propone un modelo social de salud que hace de salud un derecho fundamental para todos los ciudadanos, basado en la solidaridad, sin embargo, detrás de las palabras a veces la realidad es bastante distinta.

En la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE, que se firmó en Niza en diciembre del año 2000, se dice que cualquier persona tiene derecho de acceder a la prevención en salud y a beneficiarse de los cuidados médicos en condiciones establecidas por las decisiones, legislaciones y prácticas nacionales.

¿Cuáles son las competencias respectivas de la UE y de los Estados miembros en lo que se refiere a la salud?

La salud pública esta bajo la responsabilidad de los Estados miembros en lo que se refiere a la organización y la prestación de servicios de salud, teniendo la UE solo una competencia subsidiaria.

Sin embargo, existe una estrategia comunitaria en salud pública con un plan de acción. El logro del programa de acción de la UE, que va desde el año 2003 hasta el año 2008, es de tres puntos; el primero, mejorar las capacidades colectivas de medir el conocimiento en salud pública, entonces se trata de sistemas de información; el segundo, reforzar la capacidad de reacción rápida y coordinada a las amenazas; se trata de vigilancia epidemiológica y de las distintas enfermedades que pueden pasar de una región a otra, y el tercero trata de promover una política eficaz de prevención, tomando en cuenta los determinantes de la salud, lo cual es importante, tanto que es una prioridad para el año 2005.

Entre el año 2003 y el 2005 la UE recibió 130 proyectos que no incluían los determinantes en salud, por lo que decidieron no solamente colocarlo como una prioridad para 2005, sino también crear una Agencia Ejecutiva para asegurar que este trabajo se realice. Esta Agencia Ejecutiva fue creada el 1º de enero de 2005 para una duración de seis años, con sede en Luxemburgo y cuenta con 37 personas.

Se creó también un Foro Europeo sobre la Política de Salud, dirigido a todos los actores de salud pública que desempeñan un papel en la elaboración de las políticas de salud; el mismo que fue completado por un foro abierto de 300 participantes.

*con la globalización existe un riesgo de ver desaparecer algunos de los valores sobre los cuales nuestras sociedades se construyeron, es decir, la libertad, la igualdad, la solidaridad.*

La UE quiere también poner un enfoque particular sobre las nuevas técnicas y metodologías modernas de información y comunicación y se creó un ciclo particular para el proyecto e-salud, que quiere promover la calidad y mejorar la eficiencia de los ciudadanos en salud gracias a aplicaciones electrónicas, facilitar la participación del ciudadano a través del acceso a información de alta calidad, implementar e intercambiar las buenas prácticas de salud.

¿Cuándo se tratará de la movilidad de los pacientes entre países?

En cuanto a ello tenemos el proyecto denominado NET CARD, que tiene el objetivo de facilitar los movimientos de los pacientes en la UE, y ya se hace a un nivel piloto entre Bélgica y Francia, también entre Francia y Alemania; es decir, una persona que necesita una diálisis puede ir a otro país si hay posibilidades.

Asimismo, se creó una nueva red de investigación sobre la cohesión social que va a reemplazar al tercer grupo de trabajo del observatorio europeo de la situación social, de la demografía y de la familia.

Existe también un programa de la UE denominado EUROAL Social, que es bastante importante en cuanto al dinero invertido, ya que se trata de 36 millones de euros y cuyo logro principal es el intercambio de experiencias entre entidades públicas de la UE y América Latina alrededor de políticas de cohesión social.

Fueron elegidos cinco temas: salud, educación, justicia, recaudación fiscal y empleo, este último será tratado de una forma separada con la Organización

Internacional del Trabajo. Los otros cuatro temas serán abordados a través de un consorcio, integrado por organismos del sector público o asimilable a ello, para cada uno de los mismos. Asimismo, se va a crear un Comité Intersectorial de Coordinación y Orientación.

Las acciones que se pueden proponer en este esquema tratan de acceso para todos a los servicios, de mejorar la coordinación entre los establecimientos de salud, de mejorar la capacidad de gestión a nivel local, de definir las políticas integrales en salud o de identificar y crear sistemas de cobertura social. Los países beneficiarios potenciales son los 25 Estados miembros de la Comunidad Europea y 18 países de América Latina, incluyendo a Chile y Perú.

Como conclusión quisiera plantear que con la globalización existe un riesgo de ver desaparecer algunos de los valores sobre los cuales nuestras sociedades se construyeron, es decir, la libertad, la igualdad, la solidaridad. El trabajo que se hace en el ámbito regional puede ayudar a elevar el nivel de efectividad de los países y contribuir al intercambio de información de experiencias y buenas prácticas entre los países de la Región, así como apoyar al fortalecimiento de los recursos humanos, que es lo que el Organismo Andino de Salud está haciendo hoy.

Muchas Gracias.



## UE y su impacto en Salud

**Dra. Paloma Alonso**

Miembro del Bureau del Consejo de Europa



Médica cirujana de nacionalidad española. Gerente del Complejo Hospitalario Mostotes Alcocer en Madrid, Sub Directora General de hospitales de Insalud, Sub Directora General de Relaciones Internacional del Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Consultora del Banco Internacional de Desarrollo y del Banco Mundial.

Me toca abordar el tema de la adecuación de los sistemas de salud europeos a las necesidades de la ciudadanía. Puede parecer ciencia ficción. Es difícil conjugar las expectativas crecientes de la población respecto a los servicios de salud con un incremento limitado de los recursos. En ese balance ¿cómo adecuar nuestros servicios de salud?.

### La política de salud de la Unión Europea

La UE nace como institución de carácter económico y no para dar respuesta a los temas sociales que plantean los ciudadanos. Poco a poco se han ido incluyendo en los sucesivos tratados los derechos sociales, con tratamientos diferenciados para los aspectos

relacionados con la protección de la salud pública y para la prestación de los servicios de salud y de la asistencia sanitaria. En los temas de organización y gestión de los servicios de salud cada Estado miembro sigue teniendo autonomía plena. Sin embargo, la construcción europea no se concibe sin promover una cohesión social que permita reducir la brecha de la desigualdad en la Europa de los 25. Es imprescindible para conseguir este objetivo que se incluyan los derechos sociales en la nueva Constitución europea y, en particular, los conducentes a un aumento de la justicia social y del acceso de todos los ciudadanos europeos a unos servicios básicos de salud.

El Tribunal de Justicia Europeo acaba de emitir una serie de sentencias en las que la salud se considera un servicio y una mercancía dentro de un libre mercado. Por tanto, un ciudadano de la Unión que se desplaza a otros Estados miembros para recibir una prestación de servicios sanitarios, y pide el reintegro de sus gastos a su país de origen, tiene, según el dictamen de los tribunales, derecho (en

determinadas situaciones) al reintegro del desembolso efectuado. Este hecho genera un cambio, a través de la jurisprudencia, en las competencias de los Estados miembros y de la Unión, respecto a la provisión de asistencia sanitaria. En el mercado de la asistencia sanitaria, el otro punto es que a raíz de las sentencias de los tribunales se nos está planteando una directiva de mercado interior que considera a la salud como una prestación más del libre mercado, con sus tremendas repercusiones.

La nueva Constitución Europea amplía las competencias de la Unión e incluye la cooperación entre regiones transfronterizas para la prestación de asistencia sanitaria. Este punto que recoge la nueva Constitución introduce, en el campo de acción de la Unión, no sólo la protección en materia de salud pública, sino también la provisión de servicios sanitarios. Es decir, de una manera solapada, aparece por primera vez una mención expresa al tema de la asistencia médica.

Hemos abierto la caja de Pandora para la cooperación entre Estados miembros en materia de provisión de servicios sanitarios, y también a la cooperación con terceros países y organizaciones internacionales, que como acabamos de escuchar a mi predecesora, uno de los proyectos se centra en el apoyo a los servicios de salud de América Latina. Es bueno recordar que el Organismo Andino de Salud ha establecido una alianza con distintas organizaciones de salud

europeas y ha liderado un proyecto de cooperación en salud (Eurosocial) entre el Organismo y la UE que se presentó a la última convocatoria de ayudas de la Comisión Europea.

¿Qué requisitos generales tendría que cumplir un sistema europeo de salud?

Debería ser solidario, universal, equitativo y gravitar sobre un sistema de información basado en una tarjeta sanitaria. Ésta no debe servir únicamente para el reembolso de los gastos, sino que tiene un papel fundamental para la recolección de información clínica, que garantice la continuidad asistencial a los pacientes, independientemente del Estado de la UE en el que se encuentre. La tarjeta permitiría que un paciente que pasa de un Estado a otro de la Unión pueda seguir con su tratamiento. La información contenida en ese documento de identificación de cada ciudadano se puede integrar en una base de datos, compartida y compatible con los distintos sistemas de información de salud de los Estados. Este es un tema complicado y espinoso porque no contamos con una homogeneización de las definiciones, indicadores y estándares relativos a la provisión de servicios de salud. Por el momento seguimos en la fase de diagnóstico sobre el estado actual de los sistemas de información de salud y en su indefinición, en la parálisis por el análisis.

Esta tarjeta sanitaria además de servir para el reembolso de los gastos, acabará siendo un elemento que permita a los ciudadanos la elección de la institución de

*Yo diría que para que se destape el tarro de las esencias comencemos por los acuerdos bilaterales o multilaterales entre regiones trans-fronterizas, que compartan recursos destinados a salud y donde ya contamos con antecedentes.*

salud en la que desea ser atendido. Para el desarrollo de este derecho es preciso que la base de datos de la tarjeta se complemente con otra que contenga los centros de referencia europeos, fundamentalmente para enfermedades raras, cuya casuística no justificaría un centro en cada uno de los países de la Unión, ni por motivos mercantilistas y economicistas de optimización de los recursos que destinamos a salud, ni por razones de calidad de la asistencia.

Es clave que el tema de la sostenibilidad financiera en un sistema de salud europeo pueda hacerse a través de un Fondo de Cohesión. En España tenemos una vasta experiencia en la creación de un fondo que permite el reembolso a una determinada comunidad autónoma de los gastos generados por la atención sanitaria de pacientes residentes en otra comunidad. Al igual que sucede en el caso español es preciso crear un Fondo de Cohesión con cargo a los presupuestos de la Unión que sirva para el reembolso de la atención de los pacientes desplazados a otro país diferente al de su residencia. Ello exige un análisis de los tipos de prestación y situaciones en las que sería factible el reintegro de los gastos, acompañado de un estudio de costos de las citadas prestaciones para la determinación de las tarifas, y de un procedimiento específico sobre cómo se van a producir los flujos financieros, con el fin de evitarle burocracia innecesaria al paciente.

Además, un aspecto muy importante dentro de la sostenibilidad es que las nuevas tecnologías van creciendo, y en el campo de la medicina generan costos adicionales cada vez mayores, por lo que tendremos que hacer un estudio de costo-efectividad antes de incluir en el

portafolio de la Unión una nueva prestación.

Como decía el Consejero de Salud del País Vasco, en España ha crecido el presupuesto destinado a salud y somos más eficientes, porque cada vez hacemos más actividades, con el resultado de un menor costo por actividad. Desde mi punto de vista, ese análisis es parcial. Es preciso analizar si esa actividad esta justificada, es adecuada y costo-efectiva. Esa es la clave. El número de actos y la demanda en el sector salud pueden incrementarse exponencialmente, como en algunos casos de pago por acto médico, sin repercusión alguna sobre la mejora de salud de la población. Más bien, al contrario.

Puede resultar, también, que estemos introduciendo tecnologías o nuevas moléculas farmacéuticas que suponen muy poco beneficio frente al costo que originan. Los requisitos generales para incluir nuevas prestaciones deben gravitar sobre estudios de costo-efectividad realizados por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías. Hay que conseguir el funcionamiento en red de todas las Agencias de Evaluación asentadas en el territorio europeo.

Me detengo en el campo de los medicamentos porque para España este tema es importantísimo. Tenemos libre prescripción, y 25% de nuestro gasto en salud, que representa 7,5 de nuestro producto interno, bruto se destina a medicamentos; el problema no radica en el alto porcentaje del gasto en salud que suponen los medicamentos. La cuestión es saber si verdaderamente esos medicamentos se adecuan a las necesidades de la salud de la población. Muchas veces no prescribimos principios

activos, sino nombres comerciales y la utilización de genéricos es baja. Tenemos un alto costo generado por la introducción de nuevos fármacos que muchas veces no van precedidos de estudios claros de costo-efectividad. Esta circunstancia se agrava en el marco de la Unión, donde tenemos un reconocimiento mutuo que implica que la autorización de un medicamento por un país es reconocida por el resto. La introducción de nuevas moléculas, a través de uno de los países de la Unión que sea más débil en esos aspectos, da lugar a la entrada en todos los demás.

Estamos llevando a cabo políticas de uso relacional del medicamento y creemos que una vez que exista la tarjeta sanitaria podremos implantar la receta electrónica. Esta medida reducirá los errores que se puedan cometer y facilitará la pertinencia de los estudios sobre la adecuación en el uso de los medicamentos y sus costos

Acerca de qué tinieblas se nos avecinan, es preciso reconocer que aunque la tarjeta sanitaria está regularizada en el marco legislativo europeo, en la práctica no sucede así. Al menos en España se plantean grandes sombras, por diversas razones: tiene un carácter temporal, es decir, se otorga para un determinado periodo de tiempo, va ligada a la condición de trabajador y no de ciudadano de la Unión. Sigue

íntimamente vinculada a la afiliación de la persona a la Seguridad Social. En España hemos evolucionado desde un Sistema de Seguridad Social (Bismarck) a un Sistema Nacional de Salud (Beveridge). La población española tiene derecho a la asistencia sanitaria, y a su reconocimiento mediante la tarjeta sanitaria, no por su condición de trabajador, sino por su condición de ciudadano. De hecho tienen tarjeta sanitaria no sólo los españoles, sino también los inmigrantes en situaciones no regulares, que residen en España. Si la tarjeta europea se condiciona a la afiliación a la Seguridad Social de los trabajadores y de sus beneficiarios, un porcentaje de población residente en España (tanto nacidos en nuestro país como inmigrantes no regularizados) que actualmente cuentan con tarjeta sanitaria española no tendrían derecho a la europea. Van a existir en Europa ¿ciudadanos de primera, de segunda categoría?, ¿primará la situación de trabajadores afiliados a la Seguridad Social y sus beneficiarios, sobre la condición de ciudadanía? Esto todavía no lo hemos resuelto.

La tarjeta europea legislada ha sido diseñada fundamentalmente para efectos de reembolso. No obstante, en España no está siendo eficaz para el reintegro de los gastos originados por ciudadanos de otros países europeos. El tema de la movilidad de pacientes en el seno del grupo de salud de la Unión nace durante la Presidencia española de la UE, propuesto por nuestro país, ante el conflicto que nos originaban las residencias prolongadas de ciudadanos jubilados europeos, en nuestras costas, atraídos por la calidad de vida y el clima de nuestro territorio.

*Como decía Michelle Oms, la difusión de buenas prácticas es fundamental. Yo diría que no sólo en el campo de la clínica médica, sino también en el de la gestión y administración.*

Sin embargo, en España los reembolsos derivados de la atención a estas personas son difíciles de recuperar. Ello se debe a que se integra en un Fondo de la Seguridad Social, que percibe el Ministerio de Salud, pero no las regiones ni los centros sanitarios. Con lo cual los centros no tienen ningún incentivo para facturar a la Unión. Al no percibir directamente los emolumentos derivados de la atención a esos pacientes y, además, tener que contratar administrativos y personal de apoyo para efectuar los trámites burocráticos que implican la facturación y el cobro, el reembolso únicamente les revierte una cuantía mínima.

Otra de las tinieblas está interconectada con la movilidad de pacientes por causa de las listas de espera existentes en su país. Es el caso del Reino Unido o de España, es decir de aquellos que tenemos Sistemas Nacionales de Salud que son consustanciales en cierta medida con las listas de espera. Un ciudadano podría acudir a otro país de la UE si no resuelve, en su lugar de residencia, su problema de salud en un plazo razonable.

Sin embargo, existen varias incógnitas sobre las demoras en salud.

¿Cómo establecemos el periodo razonable?

¿A qué llamamos lista de espera?

No todos los países de la Unión englobamos en este concepto los mismos términos. Primero hay que definir en el seno de la Comunidad Europea a qué llamamos lista de espera, cuáles van a ser los criterios para incluir a un paciente y después podremos hablar de plazos sanitarios.

Otro punto a tratar es el turismo sanitario. Un país como el nuestro, líder en el tema de trasplantes, ejerce una gran atracción para una serie de ciudadanos que acuden a nuestro sistema de salud para tener acceso a este tipo de procedimientos. Este aspecto también se relaciona con la inequidad, porque el conocimiento y la información médica no están disponibles para toda la ciudadanía y sólo los pacientes con un determinado nivel económico o los que cuentan con un nivel sociocultural determinado, y con la posibilidad de consultar la internet gozan de este privilegio. La información sobre la salud dirigida a los ciudadanos debe ser veraz, real y asequible a todos.

Otra tiniebla es la descoordinación de los distintos Comités de la Unión y con otros organismos internacionales. Por poner un ejemplo curioso en el ámbito de la UE, la tarjeta sanitaria se debate en tres Comités y el grupo de salud se acaba de incorporar a la discusión.

Eso sucede, también, con la coordinación con y entre otros organismos internacionales. Soy miembro del Bureau del Consejo de Europa, éste consejo y la UE y, a veces, la OMS y la OMS Europa se solapan entre ellas. La moda suele ser la tónica general. Hay temas abordados por todos estos foros y otros que no son estimados por ninguno.

¿Qué recomendaciones sugerimos?

Seguir recabando información, pero de otro tipo; tal vez hay que empezar por saber qué motivos tienen los pacientes que se desplazan en el seno de la Unión y cuáles son las causas por las que un paciente se desplaza a un país de la UE para recibir asistencia sanitaria, a qué catálogo o portafolio de servicios tiene derecho un ciudadano europeo en los

distintos países y cuáles son las vías de acceso a las prestaciones. No contamos con un estudio sobre estas variables.

Exactamente lo mismo nos gustaría recabar respecto a los profesionales; ¿Cuáles son los motivos que los empujan a trasladarse de un país a otro de la Unión?

¿Salarios, reconocimiento y carrera profesional, desempleo, requerimientos de formación de pre y postgrado, proyectos de investigación y desarrollo, demanda de determinadas especialidades y profesiones dedicadas a la salud?

También sería aconsejable contar con la puesta en marcha en común de un inventario de los recursos por país.

El proceso se podría iniciar con la elaboración de un mapa de centros de referencia que atienden enfermedades raras, cuya casuística aconseja una asistencia centralizada en determinadas instituciones; en cuanto a la evaluación tecnológica, realizar una relación de todas las agencias existentes y de su grado de especialización en temas concretos.

Yo diría que para que se destape el tarro de las esencias comencemos por los acuerdos bilaterales o multilaterales entre regiones trans-fronterizas, que compartan recursos destinados a salud y donde ya contamos con antecedentes.

En otro sentido, hay que propugnar por la inclusión de las infraestructuras en salud dentro de los fondos estructurales de la Unión. Me parece muy bien que se dediquen estos fondos a la política agraria comunitaria. Me parece, aún mejor, que se destinen a eliminar las

brechas que existen entre los países que integran la Comunidad Europea.

Dejemos que cada país tenga autonomía en la administración y gestión de sus sistemas de salud, pero vayamos a elaborar un marco general, a través del denominado método abierto. Éste persigue poner negro sobre blanco unos objetivos y logros comunes en materia de salud en la UE. Se trata de conseguir las metas comunes, independientemente del método y gestión que cada país emplee para su consecución.

Como decía Michelle Oms, la difusión de buenas prácticas es fundamental. Yo diría que no sólo en el campo de la clínica médica, sino también en el de la gestión y administración. Se están haciendo muchas reformas en los sistemas de salud de los países de la Unión, pero esas reformas no siempre van seguidas de una evaluación y de una transmisión de aquellas exitosas. Es muy importante conocer de las reformas que se están haciendo cuáles podrían adoptarse y cuáles son prioritarias. Por supuesto, es imprescindible la coordinación entre los Comités, que no todos dediquen su atención y vuelquen su actividad sobre los mismos puntos, sino que se complementen entre ellos.

La segunda cuestión que me han solicitado que comente en esta reunión, es la iniciativa de la alianza público privada, que comenzó en el Reino Unido y siguió en Francia, Portugal y España. En la Comunidad de Madrid han adoptado este tipo de solución para llevar a cabo y adecuar los servicios de salud a los ciudadanos. ¿En qué consiste? Es un contrato de concesión de obra pública en el que se incluye el diseño arquitectónico, la construcción de un hospital o centro de

salud y la explotación a 30 años por una sociedad concesionaria privada. Ha sido muy productivo en otros ámbitos como el de las autopistas. En la salud la experiencia es limitada, pero hay que buscar soluciones e iniciativas que sean novedosas.

El financiamiento en este caso es una explotación de los servicios generales y de logística: mantenimiento, la limpieza, la lavandería, es decir, aquellos servicios que previamente ya estaban tercerizados. Ahora, a través de la explotación de esos servicios, la empresa concesionaria financia la infraestructura y recupera la inversión mediante un pago anual que la administración abona, mediante una tarifa que tiene que ser variable en todos los casos, porque no se les escapa que en un Estado de estabilidad financiera este mecanismo no genera deuda pública, porque está absolutamente ligado a la variabilidad, es decir, que si se cumplen los indicadores y estándares de calidad de dichos servicios generales se paga el 100 por 100 a la sociedad concesionaria, si no se cumplen se les va retrayendo en la medida en que deja de cumplir esos indicadores.

Un aspecto importante es que el núcleo operativo del hospital como los médicos, la enfermería, la docencia, la investigación y la administración de los centros sigue siendo patrimonio y depende del sector público.

Como todo tiene su cara y cruz, creo que tiene ventajas importantes para aquellos países que requieren de forma inmediata de infraestructuras sanitarias y cuya administración pública no tiene los medios económicos para llevarla cabo o no puede generar déficit público. En este modelo el sector público no precisa de un

desembolso inicial; una segunda ventaja es la implicación del sector privado al que se transfiere un importante riesgo; una tercera es que se tiene un desarrollo rápido de las infraestructuras sanitarias; asimismo, no se contabiliza como deuda pública y, en un marco de estabilidad financiera, esto es primordial y, por último, que a mi me parecer también es importante que esta sociedad concesionaria tiene un solo interlocutor que agrupa todos los servicios y, además, resuelve temas cortoplacistas.

En cuanto a las limitaciones, desde nuestro punto de vista son varias. En primer lugar, en el campo de la salud, estas iniciativas son recientes, hay poca experiencia. Sólo contamos con la experiencia de 20 años del Reino Unido, pero todavía no hemos llegado a ver qué es lo que va a suceder, ni sus repercusiones.

En segundo lugar, hay un excesivo protagonismo, por lo menos en España, de las empresas constructoras. Pienso que debería ser de otra manera, ya que el protagonismo debería ser de empresas operadoras de servicios sanitarios. La operación permanece 30 años, mientras que la construcción dura un período máximo de cuatro años. Asimismo, la repercusión económica se inclina a favor del operador.

Herencia y evaluación, para las generaciones venideras, es decir, ¿lo pagará mi hijo?, tampoco se sabe si es más costoso, porque incluye también intereses bancarios, ya que los bancos prestan el dinero para el desembolso inicial. También se plantea que si la sociedad concesionaria entra en quiebra, y ya se ha abierto el hospital, probablemente tenga que hacerse cargo

el Estado, porque no se puede dejar a la población sin asistencia.

Y finalmente, que es un conflicto social desde el ámbito de los sindicatos, porque aquello deja de ser público.

Creo que hay que darle ritmo, fuerza, pasión a las iniciativas que vengan a adecuar los servicios de salud a los ciudadanos, que en realidad son los que hacen que hoy estemos todos aquí.

Muchas gracias.





## Derecho a la salud, un enfoque desde la equidad

**Dr. Armando De Negri Philo**

**Sociedad Internacional de Equidad en Salud - Brasil**



Médico de nacionalidad brasileña, especialista en Salud Pública y actualmente Presidente de la Sociedad Internacional de Equidad en Salud.

Depende directamente de las políticas públicas que se aplican en los países para garantizar que el aumento del poder económico de los mismos se estructure en la forma de sistemas de Seguridad Social que sean efectivos.

Hay una serie de cuestiones que están en la carta Mundial de la Salud que es muy interesante verificar; todos utilizan información oficial de los países, pero con perspectivas de análisis y muchas posibilidades de visualización.

Otro asunto que quería ilustrarles es un trabajo del doctor Norberto Daz, que habla del tema de la dimensión de la brecha de equidad y que presenta con datos de Brasil; un estudio de núcleos domésticos en el cual se relaciona el número de aparatos y equipos electrodomésticos con el número de

mueres infantiles en menores de cinco años de edad, demostrando que en las familias donde hay de cero a uno aparatos electrodomésticos se dan tasas de mortalidad infantil de 83 y 63 por 1000 nacidos vivos.

Y en términos de una comparación entre el grupo que estaría más expuesto, con cero aparatos electrodomésticos, y los que tendrían de siete a más aparatos, la mortalidad evitable, si la categoría de mejor condición fuera aplicada en conjunto, significaría evitar 83% de la mortalidad infantil, eso nos da, de una forma brutal, la dimensión de la inequidad.

Las familias que tienen hasta dos aparatos electrodomésticos responden por 70% de la mortalidad infantil, es decir, que nosotros fácilmente, por un estudio de muestra de hogares, tenemos una proyección de cuáles son los núcleos familiares más expuestos.

En este caso, el tema de la mortalidad infantil nos da una perspectiva clara

sobre de qué estamos hablando, incluso para agendas como las Metas del Milenio, plantearlas desde la perspectiva de la equidad significa considerar que hay una estructura de determinación de estas condiciones que tiene que ser considerada en el diseño de las políticas públicas.

Entre los países, hablando de mujeres y hombres, en relación con el acceso a los servicios de salud de la población, la encuesta de hogares refirió que teniendo un episodio de enfermedad, buscando servicio y efectivamente recibiendo atención en salud hay una condición muy diferente entre los países, pero sobre todo referida al acceso a los servicios de salud de los diferentes quintiles de ingresos, es decir, el desafío en Latinoamérica no es sólo un desafío entre países, sino que al interior de los mismos el desafío es muy sustantivo.

Evidencias dadas por una cantidad importante de estudios demuestran que tenemos grandes inequidades entre países y grandes inequidades internas en nuestro contexto sudamericano y latinoamericano.

Y coloco esto como elementos introductorios, porque lo que quiero plantearles es que frente a este panorama el Foro Social Mundial de la Salud, que se realizó en Puerto Alegre el pasado mes de enero, trató justamente de ubicar esta situación social como telón de fondo, y a partir de ella construir un acercamiento central y la idea de promover la equidad.

Tomando el título de un libro reciente, estamos en un mundo en llamas y a veces juramos que no es así. Hace poco en un debate realizado en África se hicieron muchos reclamos por parte de los africanos que no habían sufrido el impacto del tsunami, debido a que los asiáticos de la región devastada por él tenían hoy una ayuda internacional que es mucho más significativa de lo que tiene África, que tiene cada año muchos tsunamis desde el punto de vista de sus fragilidades sociales y en el campo de la salud.

Por lo tanto, estamos hablando de un conflicto social de dimensiones mundiales importantes y que en América Latina tiene un diseño bastante dramático. Basta recordar que en los últimos cinco años tuvimos, por así decirlo, levantamientos populares que derrocaron gobiernos en Argentina, Paraguay, Bolivia, Ecuador, y que salvaron el gobierno constitucional en Venezuela frente al golpe militar de 2002, es decir, un continente que se mueve alrededor de conflictos muy sustantivos y que debido a la profunda inequidad de nuestros países hay una tensión social creciente frente a la cual tenemos que encontrar una salida.

Nosotros, desde el campo de la salud, apuntamos hacia unos elementos para esta dimensión y por eso la proclama del Foro Social Mundial es que la salud para todos es posible y necesaria, porque tenemos que colocarnos en la perspectiva de este derecho para corroborar cuáles son las posibles soluciones y, de entrada, frente a la hegemonía de las reformas

*la salud debe ser el tema inicial y estructurante de la agenda social, puesto que es la expresión del derecho fundamental a la vida, y que para abordarlo el tema clave, motor de esta agenda, es la lucha por la equidad.*

neoliberales, creer que no tenemos otra cosa que hacer sino aplicar las reformas del Estado, las que no han logrado resolver nuestros problemas, sino que por el contrario han producido otros.

Este Foro Mundial de la Salud es un espacio que se integra al movimiento del Foro Social Mundial, que se constituye en el año 2001, inicialmente como contrapunto a la Reunión del Foro Económico de Davos, y que permitió abrir otra discusión en la perspectiva de lo que podría ser un proyecto de otra dinámica societaria a escala planetaria como réplica a la mundialización del capital.

Esta reunión fue progresando, de 20 mil personas que sorprendentemente llegaron a Puerto Alegre en el año 2001, este año fueron 155 mil, y ya cuenta con un conjunto de foros sociales en el mundo. El año entrante el foro será descentralizado en cuatro ciudades del planeta para ampliar su base social, y este encuentro se está convirtiendo en un espacio de construcción de una agenda alternativa, es decir, no solamente es un espacio de intercambios generales de protesta, sino que poco a poco se van a abriendo espacios de construcción alternativa de agenda política y, en el caso de la salud, después de cuatro Foros que hicimos como Foro Internacional en defensa de la salud de los pueblos maduramos lo suficiente para llamar a un Foro Mundial de la Salud, que se integró de forma más fuerte a este movimiento.

La gran importancia de este Foro fue justamente plantear la salud como un tema de agenda política central, porque es muy difícil de introducir debido a que hay un sentido común que dice que la salud es un tema de médicos, de especialistas, un tema asistencial y no un

producto del ordenamiento social, reduciendo este tema a un conjunto de tecnicismos, sin ser ubicado en un contexto de mayor seguridad social y, por lo tanto, plantear la salud y su potencialidad como sector dentro de la producción social de bienestar.

En nuestros países, donde nunca hemos experimentado sistemas de bienestar, esto es una fragilidad importante del debate político, pero también veo que en Europa, donde teóricamente deberían existir facilidades, parecen haberlo olvidado, lo que constituye una dificultad al igual como se observó en los movimientos sociales y en el Foro Social Mundial, por lo que fue muy importante que el Foro Mundial de la Salud pudiera instalarse. El producto de ese encuentro fue acercar por lo menos cuatro vertientes de los movimientos sociales, una de ellas llamada de la medicina social o salud colectiva o la nueva salud pública, tradicionalmente ubicada en el campo de la lucha por el derecho a la salud y en el movimiento por los derechos humanos, asuntos que en Latinoamérica tienen una fuerte tradición entre los movimientos por los derechos políticos, pero que ingresan en los últimos años cada vez con más fuerza en el campo de las políticas sociales.

Con la plataforma Desk, los movimientos por los derechos humanos empiezan a profundizar en el campo de los derechos sociales, y son ya interlocutores en este Foro de la Salud, lo mismo que el movimiento sindical del campo de la

*Tomando el título de un libro reciente, estamos en un mundo en llamas y a veces juramos que no es así.*

salud, dirigido a los recursos humanos devastados por las reformas neoliberales, con una reducción brutal de salarios, con condiciones de trabajo muy malas y porque, junto con otros sectores de servicios públicos, están muy movilizados sobre todo por la internacional de servidores públicos, organizada alrededor de todo un conjunto muy amplio de conexiones internacionales.

Y la última vertiente, la del movimiento altermundista de la lucha antineoliberal, que aporta desde varios campos un conjunto de elementos que confluyen en este debate sobre la salud.

El tema del Foro fue plantear la salud como un tema político a partir de la idea de derecho humano y de deber del Estado, porque éste es el garante del contrato universal de ciudadanía y eso, paradójicamente, lo hemos olvidado en el marco de la reforma neoliberal, y algunos Estados se han puesto en la condición de árbitros cuando la visión que tenemos del Estado debe ser de representante de los derechos públicos; por eso se inscribe en un contexto de institucionalidad democrática.

Es también el Estado responsable social en el sentido de que no queremos disminuir la responsabilidad que tiene sobre todos los sectores productivos y la población en general, respecto a garantizar y defender el derecho a la salud de todos, porque sino se podría caer en otras trampas, en un Estado que fuera absoluto en los términos de las muchas vertientes del populismo que existen en nuestro continente.

Y luego el tema que es clave y es que se considere a la salud como bien público, ya que significa una garantía contra la mercantilización absoluta de la salud, y se

convierte en un contrapunto en relación con lo que se llama el libre mercado, porque como bien público, el Estado puede y debe reglamentar todas las dimensiones donde se ejerce la actividad en salud, incluso llegando, en ciertas configuraciones, a tomar la salud como de relevancia pública superior, es decir, como una concesión del sector privado, pero nunca como una entrega del sector al libre arbitrio del interés del mercado.

Obviamente, el tema del derecho a la salud lo tomamos como un derecho fundamental, y ahí es en donde hacemos del debate un artificio, porque en el tema de la salud si lo dejamos inscrito en el marco de los derechos sociales lo que nos mata es la idea de progresividad de estos derechos.

Si nosotros lo acercamos a una discusión del derecho a la vida rescatamos el aspecto clave del derecho fundamental, porque, de hecho, no se trata de un producto de consumo no obligatorio, sino más bien de la garantía o no de la vida; tomado desde esa perspectiva el debate del derecho a la salud gana otra connotación y nos permite un debate de exigibilidad de éste derecho a la salud, lo que es muy distinto a otros tipos de discusión respecto de otros derechos sociales.

El tema de este concepto de salud que tratamos de profundizar en el Foro ubicó el concepto de salud en un marco más amplio, es decir, salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, sino que tiene mucho más que ver con la calidad de la vida y, por lo tanto, ubicamos el tema dentro del marco general de lo que sería la seguridad social ampliada, entendida como un campo que abarca un conjunto de otros derechos interdependientes,

porque no se puede garantizar el derecho a la salud si no se logran avances en el derecho al trabajo o en el derecho a la vivienda.

Esta fue una discusión muy interesante, pero lo que más llamó la atención fue que el concepto de seguridad social, planteado como protección social, que era algo casi ausente en el Foro, es decir, hubo un desdibujamiento en Latino América, pero también en África y Asia con los movimientos donde se rompió la idea de un conjunto articulado de garantías de protección de seguridad social, y se pasó a una discusión fragmentaria que corresponde a la fragmentación misma de las reformas, lo que afectó la agenda política de los mismos movimientos que pasaron a tener un cierto grado de especialización en su acción y perdieron la perspectiva más amplia de la seguridad social

Luego del debate hicimos una discusión clave, desde el punto de vista estratégico, de saber dónde están las evidencias que nos dicen que existe la integración al proceso de mundialización del capital en momentos cuando nuestras economías nacionales se funden en el proceso de internacionalización del capital de la llamada globalización.

Asimismo, saber cuáles son las evidencias hoy de que eso, en la medida en que avance, genera posibilidades de una mejoría en la condición económico-social de nuestras poblaciones, ya que no hay ninguna evidencia de ello; al contrario, niveles crecientes de empobrecimiento,

porque en los lugares donde aumentamos empleos lo hacemos con empleos de bajo ingreso, y la paradoja es que frecuentemente los datos estadísticos poblacionales de nuestros países dicen que disminuye la pobreza, pero aumenta la inequidad, lo que es, como mínimo, triste decirlo. Existe un problema estructural dentro del marco de la globalización capitalista que no produce redistribución del ingreso.

Entonces, si al mismo tiempo tenemos un debilitamiento de la seguridad social, acompañado por una incapacidad de redistribuir ingresos, lo que resulta como producto natural de esto es una situación de inequidad general en relación con la capacidad de consumo de la población. Esto es importante entenderlo, porque nos replantea el tema de la seguridad social como una forma fundamental de redistribuir riqueza en donde el rol del Estado es clave y el sistema tributario es primordial.

Las políticas públicas no pueden discutirse separadamente del marco general de un modelo de desarrollo económico, por lo tanto el rol redistributivo del Estado pasa a ser clave para poder generar algún tipo de expectativa positiva en relación con la disminución de las inequidades.

En esta perspectiva, el sector salud está ubicado dentro de la visión de un conjunto de seguridad social que podría generar seguridad económica, porque pensamos que la construcción del sector salud con los otros ámbitos de la

*el tema del derecho a la salud lo tomamos como un derecho fundamental, y ahí es en donde hacemos del debate un artificio,*

seguridad social puede construir una forma de protección frente a los gastos obligatorios que tienen las economías domésticas.

Sí podemos, al contrario, proteger estos gastos obligatorios o des-caracterizando la obligatoriedad por medio de sistemas universales o con trabajo con sistemas de tarifas subsidiarias, según capacidad de pago, y esto podría generarnos otra posibilidad de seguridad económica; me parece clave que esto se pueda discutir, porque hace también una crítica a la lógica que tenemos de las focalizaciones con repase de recursos por medio de medidas paliativas y que no consideran los gastos obligatorios.

Esta discusión nos remitió a otra de cómo construir un concepto de esfera pública, que abarque una disciplina del ámbito estatal y del privado, porque nos falta el concepto de lo público; y luego existe el problema clave de que construir política pública obligatoriamente remite al desafío de cómo construir empoderamiento social de estas políticas, de manera que tengan perennidad como construcción en una sociedad y no como elementos flotantes de la política de turno de cada ministro de gestión de gobierno.

*citando a Boaventura de Souza, aquél sociólogo portugués que dice "la democracia sin justicia social es una mera formalidad",*

Algo que nos falta fundamentalmente son espacios de pensamiento estratégico, en donde incluso se pueda dialogar sobre la construcción de políticas públicas de

más largo aliento, lo que entre las contradicciones fundamentales de esta construcción está bastante ausente, porque se tecnocratizaron buena parte de los espacios de la formulación de políticas públicas de nuestras universidades. El mismo campo de la salud pública tiene un concepto de aplicación de tecnologías y técnicas, pero que carece de reflexión estratégica más profunda y que coloca en tela de juicio cuáles son las opciones técnicas para cada caso, y eso nos deja profundamente fragilizados, y hace que la agenda política del debate acerca del sector salud se transforme en técnica y no política y trascendental, porque cuando hablamos de salud estamos hablando de soberanía nacional; países enfermos sin garantía de derechos sociales fundamentales son países absolutamente frágiles en cualquier tipo de debate internacional.

Es muy difícil romper esa situación si no hacemos una inversión estratégica para apropiarnos del debate desde otra perspectiva y entender salud como un sector clave de la economía social, porque, por ejemplo, un sistema universal de salud significa la construcción de un campo de trabajo de la producción industrial, de servicios, un campo que no sólo es de gasto social, sino de inversión económica, y dentro de la idea de soberanía es clave.

Hablamos mucho hoy de la rectoría, pero de cuál estamos hablando? de la rectoría como management de las relaciones de mercadeo o como del deber expreso del Estado y de un conjunto de defensa del interés público, que es la que nos interesa. El conocer de qué rectoría estamos hablando va a significar el diseño último de las instituciones como el Ministerio de Salud y su espacio dentro de

los gobiernos; hoy las políticas sociales tienen que adaptarse a la dinámica de la política económica y no, como debería ser, las políticas económicas adaptarse para sostener las políticas sociales que finalmente son la razón de existencia del Estado.

Hay también otro aspecto, que apareció varias veces en este seminario, que es el rol del financiamiento, es decir, si hablamos de un derecho a la salud, cómo lo pagamos. Yo estoy convencido de que la primera cuestión es cuánto vale y debería ser una discusión pública trascendental para un país saber cuánto vale garantizar el derecho a la salud de todos, para que todos tengan la integralidad de respuestas necesarias a sus necesidades, y cómo se genera la equidad, porque eso tiene un costo en sociedades que son profundamente inequitativas y con una deuda social importante.

Si no se plantea cuánto vale dar salud toda la discusión respecto a las alternativas orientadas por el mercado se fragilizan, porque las fórmulas desde el mercado tienen un costo y una lógica, debido a que parten desde el inicio de un costo aceptable y eso lo definen como elemento de discusión.

Cuando hablamos de sistemas universalizantes, la gente dice que son muy caros y que tenemos que generar sistemas de co-pago, factores moderadores de consumo, pero eso vale para sistemas establecidos donde hay una racionalidad a introducirse, pero en sistemas donde no hay garantías el co-pago lo que hace es institucionalizar la exclusión, que es algo que sabemos por nuestra experiencia latinoamericana.

La idea de una financiación que va por ingresos generales del Estado, que fue la conclusión del Foro, nos parece la única y, además, coherente.

Solución que se puede sostener en el contexto latinoamericano, porque resulta algo fuera de lugar pensar que podemos introducir una perspectiva de aseguramiento con base en la contribución de los trabajadores formales en poblaciones donde el grado de desempleo es tremendo, y que buena parte de lo que contamos en las estadísticas como empleados de hecho son trabajadores informales y de jornal.

Cuando veo en Centroamérica lo que se está haciendo con reformas de segunda generación, con la idea de aseguramiento en poblaciones que tienen menos de 10% de trabajo formal, me parece una locura; sin embargo, se está realizando y hay muchos organismos internacionales trabajando en esa perspectiva. Si eso va por ese camino no tiene sostenibilidad. Cómo vamos a creer que de eso pueda salir la garantía del derecho a la salud.

¿De qué agenda política necesitamos?

La conclusión del Foro fue que necesitamos de una agenda política que coloque siempre sobre la mesa la pregunta de cómo garantizamos el derecho de todos, porque éste es el punto de partida.

Si no hay cómo garantizarlo, y ahí está el tema que vamos a responder, el de las necesidades que se derivan de los derechos, para entonces adoptar modos de atención, es decir, formas de organizar los sistemas de salud y seguridad social que respondan a este imperativo ético, y entonces adoptar la lógica de un modo de gestión correspondiente; por eso la regla de juego hoy es así, primero veo el

modelo de gestión que me indica las reglas y después respondo a las necesidades sociales. Queremos algo distinto a ello, que más bien lo primero sea estructurar la percepción de las necesidades para poder generar un imperativo de agenda que nos permita responder a focalizaciones, pero para ganar tiempo en la construcción de un proceso sostenido estratégico y no para que la focalización se naturalice como forma de exclusión. Entonces hay una tensión profunda respecto a esta lógica y al tema de desproporción crónica.

La presentación de Celia también nos alerta sobre eso, tenemos en Brasil un sistema universal, pero seguimos con niveles de financiamiento que no son suficientes, y sabemos que no lo son. Pero más allá de eso, cuando se observa lo que se gasta en Europa en salud, y aquí se habló mucho del tema de cómo controlar los gastos, nosotros gastamos 5% de lo que se gasta per capita en Francia; entonces, no me digan que somos poco eficientes, sino más bien creo que hacemos milagros, ya que sólo puede ser que se trate de una población de 182 millones con este tipo de per capita y que paguemos trasplantes, somos el segundo país después de España en proporción de trasplantes.

El sistema privado de mercado, incluso como alternativa en el imaginario social, lo cual es gravísimo porque impacta en la autoestima del trabajador público,

*necesitamos de una agenda política que coloque siempre sobre la mesa la pregunta de cómo garantizamos el derecho de todos, porque éste es el punto de partida.*

impacta en la estructura de los servicios públicos y nos lleva finalmente a una naturalización de la opción privatista como una opción naturalmente mejor, cuando no hay ninguna evidencia de ello. Preocupa muchísimo, y que es un desafío de comunicación política que poco hemos enfrentado, porque infelizmente estamos ya desde hace casi tres décadas sobreviviendo a un discurso hegemónico que dice que el mercado va a solucionar todo.

El planteamiento, como una de las conclusiones del Foro, fue que la triada indisociable es que no podemos disociar universalidad de integralidad con equidad, no me digan que el sistema es universal, pero con categorías, y si se contribuye más se tiene más.

Yo no puedo relativizar la necesidad según lo que puedo ofrecer; hay sistemas que se dicen universales, pero todavía no garantizan un tratamiento. Entonces, es muy importante la triada y, además, en el debate se afirmó que para sostenerse se tiene que estar en un contexto de democratización institucional, donde la población pueda participar de la toma de decisiones sobre cuáles son las prioridades, eso me parece clave.

La equidad es un producto, es decir, producir la equidad y disminuir estas diferencias es un producto deseado absolutamente esencial, necesario y principal de un sistema que se plantee como universal integral; por lo tanto, la equidad no es una categoría intermedia, sino a donde queremos llegar, y si queremos medir si está funcionando o no tenemos que medir si hay inequidad, que es donde está incorporada de antemano la idea de universalidad, que significa dar la respuesta necesaria y oportuna según



la necesidad y, además, sin distinción de clase social, etnia, género, geografía, etcétera.

Lo paradójico es que hay países donde a las personas les conviene ser muy pobres, porque si no lo es no accede al mercado y tampoco el sistema público lo garantiza; esto sucede en países en donde hay grupos que no tienen capacidad económica para ingresar en el mercado de la salud, pero tampoco llenan la focalización equitativa del Banco Mundial y sus seguidores.

Terminaría citando a Boaventura de Souza, aquél sociólogo portugués que dice “la democracia sin justicia social es una mera formalidad”, y nosotros transformamos la democracia en un espectáculo electoral cuando el objetivo de la democracia es que genere beneficios a la población.

Cuando naturalizamos a la democracia como un ritual y descontamos del proceso democrático la producción de justicia social estamos perdidos, y la primera víctima es la República, ya que el principio republicano desaparece.

En el Foro adoptamos una resolución, que fue aprobada en la plenaria final, en la cual nos dirigimos a los Presidentes de los países sudamericanos en aras de plantear la necesidad fundamental de que la integración sudamericana, que dio un paso clave en la reunión del Cuzco en diciembre del año pasado, que esta Comunidad Sudamericana no sea simplemente un bloque económico ni un sistema de aduanas, de comunicación o de energía y transporte, sino que además sea el marco de creación de una comunidad centrada en la producción social de bienestar y en la producción de

*la triada indisociable es que no podemos disociar universalidad de integralidad con equidad,*

justicia social en el continente sudamericano.

Por ello presentamos estas consideraciones y decisiones en el sentido de que creemos absolutamente fundamental que el proceso de construcción de la Comunidad Sudamericana tenga la activa participación de los movimientos sociales representativos de las comunidades de este continente, y que tenga una agenda social definida y, creemos, sin lugar a dudas, que la salud debe ser el tema inicial y estructurante de la agenda social, puesto que es la expresión del derecho fundamental a la vida, y que para abordarlo el tema clave, motor de esta agenda, es la lucha por la equidad.

Creo que hoy hablamos mucho de las diferencias entre los países, acerca de que no es posible imponer reformas, sistemas únicos y en eso estamos de acuerdo, pero también en el hecho de tener un principio único de la garantía del derecho, la universalidad o integralidad con equidad. Sabemos que hay países que tardarán más en llegar a un nivel óptimo en ello y otros que llegarán más rápido, pero si hay un principio de equidad y si eso pasa a ser el criterio discriminatorio positivo de las inversiones de la organización podemos llegar, aunque con variaciones en cada país, a un eslabón distinto de esta garantía del derecho si de verdad logramos colocarlo en agenda

sudamericana y, al mismo tiempo, construir una expresión de este mandato político y la integración de nuestros esfuerzos técnicos y políticos.

Yo creo que tenemos un ejemplo para dar al mundo, porque ésta fue una Región muy golpeada por las reformas

neoliberales, pero también una Región con mucha lucha y resistencia y con mucha capacidad política, y ya es hora de rescatar eso para una agenda trascendental de este nuevo momento histórico.

Muchas gracias.

## Futuro de la reforma, salud pública, derechos e integración

*Integrantes:*

*Dra. Cecilia Villavicencio, Sub Secretaria de Salud Pública de Chile*

*Dra. Gabriela Quiroga, Ministra de Salud y Bienestar de Bolivia*

*Dra. Pilar Mazzetti, Ministra de Salud del Perú*

*Dr. Eduardo Alvarado, Viceministro de Protección Social de Colombia*

*Dr. José Villacís, representando al Ministerio de Salud Pública de Ecuador*

*Dr. Francisco Armada, ministro de Salud y Protección Social de Venezuela.*

**Modera el doctor Fernando Muñoz Porras, jefe de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud de Chile.**

**EL objetivo que tiene esta mesa redonda es que podamos discutir, con nuestras distinguidas visitas participantes en este evento, acerca de una temática que en las reformas de salud por lo general tiene un rol secundario y que sin embargo es la temática probablemente más importante para la salud de nuestros pueblos, tal como la salud pública.**

**Quisiéramos que a través de las intervenciones de los participantes se expresen ideas de lo que hoy día estamos haciendo o pensando con el fin de poder enfrentar los problemas de salud que nos afectan y que van a marcar el futuro de la realidad de salud del mundo y por supuesto de nuestra región.**

**Quisiéramos que las intervenciones que siguen pudieran abordar las viejas temáticas, pero no por ello menos actuales, que tienen que ver con la prevención y promoción de la salud.**

**Desde el punto de vista de la realidad actual en términos de panorama de los problemas de salud para introducir a la mesa redonda quisiera mostrarle un par de láminas que tienen que ver con una realidad que nosotros recientemente hemos medido en Chile y que sin duda quienes también lo han medido en otros países encuentran realidades similares y es el panorama de los riesgos para la salud que derivan de otros estilos de vida; de otros determinantes sociales que explican un panorama bastante preocupante y que no solo es preocupante por la magnitud de los daños sino por el diferencial que esos daños muestran en la población, que como ocurrió en tiempos anteriores con la enfermedad transmisible también tiene la peculiar presentación de afectar mucho más a los sectores más desposeídos y más pobres de nuestro país.**

**Este es el panorama en la reciente encuesta de salud que Chile hizo el año pasado, lo que constituye la primera encuesta poblacional hecha en Chile en una muestra representativa de la población nacional que no solo preguntó por demandas de salud sino que midió factores de riesgo en población adulta o mayor de 15 años de nuestro país.**



El panorama de uno de los problemas a su vez un factor de riesgo importante para causas de muerte de muy relevante en Chile son la cifras de hipertensión arterial son la de importancia y magnitud que también tiene una distribución de acuerdo a la educación de las personas extremadamente impactante en relación a la comparación entre las personas con relación a la educación superior y educación básica.

### Sobrepeso y obesidad

Pareciera no ser tan desigual en materia de sobrepeso, sí extremadamente relevante en términos de porcentaje que superan al 30% de la población encuestada pero en cuanto llega al nivel más alto de sobrepeso y a los rangos de obesidad se puede observar que el panorama de la obesidad se expresa de una forma extremadamente impactante y brutal me atrevería a decir.

En esta encuesta solo uno de los factores de riesgos analizados que es el tabaquismo en Chile tiene esa distribución desigual por el nivel socioeconómico, probablemente por el precio del cigarrillo es un factor que hace que los niveles más educados fume discretamente más en los promedios que en los niveles con menos educación pero probablemente es una situación que va a cambiar drásticamente en el futuro.

Ese es el panorama que hoy día enfrentamos para ello los distintos países han efectuado distintas intervenciones algunas estructurales como las que ocurrieron en Chile en sus inicios que dividieron las funciones del Ministerio de Salud en aquellas dirigidas fundamentalmente al ejercicio de la autoridad sanitaria y a preocuparse de estos problemas de la salud pública y en relación al quehacer que más nos demanda día a día y al cual dedicamos los esfuerzos más habituales de un sistema de salud que es el quehacer de la atención médica de las personas.

Nuestra reforma en Chile y probablemente una realidad que nos acompaña en muchas partes hasta el momento ha sido fundamentalmente una reforma de la atención médica más que una reforma de la salud y creemos que en la medida en que podamos dedicar esfuerzos más profundamente y específicamente dirigidos a esta temática podemos evitar la competencia de recursos que habitualmente se dan entre la salud pública y la atención médica en donde generalmente la salud pública pierde en esa disputa, los lobbies influyen entre ambos sectores y los problemas de transparencia en la regulación que afectan a ministerios en donde existan sistemas de múltiples proveedores si bien con un sistema público muy fuerte y en lo, que con razón, no se puede ser juez y parte de una regulación que aspira a ser transparente en aquel aspecto de la salud pública que tiene que velar por que la calidad de los servicios individuales también sea la adecuada y su acceso esté garantizado con la mayor equidad posible.

De manera que la pregunta que quisiéramos que nos ayudarían a contestar nuestros participantes de la mesa tiene que ver justamente con esto, cuál es el panorama actual, cuál es su visión acerca del desarrollo de la salud pública en cada uno de los países, cuál debiera ser el papel de la salud y particularmente de este esfuerzo sanitario que tiene demandas tan fuertes y acuciantes en los procesos de integración en sudamérica y en particular en la región andina.



## Futuro de la reforma, salud pública, derechos e integración

### Dra. Pilar Mazzetti Soler Ministra de Salud del Perú Salud pública en el Perú

Los aspectos vinculados a la salud pública, cuando generalmente abordamos una exposición, tienen que ver con una serie de análisis de cifras y datos de ese tipo, y con el deseo que tenemos todos de contar nuestras experiencias exitosas. Nuestra exposición será un tanto diferente, queremos hablar verdaderamente de los que consideramos los problemas que estamos abordando en el nuevo contexto de evolución de la salud pública en nuestro país.

En la salud pública abordamos algunos aspectos peculiares en nuestro continente; en primer lugar, el aspecto regional que es el que nos tiene aquí reunidos; en segundo lugar, el aspecto tan trascendente de la globalización; en tercer lugar, los nuevos retos planteados en este siglo y, finalmente, cuál es la respuesta que tenemos que dar como continente para este nuevo escenario.

#### Contexto regional andino

Todos sabemos que tenemos un serio problema todavía enquistado en nuestras sociedades, de pobreza y sobre todo de incremento en una serie de brechas de nuestra población, además del mal endémico no solamente en salud pública, sino en nuestras vidas de inestabilidad política y social, de tal manera que nuestras democracias son todas débiles



de una forma o de otra, pero creo que todos afrontamos este gran problema en nuestra Región. Por otro lado, tenemos cambios demográficos sumamente importantes, todos nuestros países han afrontado una serie de factores; en el nuestro, en particular, la violencia ha determinado una serie de cambios de grupos poblacionales que han tenido que desplazarse y enfrentar nuevos retos de vida y, por ende, de salud.

Los costos de atención se han incrementado notablemente y, si bien somos un país de escasos recursos y con una gran población pobre, al mismo tiempo la demanda de esta población por salud que tiene un costo sumamente elevado frente a presupuestos que

muchas veces va disminuyendo, es otro aspecto que tenemos que tener en cuenta. La violencia, desencadenada por algún fenómeno social como la violencia terrorista en nuestro país que termina, pero luego se inician las consecuencias más violentas derivadas de la anterior; los jóvenes que entran en pandillaje y la sociedad que se conmociona con una secuela de violencia.

Por último, un aspecto que en nuestro país ha sido trascendente: la salud mental como una preocupación creciente.

Tenemos 52% de pobreza en el Perú, y dentro de ella aproximadamente la mitad se encuentra en pobreza extrema; lo que significa que en nuestro país, en donde somos alrededor de 27 millones, tenemos alrededor de 13 millones de personas en situación de pobreza y la mitad de esa población realmente está en condiciones de exclusión; muchos no acceden a los servicios de salud, pues alrededor de tres millones de peruanos no pueden acceder a los servicios de salud porque no los hay, y por que su situación es tal que no les es posible desplazarse a estos lugares, ya que nuestro país tiene regiones geográficas sumamente disímiles.

Tenemos en estos momentos, desde el comienzo de nuestro gobierno democrático, una democracia en permanente cuestionamiento que crea desconfianza hacia los servicios públicos, es cierto que tenemos problemas de corrupción importantes, pero no es sólo una desconfianza por corrupción, sino frente al hecho de que existe un descrédito del gobierno no importando que cosas haga, buenas o malas; lo destacado es el componente negativo, y a pesar de que el país está registrando una serie de cifras sumamente alentadoras,

por primera vez en décadas, el cuestionamiento es permanente y eso se refleja inclusive en el sector salud.

Vivimos un momento en el cual las autoridades civiles son constantemente cuestionadas e incluso violentadas; hemos tenido autoridades que han sido agredidas y muertas por la población, y esto también se refleja en las autoridades de salud, las cuales en algunos lugares son cuestionadas de una forma muchas veces irracional y poco basada en hechos reales.

Tenemos un contexto epidemiológico muy interesante y mixto; somos un país de ingresos medios bajos, y vivimos al mismo tiempo con los problemas derivados de una serie de enfermedades infecciosas, altamente manejables en teoría, que siguen siendo un problema serio de salud pública como las enfermedades metaxénicas y, al mismo tiempo, tenemos problemas que en estos momentos estamos empezando a analizar vinculados, por ejemplo, con la obesidad y sus evidentes repercusiones en una población en pobreza extrema; 32% de nuestras mujeres en este estrato llegan a tener obesidad, según algunos estudios locales.

Esto nos permite observar que estamos enfrentando al mismo tiempo los problemas de países desarrollados y los problemas que "habíamos dejado atrás".

Como país de ingresos bajos evidentemente creo que es también endémico y es parte del contexto epidemiológico. El presupuesto siempre insuficiente en los últimos años pese a los esfuerzos que las autoridades hacemos al insistir en que las prioridades son en educación y en salud. Creo que esto es común a todos los países, pero la realidad

es diferente, y nos muestra que el presupuesto ha ido disminuyendo año a año y en este año, cuando hemos tenido un incremento del presupuesto, si hacemos un análisis frío y descarnado, lo que hemos tenido es un aumento que iguala simplemente la inflación. De tal manera que del dicho al hecho verdaderamente hay mucho trecho en aspectos vinculados con la salud; todos decimos que es una prioridad, pero ciertamente no es así.

Además de esto, tenemos un fenómeno interesante relacionado al mismo tiempo con la violencia y la salud mental, que probablemente sea propio en nuestro país. A partir de la zona afectada por la violencia terrorista, la zona centro andina, se formó una Comisión de la Verdad y Reconciliación que dio una serie de sugerencias, las que evidentemente, en el contexto de dificultades sociales y económicas, son difíciles de implementar; sin embargo, el Ministerio de Salud ha conseguido armar un programa de salud mental, que si bien no va dirigido a reparaciones individuales, que realmente son un tanto cuestionables por la estigmatización y otros factores, nos permite hacer una reparación global en la zona afectada por la violencia con un programa de intervención ambulatoria, porque no contamos con profesionales de salud mental en esa zona.

El programa nos ha permitido hacer en un año aproximadamente 50 mil atenciones, con intervenciones de tipo de mejora de los lazos y el soporte comunitario para las personas afectadas; es una experiencia muy interesante y de la cual nos sentimos muy orgullosos, y luego de haber podido comparar esto con lo efectuado en otros países realmente es un gusto poder presentar algo que realmente sea interesante.

Un ejemplo de cómo la pobreza va escalando en nuestro país: los ingresos van distribuidos a un porcentaje muy pequeño de la población, nuestro país ha mejorado notablemente, pero esa mejoría económica todavía está manteniéndose dentro de un grupo poblacional, y es muy poco lo que alcanzan las personas que se encuentran por debajo, lo cual incrementa las inequidades, otra de nuestras epidemias.

Igualmente, en los aspectos relacionados con la globalización, existen, todos lo sabemos, nuevos productos, servicios, conocimientos a los que se accede fácilmente, nuevas conductas y patrones de consumo, y todo ello tiene impactos positivos. Sabemos de una serie de productos saludables y tenemos bienes públicos que son ahora globales. Al mismo tiempo, tenemos un incremento en una serie de actividades que están nuevamente ocasionándonos problemas y que pensábamos estaban relativamente controladas, y problemas públicos globales como el narcotráfico, la corrupción y la contaminación.

En nuestro país, efectivamente, tenemos una serie de cosas nuevas, el país ha tenido que analizar y abordar en los últimos años la salud pública desde aspectos como por ejemplo el Seguro Integral de Salud, que por lo menos es una alternativa, probablemente demasiado ambiciosa, porque un seguro de este tipo, que cubre absolutamente todo, genera problemas presupuestales importantes. Probablemente un diseño un tanto más restringido, enfocado a los problemas prioritarios nos hubiera permitido una holgura económica que en estos momentos no estamos teniendo.

Asimismo, el desarrollo de seguros

contributivos para ese grupo de población informal, que está recibiendo ingresos interesantes pero que todavía no se integra al sistema en forma oficial. Una nueva cuestión que está surgiendo en nuestro país, y desconozco si en los otros países latinoamericanos también, es el conjunto de reclamos por negligencia que tienen que ver tanto con el mayor acceso a la información en salud de la población como, por supuesto, con algo mucho mejor estructurado, los lobbies para generar seguros que evidentemente van a tener ingresos muy interesantes.

### ¿Cuáles han sido los impactos positivos?

Los nuevos productos. Tenemos un programa muy ambicioso e interesante de escuelas y comunidades saludables que ha tenido un escalamiento de incorporación de este tipo de establecimientos cada vez mayor. El concepto de escuela saludable realmente ha prendido, por utilizar una palabra muy descriptiva.

Los municipios se han organizado a escala nacional, y tenemos una intervención para que todos tengan una comunidad saludable que cada vez atrae mayor cantidad de alcaldes; esto nos ha servido para redundar en algo interesante como es el Programa de los Hogares Libres de Plomo. En nuestro país tenemos un serio problema en cuanto a la minería y que si bien hay una serie de minerales involucrados el del plomo es uno de los más antiguos y de los más difíciles de abordar. Ha habido una intervención bastante costosa en la Sierra Central y a lo largo de los años ¿qué hemos demostrado?

Que los niveles de plomo no han subido, nada más.

En uno de nuestros puertos se ha hecho un programa en donde además de las intervenciones costosas para mantener el plomo en su lugar se ha intentado retirar el plomo de los hogares, con una intervención de bajo costo, porque solamente en educación, en donde participan las familias, hemos logrado en solo dos años, a diferencia del otro programa que ha sido medido en cinco años, una disminución bastante significativa de los niveles de plomo en sangre de los niños. Entonces, el hecho de tener estos impactos positivos nos permite extrapolar, a bajo costo, esta experiencia a otros lugares del país.

### Los impactos negativos

Hemos tenido un problema de desestabilización con la tuberculosis. Como siempre, en los países latinoamericanos nos prendemos de una idea y la aplicamos y no nos preparamos para ello. Cuando se cambió de los modelos verticales, por muchos años establecidos y que son parte de nuestro yo, al modelo horizontal el programa de tuberculosis desapareció. El resultado final fue que los trabajadores no sabían qué hacer y ni cómo incorporarse al componente transversal; esto determinó que prácticamente casi perdiéramos todo lo logrado a lo largo de tantos años y de tanto éxito como el que tuvimos en el país en cuanto a la tuberculosis. Ha tomado un esfuerzo de prácticamente un año recuperar toda esa estructura, volver a incorporarlos y enseñarles a vivir dentro de la transversalidad, que ciertamente es muy útil, pero para nosotros nos significó, por la falta de preparación, un problema.



Hemos tenido brotes importantes, por ejemplo, de influenza; un brote reciente que ni siquiera hemos podido analizar porque no hemos estado preparados para ello. Asimismo, hemos tenido en la Amazonía un brote tremendo de hepatitis B que ha llevado a la casi desaparición de comunidades nativas, de tal manera que hemos tenido que implementar un programa muy agresivo de vacunación en las primeras 24 horas de nacido para, poco a poco, incrementar el número de personas de esas poblaciones.

Igualmente, dentro de la globalización hay una serie de reducciones de barreras comerciales, como los acuerdos comerciales que todos conocemos, que tienen impacto en temas clave para la salud como la propiedad intelectual de medicamentos, que tienen que ver con migración e ingeniería genética. Esto se refleja en nuestro país en un acuerdo aparente y mucha cordialidad entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Comercio, pero en el fondo no hay un acuerdo real respecto a la repercusión de los tratados en la salud pública. Igualmente es curioso, todo el mundo ya sabía que estos tratados se venían pero, por lo menos en nuestro país, no ha habido una previsión, es decir no nos hemos organizado.

El Ministerio de Salud, y lo digo con autocrítica, no se ha preparado desde el punto de vista legal para incorporar una serie de medidas en nuestras leyes para protegernos de lo que venía y, por otro lado, no se ha levantado la información necesaria para que pudiéramos hablar acerca de las repercusiones en medicamentos. Hemos desarrollado un estudio reciente de manera sumamente rápida, pero en realidad estaríamos mucho mejor preparados si nos

hubiéramos organizado en forma conjunta desde hace un par de años los países latinoamericanos, ya que hubiéramos podido comparar nuestros datos y hacer frente a algo que puede ser sumamente bueno, y de ninguna manera el Ministerio de Salud se va a oponer a algo que mejora la situación económica, porque eso es un determinante de la salud, pero al mismo tiempo puede representar una amenaza para nuestra población más vulnerable y para el gasto de bolsillo.

Otro aspecto es el hecho de que nuestros profesionales de la salud, en cifras, pueden estar de acuerdo con la población que tenemos, con una pequeña deficiencia, pero en la práctica no vamos a encontrar un ginecobstetra o un anesthesiólogo en las zonas alejadas de nuestro país, ya que estamos ubicados en hospitales en zonas urbanas, y es muy difícil mantenernos; además, no tenemos ninguna política sobre recursos humanos que haga atractivo que un profesional joven pueda permanecer tres o cuatro años en una zona alejada, de tal manera que pueda al mismo tiempo aprender una serie de cosas interesantes y sentirse cómodo y darle un servicio, que realmente se está necesitando, al país.

*el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio ha determinado en nuestro país un esfuerzo muy poco articulado por el cambio constante de autoridades, problemas presupuestales y por los esquemas de trabajo que han sido importados, tal vez con la mejor intención, pero importados,*

## Respuestas frente a este escenario

### Las acciones multisectoriales

Hemos empezado en los últimos tres años ha interactuar con los otros ministerios y ya para este año tenemos una dinámica de relación con los otros sectores que está funcionando relativamente bien.

### La interrelación público privado

Está empezando a construirse, tenemos el Consejo Nacional de Salud en el cual participamos todos los sectores de salud como la Seguridad Social, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, la práctica privada y las instituciones que hacen salud, desde las ONG y la sociedad civil. Igualmente involucrar a la sociedad civil ha sido una nueva etapa, ya que supuso el cambio de la idea de que sólo el Ministerio de Salud sabía lo que hacía, el resto no. Ha sido difícil a lo largo de este último año empezar a introducir instituciones bien organizadas de la sociedad civil a discutir con nuestros funcionarios, y que éstos acepten que ellos también tienen algo interesante que decir, y que el producto final puede ser mucho más rico si participamos todos.

¿Qué continuidad tenemos en nuestros países?

Las autoridades somos lo más cambiante que hay. La mortalidad ministerial es tremenda en nuestros países, la vida media de un ministro de salud en mi país son nueve meses. La continuidad no somos nosotros, seamos realistas, la continuidad la da la sociedad; si la sociedad sabe lo que quiere, pues no importa que el ministro cambie, la idea va a continuar y las cosas realmente se van a hacer.

El componente del Modelo de Atención Integral de Salud es prácticamente uno de los nuevos paradigmas en este siglo y creo que es muy atractivo intelectualmente, esperemos que la práctica nos demuestre en nuestros países que una vez implementado correctamente esto sea así. La descentralización es un reto fascinante para nosotros, de tal manera que el Ministerio de Salud, permítanme la vanidad, es el único ministerio que mantiene reuniones constantes con todos los representantes regionales cada tres meses, y hemos avanzado en un sistema de transferencia que ha sido coordinado; hemos sido el único ministerio que ha presentado un plan de transferencia hacia las regiones que ha sido coordinado y, un fenómeno curioso en nuestro país, antes de la fecha límite.

Tratar de encontrar un balance entre este desarrollo económico y el desarrollo social, es tal vez el gran reto en nuestro país. La movilización de mayores recursos para salud se coloca porque siempre hay que insistir en ello, y quien sabe si por ahí hay alguien que nos escucha, pero la práctica nos demuestra que no necesariamente es así, de tal manera que lo que necesitamos es un uso ingenioso de los recursos y la búsqueda de otros y, evidentemente, al final, pero no menos importante, una mayor integración subregional y regional, y a esto finalmente voy a llegar.

Las acciones intersectoriales evidentemente tienen que ver con todo lo que estamos viendo aquí y salud es la resultante de todo lo antes mencionado; el paradigma del modelo de atención integral de salud el cual en la persona es vista a lo largo de su vida, y nos acercamos a ella en sus diferentes etapas

de vida y no sólo a ella sino a su entorno, creo que es el gran reto, tal vez no muy bien interiorizado en nuestros trabajadores por la forma precipitada en la que se estableció y por la poca difusión que ha tenido, pero, por ejemplo, donde hemos logrado establecerlo ha generado algo interesante, un acercamiento entre los trabajadores de la salud y la comunidad, que en nuestro país es muy difícil de lograr, ya que los trabajadores de salud nos encontramos en una situación en la que prácticamente estamos cansados por el trabajo.

Finalmente, el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio ha determinado en nuestro país un esfuerzo muy poco articulado por el cambio constante de autoridades, problemas presupuestales y por los esquemas de trabajo que han sido importados, tal vez con la mejor intención, pero importados, el modelo de atención integral, con los problemas que ya hemos mencionado, y una terrible frustración de nuestros trabajadores en todos los niveles ante la idea de reforma, ya que ha habido demasiados intentos por concretarla.

Esto es algo que en realidad todos enfrentamos, los típicos problemas de la democracia en Latinoamérica, la

movilización de mayores recursos de cooperación internacional ha afrontado una serie de subidas y bajadas, y yo creo que es una alternativa muy interesante que frente a la falta de recursos podemos optimizar. Todos pensamos que es necesario un adecuado balance entre el desarrollo social y el desarrollo económico, de tal manera que países como el nuestro, con hermosas cifras económicas, puedan ver también hermosas cifras sociales y no nos quedemos en el componente económico.

Todo esto para llegar a que nos parece que esta problemática tan heterogénea y compleja tiene una alternativa interesante y es armonizar entre todos nosotros, si todos los países que estamos en América Latina y el Caribe nos integramos, y dentro de ello, el poder tener la Comunidad Sudamericana de Naciones es probablemente el primer paso; vamos a poder compartir nuestras experiencias exitosas y, sobre todo, compartir aquellas que nos han fallado, de tal manera que podamos hacer alguna construcción de todo lo que es el sistema de salud en nuestro continente, que nos permita disminuir las repercusiones de los cambios en el último siglo.

Muchas gracias.

## Futuro de la reforma, salud pública, derechos e integración

### Dr. Eduardo Alvarado

#### Viceministro de Protección Social de Colombia Salud pública en Colombia

Quisiera comentarles algunas reflexiones que, para este seminario con este tema, preparó el Ministerio sobre las relaciones del proceso de reforma en el Sistema General de Seguridad Social que rige en Colombia y la salud pública en nuestro país.

En primer lugar, quisiera plantear que estamos superando ya los diez años de una reforma bastante profunda de nuestro sistema de salud y de seguridad social en Colombia, que significa la integración de los dos sistemas.

Como en la mayoría de nuestros países antes de esta reforma contábamos con un Seguro Social y con un sistema de seguro social, por una parte en ocasiones también fragmentado a su interior, y un sistema nacional de salud que se ha integrado en el Sistema General de Seguridad Social. Al mismo tiempo, ese proceso se ve surcado por las decisiones de la Constitución colombiana, establecida en 1991, que profundiza la descentralización iniciada en el año 1990 y en la cual el componente de salud es asumido en diferentes instancias por entidades territoriales de orden municipal, local e intermedio, como los departamentos.

Adicionalmente, la Constitución de 1991, que se reconoce como una constitución garantista y de avance importante en la



protección de los derechos individuales y colectivos de las personas, introduce un elemento fundamental que es el derecho de amparo o de tutela, que particularmente ha tenido un uso que ha impactado para bien o mal decididamente en el componente de salud y en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, fundamentalmente excediendo en lo que hoy podría reconocerse como las garantías explícitas de este sistema; esa circunstancia ha hecho que se abra el debate entre la posibilidad de gastar grandes sumas de dinero en la protección del derecho individual en detrimento de los derechos colectivos y de la posibilidad de ofrecerle a todos una misma cobertura en los servicios de salud.

Por supuesto, el sistema hoy está planteando la necesidad de una reforma y está evidenciando los logros importantes que ha tenido, pero también los fracasos

más significativos. Si uno planteara los objetivos finales de toda reforma y de todo sistema de salud, particularmente para el modelo colombiano serían, a mi modo de ver, tres: cómo mejorar el estado de salud de la población, proteger financieramente a la población frente al riesgo de enfermar, y mejorar la satisfacción de la población con los servicios de salud, y partiendo de que para ese logro de los objetivos finales allí planteados se hacen necesarios objetivos intermedios que tienen que ver con la eficiencia, la garantía de la calidad, la equidad, la intervención del Estado para garantizar esa equidad y propiciar el mejoramiento del estado de salud, y la protección financiera y la satisfacción.

Actualmente, se viene evaluando cuál ha sido el resultado de ese sistema de salud; se reconocen logros importantes en el componente de aseguramiento quizás; hoy se identifica que el grueso de las acciones de la reforma del gobierno y de los actores diversos se ha concentrado en la política de aseguramiento, en la política de atención a las personas y en la organización estructural de la atención a las personas.

Se ha contado con mayores recursos para la salud como nunca antes en Colombia, contando con recursos públicos y recursos de contribuciones parafiscales para la salud, ha habido un aumento significativo de la cobertura del aseguramiento y consecuentemente, un crecimiento importante del acceso a los servicios de salud para la población; sin embargo, a pesar de estos logros importantes que incluyen crecimiento no solamente en el acceso a la consulta médica, la hospitalización y la cirugía, sino también en el acceso a los medicamentos, se considera de los

fracasos más importante el componente de salud pública; quizá porque el sistema concentra las acciones en el componente de aseguramiento de la prestación de los servicios y atención a las personas hoy encontramos graves problemas en la salud pública derivados de esta integración.

Integrar el Sistema Nacional de Salud con el Sistema de Seguridad Social no parece haber logrado juntar las virtudes de ambos, y la gran virtud del primero en cuanto a las acciones de salud pública y su dedicación fundamental a ese tema fue de alguna manera opacada por el componente de atención a las personas en el modelo de aseguramiento.

Adicionalmente, tenemos que el sistema entre sus fracasos cuenta con una presencia muy alta de factores de corrupción a diferentes niveles que unos atribuyen a la multiplicidad de actores en el aseguramiento y otros a los procesos de descentralización y a la participación de entidades territoriales que no han logrado la suficiente madurez en el manejo de los recursos públicos.

Adicionalmente, se considera dentro de los problemas actuales en el sistema un desequilibrio importante en las relaciones entre aseguradores y prestadores de los servicios de salud que ha llevado a la queja permanente con relación al deterioro de sus ingresos y de la capacidad de negociación frente a estas entidades, por supuesto no es un problema exclusivo de este sistema pues existe la queja en los otros sistemas.

El gran problema entonces en nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud son los temas de salud pública; hemos encontrado deterioro en

indicadores importantes de salud pública a pesar del aumento de la cobertura, el aseguramiento y el aumento en el acceso a los servicios. Encontramos graves problemas, por ejemplo, en el componente de mortalidad materna. Personas que tienen seguro de salud y todas las condiciones de acceso a los servicios de salud e incluso la posibilidad del acceso en las grandes ciudades a los servicios de salud hoy están muriendo en condiciones perfectamente evitables, y eso se atribuye a la falta de una actitud, de una política que integre a todos los actores públicos y privados en este componente fundamental de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Igualmente, hemos encontrado problemas de incremento de los niveles de mortalidad por malaria en el país, y para lo cual es muy difícil establecer su conexión exclusiva con la aparición del modelo de universalización del seguro de salud, que hoy no es universal aunque sí llega a más de 70% de la población, y probablemente tenga que ver más bien con la descentralización de las actividades relacionadas con el control de vectores y enfermedades de transmisión vectorial y, en general, con la eliminación de las campañas directas de ámbito nacional. Asimismo, se encuentra otra serie de limitaciones importantes que han debilitado la salud pública en general, lo que ha sido planteado no sólo por el gobierno nacional, sino por el conjunto de los actores.

Frente a esto es necesario hacer una reforma, hay quienes hablan de una reforma radical del sistema de salud que pudiera un poco acabar con lo que se hizo hace 10 años y volver hacia el viejo esquema de Seguro Nacional de Salud,

pasando incluso por todo el espectro de quienes, de alguna manera, han planteado reformas importantes al actual sistema, manteniendo el modelo de seguro de salud, con una lógica fundamental: la población pobre ha ganado significativamente en empoderamiento y acceso a los servicios de salud y el gobierno ha planteado un argumento central, no es razonable quitarle a la población pobre el derecho a un seguro de salud al cual, quienes tomamos las decisiones, no estamos dispuestos a renunciar. No habría entonces razón para obligar a que la población pobre renunciase a ese servicio de salud o de alguna manera quitárselo. Sin embargo, hay que introducir reformas importantes que tienen que ver con la definición de prioridades en salud pública, la asignación de recursos y la definición de las competencias entre las entidades territoriales en materia de salud pública.

Actualmente existen dos grandes debates en relación con qué hacer con la salud pública en las reformas en Colombia. El primero tiene que ver con quién debe desarrollar las acciones de salud pública; por los problemas de corrupción que se han presentado y por otras circunstancias hoy muchos plantean la necesidad de que la población asuma mayoritariamente esas acciones; esta es una discusión muy complicada que hecha para atrás toda una década de descentralización, de fortalecimiento de los poderes municipales con errores, equivocaciones y problemas que hoy por hoy es muy discutible y que en estos momentos tiene enfrentados a diversos sectores en el Parlamento, y que el gobierno obviamente está escuchando para al final definir la posición y determinar hacia dónde se deben dirigir

los recursos para las acciones de salud pública.

Definitivamente, la aplicación directa en el ámbito local, cuando se realiza de manera correcta, seguramente es mejor y, probablemente, la solución no sea echar hacia atrás el proceso de descentralización, sino fortalecer los controles como el social, y hacer que haya una participación que permita que esos recursos se utilicen de manera adecuada y en el ámbito local; sin embargo, es una discusión que hoy mismo está abierta en el Congreso de la República de Colombia.

Igualmente, hay un gran debate en relación con qué hacer para escoger entre dos integralidades; hay quienes hablamos de la integralidad de las acciones de la salud pública y otros que hablan de la integralidad de las acciones en la atención de las personas y, entonces allí, nos encontramos con que esos dos

conjuntos se intersectan en una porción de actividades que son al mismo tiempo de interés en salud pública y de atención directa a las persona. Hay una gran discusión que hoy está por resolverse en el Congreso de Colombia en la medida en que todavía nosotros avanzamos en mantener un sistema de seguro de salud, en profundizarlo y fortalecerlo, pero que requiere que el componente de salud pública sea considerado con toda su dimensión y protagonismo para que permita mejorar el estado de salud y los indicadores de salud de la población, pero, lastimosamente, eso no se ha logrado.

A pesar de haber mejorado el financiamiento, las coberturas y el acceso, los indicadores clave en salud pública hoy tienen enormes dificultades en Colombia, y en esa tarea estamos.

Muchísimas gracias.

## Futuro de la reforma, salud pública, derechos e integración

**Dr. José Villacis**

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Salud pública en Ecuador



Les voy a dar algunas cifras que me parecen relevantes sobre el estado situacional en el país. Nosotros tenemos una marginación o exclusión social de servicios de salud de 30% de la población, 4 millones de ecuatorianos no tienen acceso de ninguna clase. Uno de cada 4 niños sufre de desnutrición, tenemos 78% de mortalidad materna, ocupando el cuarto lugar, y una mortalidad infantil de 30 por 1000 nacidos vivos. El 40% del presupuesto se destina a medicamentos y a gastos en salud. Solamente 1 de cada 4 hogares en la zona rural tiene conexión de agua segura. Presenta dificultades en salud mental aproximadamente 30% de

la población. Únicamente 1 de cada 4 ecuatorianos tiene seguro de salud y el analfabetismo es de 15% entre los pobres. Nuestro presupuesto corresponde a 415 millones, los que equivalen a 6% del presupuesto general del Estado, y 1.2% es el gasto en salud.

El gobierno nacional en su inicio en el año 2003, estableció cinco ejes de acción; el principal de ellos es el combate a la pobreza que tiene como eje fundamental el pago de la deuda social en salud para lo cual hay que hacer las inversiones necesarias, lo que implica el incremento presupuestario sostenido, lo cual tiene un pequeño obstáculo que es un decreto de austeridad fiscal que no permite el incremento presupuestario en ninguna de las áreas de Estado; sin embargo, nosotros hemos definido que este presupuesto debe ser aumentado sustancialmente, por lo menos duplicado gradualmente, y para eso hemos identificado a través de estudios el subsidio que tiene que dar el Estado al presupuesto que en estos momentos está destinando a la salud, y dirigido especialmente a acciones de salud pública. En este sentido tenemos algunos logros en el programa ampliado de inmunizaciones, con 98% de cobertura en BCG y 78% en la pentavalente.

Tenemos también vacunación contra fiebre amarilla que cubre 60% de la



población, especialmente en las áreas de riesgo, así como vacunación para meningitis, rubéola y rubéola congénita para lo que hicimos una campaña masiva en la que alcanzamos una cobertura de 80%, especialmente en mujeres.

Sin embargo, tenemos persistencia de algunas dificultades, específicamente en el tema del VIH/SIDA, cuyo incremento es alarmante, sobre todo en la provincia del Guayas. No hemos podido controlar la TBC, sin embargo, estamos desarrollando decididamente las estrategias DOTS y DOTS Comunitario, que es la ampliación del DOTS personal.

En cuanto a malaria tenemos una estabilización de los brotes epidémicos, sin embargo, en este momento hemos decretado la emergencia sanitaria debido a un brote de dengue clásico y dengue hemorrágico que ya ha provocado una muerte. También tenemos casos aislados de meningitis en los cuales hacemos los cercos epidemiológicos, no obstante, hemos logrado la erradicación de la oncocercosis y no tenemos ningún caso de fiebre amarilla. En cuanto a las enfermedades no prevenibles, tenemos que hacer intensivamente acciones que busquen frenar las complicaciones que tienen que ver con la hipertensión arterial, la diabetes, la osteoporosis, las dislipidemias y, entre nosotros, con el aumento de los casos de cáncer, debido a múltiples factores de tipo ambiental, genético, sociocultural, inclusive.

Por otro lado, tenemos un panorama político, jurídico, legal con una Constitución que nos ampara en el sentido que establece que las acciones de salud pública son gratuitas para todos sin discriminación, pero pagadas por los que pueden pagar, y gratuita para los que no

pueden. Tenemos una Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud que nos da los ejes fundamentales de la reforma. Asimismo, una Ley de Maternidad gratuita que protege a madres y niños de manera universal, así como también el Código de la Salud y una Política Nacional de Salud que establece exactamente la forma cómo se deben aplicar la ley y el reglamento de las leyes, todo lo cual nos da un panorama muy claro del camino que tenemos que seguir para consolidar nuestra reforma.

Consolidación de la reforma que tiene que ver específicamente con un tema que para nosotros es la guía y que es el cumplimiento del derecho a la salud, que tiene que ser explícito, y para esto la estrategia es la extensión de cobertura desde dos puntos complementarios tales como la extensión de cobertura de la protección social de salud, que es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, y la extensión de cobertura del seguro de salud, que es responsabilidad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

La extensión de la cobertura de la protección social de salud, responsabilidad del Ministerio, tiene que pasar del 0%, en el que se encuentra actualmente, a 40% y esperamos hacerlo hasta el 30 de diciembre del año 2006. Para ello hemos establecido tres fases y la primera está en marcha; en este primer mes hemos tarjetizado a 10 mil personas, esperamos que el 30 hallamos tarjetizado a 100 mil, y para el 30 de diciembre a medio millón. Este es un programa en el cual estamos aplicando toda la capacidad operativa del Ministerio de Salud, con el propósito de lograr las metas y cumplir uno de los enunciados o promesas de campaña, que era llegar con el

aseguramiento universal especialmente a las personas que no tienen capacidad de pago.

Esperamos que del 25% de personas que tienen aseguramiento contributivo pasemos al 60% aproximadamente en unos cinco o seis años, sin embargo, vamos a tratar de hacerlo en 20 meses.

Asimismo, contamos con un Consejo Nacional de Salud, en el que se conjugan las acciones de 17 entidades integrantes: públicas, privadas, comunitarias y autónomas. Allí se están dando los grandes ejes de la reforma, sobre todo en el tema de la descentralización, que es crítico para nosotros también. Ha sido bastante difícil este camino lleno de obstáculos y dificultades sobre todo por las presiones que hay del personal de la salud y más específicamente de los sindicatos.

Es un tema que ha sido utilizado para realizar discurso demagógico y que no ha sido suficientemente aclarado; en el caso nuestro, en el aspecto legal, hay muchos vacíos que tenemos que llenar, pero que estamos asumiendo y fortaleciendo los consejos locales, los consejos cantonales y los consejos provinciales de salud, para que la gente se manifieste, para que haga veeduría, controle, planifique y se politice. Este eje participativo creo que nos va a dar la solución en la reforma en cuanto a descentralización, en la que ya tenemos aproximadamente 10 cantones en los cuales los preparativos están casi listos, sin embargo, aún no se han podido dar los primeros pasos.

Tenemos 119 cantones o municipios y apenas 10 han tenido la voluntad política de asumir las competencias, los otros están a la expectativa; tienen miedo de que el tema del recurso humano les

genere dificultades adicionales a las que tienen y, entonces, prefieren esperar o cómodamente hacer que el Estado se haga cargo de esto cuando la salud cada vez más debe encontrar su estado intersectorial.

También estamos adelantando reformas fundamentales en cuanto a calidad de la atención y, sobre todo, en auditoría médica y clínica; para ello en el mes de julio difundiremos la historia médica única que será de uso manual e informatizado. Asimismo, estamos dando los primeros pasos en el tema de la carrera sanitaria, en el del acceso universal a medicamentos, en la certificación médica periódica.

En cuanto a la emisión de protocolos comunes de atención para todos las entidades integrantes del Consejo Nacional de Salud se han implementado tarifarios comunes, y estamos estableciendo las bases para los convenios de gestión y de prestación de servicios.

Paso a enfocar lo que parece más importante. Como les había mencionado, el tema de gratuidad de la atención dentro de un modelo integral de salud que tiene como estrategia APS (Atención Primaria en Salud) con enfoque familiar, comunitario e intercultural, que para nosotros es el de mayor relevancia dado que la composición étnica en nuestro país posibilita el que podamos hacer ese tipo de acciones.

El Programa de Extensión de Cobertura de la Protección Social en Salud, que llamamos PROECO, está fundamentado en ese modelo de atención con estrategia APS y el triple enfoque. Para PROECO, hemos diseñado el instrumento

aplicativo que es la tarjeta de salud gratuita que es el instrumento legal, la llave de entrada para el usuario que no tiene capacidad de pago a los servicios integrales que necesite en el momento en el que lo requiera. No hemos dado límite a la atención, ya que tenemos atención en los tres niveles, inclusive para enfermedades catastróficas.

Estamos haciendo un esfuerzo sobre todo en cuanto a eficiencia en el manejo de nuestro presupuesto, y contamos con recursos adicionales para el pago de la deuda social y el financiamiento de las acciones.

La capacidad operativa nuestra es de 1800 unidades en los tres niveles de atención, 9 mil camas en todo el país, y 30 mil recursos humanos.

¿Qué es lo que hemos hecho para aplicar este modelo?

Licenciar nuestras unidades, pues al inicio de esta gestión teníamos un bajo índice de licenciamiento; en este momento, en la primera fase de la intervención, se han licenciado 31 parroquias. En 13 provincias hemos licenciado el 100% de las unidades, lo que corresponde al cumplimiento de requisitos mínimos en cuanto a infraestructura y dotación, es decir, equipamiento, asignación de recursos humanos y capacidad administrativa gerencial. El 15 de abril tendremos licenciadas 200 unidades más, con el propósito de cumplir la primera parte, la que hemos denominado la fase de pilotaje en la cual aspiramos a vincular a medio millón de personas que no tienen capacidad de pago.

También está en este programa de extensión de cobertura el modelo de

gestión de calidad fundamentada en procesos, pago por resultados y, sobre todo, capacitación gerencial. Para este programa hemos establecido un subsidio; utilizamos un per cápita de 86 dólares, pero tenemos un desfinanciamiento de 22, los cuales irán a un fondo denominado Fondo de Salud del Ecuador, que va a manejar este subsidio que tiene como fundamento la focalización. Y para el cumplimiento del modelo de atención hemos licenciado las unidades de referencias, de modo que el sistema de referencia y contrareferencia de pacientes esté completamente expedito y también con la asignación de ambulancias, 300 de las cuales están por llegar, así como 50 carros quirúrgicos para que este sistema sea viable.

En todas las unidades en las que hemos intervenido las que suman ocho, hemos puesto como requisito que tengamos una sala situacional y un mapa parlante para que la gente y la comunidad conozcan en qué condiciones está y para que nosotros podamos valorar el impacto a través de esa línea de base. Esperamos que al vincular a medio millón de personas hayamos contribuido de manera fundamental en el combate a la pobreza. Si podemos evitar ese gasto de bolsillo de 38 o 40% en salud pienso que será el aporte más importante a la salud en este año para el combate a la pobreza.

Proteger la disponibilidad y el bajo costo de los medicamentos, para lo cual internamente hemos propuesto reformas en la ley 2012, que buscan transparentar los gastos de los productores farmacéuticos. Asimismo, hemos emitido el quinto cuadro nacional de medicamentos básicos y establecido un proceso, que me parece muy interesante, que es el concurso nacional de precios, el

que nos ha permitido abaratar los costos de los mismos entre 75 y 80% e, incluso, en algunos casos en 90%.

En lo referente a objetivos y metas del milenio, tenemos que cumplir, reduciendo la mortalidad infantil y la materna, la desnutrición y generar acceso a medicamentos, creo que esto lo cumpliremos incluso antes de la fecha.

Creo que con esto nuestro país habrá dado un paso decisivo en el combate a la pobreza, sobre todo en cuanto al cumplimiento de los principios que están consagrados en la Constitución tales como equidad, calidad, eficiencia, solidaridad, universalidad.

Muchas gracias.

## Futuro de la reforma, salud pública, derechos e integración

**Dr. Francisco Armada**

Ministro de Salud y Protección Social de Venezuela  
Salud pública en Venezuela



muy importantes, desde el punto de vista de clases, de género, de etnia; producto de esas políticas y de otros factores históricos en el contexto de la reforma que íbamos transitando a finales de las últimas dos décadas del siglo pasado.

He marcado una propuesta siguiendo algunos de los lineamientos fundamentales de los organismos multilaterales dirigidos hacia la separación del financiamiento de la prestación de servicios, hacia una integración por la vía de privatizar servicios, a una separación de funciones de asistencia médica que se dirige más a la parte de salud pública, con toda una propuesta e incluso leyes listas y aprobadas en esa dirección.

Cuando terminamos el siglo pasado, enmarcado dentro de unas políticas francamente neoliberales llegamos sobreviviendo no solamente en lo económico, sino también en lo social; con una privatización galopante de los servicios de salud, con un desfinanciamiento muy importante a nivel de servicios, una separación entre las actividades curativas y preventivas, es decir, las que generaban posibilidades de negocio y en las que no eran tan evidentes estas posibilidades.

En ese marco teníamos una representación a nivel de desigualdades

En ese marco y contexto político se inició todo un proceso a escala nacional de reforma política, cuyo icono más importante es la Constitución del año 1999, la que establece una serie de lineamientos en materia de entender el Estado, y que hace un énfasis crucial acerca de los derechos en materia social tanto como el derecho a la educación y a la salud y muchos otros, reforzando la participación política del pueblo y las comunidades, y de distintos sectores, es decir, redistribuyendo el poder tradicionalmente concentrado en grupos privilegiados.

La constitución de 1999 establece los lineamientos fundamentales para el sistema de salud; no solamente el carácter claro del derecho a la salud, y lo vincula con el derecho a la vida, para establecer un rango de ese derecho respecto de otros, sino también de línea, la forma en que debe estar organizada la prestación de los servicios y, a diferencia de otras aproximaciones que tienden más hacia el seguro universal, se sigue un patrón nacional de salud, con financiamiento y prestación pública. Incluso se establecen algunas previsiones bastante claras al respecto de la prohibición de la privatización de los extendidos servicios públicos, es decir, a pesar de que es un marco constitucional existe un nivel de detalle en una serie de artículos acerca de cómo debe organizarse el sistema de salud y cuáles deben ser los principios que deben regirlo; se establece la gratuidad como principio constitucional para la prevención de los gastos de bolsillo, justamente la preocupación tan importante que compartimos. Asimismo, se establece el principio de la equidad, de la universalidad, entendiendo la salud como derecho universal; incluso, se refiere a lo que tiene que ver con el reconocimiento del carácter multiétnico y pluricultural de Venezuela, y como ello impacta en el abordaje de la salud.

Ese es el documento fundamental de nuestro proceso de reforma del sector salud como marco constitucional alrededor de éste, que a su vez gira en un proceso político que va más allá del sector salud, en el cual iniciamos una serie de acciones dirigidas a la garantía del derecho a la salud, girando alrededor de la atención de las necesidades de las personas. Entonces, tal vez el enfrentamiento que hacemos de la integración gira alrededor de las

necesidades más que alrededor de los intentos, muchos de ellos fallidos; quisimos integrar servicios con una participación muy activa de la comunidad, no solamente exigiendo, sino construyendo el derecho a la salud, que se refleja en el caso de Venezuela en lo que llamamos los comités de salud y en muchas otras formas organizativas y participativas de carácter comunitario, digamos, básicas, vinculadas a los primeros niveles participativos.

En este contexto, no solamente, se establecen a través de la constitución los lineamientos básicos, sino que comienza la construcción de un servicio de salud universal, destinado a atender las distintas necesidades de las personas en lo que hemos denominado "Barrio Adentro". En Venezuela se conocen como barrios los sectores urbanos tradicionalmente excluidos de todo tipo de servicios, es una figura que se dirige hacia la atención de la salud en esos sectores que son mayoritarios en la población.

A través de este establecimiento, que lo llamamos misión, porque tiene una construcción relativamente paralela independiente de la pesada estructura burocrática del Ministerio, se establece una multiplicación en dos años de todos los puestos de atención primaria en salud; pasamos de tener cerca de 4 mil establecimientos de primer nivel de atención a aproximadamente cerca de 12 mil; todo esto con un componente innovador, y posiblemente sin precedentes, alrededor de una cooperación solidaria con la República de Cuba. En gran parte o en la mayoría estos puestos son atendidos hoy en día por médicos cubanos, esto permitió brindar atención de primer nivel a

aproximadamente 12 y 15 millones de personas, con escasas cobertura previa, es decir, bastante deficiente.

Esta cobertura se fue extendiendo a algunos aspectos como la inclusión de la dotación gratuita de alrededor de 100 medicamentos esenciales que se distribuyen gratuitamente en los mencionados puestos de atención, y con la extensión a otros servicios asistenciales como los odontológicos, pero también con la vinculación a otros aspectos ligados a la calidad de vida y, fundamentalmente, a la solución y atención de otras deudas sociales.

Es una integración, por un lado, desde las necesidades de las personas y, por otro lado, desde los distintos sectores; se acompaña, por ejemplo, de otro aspecto sobre el cual nos hemos también concentrado, como la lucha contra el analfabetismo, para lo cual establecimos una misión, fuera del aspecto del Ministerio de Salud, pero muy vinculado como parte de una misma política de atención y abordaje de las desigualdades. Hoy estamos a punto de declararnos territorio libre de analfabetismo, pues con esta misión se permitió que más de 1 millón de personas, que era el saldo aproximado que teníamos en ese momento, fueran alfabetizadas; lo que a su vez implica una mejora muy importante en la calidad de vida, que se complementa con los esfuerzos que estamos realizando en salud, ya que este ámbito no está aislado de los otros aspectos.

Un tercer aspecto de atención de necesidades tiene que ver con la política de la estimulación del empleo por vía de la capacitación de grupos poblacionales, también tradicionalmente excluidos, por

el que se implementó otro programa dirigido casi al mismo sector de la población, con entrenamiento básico en algunos aspectos ocupacionales, y estimulando la formación de cooperativas para distintas alternativas de empleo y de promoción del desarrollo económico sustentable. Lo menciono, aunque pareciera no tener una vinculación directa con salud, porque implica la sintonía y armonización con otras políticas sociales, dirigido a los sectores terriblemente excluidos y que pensamos que difícilmente podemos tener éxito en el área de salud sin estar vinculados con estas otras políticas.

Es decir, tenemos una integración, por un lado, desde la atención de las necesidades en salud que fue forzando, justamente desde el primer nivel de atención y de la atención en la resolución de los problemas de las personas, la integración entre lo que correspondía al Seguro Social, al Ministerio de Salud, incluso a alcaldías y gobernaciones y, por otro lado, de políticas sociales dirigidas hacia una atención más integral de las personas. Es un poco la dirección que hemos estado tomando en materia de salud y de integración de políticas públicas.

Por supuesto, ese abordaje y fortalecimiento del primer nivel de atención hizo más evidente una necesidad muy grande a nivel de segundo y tercer nivel de atención, ya que se dejaban de ocultar una serie de enfermedades que demandan asistencia un poco más compleja, con mayores niveles de capacidad resolutoria; esto nos ha llevado al desarrollo de una segunda fase de la política de Barrio Adentro destinada a fortalecer el segundo y el tercer nivel de atención.

Hoy estamos trabajando complementando esos 12 mil puestos con aproximadamente 600 espacios de atención en el segundo nivel, con capacidad clínica especializada y paraclínica, y es hacia donde estamos dirigiendo los esfuerzos en estos momentos. También estamos abordando de una manera complementaria algunos otros aspectos cruciales de intervenciones más públicas desde las acciones que estamos dirigiendo hacia el combate de algunos factores como el tabaquismo, hasta otras dirigidas al aumento de las coberturas en inmunizaciones, que era otro de los aspectos debilitados.

Quiero usar justamente esa relación de solidaridad que hemos tenido con Cuba y el crecimiento que esto nos ha permitido en el marco del sistema de salud para ejemplificar cómo una distinta aproximación de cooperación Sur-Sur y una distinta aproximación a lo que pueden ser las relaciones entre los países del Sur, ya que nosotros estamos al norte, y que marcan con otras iniciativas que hemos estado promoviendo y explorando, y que tiene que ver mucho con el nacimiento de la Comunidad Sudamericana de Naciones, eso va más allá de una declaración que tenemos que asumir en otros aspectos y espacios de la vida. Por ejemplo, hoy está la discusión de la carta social de América o de las Américas, nosotros insistimos que es una sola, como un espacio de definición de derechos en el área social, tanto los de educación como los de salud, incluso en el marco de acceso a la tierra y a la alimentación, como una herramienta que puede ser útil para ese abordaje de comunidad sudamericana.

Otra iniciativa similar ha sido presentar

alternativas distintas a estos acuerdos fundamentados en lo económico más allá de explorar las excepciones que han sido y que pueden ser bastantes útiles, pero pensar en alternativas distintas que puedan manifestarse en diferentes cooperaciones.

Hemos estado como país promoviendo el ALBA como alternativa bolivariana a iniciativas parecidas al ALCA que puedan permitir relaciones de cooperación no basadas en intereses comerciales, sino que nos permitan desarrollar, sin obviar la parte comercial por supuesto, las capacidades de solidaridad de los pueblos y el mejoramiento de la calidad de vida. Y otras iniciativas como las que hemos estado desarrollando y que nos ha permitido una alianza interesante con Argentina y Uruguay y que tiene que ver con una televisora del sur, y ¿qué tiene que ver esto con salud? Pues tiene que ver muchísimo con salud y es justamente uno de los temas que vamos a tener la oportunidad de compartir en la Reunión de Ministros Andinos, porque es un aspecto que tiene una influencia grandísima en la forma como nos comportamos, en lo que consumimos y en lo que no, en lo que hacemos y en lo que no, y además de qué nos informamos y de que no y de cómo ejercemos el poder.

Por ello pensamos, y queremos terminar con estos tres aspectos que aparentemente no tienen que ver con salud, sin embargo, es lo contrario, que estamos seguros que son los caminos por los cuales tenemos que ir transitando para constituirnos en una comunidad que gira alrededor de la satisfacción de los derechos de las personas y entre ellos el derecho a la salud.

Muchas gracias.





## Futuro de la reforma, salud pública, derechos e integración

**Dra. Cecilia Villavicencio**

Subsecretaria de Salud Pública de Chile

Salud pública en Chile



Al hablar de la Salud Pública en Chile, es necesario abordar algunos aspectos de su historia, lo que nos va a conducir indudablemente a esta nueva etapa de la salud pública chilena que actualmente estamos viviendo: la reforma del sistema de salud. Veremos además algunos aspectos relacionados con derechos ciudadanos y participación social.

### La historia de la salud pública en Chile

Como muchos de los compatriotas saben, en el año 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud, el segundo en crearse en el mundo. A partir de ese momento es posible distinguir tres etapas: la primera etapa, que dura hasta los años 70, en el que el Sistema de Salud chileno se transforma en una amplia red de

establecimientos los que llevan a los más recónditos rincones del país programas de salud destinados en forma prioritaria a la protección de la salud de las madres y los niños. Los éxitos de este primer período se traducen en mejoramiento radical de nuestros indicadores y se siguen observando hasta el día de hoy.

En los años 70 con el advenimiento del gobierno militar, nuestro sistema de salud sufre un profundo cambio y se produce la segunda etapa de esta historia que tiene que ver con la liberalización de la salud, con la incorporación de leyes de mercado para regular la oferta y la demanda, creándose las Isapre (instituciones de salud previsual) y municipalizándose la atención primaria.

En este período se produce un gran florecimiento de la medicina privada.

Con el advenimiento de la democracia en los años 90, vino una tercera etapa, de recuperación del sistema público de salud, el que quedó muy deteriorado durante el gobierno militar, por la casi nula inversión pública tanto en equipamiento e infraestructura, como en recursos humanos. En este período se empieza un proceso de integración y fortalecimiento de la Red Pública de Salud.

La cuarta etapa es la que comienza en el año 2000, y se refiere a la reforma de salud que estamos viviendo. Sin la

comprensión de este proceso histórico, no es posible explicar la evolución de la salud pública chilena.

#### Logros del sistema de salud

Algunos logros de nuestro sistema de salud, desde los años 50 en adelante, se reflejan en el descenso de la mortalidad infantil, la que el año 2003 llega a 7,8 por 1000 nacidos vivos.

El aumento de la esperanza de vida al nacer, que va a bordear muy pronto los 75 años para los hombres y los 80 para las mujeres, se refleja en una población en envejecimiento, con una pirámide poblacional cada vez más achatada, lo que se traduce en una estructura de causas de muerte basada mayoritariamente en enfermedades crónicas no transmisibles, donde predominan las enfermedades cardiovasculares, los cánceres, los traumatismos y envenenamientos y también algunas enfermedades, que si bien no matan, producen un importante deterioro de la calidad de vida, como los problemas de salud mental, los problemas odontológicos y los de visión.

Somos 15 millones de habitantes con una población menor de 18 años de edad de 25,7% y mayor de 65, de 8,05%.

¿Cuáles son los problemas derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad y qué tenemos que hacer frente hoy día con el actual sistema de salud?

Por una parte, tenemos los factores de riesgo, como el tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad, inactividad física, sexo inseguro y otros más, que están muy bien reflejados en la Encuesta Nacional de Salud del año 2003, y que constituyen la gran epidemia del siglo 21. Por otra parte están las causas de enfermedad,

discapacidad y muerte, que ya fueron mencionadas, y que nos obligan a re-mirar nuestras prioridades sanitarias, como las enfermedades cardiovasculares, cánceres, salud mental, traumatismos, enfermedades respiratorias, diabetes, VIH/SIDA, enfermedades osteo-articulares, salud oral, cuidados paliativos, entre otros.

Esta cuarta etapa, que es la reforma de salud y que hoy día estamos abordando, es nuestra apuesta para revalorizar y fortalecer la salud pública y el rol del Estado en la salud de los chilenos y chilenas.

¿Qué queremos hacer con nuestra reforma?

Buscamos mejorar la salud de los chilenos y chilenas y profundizar sus derechos ciudadanos. Esto dicho en una frase, parece muy fácil, pero todos quienes trabajamos en salud sabemos lo complejo que ha sido.

Tienen mucho sentido las palabras de la señora ministra del Perú, en el sentido que las reformas perduran en el tiempo cuando la sociedad las quiere y que son independientes de las autoridades que en algún momento ocupan cargos importantes. Durante esta reforma hemos tenido tres ministros de salud, uno de ellos está aquí presente, el doctor Artaza, y probablemente en el desarrollo de la reforma habrá otros ministros de salud; lo importante es que esta reforma ha sido el resultado de la voluntad de 15 millones de chilenos a través de sus representantes en el Parlamento, liderados por un presidente muy comprometido con el tema de salud y con un Ministerio de Salud que ha estado estos últimos cuatro años abocado a esta gran tarea.

¿Qué es lo que se requiere para nuestra reforma?

Primero reorientar las prioridades en salud. Segundo fortalecer los derechos ciudadanos en salud y Tercero mejorar la equidad en salud.

¿Cómo lo vamos a hacer?

Reestructurando el sistema de salud, modificando el modelo hospitalocéntrico y transformándolo en un modelo que se basa en la atención primaria, con un modelo de salud familiar, aumentando el financiamiento hacia la atención primaria. Porque si bien es cierto, siempre se puede mejorar la eficiencia en el uso de los recursos, también es cierto que Chile es un país que gasta relativamente poco dinero en salud, comparado con algunos de sus vecinos. Nuestra intención es poder ir aumentando crecientemente lo que gastamos en salud de acuerdo con el crecimiento del país, pero también fijándonos en la eficacia sanitaria de ese gasto.

También entregaremos a las chilenas y chilenos, derechos legales de atención para un grupo progresivamente creciente de problemas de salud independientemente de la previsión de las personas, estén éstas adscritas al sistema público o sistema privado.

Para ello tenemos un conjunto de medidas administrativas y cinco proyectos de ley: menciono dos proyectos que están todavía en trámite parlamentario:

- La ley de derechos y deberes de las personas en salud.
- La ley de ISAPRE, que como ustedes saben, son las Instituciones de Salud Previsional, que es el sistema de

aseguramiento privado y que afilia a una proporción de la población chilena de alrededor de un 17%. Esta ley, que está parcialmente aprobada, tiene como objeto cautelar los derechos de los beneficiarios de la ISAPRE en sus coberturas y aseguramiento de salud.

Otros tres proyectos ya aprobados son:

- La ley de garantías explícitas, llamada también Régimen de Garantías o ley Auge.
- La ley de financiamiento, que aporta recursos especiales a los problemas de salud que están en el AUGE.
- La ley de autoridad sanitaria, que reestructura el Ministerio de Salud.

Estas leyes apuntan a todos los elementos que mencioné anteriormente.

Un par de precisiones respecto a las dos principales leyes que son la ley de garantías explícitas y la ley de autoridad sanitaria, para entender también hacia dónde vamos en salud pública:

El régimen general de garantías en salud es un instrumento de regulación sanitaria que se elabora de acuerdo a un Plan Nacional de Salud basado en objetivos sanitarios que priorizan los distintos problemas de salud, y a los recursos financieros con que cuenta el país. Esta ley garantiza para este conjunto de problemas de salud cuatro elementos que son: el acceso a la atención, la oportunidad de la atención (o plazo máximo sanitariamente recomendable para ser atendido), la calidad de la atención (o estándares mínimos con los cuales las personas deben ser atendidas en todos los aspectos de infraestructura, equipamiento, medicamentos, etcétera; tanto en el sector público como en el privado), y la protección financiera, de

manera que las personas de menores recursos tengan atención gratuita y a medida que estos ingresos van aumentando las personas tengan que pagar un monto que no les signifique una gran carga financiera. Asimismo, en este Régimen de Garantías también se va a garantizar un programa de medicina preventiva, obligatorio y gratuito tanto para el sector público como el privado, que será actualizado, modernizado y gradualmente ampliado de acuerdo con los recursos disponibles.

Tenemos para el año 2005 cobertura de 25 problemas de salud, con una modalidad de garantías que se inició como piloto con tres problemas en el año 2002. A partir del 1° de julio de este año, y esto es tal vez lo novedoso de nuestra reforma, las garantías para los 25 problemas van a ser legalmente exigibles por toda la población chilena, sean estos afiliados a los seguros privados (ISAPRE) o al Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Por otra parte tenemos la Ley de Autoridad Sanitaria (19.937) , que tiene entre sus objetivos:

- Modificar las funciones y estructura del Ministerio de Salud ( se crean dos Subsecretarías: la Subsecretaría de Salud Pública que está a mi cargo, y que se encarga de los aspectos de rectoría, regulación, y fiscalización entre otros, y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que está a cargo del Dr. Salgado, y que coordina las redes asistenciales) de los Servicios de Salud y de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.
- Crear nuevas estructuras como la Superintendencia de Salud, continuadora legal de la superintendencia de ISAPRE.

- Establecer nuevas y más modernas modalidades de gestión hospitalaria (Hospitales autogestionados)

La creación de esta nueva Subsecretaría de Salud Pública pretende justamente fortalecer la salud pública y separarla de lo que son las preocupaciones de las redes asistenciales, que atienden los aspectos curativos de la población.

Con esta ley instalamos una institucionalidad desconcentrada, que son las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, asegurando la uniformidad de criterios en la aplicación de la ley a lo largo del país. Con esto además dispondremos de una entidad cercana a la ciudadanía, integrando la capacidad sanitaria regional y promoviendo también los temas de salud pública en las regiones.

La fiscalización queda radicada en el Instituto de Salud Pública, en la Superintendencia de Salud y en las Secretarías de Regionales Ministeriales.

Por otra parte, la Subsecretaría de Redes Asistenciales se encarga de velar por la integración y coordinación de las redes asistenciales, para la adecuada provisión de atenciones de salud en sus distintos elementos: hospitales, consultorios y postas de salud rural, y centros privados de atención

La ejecución de la función de compra está radicada para el sector público en el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que cubre la salud de más de 11 millones de chilenos y chilenas, y las ISAPRE, que son las instituciones de seguros privados, con más de dos millones seiscientos mil afiliados.

En cuanto al tema de los derechos ciudadanos, también se produjo en el país una transformación progresiva de cambios sociales que han ido modificando el concepto de paciente que originalmente teníamos respecto a nuestro beneficiario en un concepto de ciudadano que está afecto al derecho a la salud, lo que se concretará, como hemos dicho, el 1° de julio próximo, cuando se puedan hacer efectivos estos derechos exigiendo el cumplimiento de la ley para este conjunto de problemas de salud.

Nuestro presidente, que está muy comprometido con la salud, decía en alguna intervención que la salud es el producto de la vida en sociedad y efectivamente la salud, y es un convencimiento nuestro, no puede ser separada de los determinantes sociales de la salud. En ese sentido, la semana pasada tuvimos la suerte de poder albergar en nuestro país la creación de una Comisión Internacional de Determinantes Sociales en Salud, cuyo propósito es poder debatir y buscar buenas prácticas para difundir a los países miembros de la Organización Mundial de la Salud aquellas experiencias que hayan sido exitosas y que permitan intervenir en los determinantes sociales, con el propósito de lograr una mejor salud para los ciudadanos.

Las acciones en salud se insertan entonces en la política social de nuestro país, cuyo fin es asegurar a todos el desarrollo de capacidades y el acceso a fuentes que permitan la realización y expansión de nuestros derechos ciudadanos.

El crecimiento económico, por tanto, es un elemento necesario, pero no suficiente, y se requiere la acción decidida del Estado para garantizar el acceso al desarrollo a todos sus participantes.

Nuestros principios son:

- Enfoque a través de objetivos sanitarios, que va a financiar los principales problemas de salud de la población.
- Equidad en salud, porque si bien nuestros indicadores sanitarios aparecen muy buenos, como todo promedio esconden inequidades entre las distintas regiones y sectores del país, que esperamos que nuestra reforma resuelva a través del Régimen de Garantías y otras herramientas.
- Efectividad sanitaria
- Eficiencia en la gestión
- Participación social en salud como única manera de hacer sustentable esta reforma y este conjunto de derechos a la salud que esperamos poder cumplir exitosamente.

La integración la observamos también desde distintas perspectivas: desde la perspectiva de una mayor efectividad sanitaria y de integración de un sistema dual que tenemos. Por un lado, un sistema público que atiende a alrededor del 70% de nuestra población, con una gran red de hospitales, consultorios, postas de salud rural y que dependen, por una parte, de los municipios y por otra parte de los servicios de salud. Con 13 SEREMIS o Secretarías Regionales Ministeriales, 28 servicios de salud, un Fondo Nacional de Salud y un sector privado con 22 aseguradoras o instituciones de salud previsual, con una red de clínicas, laboratorios y otros establecimientos privados.

Es posible que estos dos sistemas, que han funcionado por carriles separados, puedan llegar a algún mínimo de integración en tanto nuestro sistema público no esté totalmente fortalecido para atender todas las necesidades de

nuestros beneficiarios. Por lo tanto, se pueden producir ciertos niveles de integración que no atenten contra la atención de nuestros beneficiarios públicos y que puedan mejorar y optimizar el uso de los recursos instalados que hoy tenemos en nuestro país.

En la ley de Autoridad Sanitaria también definimos quienes constituyen la red de salud, que son los establecimientos asistenciales que forman parte del servicio de salud, establecimientos municipales de atención primaria y todos los establecimientos públicos o privados que suscriban convenios y que colaboren, se complementen y coordinen entre sí y resuelvan las necesidades de salud de la población.

Y la otra integración se produce a nivel de los distintos sectores, porque el trabajo intersectorial nos parece indispensable para poder llegar a responder a los grandes desafíos sanitarios, en particular los aspectos relacionados con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades..

En definitiva, vemos nuestra reforma de salud como un proceso indispensable en el que tenemos derechos ciudadanos y participación social, en el que terminamos con la discriminación al financiamiento y a la provisión de servicios, en el que separamos funciones y fortalecemos la rectoría, en que mejoramos la coordinación de la red asistencial pública y privada, en que enfrentamos necesidades sanitarias y no un financiamiento indiscriminado de la oferta y en que tenemos una autoridad sanitaria que garantiza un sistema integral, universal y sostenible de protección en salud.

Las tareas para este año son la implantación de esta Ley de Autoridad Sanitaria y a partir del 1° de julio la implementación de las 25 enfermedades de modalidad de Régimen de Garantías y para el año 2006 las 15 próximas enfermedades.

Para terminar, quiero recordar algunas frases de nuestro presidente. "...No olvidemos que la enfermedad de muchos chilenos no es más que expresión de la desigualdad social y la pobreza... Así mismo, señalamos que la forma más segura de alcanzar la equidad en salud es evitando la enfermedad poniendo al alcance de todos los conocimientos e instrumentos que permitan mantener sana a la población. Por ello, nuestro primer compromiso es reforzar la salud pública de modo de actuar integralmente en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad...".

También ha dicho que con "este conjunto de reformas avanzaremos en la modernización, eficacia y mayor equidad en la salud pública y privada y podremos contar con los instrumentos regulatorios necesarios para ampliar, mejorar y garantizar la cobertura y calidad en la prevención y protección de la salud de los chilenos".

Esta es nuestra apuesta. Y como decía también uno de mis antecesores, una cosa son las ideas y las construcciones teóricas, y otra es la práctica. Probablemente dentro de algunos años nosotros podamos decir cómo nos fue con nuestra apuesta, que esperamos sea exitosa.

Muchas gracias.

## Futuro de la reforma, salud pública, derechos e integración

*Integrantes:*

*Dr. Enrique Paz, Fundación de la Salud*

*Dr. Osvaldo Artaza, Centro de Estudios Euroamericano de Gestión y Política Pública de Salud*

*Dr. Gabriel Carrasquillo, Academia Médica de Colombia*

*Dr. Ramiro Echevarría, Fundación Eugenio Espejo*

*Dr. David Tejada, Ex Subdirector de la OMS*

*Dr. Oscar Feo, Instituto de Altos Estudios Dr. Arnaldo Gabaldón*

**Modera el doctor Arturo Yglesias, Consultor del Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue.**

El estado de salud de las poblaciones ha sido largamente un tema de interés central de científicos, economistas y decididores de salud. Desde las últimas décadas del siglo pasado vemos un renovado interés en la salud pública, la prevención de la enfermedad, el control de las enfermedades infecciosas, la protección y la promoción de la salud. Esto se debe en parte al aumento continuo de inversiones en los cuidados a la salud que, ha traído pocos retornos en “ganancia en salud” y principalmente debido al reconocimiento de que los problemas enfrentados exitosamente por las acciones de Salud Pública en la segunda mitad del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX no han desaparecido. Debido a ello, el relativo interés por el rol de la salud pública es indudable, para mejorar la salud de las poblaciones, la búsqueda de la vida saludable y el ambiente sano.

Las sociedades y los Estados formaron y reformaron sus sistemas de salud para mejorar el estado de salud de sus poblaciones. En un sentido amplio, el Sistema de Salud esta compuesto por “servicios de cuidados a la salud personales, los servicios de salud pública y otras actividades intersectoriales (1).

La pregunta de ¿cuanto ha contribuido la atención a la salud (healthcare) a la salud de las poblaciones? ha sido debatido durante décadas (2). Los estudios clásicos de McKeon en Inglaterra (3) y Fucks en los Estados Unidos (4) señalaron que las políticas públicas emprendidas en estos países a través del mejoramiento de la nutrición, del medio ambiente físico -dotación de agua potable- y la educación contribuyeron significativamente en la disminución de la mortalidad y que la contribución de la atención a la salud ha sido menor. Sin embargo, estudios recientes que estudiaron el efecto de fármacos potentes y seguros para el manejo de enfermedades crónicas desde las décadas de los 60 y 70, señalan que la amplia disponibilidad de estos fármacos si han contribuido a la disminución de la mortalidad prematura, que es ahora evitable (5).

La Reforma del Sector Salud emprendida como una “epidemia global” en la década de los 90s, se concentró principalmente en la atención a la salud y en el sentido restringido del llamado “sector salud”, en obvio desmedro de las medidas de salud pública (6).



Luego de un corto período de críticas en la década de los 80s (7) Ahora, se observa con interés una vuelta a la salud pública, entendida esta, como la “ciencia y el arte de mejorar la salud de las poblaciones a través de los esfuerzos organizados de la sociedad” (8) utilizando para este fin, la prevención de la enfermedad, la protección y la promoción de la salud.

El rol de la salud pública es contribuir a “la salud del público a través de la valoración de la salud y las necesidades de salud, la formulación de políticas y la garantía de la disponibilidad de servicios” deviniendo así, en un instrumento por excelencia para diseñar y aplicar las llamadas políticas públicas saludables.

Históricamente la salud pública surgió con enfoque ambientalista (9) a mediados del siglo XIX, pero luego fue desplazado con un enfoque de prevención y control de la enfermedad y recientemente se esta regresando al enfoque ambiental. (10)(11).

La tercera globalización que emerge en la década de los 90s, como un como proceso social repercute de distinta forma en los distintos grupos e individuos (12). Aunque no se conoce con certeza los efectos de la globalización sobre la salud de las poblaciones (13); se observa de un lado, efectos negativos al ampliar las brechas sociales, las cuales deterioran las condiciones de vida y trabajo; de otro lado presenta enormes, oportunidades mediante la “transmisión” de conocimientos para obtener buena salud, la difusión de la “salud Pública basada en evidencias” a través de tecnología de la información, así como, por el desarrollo de la ciudadanía global y sus derechos.

La globalización limita las posibilidades de acción de los Estados-nación y crea las condiciones para enfrentar los antiguos y nuevos desafíos, en escenarios de decisiones regionales, en la que ya estamos involucrados los países sudamericanos.

La globalización ha dado lugar, también, al desplazamiento de la capacidad de respuesta de salud internacional hacia la salud global. La emergencia del Fondo Global de Lucha contra el SIDA, Malaria y Tuberculosis y la Fundación Gates con un presupuesto largamente superior al de Organización Mundial de la Salud, es la expresión más evidente de la salud global y la búsqueda para involucrar a nuevos agentes y actores desde la sociedad civil.

La arena de la política internacional de salud ha venido cambiando dramáticamente en las últimas décadas. La meta igualitaria de “Salud para Todos en el año 2000” fue desplazada por la Reforma del Sector Salud, en donde se dio preferencia a las decisiones de los usuarios de los servicios de salud (“Salud para Mí” en el sentido postmoderno de las preferencias individuales). De modo que ahora, cuando hablamos





de “derechos a la salud”, tendremos que precisar de que derechos estamos hablando y a que costo esta dispuesto a pagar la sociedad y los gobiernos. En países andinos, en donde existe un alto porcentaje de población pobre y excluida al acceso a los servicios de salud; la pregunta que se hacen nuestras autoridades políticas, es si este derecho, se refiere a los servicios de salud públicos, a los servicios de salud del primer nivel de atención o a los servicios de salud de mayor complejidad.

El diseño y aplicación de políticas públicas en el mundo real, se da en medio de un proceso político complejo (14) en donde entran a tallar un conjunto de intereses contrapuestos y medio de los valores que cada sociedad ha establecido a través de su historia y su cultura. De allí que las políticas de salud responsables, tienen que ver con la capacidad financiera de nuestros presupuesto públicos y con el enfoque compacto y compartido de “derechos-deberes-responsabilidades”, antes que hablar solo de derechos. Tiene que ver con la decisión de los gobiernos y la clase política de movilizar mayores recursos financieros para la salud, desde la macroeconomía para enfrentar enfermedades infecciosas con grandes externalidades (15) y especialmente para enfrentar a las enfermedades crónicas y a las causas de lesiones y traumas generadas por la violencia intencional y no intencional.

Las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM) y sus objetivos de reducción de la pobreza dan un marco adicional para romper el círculo vicioso de “pobreza-mala salud” y ampliar la base de intervenciones que requieren acciones trans-sectoriales.

La integración suramericana significa ahora, un gran desafío para las autoridades, académicos y practicantes de la salud pública. La pregunta que deberíamos plantearnos, debe ser ¿Cual va a ser el rol de la salud pública en el proceso de integración regional? La integración no solo debe ser vista en los términos comerciales, de la ampliación de los mercados nacionales, el desarrollo de la infraestructura vial y de comunicaciones, sino sobre todo, si somos capaces de poner en la agenda de la integración el tema social, Especialmente, si somos capaces de desarrollar una agenda social que permita ayudar a cerrar las brechas de las inequidades en salud en nuestros países y crear las condiciones que aseguren una buena salud para toda la población.

El espacio regional crea las condiciones para aplicar un enfoque intermedio entre lo global y lo local, resaltando los siguientes hechos (16): 1) La enfermedad no esta confinada por las fronteras nacionales; 2) Los estilos de vida y las causas sociales de la enfermedad se están diseminando internacionalmente; 3) Un número creciente de gente esta viajando internacionalmente; 4) Mas bienes de todo tipo están viajando más internacionalmente; 5) Las instituciones que enfrentan los problemas internacionales están poco equipadas y pobremente organizadas para tratar con los nuevos desafíos de la salud pública.



La salud pública esta centralmente interesada con la búsqueda permanente de la justicia social y la eficiencia; sin embargo, hacer abogacía de salud pública no es fácil (17). Muchos campos de la salud pública tienen objetivos que son frecuentemente contestados por sus oponentes. La oposición puede venir desde el propio gobierno, la industria, la comunidad, grupos de interés religiosos y desde y dentro del campo de la salud pública en si misma.

Para hacer abogacía, la perspectiva global nos enseña que las causas de los problemas pueden ser complejos, y las soluciones no pueden ser alcanzadas por acciones individuales. La dimensión global la salud pública (18) nos enseña que: 1) La buena Salud Pública combina enfoque locales, nacionales, regionales y globales, 2) La dimensión global hace las acciones más complejas pero más realistas; 3) El impacto en salud en las poblaciones tiene ambas dimensiones, locales y globales, 4) Las instituciones de salud pública existentes necesitan ser fortalecidas, 5) La asociación y las alianzas son esenciales para enfrentar a las fuerzas de que mantienen la mala salud.

En resumen para mirar con optimismo el futuro, tenemos que mirar a la salud pública como un instrumento indispensable para la gobernabilidad, global, regional y nacional ya que su práctica continuara siendo una de las mayores fuerzas de cambio en el siglo XXI.

**Preguntas:**

¿Cuál es su visión para el desarrollo de la salud pública en su país y en la integración regional?

¿Cómo se debe articular los derechos ciudadanos y la salud pública?

Lima, 22 de Marzo de 2005



## Referencias

- 1 Organización Mundial de la Salud (2000) Informe de la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- 2 Molinari Noelle. The effect of health care on population health. *The Lancet*, Vol. 364 October 30, 2004: 1558-60.
- 3 McKeon, T. (1976) *The role of Medicine-Dream, Mirage or Nemesis*. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.
- 4 Fuchs VH *Who shall live?* New York: Basic Books Inc, 1974.
- 5 Nolte, E, McKee, M (2004) Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited. The Nuffield Trust. U.K.
- 6 Kirckbush, I. La nueva agenda de la salud. *Perspectivas de Salud, Revista de la OPS*. Vol. 9 (2): 8-11.
- 7 Institute of Medicine (1988) *The Future of Public Health*. National Academy Press.
- 8 Acheson D. (1988) *Public Health in England* HMSO, London.
- 9 Asthon, J Seymour, H (1988) *The New Public Health*. Open University Press.
- 10 Breslow L From diseases prevention to health promotion, *JAMA* 1999 281 (11) 1030-3
- 11 Kirckbush, I Perspectives on health governance in the 21<sup>st</sup> century. Marinker, M "Health Targets in Europe: Polity, Progress and Promise". *BMJ*, 2002.
- 12 Lee, K. (2009) Globalización y política sanitaria: marco conceptual y programa de investigación y políticas. En . "Bambas, A. et. al. *Salud y Desarrollo Humano en la Nueva Economía Global*" OPS/ Universidad de Texas Medical Branco
- 13 Drager, N Beaglehole, R. Changing the public health landscape. *Bulletin of the WHO special theme Globalization*, Vol. 79 (9): 803.
- 14 Mooij, J de Vos, V. (2003) *Policy Processes: an Annotated Bibliography on Policy Processes*. Working Paper 221. Overseas Development Institute U. K.
- 15 Organización Mundial de la Salud. (2003) *Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en Pro del Desarrollo Económico Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- 16 Lang, T. Carahar, M (2001) Influencing international policy. In "Pecheaon, D *Oxford Handbook of Public Health*". Oxford University Press.
- 17 Chapman. S. *Advocacy for Public Health: a Primer*. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004, 58: 361-365.
- 18 Beaglehole, R. Bonita, R. Horton, R. Adams, O. McKee, M. (2004) *Public Health in the new era: improving health through collective action*. *The Lancet*, Vol. 363, June 19, 2004: 2084-86.

## Futuro de la reforma, salud pública, derechos e integración

**Dr. Enrique Paz**

**Fundación Boliviana para la Salud. (FunSalud)**



De nacionalidad boliviano, Master en Salud Pública. Fue Ministro de Salud de Bolivia en el año 2001 y posteriormente Director del Centro Nacional de Epidemiología y Salud Ambiental. Actualmente se desempeña como responsable del Área de Salud y Ambiente de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS en El Paso, Texas; es Director fundador del Instituto Boliviano de Salud Pública y trabaja en el Centro de Control y Prevención de Enfermedades en actividades de Salud Global y Salud Ambiental con varios proyectos en Latinoamérica.

Salud del área andina, allá tenemos algunos proyectos importantes con Bolivia y la subregión, como la iniciativa de uno por uno para la ciencia, con la Universidad de Emory y el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los EUA, donde me desempeño como médico epidemiólogo junto a gente muy comprometida con la implantación de programas de salud pública y la salud ambiental.

### Introducción

Para los que no me conocen, soy boliviano; he trabajado mucho en el sector salud en los últimos 14 años y entre las cosas bonitas que me sucedieron fue haber sido, entre 2001 y 2002 Ministro de Salud de Bolivia.

Durante el último tiempo ejerzo la globalización en una dimensión que es estar en varios lugares al mismo tiempo practicando la profesión de salubrista. Quiero presentar a ustedes a la Fundación Boliviana para la Salud que tiene su base en Bolivia y ha emprendido actividades en los Estados Unidos de América (EUA) en Atlanta, Georgia, con el apoyo desinteresado de otros ex ministros de

### Antecedentes: derechos ciudadanos y salud pública

Es difícil poder abarcar los cuatro temas del seminario como los hemos planteado: Reforma, Salud Pública, Derechos del Ciudadano e Integración por lo amplio de los temas, sin embargo, acerca de cómo se deben articular los derechos ciudadanos y la salud pública, creo que hay comenzar reconociendo los retos económicos, sociales y políticos en los que el mundo globalizado se desenvuelve maniatado

por múltiples mecanismos de seguridad internacional después de los atentados del 11 de septiembre en EUA. Este contexto tiene una influencia muy importante en los temas de los derechos ciudadanos tales como la reducción de la pobreza individual y colectiva, la necesidad de mayor equidad, derechos y obligaciones, la mejora de la gobernabilidad y la tolerancia, la salud global, la globalización y la seguridad local e internacional en el marco de la llamada lucha contra el terrorismo, en ese marco, la salud está siendo utilizada en términos nunca antes pensado y, por ende, los derechos ciudadanos.

### Comprender la sociología latino americana

Para alimentar el debate, debemos comprender la sociología latino-americana pues los diferentes países y gentes del continente tenemos diferentes percepciones de la realidad americana, algunos mitos y estereotipos y una permanente búsqueda de identidad, que tiene una directa influencia en la perspectiva de la salud comunitaria ligada a los derechos ciudadanos. El caso boliviano es palpable en su permanente búsqueda de su identidad e integración multiétnica y pluricultural.

El panamericanismo, como la caída de un mito, es ya una realidad, creo que hoy vivimos una integración regional y subregional más activa y global.

### El caso boliviano

El caso boliviano en el último tiempo ha pasado de dictaduras de los años 70 y 80 a una democracia representativa que ha entrado en crisis después de 25 años de gobiernos democráticos en los cuales las

reformas económicas no han llegado al bolsillo de la gente siendo la equidad un tema pendiente. Esto ha generado movimientos populares, indígenas y regionales para replantear un país autónomo más descentralizado con mayor representación étnica y regional, creando, sin embargo, problemas de convivencia entre los bolivianos, afectando los derechos de los demandantes y demandados, ya que prácticamente los servicios de salud se han colapsado por paros y huelgas político-salariales. Esto seguro llevará a un nuevo proceso electoral y pacto social de convivencia entre los bolivianos y nos dará al mismo tiempo la oportunidad de poder repensar cómo articular nuestros planes gubernamentales e internacionales como, por ejemplo, los objetivos del milenio, etcétera; de pensar cómo nos articulamos con Latino América, de pensar en cómo pasamos de este desorden social boliviano a insertarnos en este desorden mundial en que vivimos donde la gobernabilidad está en juego.

El desarrollo de la salud pública en Bolivia ha crecido en el gasto en relación con el PIB. Comparando el 14 % que gastan los EUA, Bolivia está gastando alrededor de 5% y Latino América alrededor de 7%, la tasa de mortalidad en Bolivia ha bajado desde los años 60 hasta 2002 dramáticamente, pero aún queda mucho trabajo por hacer, la esperanza de vida al nacer ha aumentado, la tasa de mortalidad de niños ha disminuido al igual que la tasa bruta de fertilidad y la tasa bruta de nacimiento por cada 1000 personas. Las inmunizaciones por DTP han aumentado hasta 98% y hasta 99% para sarampión; asimismo, las fuentes de agua mejorada en Bolivia han ido creciendo paulatinamente en relación con

Latino América, el saneamiento básico ha aumentado y las emisiones de óxido de carbono disminuido. En cuanto a la contaminación del agua, debido al funcionamiento de las industrias, se están haciendo esfuerzos para descontaminar el Pilcomayo boliviano, y junto con Argentina y Paraguay estamos con un gran problema de contaminación por desechos mineros.

### Redefinir la salud pública

Nos planteamos en la Fundación con ayuda del CDC, redefinir la salud pública que para nosotros es fascinante, compleja, técnica y política; también definir el concepto de salud ambiental que a nuestro entender es todo eso al cuadrado. Creo que el definir salud pública y salud ambiental es un desafío en el cual nos estamos moviendo y pensamos que esos temas pasan por el tema de la salud ambiental o salud pública ambiental, como algo positivo y necesario en la reforma. No es casual que la Argentina hubiera combinado los dos Ministerios en uno. A nuestro entender el propósito de la salud pública es alcanzar los intereses de la sociedad asegurando las condiciones en las cuales la gente pueda alcanzar el máximo nivel de salud.

Para articular el complejo tema de los derechos ciudadanos en la salud pública tenemos que vivir en ambientes saludables, por ejemplo en ciudades como Atlanta las enfermedades como el asma son un grave problema, en donde además estamos pavimentando el planeta con concreto perdiendo bosques día a día. Entonces, de qué derechos podemos hablar si no estamos resolviendo una compleja situación ambiental que se está dando actualmente o el manejo de la tierra. Otro ejemplo es lo

que esta sucediendo en EUA donde las mamás se están convirtiendo en mamás "mega-millas", donde el promedio de tiempo que gasta conduciendo para cumplir sus actividades es de 64 minutos manejando, las madres solteras manejan aún más debido a las distancias a su trabajo. Es decir, nuestros derechos ambientales están vulnerados y tenemos que pensar en un nuevo concepto de salud pública.

En los EUA el producto interno bruto ha crecido mucho, sin embargo no existe en realidad un indicador genuino de progreso, es decir, crece el ingreso económico pero la calidad de vida se presenta sin crecimiento, está más bien estancada por lo cual el debate de espacios saludables está tomando mayor importancia. Una gran amenaza a la salud de los americanos es el mal manejo de sus riquezas, este es un problema de salud pública de administración de las riquezas que un país pueda tener, esta mala administración nos sirve para pensar cómo administrar nuestra riqueza y mejorar la pobreza, estas inequidades son una epidemia mundial.

El problema del tabaco como tema de ambientes saludables también es un problema muy serio que se incrementa con la migración de empresas a países con leyes más flexibles producto de la globalización; de igual manera, el aumento de la publicidad de consumo de alcohol ha aumentado de 48 a 97 grandes revistas en el año 2001, esto nos lleva a pensar que algo debemos hacer respecto a los lugares y rutas saludables.

Sin embargo, el crecimiento de la inequidad en el ingreso es un problema muy serio. Si hablamos de equidad en salud como uno de nuestros derechos, en

EUA, observamos que la inequidad y la distribución de la riqueza no es del todo homogénea y creo que debemos aprender de ello, porque está sucediendo también en la Región. Entonces, un compromiso para mejorar aquello es reconstruir el capital social, como por ejemplo el trabajo en red con compromiso de reciprocidad.

### Barreras en salud

Con el ejemplo del caso boliviano quiero integrar el concepto de salud y ambiente y el concepto de reencontrarnos entre diferentes corrientes políticas, étnicas y regionales y discutir sobre este proceso, que es algo que estamos haciendo en Bolivia. Cuando hablamos de globalización queremos seguir el debate sobre lo que se abordó en el seminario sobre una América Sin Barreras, que se realizó aquí en Santiago en 2004, y promover una América sin barreras de tipo comercial, de integración o de territorio y así darle un sentido a la globalización más local

Finalmente, todas estas consideraciones muestran que hay barreras en salud, que no alcanzamos los impactos esperados, no medimos científicamente nuestros resultados, no realizamos una estrategia regional ni tenemos liderazgo internacional, ya que más y más los países toman el destino en sus manos con las victorias o derrotas que ello pueda implicar para la salud. Tampoco existe una agenda de investigación clara; en fin, no estoy descubriendo el diagnóstico que ya lo conocemos de una u otra manera.

### La propuesta de terminar la pobreza de Jeffrey Sachs

Recientemente Jeffrey Zach presentó una propuesta que ha salido en la revista Times que pone a discusión el tema del fin de la pobreza, con una nueva dinámica de las políticas neoliberales, y de cómo eliminar la pobreza o en todo caso la reducción de la misma y la mejora del ingreso. Asimismo, escribe un libro, que ha sido publicado hace pocos días, donde plantea ciertas prioridades para erradicar la pobreza, por ejemplo, mejorar la agricultura, la salud básica, invertir en la educación, llevar energía eléctrica y saneamiento comprometiéndonos a adoptar un plan de acción y escuchar la voz de los pobres. De igual manera le pide a EUA que aumente en 0.7% el PIB de cooperación al desarrollo, propone rescatar al Fondo Monetario y el Banco Mundial, fortalecer las Naciones Unidas, expandir las ciencias de manera global, promover desarrollo sostenible y el compromiso personal sobre temas que están en discusión y que debemos abordar.

### Apostar por las alianzas

Otra estrategia posible para mejorar la salud es impulsar alianzas estratégicas con entidades como el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) dentro del marco de su estrategia de salud global para Latino América o con España, con el Instituto de Salud Pública de España, de la comunidad Autónoma de Madrid u otros donde existen estrategias globales. En este sentido, por ejemplo, acabamos de firmar un acuerdo entre el CDC, EPA y OPS para desarrollar un proyecto de salud ambiental en las Américas y esperamos que sea una respuesta posible a la globalización o las alianzas con el Organismo Andino de Salud en los proyectos de agua para la Subregion Andina.

## Objetivos para la Región Andina en salud pública

Otro gran tema es que tenemos demasiados objetivos, tales como los objetivos globales y multilaterales, por ejemplo los objetivos del Milenio, los de las Naciones Unidas, los objetivos de agencias regionales y subregionales, de las Américas, los objetivos de los países latinoamericanos y los de los países del G8. La propuesta a este gran número de objetivos sería que nosotros como países andinos coloquemos nuestros objetivos; un ejemplo de objetivos podría tomar la experiencia de los objetivos que el CDC está trabajando y adaptarla a la Región Andina. Podríamos plantear que los niños en el año 2015 en la Región Andina o MERCOSUR tengan una mortalidad infantil similar a la de América o Europa.

Otra podría ser que para el mismo año la mortalidad infantil sea reducida en un 25% y en adolescentes de la misma manera, o que 90% de los adultos tengan un peso y un estado mental saludables, y en el caso de la vejez, que la esperanza de vida al nacer de los ciudadanos de la Comunidad Andina (CAN), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) o Caribe para 2015 aumente en dos años.

Quiero finalizar con algo que escuche hace dos días del Secretario de Salud de los EUA en la que nos planteó que hemos vivido una era agrícola, una era industrial, una era de la información y que estamos ingresando a una era de interoperabilidad, el desafío del futuro es que la gente trabaje junta.

Gracias.



## Futuro de la reforma, salud pública, derechos e integración

### **Dr. Osvaldo Artaza**

Director del Centro de Estudios Euroamericano de Gestión y Políticas Públicas de Salud

En razón de la transparencia, tengo una tremenda desconfianza de que los aspectos relacionados con la salud pública, en este mundo global y unipolar, puedan ser temas que podamos debatir sin considerar los temas ideológicos de por medio.

Estamos inmersos en una ideología global dominante en la cual hay un predominio sin contrapeso de la industria médica o complejo técnico industrial, como he escuchado a algunos decirlo. Es dicha industria la que mueve las cosas y por supuesto que esto tiene mucho que ver con el predominio del modelo curativo y con las dificultades que tenemos para cambiar el modelo de atención; para actuar intersectorialmente sobre las determinantes sociales de la enfermedad, y para actuar junto a los ciudadanos en el ámbito de estilos personales y sociedades saludables.

Pensar que vamos a cambiar el mundo sólo porque somos entusiastas, apasionados o porque tenemos una visión y paradigma distinto, es muy propio del sector salud, olvidándonos en la práctica de que el poder está en un modelo ideológico bastante distinto al que muchos en el sector tienen en su corazón, esa es la verdad.

Por lo tanto, es relevante e importante transparentar las fragilidades que tienen



nuestras sociedades para enfrentar los temas de salud pública y por ello me parece pertinente que en nuestros países la sociedad en su conjunto sepa qué espacios institucionales, recursos y prioridades hay para la salud pública, de tal forma que la ciudadanía conozca, discuta y debata sobre eso.

Por otro lado, hemos hablado mucho y por años, acerca de que la salud es más que la enfermedad y es más que la organización de los servicios médicos; pero tenemos que ser honestos en reconocer que hemos tenido dificultades en poder hacer que este discurso empape a los líderes decisores y llegue a la opinión pública y a la ciudadanía, y en eso tenemos que ser también honestos en no

colocar el problema en el otro, sino también reconocer cuáles han sido los errores y fallas que hemos tenido, generalmente desde el sector para lograr ese objetivo.

De hecho, el colectivo ciudadano, por lo menos en Chile, en las encuestas que hemos realizado, asocia salud absolutamente al tema curativo y, por lo tanto, habla de las dificultades para lograr modificar esa cultura. Obviamente, esto tiene también que ver cómo desde la industria se colocan los temas y se originan opinión y percepciones, porque son ellos la industria- los que tienen los medios de comunicación, que son los que fabrican las necesidades y generan las expectativas. Ahora no quiero dar una visión pesimista, soy un optimista sin límites, pero lo que quiero decir es que hay que reconocer estas dificultades y, por lo tanto, buscar las herramientas efectivas para ir superando estos temas con todas las limitaciones que evidenciamos en la política real. Más aún cuando es esa misma industria la que origina opinión desde los medios de comunicación- la que es capaz de generar un efectivo lobby sobre los decisores y, más aún, afectar las decisiones legislativas vía las relaciones incestuosas que tienen muchos de nuestros parlamentos con el dinero.

### Salud como bien social

Si la salud es un bien público y un derecho esencial de las personas, son obviamente temas que deben ser apropiados por los ciudadanos, más allá de las élites y el pequeño círculo de los "expertos". Existen derechos de las personas y también debe haber deberes, y allí entro en un aparente conflicto que quiero expresar. Lo que sí tengo claro es que no

es un deber de mercado. Después de éstas décadas de neoliberalismo hemos ido tratando de entender, aceptar y acotar el rol del mercado, de regularlo, de reconocer dónde sí es eficiente y contribuye y dónde definitivamente no, para ir construyendo evidencia para ir generando condiciones para un mejor mercado; aunque alguno en su corazón no quiera que exista mercado, hemos terminado por aceptar como un gran triunfo que el mercado sea mejor. El tema está en que en ese esfuerzo por lograr un mejor mercado muchas veces no hemos puesto suficiente énfasis en un mejor Estado; ¿qué pasa con el Estado?, porque éste se ha empequeñecido en todos nuestros países y no hemos gastado, a lo mejor, las mismas energías en re-pensar ese Estado y cuando uno se detiene a repensar un mejor Estado, viene el debate sobre ciudadanía y esa palabra no significa lo mismo para todos. Ciudadanía significa individuos consumidores para un gran número de decisores; sujetos de la asistencia paternal del Estado; o potenciales votantes; para unos y otros, lo que significa ciudadanía no es mucha cosa. En suma, cuando no hay deberes responsabilidad de las personas el tema de salud es propio de otros (Mercado/Estado), cuando hay énfasis en lo que debe corresponder a las personas y comunidades se genera un nuevo escenario de responsabilidad y poder.

Quiero poner dos ejemplos muy delicados de lo que está pasando con el tema de la ciudadanía: un día me encuentro, siendo ministro, con un alcalde por muchos períodos en una zona urbana de la capital chilena, al cual le tengo un cariño enorme, Fernando Castillo, y él me cuenta cómo fue su experiencia en los años setenta, de haber trabajado con una comunidad de personas de escasos recursos, para hacer

un proyecto de autoconstrucción, cómo la gente se empapó de una mística y una pasión para cooperativamente construir su casa y la casa del otro, y cómo en ese proceso salieron temas de educación, de salud y cómo se construyeron lazos, etcétera, al igual que una epopeya, y él me contaba que cuando ahora, cuarenta años después, va al lugar nuevamente quedan pocos de esos viejos y lo que se encuentra es a quienes le reclaman para que arregle la reja de su puerta, y ya no logra que ni un vecino ayude al otro, entonces de qué ciudadanía estamos hablando.

En Isla de Pascua nosotros tuvimos un brote de dengue, el alcalde empezó a criticar al Ministerio, entonces dije mejor lo invito a almorzar y conversamos con él, entonces me dice "doctor mire el tema de los Nao Nao, que es el nombre del zancudo, es un tema de responsabilidad no de nosotros, sino del continente del Estado chileno que me lo tiene que arreglar, yo no voy a mover un dedo". Estos son ejemplos de lo que está pasando cuando hablamos de ciudadanía.

Es mucho más cómodo "consumir salud" o recibir asistencia como "limosna". Más difícil sin duda es lo que quisiéramos, personas y comunidades capaces de construir condiciones para familias, barrios y países saludables. Esto obviamente es una opción y una acción política, que no es muy funcional a los paradigmas predominantes.

Salud pública es parte de políticas sociales explícitas, persistentes, democráticas y evaluadas. Cuando hablamos de políticas en salud pública de carácter democrático todos hablamos de que se diseñan y se implementan participativamente. ¿Qué

significa democráticamente entonces?, ¿Que vamos a hacer un focus group, es decir una técnica de mercadeo para saber si esa política será bien recibida por los consumidores? Muchas veces nos preocupamos sobre cuáles son las herencias de las dictaduras sólo en los temas macro como la constitución o los poderes fácticos, pero nos hemos descuidado del mayor daño, que nos dejó destruido el tejido social y la capacidad de organizarnos y de construir de verdad ciudadanía y, por lo tanto, nos dejó a merced del mercado, y en ese contexto hablar de salud pública es tremendamente difícil.

Salud pública es hablar, por un lado, de un bien público, por lo tanto significa invertir. Toda nuestra economía ha funcionado con la ilusión del chorreo, pero todos sabemos que no ha sido más que un miserable goteo; el tema es cómo lograr un pacto social que permita romper con esto, lo digo porque ninguno de nuestros candidatos a Presidente de la República, incluido el de la Coalición de Gobierno, de la cual formo parte, se atreve a hablar con demasiada fuerza de reformas tributarias, no sé por qué ese temor a hablar transparentemente de éstas y a discutir sobre con qué se va a pagar un modelo de desarrollo distinto. Esa es una ilusión.

La política hoy día no está separada suficientemente de los intereses económicos a pesar de que se hizo en Chile con la ley de Financiamiento de Partidos Políticos, espero que permita mayor transparencia.

Desafortunadamente en Chile aún hay mucha influencia del poder económico, lo que explica que parlamentarios "progresistas" apoyen a las tabacaleras o a la industria del licor en el parlamento.

Situación que daña profundamente la credibilidad en la democracia representativa y deja a la ciudadanía sin voz, limitando el ejercicio democrático a actos formales y a un permanente clientelismo

Al respecto, quiero transmitir que tenemos un esfuerzo extraordinario que hacer, hermoso y posible en materia de salud pública, pero no está en el escritorio del ministerio, sino en hacer política con mayúscula para terminar con ese círculo vicioso en que hoy tenemos personas escondidas en sus casas tras rejas, abandonando los espacios públicos, desvinculándose y atomizándose, limitando su vida en sociedad a múltiples actos productivos y de consumo.

Por otro lado, los problemas y riesgos que la globalización acarrea en materia de salud requieren de nuevos recursos y capacidades, que nadie quiere pagar. Por que todos exigen de nuestros sistemas sanitarios, pero pocos los dispuestos a invertir en ello.

En fin, he querido señalar que en salud pública, a mi juicio, es clave conocer de qué estamos hablando en cuanto a mercado, de mejor Estado y qué es lo que

entendemos por ciudadanía, y que ésta hay que construirla, porque no está construida de verdad. Y, finalmente, dos palabras sobre el tema de la integración de los pueblos.

Yo sueño con una Sudamérica unida, pero tenemos temas en que no sé si vamos a tener la generosidad que tuvieron lo europeos al superar traumas y de unirse, después de millones de muertos de la última guerra. Pienso en las dificultades reales que tenemos con nuestros hermanos peruanos y bolivianos y si vamos a tener la generosidad de superarlas para poder construir una real integración y ahí entro a la reflexión de si salud puede ejercer un rol allí, así como ha sido un efectivo puente para la paz en muchos países, creo que puede ser un efectivo puente para la integración en la medida en que seamos realmente capaces de construir ciudadanía y de movimientos de sociedad civil se puedan tender redes exitosas entre nuestros pueblos; de tal manera que las luchas políticas locales se transformen en luchas también globales dado que los temas que están hoy colocando los obstáculos para actuar en salud pública tienen que ver con los paradigmas dominantes que son responsables de los riesgos sanitarios de la globalización, y de la exclusión social.

Gracias.

## Futuro de la reforma, salud pública, derechos e integración

**Dr. Gabriel Carrasquilla**

Miembro de la Academia de Medicina de Colombia



Las reformas de salud en Colombia han sido demasiado amplias, complejas, profundas y, además, simultáneas. Aun cuando se dieron mas o menos de forma simultanea se pueden definir dos paquetes legislativos. El uno relacionado con la descentralización de la salud (Ley 10 de 1990, Ley 60 de 1993) y el otro con la conformación y puesta en funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) mediante la Ley 100 de 1993 que definió el aseguramiento en salud. Llevamos quince años, lo que indica que es un proceso muy joven y una menor de esta edad no tiene la suficiente capacidad de poder defenderse sola, requiere acompañamiento y continua vigilancia.

El desarrollo de las reformas del sector salud en Colombia van, después de 15 años, tan sólo a medio camino. La

descentralización, que asigna la responsabilidad de atención de primer nivel a los municipios y les da autonomía para su planeación, ejecución y determina que la atención del segundo y tercer nivel es de los departamentos (estados, provincias), hasta finales del año 2000 sólo había alcanzado 50% de todos los municipios colombianos, y desde esa fecha no se continuo con la certificación municipal. Por otro lado, actualmente alrededor de 60% de la población está afiliada a uno de los dos regímenes del SGSSS, el contributivo, al que pertenecen los empleados e independientes que cotizan al sistema y el subsidiado, que apoya el Estado para asegurar a los más pobres.

### ¿Qué ha pasado con la salud pública en las reformas?

Sólo recientemente se han dado espacios para abordar la preocupación por la salud publica y, también debe señalarse, en un proyecto de Ley que está en discusión actualmente en el Congreso para hacer ajustes a la Ley 100 de 1993, se ha presentado como un capítulo especial la salud pública.

En Colombia, las reformas de salud no estuvieron orientadas a la salud pública. Definieron aspectos de descentralización y aseguramiento, como se anotó antes, pero no abordaron cómo fortalecer la prestación de los servicios de salud

pública, el control de enfermedades transmitidas por vectores o las coberturas de vacunación, sólo para citar dos ejemplos muy indicativos. No se abordó este tema como un problema que realmente tenía que afrontarse dentro de las reformas al sistema de salud, como Enrique Paz anotó en su presentación.

Sin embargo, sí se han visto afectados los indicadores de la salud pública en este proceso a pesar de que las reformas no estuvieron orientadas a este propósito.

En mi opinión, quienes debíamos tomar la salud pública como bandera fuimos rebasados por la dominancia de otros intereses y, simplemente, nos desplazamos, perdimos espacios y el enfoque económico y de privatización de la salud primó sobre los intereses de la salud pública. En buena parte nosotros también somos responsables del deterioro de los indicadores, porque la presencia política y de liderazgo se perdió.

La frecuencia del dengue entre 1984 y 1993 no aumentó, pero la pendiente entre 1994 y 2003 es muy acentuada indicando un aumento en el número de casos.

Esto no necesariamente indica una asociación entre las reformas en salud y el incremento de casos de dengue en Colombia, pero sí por lo menos hay una asociación temporal entre el incremento de este problema y el momento de las reformas orientadas hacia la privatización y la atención del enfermo más que hacia la promoción y la prevención.

En otro análisis encontramos que no existe ninguna asociación entre la cantidad de afiliados al Régimen Subsidiado y la frecuencia del dengue por

departamento. Evidentemente esto tampoco está indicando que hay una asociación causal, pero por lo menos sí está indicando que no hay acciones claras de promoción y prevención para los que están afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud. Se hubiera esperado que entre mayor afiliación menor cantidad de casos de dengue si se asume que reciben información y acciones de prevención.

El problema de la malaria es muy parecido al del dengue.

Respecto a la cobertura de inmunizaciones se observa que desde 1994, en todos los biológicos, hay una disminución importante y hasta el año 2002 las coberturas estuvieron por debajo de niveles realmente protectores.

En el año 2003 se ha reportado un incremento, que otros estudios no muestran y, sin embargo, continúan siendo preocupantemente bajas.

Otro indicador que ha mostrado un deterioro en los últimos años, como ya anotó el señor viceministro, en la presentación que acaba de realizar, existe una situación muy preocupante como es el incremento de la mortalidad materna. En resumen, por lo menos algunos de los indicadores de salud pública muestran una situación bastante preocupante en nuestro país.

Por otro lado, no se están realizando acciones de prevención y promoción a pesar de que las aseguradoras privadas tienen por decreto (Resolución 412) del Ministerio de Salud este mandato. En adolescentes del régimen contributivo entrevistados en las tres grandes ciudades de Colombia, como son Bogotá, Medellín y Cali, encontramos que 64% no reportaron haber recibido información de su propio asegurador. Asimismo, se

encontró que el gasto que las aseguradoras en salud hacían en actividades de promoción y prevención era inferior a lo que tenían que gastar debiendo cumplir con las actividades de la Resolución 412. Por ejemplo, en el año 2002, la prueba de tamizaje para la detección temprana de hipotiroidismo congénito en el régimen contributivo sólo se realizaba a 55% de la población objetivo.

Recientemente terminamos una investigación en la que evaluamos si existían diferencias entre municipios descentralizados y no descentralizados respecto a algunos indicadores de oferta, uso y cobertura de servicios de salud en una muestra representativa de casi 400 municipios colombianos.

La diferencia en coberturas de vacunación en el año 2000 entre municipios descentralizados y no descentralizados muestra que los primeros tienen coberturas de vacunación significativamente mayores que los no descentralizados, pero cuando se ajusta por tamaño de municipio no se observan diferencias en los más grandes, pero en los más pequeños, con mayor población rural y menos recursos, sí muestran diferencias importantes; lo que hace pensar que en estos municipios descentralizados, los propios alcaldes deben tener algún interés particular en acciones que lleven a un incremento en sus coberturas respecto a los municipios que todavía dependen de los departamentos o de las actividades del nivel central del Ministerio.

También se observa que en los municipios descentralizados hay una mayor cantidad de médicos por cada 1000 habitantes. En este aspecto también parece que juega un papel importante la decisión de los

alcaldes, que contratan médicos para que presten una mayor cantidad de servicios. En efecto, se observa un mayor número de consultas y, curiosamente, una mejor información disponible. Es decir, estamos viendo algún efecto interesante de la descentralización, aunque todavía no concluyente.

En cuanto a la descentralización de la malaria no encontramos ninguna diferencia entre municipios descentralizados y no descentralizados en tres períodos diferentes. Sí llama la atención es que en el período 1994-1998, cuando están marchando todos los procesos de reformas, caen las tasas de malaria, tanto en los municipios descentralizados como en los no descentralizados. Esto no significa que disminuyó la malaria en el país, sino que por el proceso de reformas y ajustes se dejó de recoger información, traduciéndose en una aparente disminución de malaria, cuando en realidad mostraba deficiencias en los servicios.

El gasto en salud ha aumentado de una manera muy importante, observándose un incremento mayor en los municipios descentralizados que en los no descentralizados. Sin embargo, el aumento en gastos de promoción y prevención no sigue la pendiente del incremento del gasto en salud.

Si al municipio le corresponde la responsabilidad del primer nivel de atención, se esperaría que el incremento de gasto se reflejara en actividades de este nivel. Es probable que los mayores ingresos se puedan haber dedicado a desarrollo de infraestructura y contratación de personal para la atención a nivel hospitalario.

Varios estudios han mostrado que el acceso a la salud en Colombia está asociado al aseguramiento. Sin embargo, la limitante es que sólo el 55 ó 60% de la población colombiana está asegurada y el aseguramiento universal no parece alcanzable, es una utopía, y por ello observamos un importante problema de inequidad.

Las reformas en el sector salud en Colombia se encuentran a mitad de camino, requieren más desarrollo y, probablemente, más tiempo para su consolidación, pero en lo que llevamos hasta el momento han carecido de una orientación de salud pública. Y los ajustes en este sentido son impostergables.

Muchas gracias.



## Futuro de la reforma, salud pública, derechos e integración

**Dr. Ramiro Echeverría**

Investigador de la Fundación

Eugenio Espejo, de Quito - Ecuador



Quiero mencionar, quizá para quien no lo conoce, que la denominación de la Fundación, "Eugenio Espejo" es en conmemoración a nuestro ilustre prócer no sólo de la salud, sino de la Independencia ecuatoriana, médico indígena de tiempos de la Colonia, de 1747 a 1795, y quien puso los fundamentos del primer Grito de la Independencia en América, dado en Quito en 1809, pero su aporte tiene una base fundamental en lo que tiene que ver con su práctica de médico en aquellas condiciones deplorables en que se vivían en la Colonia, muchas de ellas todavía vigentes ahora en nuestros países, y en particular en mi país.

Pero el punto fundamental a destacar es la concepción social de Espejo, no

reconocida en la historia de la medicina mundial, porque no ha sido escrita por americanos, pero cuando Jhon Meter Frank es reconocido como el propulsor de la medicina social en Alemania en 1775, Eugenio Espejo en 1774 publica su famoso libro *Reflexiones acerca del método para combatir las viruelas*, y plantea una tesis de lo que es la medicina social. Esperemos recuperar en esta identidad de Latinoamérica estos procesos que, sin duda, existen también en otros países.

Y una máxima que quería destacar, que en la Fundación hemos empleado para nuestro accionar: "el bien común prefiere articular", este es un tema fundamental que denota toda la potencialidad de lo que significa el bien común y orienta todo el proceso de actuación pública y también privada.

La fundación fue creada 1980 en la ciudad de Guayaquil y extendida a otras ciudades del país, en particular a Quito; su misión es analizar la realidad nacional en el marco del desarrollo a objeto de buscar alternativas para superar esa realidad. Y en el tema de salud, que es su aplicación, se ha dedicado en Quito al tema de investigaciones en salud, realizando varios estudios sobre el análisis de la situación del sector salud y, sobre todo, esta concepción más ampliada de la salud y de funcionamiento del sistema de

servicios; todo ello con la idea de estructurar propuestas de políticas de salud, que se han ido formulando en diferentes momentos como aportes desde una ONG a los organismos públicos correspondientes.

En cuanto a cuál es la visión para el desarrollo de la salud pública en los países de la subregión, y cómo deben articularse los derechos ciudadanos y la salud pública, podemos observar algunas propuestas al respecto. En primer lugar, una que hemos venido trabajando tiene que ver con la ampliación del concepto de la salud, esto ha sido un trabajo arduo y creo que es una constante en muchos de nuestros países; de ese enfoque reducido, basado en la tradicional higiene pública, muy ligado a los temas de infraestructura sanitaria que practicaban nuestros municipios al principio de la Colonia, traducida a modelos asistenciales cuando hay participación del Estado y otras organizaciones sociales dedicadas a la beneficencia y, en los últimos tiempos, el concepto economicista de externalidades.

Estamos planteando que debemos considerar a la salud en esta interacción permanente de las personas y de sus medios o entornos. No podemos tener una salud ambiental por un lado y por el otro la salud de las personas, pues vivimos en interacción permanente en lo cotidiano, así que ese es un primer referente. Sin duda, el tema que se ha mencionado bastante sobre derechos y deberes, especificando que los derechos ciudadanos tienen una contrapartida en los mismos ciudadanos de una corresponsabilidad pero, sin duda, como Estado su deber fundamental es la garantía de esos derechos.

En cuanto a si se integra o no con la atención médica, creemos que debe estarlo y, justamente, este nuevo paradigma de promoción de la salud que es su modelo analítico nos muestra la necesidad de esa integración, al destacar que los componentes biogenéticos, ambientales, físicos y sociales son los que tienen que ver con los servicios de salud y, por supuesto, con lo que llaman estilos de vida o comportamientos personales y sociales saludables.

Entonces yo diría que este es un punto fundamental en la discusión y es el debate que habría que ir superando, y por ello es que, de manera resumida, planteaba que esa disociación que se está haciendo entre medicina y salud pública, desde nuestro punto de vista, no tiene caso y ha tenido graves efectos negativos para la obtención de mejores resultados. La medicina se ha apropiado como ciencia y técnica, y su exageración ha llevado a este racionalismo cientificista que valida todo, especialmente a las tecnologías, y que fundamenta su eficacia en mucho de lo instrumental terapéutico efectista, y que se estructura fundamentalmente orientada a los servicios privados, obviamente, de consumo por la población de altos ingresos.

No debe seguirse manteniendo esa disociación con el aspecto llamado salud pública, que tiene más fundamentación en la política, orientado por la equidad, que deriva en los servicios públicos, y cuyo consumo está más relacionado con la población de bajos ingresos.

El segundo punto es el planteamiento de la salud como un hecho político; acá se ha insistido en él, y creo que éste es uno de los aportes en el que más ha insistido la Fundación Espejo, haciendo honor a su

patrono, en el que se señala muy claramente este aspecto y, por supuesto, en esta propuesta los puntos a considerar son la articulación de lo político con lo técnico. Al decir que es un hecho político no estamos descartando lo técnico y decimos, bromeando un poco, es politécnico, es decir, tienen que existir ese diálogo y esa relación, obviamente por la primacía que tiene la política sobre lo técnico.

### La articulación de la salud en los procesos de desarrollo

Como medio y como fin, tanto tiene que ver, como resultado de los procesos de desarrollo cuanto en su contribución al mismo, y este aspecto es importante, ya que abre la perspectiva. Ayer Armando me dejó con la inquietud respecto a que si no ha habido un cambio estructural en la sociedad no podíamos lograr la equidad en la salud, sí y no. Creo que hay también posibilidades importantes en esa autonomía relativa que tiene cualquier proceso en su determinación social de actuar, y que mejor que salud, que tiene una gran fuerza ética para convertirse en punta de lanza de procesos de cambio quizá de la estructura más general y, por supuesto, de la orientación fundamental hacia el desarrollo humano local.

Otro punto es el de la equidad social y salud, que es un aspecto fundamental; en realidad, no podemos decir estrictamente que tenemos una equidad en salud o en educación, es decir, hay una equidad social que se expresa en diferentes manifestaciones, y por eso lo planteamos como un resultado fundamental de equidad social y su relación con salud, señalando la estrategia de protección social como para avizorar esa propuesta de políticas.

En cuanto a la búsqueda de políticas de Estado en salud, pensando en la sostenibilidad y continuidad, hemos visto que hay diferentes comprensiones respecto a qué estamos entendiendo por políticas de Estado en salud o esta búsqueda, es decir, queremos superar las políticas coyunturalistas de los gobiernos o, incluso, de cada ministro y queremos darle continuidad a los procesos de cambios, especialmente procesos a largo plazo, como las reformas sectoriales; sin embargo, la propuesta es avanzar hacia políticas públicas en salud en términos de una respuesta social organizada frente a la problemática, que en mi opinión, es mucho más que hablar de una política de Estado, es hablar de una política pública donde no sólo participan los agentes del Estado sino, fundamentalmente, la sociedad.

Es por ello que en estos espacios de gestión política en salud queremos plantear esa distinción de lo que significa este espacio del Estado y del Gobierno, y principalmente del Gobierno, que maneja este recurso de poder político; pero que puede tener como efecto aquello que observamos y criticamos, un modelo asistencialista, porque el Estado no es inocuo, sino un terreno de intereses y sabemos en términos de qué modelos de desarrollo económico social garantizan los Estados nuestros derechos en su Constitución dependiente y subdesarrollada. Sin embargo, este otro espacio de lo privado empresarial, que tiene como recurso de poder la fuerza económica, nos lleva a este modelo de mercado, y esta tensión entre lo público y lo privado, tradicionalmente planteada como tal, es lo que también se observa al final en este efecto.

Vamos hacia aquello que estamos

planteando como construcción, en el que hablamos de este espacio societal donde el eje del recurso del poder son la participación, y el empoderamiento de la ciudadanía para construir un modelo democrático como propuesta. Lo anterior es el tercer planteamiento, que es la construcción de ciudadanía en salud, uno de los puntos sugeridos para la discusión. Y ahí la primera consideración de habitantes a ciudadanos, este traslado de números, estadísticas, población, clientes, usuarios a ciudadanos ejerciendo sus derechos, lo que lleva al aspecto de la creación de cultura en salud, que es la base fundamental para ir constituyendo esa ciudadanía. Democratización del conocimiento con procesos educativos desde la más temprana niñez, porque debe ser parte formativa del quehacer cotidiano y de la formación de todos sus ciudadanos, desde esa etapa, no desde el ejercicio formal del voto y otros asuntos formales de ciudadanía. La información pública adecuada, transparente, procesos de participación local, y el respeto a la diversidad e interculturalidad. Creo que las propuestas no pueden ser homogéneas, sino que deben considerar y ser tolerantes con esto e incorporarlo en esa entidad múltiple y rica que es nuestra América Latina.

Aquí viene el punto, lo decía el doctor Artaza muy bien y creo que coincidimos plenamente, para que aquello se pueda ir dando es necesario construir este modelo médico hegemónico, es decir, aquello que estamos proponiendo tendrá muchos obstáculos y limitaciones si es que no tomamos esta reconstrucción necesaria. Esta categoría de modelo médico hegemónico fue desarrollado muy ampliamente por el antropólogo argentino Eduardo Menéndez, y me ha

llamado positivamente la atención que en un trabajo de hace unos seis meses retoma, amplía e insiste en esto que estoy señalando como portavoz, la necesidad de que para superar esos vicios estructurales que tiene la concepción y práctica de la salud en nuestros países, y en general en el mundo, es indispensable esta reconstrucción. Esto es lo que está atrás de todo proceso, es decir, lo que no se ve, pero que tiene determinación importante y por ello hay que tomar en cuenta estos espacios de trabajo en la formación de los recursos humanos. Si no hay claridad respecto a lo que produce en la formación y práctica de los recursos humanos en salud, pues creo que no estamos ahondando en ello.

Como anécdota, en una reunión de decanos de medicina en mi país, el decano de la Universidad Central me decía que formaban (a los profesionales) de acuerdo con el perfil de lo que el país necesita, pero le decíamos que por qué a la vuelta de la esquina están ya vinculados al mercantilismo médico, porque el mejor invento para el médico moderno es la computadora o la calculadora, y entonces él decía que los formaban bien, pero que el problema es la sociedad, se deforman al ingresar al ejercicio laboral. Sin embargo, pensábamos que eso era una prueba de que no estaban bien formados, creo que si bien la determinación tiene que ver con el mercado laboral también habría que tomar en cuenta la formación; por supuesto, los matices de la práctica médica, que ya se han analizado, y todo este complejo médico industrial alrededor de la enfermedad son muy poderosos en sus diferentes manifestaciones.

Para terminar, esta propuesta del

contrato social de la salud, no digo si éste es nuevo, porque tengo dudas de plantearlo así, ya que no tengo tampoco fundamentos para decir si es caduco, por eso sólo hay que plantearlo como la formulación de una nueva relación Estado Sociedad, basada en la democratización política, económica y social, en la participación y veeduría, garantía de derechos ciudadanos, desde donde se puede plantear la contribución de la salud a la equidad social.

Y por último, la inserción de la salud en la agenda política, que creo que es constante, y para lo cual la sostenibilidad de aquello está basada en la cooperación e integración, a nivel subregional y regional, como muy bien ayer planteaba el doctor David Tejada diciendo que éste es el primer elemento para construir aquello que estamos planteando: la integración.

Muchas gracias.

## Futuro de la reforma, salud pública, derechos e integración

**Dr. David Tejada Rivero**  
Ex Sub director General de la OMS



Por mi forma de enfocar la educación, en el sentido de tratar de facilitar las capacidades de pensar, dudar y crear y no sólo entregar conocimientos como verdades absolutas, tengo la costumbre, buena o mala, de no utilizar ayudas audiovisuales. No critico a quienes lo hacen, pero creo que comprimir las realidades sociales y tratar de graficarlas, plana y estáticamente, resulta en una irreal y exagerada simplificación de realidades que son tremendamente complejas, y donde sus componentes juegan distintos roles simultáneamente, a veces contradictoriamente, y en permanente variación.

El peligro de esta artificial simplificación y congelamiento es el facilitar la pasividad

mental para no pensar, no dudar y, por lo tanto, no crear.

Otra explicación de la forma de presentar mi contribución es porque en mis clases de doctorado en salud pública acostumbro presentar, con una semana de anticipación, esquemas muy resumidos de cada tema, con no más de mil palabras. En la clase propiamente tal tres horas académicas se dedican a discusiones de los alumnos en pequeños grupos de entre seis y ocho, y luego un debate general después de que han consultado y discutido críticamente tanto el esquema como las fuentes bibliográficas. Yo me reservo los últimos treinta minutos para comentar los puntos nuevos o las discrepancias sobre el esquema traídos por los alumnos.

Lo que se busca es que frente a las realidades sociales todos nos demos cuenta de que no son planas, estables, lógicas y simples, y donde los componentes, las interrelaciones y los contextos nunca encajan tan fácilmente ni funcionan tan perfectamente como si fuesen realidades mecánicas o físicas. Sólo así nos podemos dar cuenta de que las realidades sociales que enfrentamos no se pueden programar a nuestro antojo, sólo porque tengamos la razón puramente teórica y/o técnica. Lo que interesa es saber que la complejidad de las realidades sociales está en las interacciones y relaciones interpersonales de la vida real.

Después de vivir once años en Suiza, aunque antes ya era en esto un suizo, me ajusto a las indicaciones que me dan. Me pidieron, para esta segunda mesa redonda, hacer énfasis en los desafíos que tenemos frente al tema de las reformas, la salud pública, los derechos ciudadanos y la integración. Al respecto quiero indicar que he visto con satisfacción, tanto ayer como hoy, que todos los que han participado han mencionado la necesidad de aclarar el significado de los términos. Por ejemplo, de qué reforma estamos hablando, qué cosa son la salud y la salud pública, qué se entiende por derechos ciudadanos e integración. Es importante, aunque, en el mundo globalizado de hoy, las definiciones son siempre convencionales y por ello no son necesariamente la última verdad ni menos la verdad absoluta.

Hay una gran confusión en lo que se refiere a lo qué son la salud, en su sentido de realidad social y proceso político, y el sistema de oferta institucionalizada de servicios de atención médica reparativa y orientada a la enfermedad, a la cual seguimos llamando erróneamente de salud o de salud pública. Este sistema es tan sólo una parte pequeña de la salud.

En el breve documento que he preparado para este Seminario presento varias explicaciones sobre lo que debe entenderse por salud; sin embargo, ahora me voy a referir solamente a algo que hemos venido repitiendo en los últimos años: que la salud es un proceso eminentemente político que requiere, en todo momento y en todos los niveles y formas, que se tomen decisiones institucionales, locales, nacionales, internacionales y globales. Ayer me atreví a decir que sólo seremos países soberanos e independientes en la medida en que

tales decisiones no se tomen fuera del país o por virreyes que tienen más poder que los Presidentes formales. Virrey es, por ejemplo, quien decide a quién, cuánto, y para qué asignar los recursos fiscales. Esto no debe entenderse como un reclamo para mayores recursos financieros y presupuestarios, porque si se trata de seguir haciendo sólo atención médica reparativa, mi propia reacción, aun si fuese Virrey, sería de no dar ni un centavo más, pues ello resultará siempre en un barril sin fondo. Más recursos económicos cuando uno está fuera de enfoque es distraer recursos de donde pueden ser mejor aprovechados.

Creo también que hay términos que han contribuido a entender muy mal lo qué es la salud. Uno es el de "atención", que tiene una connotación vertical, autoritaria, de oferta; donde el que está ofertando es el único que sabe y el pobre receptor no sabe ni debe saber nada. Por ello no encuentro mejor término que el de "paciente", no sólo por su paciencia, sino por su resignación a no tener ningún papel activo en el cuidado de su propia salud. De ahí que me he atrevido a emplear el mejor término de un "cuidado integral de la salud para todos y, sobre todo, por todos". No se trata de sólo un sistema de oferta de servicios médicos reparativos orientados a enfermedades, sino de acciones mucho más importantes y trascendentes: de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, las que comienzan con las personas en la propia familia, en la escuela y las demás organizaciones sociales. Por eso es fundamental la educación en su sentido más amplio y moderno. Precisamente, en el campo de la educación se están produciendo grandes reformas, principalmente en Francia, China, y en algunas partes de Estados Unidos de

Américas, para cambiar el modelo de la educación escolarizada, que hace casi medio siglo, Iván Illich criticó en su libro *La educación no escolarizada*. Y, al respecto tengo que mencionar, que Illich, sin ser médico, fue uno de los promotores de la idea de atención primaria de salud cuando escribió su segundo libro *Némesis Médica*.

En el documento se hace hincapié en los derechos ciudadanos y, sobre todo, en los deberes ciudadanos. Antes se utilizaba el término "participación comunitaria", y yo mismo he vivido, como Ministro de Salud, cómo a veces esas participaciones devienen fácilmente en groseras y absurdas manipulaciones, donde el técnico, que lo sabe todo, le impone a la comunidad: "éstas son tus necesidades y éstas las soluciones". Es necesario, por eso, re-interpretar lo que debe ser en verdad la participación ciudadana, en el sentido del ejercicio pleno de una ciudadanía política. En una democracia, a partir de la revolución francesa, el poder político para tomar decisiones con carácter obligatorio y bajo sanción pasó, de ser un designio divino y hereditario, a tener un origen ciudadano, así que cuando hablamos de descentralización y de participación no nos referimos sólo a una transferencia de poder, sino a "una devolución del poder que nosotros le hemos quitado a la ciudadanía".

Pero esa participación ciudadana no es posible mientras no haya una efectiva descentralización. La Participación Ciudadana es un proceso político, no es algo sólo técnico ni administrativo, y el término no es gerencial o administrativo. Luego, el término de participación comunitaria también induce a error y se ha convertido ya en un concepto antiguo y ya superado.

Se ha dicho ya, pero nunca está demás insistir, que el proceso político de participación ciudadana sólo es posible cuando hay un proceso político de efectiva descentralización o devolución del poder político. Las decisiones, y en especial las decisiones políticas, siempre tienen costos, y en un primer momento puede haber fallas. Pero hay que reconocer que al comienzo de todo cambio se van producir fallas. El peligro es que los autócratas y centralistas dirán entonces que el pueblo no está preparado, pero sin tratar nunca van a estar preparados y experimentados. Es imposible aprender a nadar en seco, y para que un niño aprenda a caminar tendrá que caerse muchas veces.

Otro tema también importante de definición es sobre integración, que no es solamente algo eminentemente político, sino que es un proceso absolutamente indispensable para que los países de América Latina puedan tener destino en el mundo globalizado de hoy. Un modelo a seguir es el de la Unión Europea, sin tener que esperar todos los años que ellos tuvieron que esperar. Ayer se dramatizó preguntándonos por qué nos quedamos en Sudamérica, por qué no incorporar a México y a Centro América. Sobre todo a México, porque creo que su pueblo piensa lo mismo.

Antes de entrar a los desafíos, el término que me mortifica más es el de reforma, que según algunos estudiosos, a los cuales me suscribo, es una transformación mucho más compleja y fundamental que una revolución. La historia de la humanidad nos muestra cómo las grandes reformas trascendentales duraron y siguen hasta hoy día con todas las variaciones de un proceso social dinámico, lo que no ha



ocurrido con las llamadas grandes revoluciones, la última de las cuales se hizo nada cuando se derrumbó un muro. Entonces, cuando hablamos de reformas nos debemos referir a algo serio, y, por ello, la mejor manera de explicar lo que es una reforma, es que las realidades sociales son muy complejas, pero dentro de esta complejidad de componentes, interrelaciones, entornos, contextos todos en permanente cambio, interrelación y acción vectorial. Si nos viéramos obligados a clasificar todos los componentes e interrelaciones de las realidades sociales en sólo dos grandes grupos diferentes, complementarios e imprescindibles, diríamos que algunos elementos constituyen lo que se podría llamar "el contenido sustantivo de la realidad", relacionado con la finalidad y razón de ser de ésta, determinado por valores eminentemente ético morales y por valores políticos, ideológicos y ético-morales. El contenido sustantivo es indispensable porque indica a dónde se quiere ir, qué tipo de sociedad queremos ser, qué tipo de salud para todos, etcétera. El contenido sustantivo se queda en el discurso si es que no va acompañado de otra serie de componentes que se refieren al contenido instrumental o de los medios que son indispensables, pero subsidiarios y derivados del contenido sustantivo que es el que determina las cosas. Es decir, que el contenido instrumental es derivado, dependiente y hecho a la medida del contenido sustantivo.

Y ¿qué ha pasado con las reformas? En la salud y en otros sectores o ámbitos. Ha pasado que muchas de las llamadas reformas se refieren al contenido instrumental, es decir, cómo modificar las instituciones, cómo hacer arreglos de eficiencia, cómo crear mecanismos de

coordinación. Es como preparar un vehículo sin saber primero a dónde se quiere ir. Un ejemplo lamentable es lo que pasa con las reformas educativas y, sobre todo, de la educación superior y de pos grado. Por eso comparto aquello de que en nuestras universidades la única escuela de pos grado que funciona muy bien son los propagandistas de los laboratorios de medicamentos, quienes condicionan la mentalidad de los profesionales y de quienes trabajan en salud. Muy pocas universidades tratan de establecer un perfil del tipo de profesionales que se requiere para el cuidado integral de la salud.

Sólo ayer conversaba con un gran amigo a quien admiro mucho, y le dije que tenía una sola crítica a su presentación, que fue por demás excelente. Le expresé, que en lo que respecta a formación de recursos humanos, se había referido única y exclusivamente al sistema proveedor de servicios institucionalizados, cuando el recurso humano más importante para la salud es la persona, en su familia, en la escuela, en el centro de trabajo, cuando es periodista y utiliza el poder de la información, la educación y la comunicación social.

Hay reformas verdaderas y cambios adjetivos aunque se llamen reformas. El ejemplo que comparto es el símil entre esas llamadas reformas y lo que frecuentemente hacen los que trabajan en funerarias. Pintan al muertito para que parezca dormido, pero está bien muerto y si uno tiene dudas espera tres días hasta que apeste. Hay muchas llamadas reformas en salud que apestan, porque son simplemente pintar al muerto, sin cambiar nada de lo sustantivo.

Uno de los grandes desafíos que tenemos es evitar una nueva y peligrosa babelización, usando términos para realidades diferentes y hasta opuestas o usar un término con interpretaciones múltiples. Segundo, vamos a preservar el término reformas sólo para aquellos cambios más significativos del contenido sustantivo de la realidad que se pretende reformar y no de la parte instrumental.

El desafío más importante es que no podemos reconocer que no podemos hacer reforma en el campo de la salud si ésta no es parte de una reforma integral del Estado, si no se reforma la educación perdemos tiempo haciendo reformas de salud, y la reforma de la educación no

debe reducirse a cambiar los currícula de estudios y los años.

No puede haber reforma de salud si no hay reforma tributaria, ya que en nuestros países nos han impuesto una serie de medidas que conforman, más bien, una gran contrarreforma que garantiza el pago de la deuda externa. La caja única, que no se practica ni en Estados Unidos de América ni en Europa, es impuesta desde fuera. No habrá verdaderas reformas si es que no cambiamos tribuciones regresivas e indirectas. Las llamadas reformas tributarias se han limitado a lograr mayor recaudación, sin siquiera evitar la evasión y la elusión de los impuestos.

Gracias.

## Futuro de la reforma, salud pública, derechos e integración

### Dr. Oscar Feo

Instituto de Altos Estudios en Salud Pública "Dr. Arnaldo Gabaldon"  
Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Venezuela



Quiero iniciar con un saludo fraterno de la República Bolivariana de Venezuela a todos los delegados a este Seminario Internacional sobre Reforma del Sector Salud y Derechos Ciudadanos. Además, debo señalar que el Instituto de Altos Estudios en Salud Pública que represento no es otra cosa que la antigua Escuela de Malariología transformada, con todo este proceso de cambios que ha habido en el país, en la Escuela de Salud Pública del Ministerio de Salud, que tiene como tarea fundamental la formación de los cuadros profesionales y técnicos para la consolidación del Sistema Público Nacional de Salud. Nuestra Constitución plantea que la salud es un derecho social fundamental, pero también contempla como mecanismo de garantía para que

ese derecho se haga realidad, la construcción de un Sistema Público Nacional de Salud. En ese sentido, nuestro Instituto asume la tarea de formar los cuadros de dirección necesarios para ese sistema.

No puedo dejar de señalar que compartimos el criterio de que este mundo profundamente injusto e inequitativo debe ser transformado, y en ese sentido hemos asumido desde Venezuela la posibilidad de demostrar que otro mundo es posible. Lamentablemente, buena parte de la información que llega de Venezuela es distorsionada por los medios de comunicación, que han dejado de ser medios para informar, y se han transformado en medios para crear las matrices de opinión que requieren los intereses del gran capital trasnacional.

**En esta presentación voy a desarrollar dos temas:**

1. Algunos comentarios sobre las reformas del sector salud y su impacto sobre la salud pública y los sistemas de salud.
2. Los desafíos que esas reformas plantean a la salud pública en los albores del siglo XXI.

### Tres Precisiones sobre las Reformas de Salud en América Latina en los 90s

1. Las Reformas del sector salud fueron parte de procesos más amplios de Reforma del Estado, conocidos como PROGRAMAS DE AJUSTE ESTRUCTURAL, promovidos en el marco del CONSENSO DE WASHINGTON.

2. Esas reformas se centraron en aspectos relacionados con financiamiento y eficiencia económica, marginando temas como: equidad, modelo de atención, y la integralidad de los servicios.

3. Su objetivo era disminuir el tamaño del Estado y colocar la salud en el mercado, promoviendo la privatización de los servicios.



### Comentario breve, pero necesario sobre las reformas

En la década de los noventa del siglo XX las políticas de salud en todo el continente estuvieron marcadas por las propuestas de reforma del sector salud, ampliamente promovidas por los organismos financieros multilaterales. En ese sentido es pertinente hacer la siguiente consideración: esas reformas del sector salud no fueron procesos aislados, formaron parte de procesos más amplios de reforma del Estado, que conocimos como ajustes estructurales, y que se desarrollaron a partir de las propuestas generadas en el Consenso de Washington.

Lo que conocemos como "Consenso de Washington" no es otra cosa que un conjunto de propuestas de política económica generadas por expertos del Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, y otras agencias económicas, realizadas en Washington en 1989, en plena crisis del "campo socialista", y cuyo propósito fundamental era elaborar un conjunto de propuestas para incorporar al mundo del mercado a los países del campo socialista y a la Unión Soviética, caracterizados por economías centralmente planificadas. Según los

propios expertos el planteamiento se resume en: reducir el tamaño del Estado, para permitir el predominio del mercado.

Sin embargo, esas políticas, promovidas por los organismos financieros multilaterales, fueron aplicadas como "prescripción única" a todos los países del mundo, con resultados catastróficos. Existe una extensa bibliografía sobre el tema, pero dos de excepción, por haber sido escritas por actores fundamentales del Consenso, una, de John Williamson, relator del consenso de Washington, y otra Joseph Stiglitz, premio Nóbel de Economía, quien en sus libros *El malestar de la globalización*, y *Los felices noventa*, relata descarnadamente la aplicación y fracaso de esas medidas y plantea claramente cómo en los últimos 15 años creció la riqueza en el mundo, pero el modelo económico hizo que esa riqueza se concentrara en poquísimas manos, haciendo a los ricos más ricos y aumentando la pobreza en el mundo.

Un trabajo de investigación publicado por nuestro actual Ministro de Salud mientras realizaba su doctorado en Hopkins, fue analizar las cartas de intención que el Fondo Monetario Internacional firmó con cada uno de nuestros países, y es asombrosa la similitud que existe en esas cartas de intención, siendo uno de sus elementos fundamentales una "prescripción uniforme" de reforma de la salud y de la seguridad social, dirigida a colocar la salud en el mercado y promover la privatización de los servicios. Eso debe ser señalado con claridad. Asimismo, esas reformas se centraron en aspectos relacionados con el financiamiento, la eficiencia económica, y marginaron temas vitales para la salud pública, como la equidad, el modelo de atención y la integralidad de los servicios.

Esas propuestas de reforma contaron con préstamos que incrementaron la deuda externa y sirvieron para financiar unidades especiales de reforma, que terminaron por convertirse en unidades elitescas, que restaron recursos y rectoría a los Ministerios de Salud, y generaron una casta de consultores que seguían instrucciones de la banca, para realizar estudios que nunca tenían utilidad real y terminaron por imponer propuestas de reforma, que se caracterizaron por cuatro grandes planteamientos:

1. Separación de funciones. Se parte del criterio, sin adecuada base técnica y fácilmente cuestionable, de que las funciones de los sistemas de salud son cuatro: rectoría, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios. Esa propuesta deja a los Ministerios de Salud solamente la rectoría, transfiriendo a otros actores, básicamente del sector privado, el resto de las funciones.
2. Descentralización, sin redistribución del poder, concebida como proceso administrativo para disminuir el tamaño del Estado, transfiriendo funciones y competencias sin los recursos ni conocimientos necesarios para su desempeño, y muchas veces como paso previo a su privatización.
3. Focalización, bajo la racionalidad de que es imposible darle todo a todos, y que es necesario ofrecer un paquete básico de prestaciones dirigido a los más pobres, lo que genera una dicotomía, programas para pobres, que terminan siendo pobres programas, y que bajo la forma de "paquetes o canastas básicas", variables según los países, garantizan acceso a un conjunto mínimo de prestaciones sanitarias.

4. Cobro por servicios, la política de desfinanciamiento del sector salud era seguida de mecanismos de "recuperación de fondos", que en algunos casos se asumían como estrategias de sobrevivencia, para permitir el cobro por servicios, o transferían la compra de insumos o medicamentos a los interesados, generalmente desprovistos de capacidad adquisitiva para hacer frente a esas demandas.

Esta dinámica generó exclusión social, promovió la privatización de los servicios, y privilegió proyectos coyunturales por encima de los programas regulares de los Ministerios de Salud, deteriorándolos y disminuyendo su capacidad rectora.

En todos nuestros países se crearon unidades de reforma que debilitaron la estructura ministerial y todo esto, como claramente lo demostró el doctor Carrasquilla acerca de la situación de Colombia, resultó en que la salud deterioró la calidad de vida, reaparecieron enfermedades controladas, surgieron nuevas enfermedades y apareció una nueva categoría: la exclusión social en salud. Algunos datos: en América Latina, para una población de 500 millones de habitantes, 50% vive en condiciones de pobreza; 27% de la población carece de acceso permanente a servicios de salud, lo que representa 125 millones de excluidos en salud; 82 millones de niños no completan sus esquemas de vacunación; 152 millones de personas no tienen acceso al agua potable o saneamiento básico. Hoy, uno de los problemas fundamentales que se discute en algunos países es la privatización del agua, que fue convertida en mercancía gracias a esos procesos de privatización.

La máxima expresión de esas inequidades en salud la expresan estas cifras tomadas de un informe de la Organización Mundial de la Salud: los países menos desarrollados, con 84% de la población mundial, consumen apenas el 11% del gasto mundial en salud pero sobrellevan el 93% de la carga de la enfermedad; en otras palabras, los países más desarrollados, con sólo 16% de la población, consumen 89% del gasto mundial en salud, para sólo el 7% de la carga de enfermedad. Esa es la sociedad en la que vivimos y que nos negamos a aceptar pues creemos que es importante luchar para transformarla.

### Impacto de esas reformas. Retos para la salud pública

En Venezuela, la consecuencia de esas reformas neoliberales durante los años 90 fue el inicio de un proceso de privatización de la salud, que afortunadamente se detuvo a partir de 1999 con el triunfo electoral del presidente Chávez, pero su impacto fue grande en el deterioro de la calidad de la vida y de la salud de los venezolanos, y en el incremento de brechas sociales y la pobreza. La posibilidad de que un indígena tenga malaria es 100 veces mayor a la de un "criollo" que vive en el mismo estado. Asimismo, se logró la disminución de la mortalidad infantil, como en todos nuestros países, pero tenemos áreas en donde la mortalidad sigue siendo de 150 por 1000 nacidos vivos y áreas en donde es de 5.

Esas son brechas sociales inaceptables. Se descentralizó, sin distribución del poder, lo que atomizó y anarquizó la estructura sanitaria. Se aumentó la fragmentación; tenemos hoy un sistema profundamente fragmentado. Se privatizaron servicios,

se incrementó la dependencia de insumos, se fragmentó aún más la política entre lo curativo y lo preventivo, se quebró la solidaridad y se fortaleció el individualismo, todo esto en el marco de un proceso que buscaba colocar la salud en el mercado; eso fue lo que encontramos en 1999 y, por lo tanto, nuestra primera gran tarea fue el diseño de políticas para confrontar la tendencia neoliberal privatizadora centrada en el mercado, y enfrentar las secuelas de exclusión social. En la práctica ese modelo niega el derecho a la salud, ello hay que decirlo con absoluta claridad; debemos confrontar las políticas neoliberales privatizadoras en salud.

#### IMPACTO DE LAS REFORMAS SOBRE LAS POLÍTICAS DE SALUD

- Se hizo predominante un modelo de política social basado en:
  - Focalización (atender a los pobres)
  - Descentralización (para disminuir el estado)
  - Privatización (colocar la salud en el mercado)
  - Proyectos por encima de programas
  - Cofinanciación / Recuperación de fondos
- Se debilitó el papel del Estado y de los Ministerios de Salud.
- Se deterioró la calidad de la vida y la salud. Reparación de enfermedades ya controladas, aparición de nuevas enfermedades.

#### EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD



Para ello se requiere una salud pública que permita superar las inequidades y la exclusión social en salud, y nos ayude a avanzar hacia la justicia social y la paz. Para ello necesitamos construir una agenda centrada en la vida y la salud, que incorpore nuevos actores sociales. Nos parece fundamental que la salud pública confronte el modelo médico dominante, ese modelo fragmentado que ha segmentado lo preventivo y lo curativo, en un modelo integral, en donde la participación ciudadana y la calidad de

vida sea el elemento central y de esa manera construir un modelo promocional de la vida y la salud.

Necesitamos una salud pública que responda a los grandes problemas de la salud colectiva, asumiéndose como práctica social y campo interdisciplinario de investigación e intervención, que tiene como interés básico la transformación de las condiciones de salud de nuestros pueblos. Una salud pública que entienda a la salud como un proceso determinado por las condiciones de vida y de trabajo, indisolublemente vinculada a la calidad de la vida y al bienestar de la población.

Además, es indispensable promover políticas para la integración regional, componente fundamental de la estrategia de salud de los pueblos, que vaya más allá de reuniones y discursos y se convierta en espacios y mecanismos de intercambio e integración para romper la dependencia en salud. En ese sentido, planteamos la integración andina, la integración sudamericana, la integración latinoamericana, pero además, la integración con otros países del Sur.

### Desafíos de la salud pública

El desafío fundamental que tenemos en salud pública es demostrar que otra salud pública es posible; para ello es necesario confrontar la tendencia "globalista neoliberal" centrada en el mercado y cuyo objetivo es privatizar la salud para colocarla en los circuitos de acumulación del capital.

Combatir las desigualdades sociales en relación con la enfermedad, la salud y la muerte, y el acceso a los bienes y servicios de salud de manera que garanticen el derecho a la salud de todos los

ciudadanos, reduciendo las inequidades existentes.

### Desafíos de la Salud Pública

El diseño de políticas que confronten la tendencia neoliberal, centrada en el mercado y que genera exclusión y niega el Derecho a la Salud.



### La defensa de lo público, de lo colectivo, de la Salud como Derecho Social

Desarrollar un nuevo modelo conceptual centrado en la salud y la vida, que incorpore las categorías de integralidad e intersectorialidad más allá del discurso. Que entienda a la salud y a la enfermedad como un proceso social en donde es imperioso resolver las contradicciones entre lo colectivo y lo individual, lo biológico y lo social, lo curativo y lo preventivo. Que privilegie las acciones de carácter preventivo, enfocadas dentro del marco de las interpretaciones de las variables sociales, económicas, culturales, psicológicas y ambientales que determinan a la salud.

Mejorar el desempeño de los sistemas y servicios de salud, elevando su capacidad resolutoria, fortaleciendo la red ambulatoria y la atención primaria, aumentando la eficiencia y capacidad de la atención hospitalaria, mediante la formulación de una política que garantice el aporte adecuado de recursos financieros para gastos de funcionamiento, y una política de renovación y mantenimiento preventivo-correctivo del parque tecnológico instalado en las instituciones dispensadoras.

Por último, señalar que las políticas de salud en Venezuela plantean tres grandes objetivos: en primer lugar, enfrentar y resolver la grandísima deuda social existente y disminuir las brechas sociales; en segundo, consolidar el Sistema Público Nacional de Salud previsto en la Constitución: universal, intersectorial, descentralizado, integral, participativo y

gratuito; y tercero, enfrentar los desafíos que nos plantea el nuevo mundo globalizado, articulando nuestro trabajo en salud con la construcción de una nueva sociedad, en la cual con justicia social se pueda garantizar el derecho a la salud y el derecho a una vida digna y humana.

Muchas gracias.



