

### III. Políticas de saúde

reforma del estado y del sector salud en América latina

Celia Almeida

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541-061-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

# POLÍTICAS DE SAÚDE

## 15. REFORMA DEL ESTADO Y DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA

*Celia Almeida*

El impacto de las reformas de los sistemas y servicios de salud en las últimas décadas constituye un tema de agenda política en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe.

Las importantes transformaciones acaecidas durante los años 80 y 90 en la región condujeron a un balance económico y social desalentador. Las opciones políticas que pautaron la reinserción de América Latina en el nuevo orden mundial, salvo escasas excepciones, no se orientaron hacia la puesta en marcha de adecuadas políticas sociales, sometiendo a los Estados nacionales a las condiciones establecidas por los bancos acreedores del endeudamiento regional. La relación entre el desarrollo social extremadamente desigual y las dificultades en la implementación de reformas cruciales gozan hoy de consenso en la literatura, en los gobiernos y en los organismos internacionales.

Este panorama ha generado como prioridad el combate de la pobreza y la revisión de las políticas sugeridas por las agencias multilaterales en la región. La cuestión de la equidad pasó a ser considerada esencial para un desarrollo regional integral y sustentado.

Los procesos de cambio en el sector Salud han sido influenciados por varios fenómenos simultáneos, tanto endógenos como exógenos, tales como las transformaciones de la economía mundial y sus turbulencias concomitantes, las opciones internas frente a la globalización, las crisis fiscales del Estado y la disminución de las inversiones públicas, el aumento de las desigualdades entre los grupos sociales, la democratización política del continente, el apremiante rescate de la ingente deuda social acumulada, y la ineficiente y baja efectividad de las acciones en el sector Salud.

Si bien el principio orientador de las reformas en los sistemas de servicios de salud se basó en la superación de las desigualdades, las evidencias disponibles no confirman ese resultado.

Es abundante la literatura sobre la cuestión de la reforma del sector Salud pero es todavía escasa la discusión sobre los aspectos contextuales –económicos, sociales y políticos– que dan

origen a las reformas e interfieren de forma decisiva en su implementación, omisión que refuerza la tendencia a caracterizarlas como meros procesos técnicos naturalizados por la globalización.

Este documento se propone discutir algunos aspectos de esa problemática. La sección inicial contiene una reseña del panorama económico y social de la región desde los años 80 a los 90, efectuando un balance del impacto de los ajustes económicos en la pobreza y la desigualdad, en el deterioro de la participación del gasto social global y del gasto nacional en salud en particular, y en las desigualdades en el sistema de servicios de salud. La segunda parte analiza la nueva agenda de reforma y sus lineamientos de política social y de salud. Finalmente, la tercera parte discute algunos aspectos críticos de la implementación de esa agenda reformadora y los desafíos que deben de ser enfrentados.

## PANORAMA ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA REGIÓN Y REFORMA SECTORIAL

### Las desigualdades

La coyuntura económica, política y social que transcurrió a partir de los años 80 del siglo XX, habilitó una dinámica economicista y restrictiva en la región. Es así que América Latina y el Caribe sufrieron, en ese período, serios ajustes estructurales de estabilización económica inducidos explícitamente por los organismos multilaterales. Esos ajustes produjeron un aumento de la deuda externa e interna, y la reducción de la autonomía de los Estados para definir sus propias políticas.

Estos procesos empeoraron las condiciones de vida en general, y de salud en particular, de las poblaciones de la región, profundizando las desigualdades ya preexistentes y generando mayor pobreza. Fueron concomitantes con dificultosas transiciones políticas hacia la democracia, con mayor visualización y vocalización de demandas sociales.

Si bien en la década de los 90 se han observado recuperaciones parciales y cierta macroestabilidad económica, éstas se basaron en una fuerte dependencia de inversión externa, fundamentalmente originadas por capital especulativo de alta volatilidad (Altimir, 1998).

La heterogeneidad estructural de los sectores productivos creció a partir de la implantación de empresas de 'clase mundial', subsidiarias de casas matrices transnacionales que aplastaron a pequeñas y medianas empresas de capital nacional que no han logrado adaptarse al nuevo contexto y que generaron mayor deterioro de las condiciones de trabajo (empleo informal) y de ingreso, y mayores tasas de desempleo abierto (Cepal, 2000).

A inicios de la década de los 80, el número de pobres alcanzaba al 40,5% de los habitantes de la región, de los cuales el 18,6% era considerado indigente. En los años 90 la proporción de hogares en estado de pobreza era de 48,3%, y aunque se redujo al 43,8% en 1999, el número absoluto de pobres aumentó entre 1990-1999 de 200,2 a 212 millones de personas, de las cuales 91 millones eran indigentes (Cepal, 2000, 2003).

El inicio del nuevo siglo se caracteriza por un estancamiento en el proceso de superación de la pobreza en la región. Entre 1999 y 2002, la tasa de pobreza disminuyó sólo 0,4 puntos porcentuales, al pasar de 43,8% a 43,4%, al tiempo que la pobreza extrema creció 0,3%, abarcando al 18,8% de la población regional, y el número de personas pobres se elevó hasta 220 millones, incluidos 95 millones de indigentes (Cepal, 2003).

También se intensificó de manera similar la vulnerabilidad económica de los sectores bajos y medios por la inequitativa distribución de la renta, ubicándolos más cerca de la línea de pobreza, especialmente en las áreas metropolitanas de todos los países.

Se evidencia en la región una situación de modernización excluyente (Filgueira & Lombardi, 1995) en la que el desarrollo social y la distribución de la renta no corresponden a la riqueza relativa de cada país, medida en términos de PBI (Producto Bruto Interno) *per capita*. Cualquiera sea el indicador de desigualdad que se adopte, con excepción de Uruguay, durante las dos últimas décadas se registró en la región una concentración del ingreso en el 10% de los hogares más ricos –que aumentaron su participación en la renta total–, con la consecuente caída del 40% de los hogares más pobres (Cepal, 2001).

Pese a las predicciones de los organismos internacionales, las desigualdades no han disminuido; por el contrario, con raras excepciones, en la mayoría de los países no se han reducido los niveles de desigualdad en relación con los imperantes desde los años 70 y, para muchos, la desigualdad es mayor que entonces (Almeida, 2002a).

Además existe una relación positiva entre el aumento de las desigualdades y el aumento de la pobreza y se detecta una relación inversa entre crecimiento económico y pobreza: el crecimiento de las desigualdades impidió la reducción de la pobreza, a pesar de las burbujas de crecimiento del PIB en los 90 (Cepal, 2000; Kliksberg, 2000; Székely, 2001).

Si se tiene en cuenta el gasto social, en los años 80 los datos muestran una reducción de los recursos sociales disponibles (incluyendo el sector Salud) y una escasa prioridad asignada a las políticas sociales (Bustelo, 1994). A diferencia de lo que ocurrió en Europa, en los años 80, en América Latina y el Caribe la evolución del gasto social real *per capita* fue negativa, cíclica y no logró recuperar los niveles existentes antes de la crisis. En realidad, el gasto social fue un instrumento de ajuste fiscal, en tanto su función compensatoria en relación con los salarios fue secundaria (Cominetti, 1994). Los sectores relativamente más vulnerables fueron vivienda y educación, pero asimismo seguridad social y salud sufrieron fuertes deterioros. El gasto social no fue un factor significativo en la generación del déficit fiscal y su comportamiento fue asimétrico en los diversos sectores, produciendo una significativa disminución de la inversión pública y un consecuente deterioro en la calidad de los servicios y en la capacidad gerencial.

En contrapartida, y para intentar contrarrestar la tendencia anterior, en los años 90 el gasto social ha aumentado considerablemente: del 10,4% del PBI en 1990-91 al 12,1% en 1996-

97 (Cepal, 2001) y 13,8% en 2000-2001, a pesar de la pronunciada reducción del crecimiento del PIB *per capita* en ese período, que pasó de 2,1% al 0,2% al año (Cepal, 2002-2003). En efecto, de 1990-1991 a 2000-2001, el gasto social por habitante se elevó un 58% promedio en la región (de 342 a 540 dólares *per capita* anuales) (en US\$ de 1997) (Cepal, 2001, 2002-2003). También aumentó la parte pública de ese gasto –del 42 al 48% del gasto público total– como resultado de una mayor prioridad fiscal. Ese crecimiento ha sido generalizado (con excepción de Honduras y Venezuela), pero no tuvo la misma magnitud en los distintos países: el aumento ha sido más rápido en los países de menores ingresos por habitante, donde dicho gasto suele ser más bajo, y en algunos hubo un aumento de más del 100% (Colombia, Guatemala, Paraguay, Perú y República Dominicana). Ese incremento tampoco fue homogéneo a lo largo de la década: en la mayoría de los países el ritmo de expansión fue mayor durante el primer quinquenio (cerca de un 30%) y el aumento fue mucho menor en el segundo (16%), sobre todo a partir de 1998 (Cepal, 2001, 2002-2003). Sin embargo, el aumento del gasto social no se acompañó de una reducción de las pronunciadas disparidades entre países existentes a fines de los años ochenta, manteniéndose la enorme heterogeneidad, y en algunos los valores aplicados en el sector social son todavía muy insuficientes, si se compara con el propio patrón regional (Cepal, 2002-2003).

La cobertura de la seguridad social presenta niveles disímiles y nunca fue significativa en la región, en comparación con los países europeos. Argentina, Chile, Uruguay y Brasil fueron los pioneros en la creación de sus sistemas de protección social: a inicios de la década de los 80, cerca del 61% de la población de la región estaba cubierta por alguna forma de seguridad social (OPS/Cepal, 1994), dato que demuestra que la seguridad social fue el sector menos comprometido durante dicho período. Sin embargo esas condiciones de protección social se han deteriorado en los años 90 a raíz de la disminución de los niveles de empleo en el sector formal y de la desregulación del mercado de trabajo.

El patrón de desigualdad también se extiende al sector Salud. Aunque los promedios regionales y nacionales evidencien una mejoría en algunos indicadores (por ejemplo, esperanza de vida al nacer y mortalidad infantil), al estudiar el comportamiento según niveles socioeconómicos, regiones geográficas, género, etnias y edad puede detectarse que amplias franjas de las poblaciones están siendo seriamente perjudicadas tanto en su estado de salud como en sus posibilidades de acceso y uso de servicios (OPS, 1999). O sea, la característica regional es la gran diferencia de los indicadores entre los países, y entre grupos sociales y regiones dentro de un mismo país.

En relación al perfil epidemiológico, las causas de muerte también han cambiado, presentando patrones mixtos donde conviven las muertes por enfermedades evitables –en los diversos grupos de edad– con aquellas producidas por enfermedades crónicas y degenerativas; dependiendo tanto del desarrollo económico-social como de la organización del sector Salud, de la tasa de fecundidad, de las modificaciones en estructura de edad, del proceso de urbanización y de las condiciones de vida. Se registra también el recrudecimiento o empeoramiento de los contextos endémicos y epidémicos. Esto significa que los países enfrentan un cuadro com-

plejo, con distintos tipos de problemas de salud y capacidades muy diferentes para resolverlos (OPS, 1999). En general las desigualdades en salud son acumulativas, conforme se combinan y agregan de diversas maneras tales variables.

El gasto en salud en la región de América Latina y el Caribe es extremadamente heterogéneo (el promedio para la década de los 90 se ubica en U\$S 498 *per capita*, con enormes variaciones entre los países). En los años 80 disminuyó el promedio regional alcanzado en las décadas anteriores y en los 90 se visualiza un ligero aumento en el primer quinquenio y una posterior disminución en el segundo (OPS, 2000). Dado que el PIB disminuyó, estos aumentos no significaron –en términos absolutos– más recursos para la salud.

La composición según sectores público y privado del gasto muestra que entre 1980-1999, el gasto privado fue el componente más importante del gasto total en salud: alrededor de 57% del gasto sanitario en toda la región (4,0% del PBI) en 1999, habiendo alcanzado un 58,5% a mediados de la década. La parte pública de este gasto constituía en 1990 cerca de 43,4% del gasto sanitario total, lo que representaba el 3,0% del PBI. Este porcentaje era poco más de la mitad del promedio de los países de la Unión Europea (4,9% del PBI), cuyo PIB es bastante más alto (OPS/Cepal, 1994). Durante los años 90 se observa una recuperación del gasto público, pero al final de la década, el aumento verificado (del 3,0% al 3,4% del PIB) aún continuaba bastante por debajo del promedio europeo y el porcentaje privado del gasto prácticamente se había estabilizado (del 3,99 del PIB en 1990 al 3,93 en 1998-2000); el componente del gasto público atribuido a la seguridad social disminuyó de forma continua entre 1990-1999 (del 1,29 del PIB en 1990 a 1,03 en 1998-2000), mientras que la participación del gobierno central aumentó un 10,8% y la de los gobiernos locales apenas cerca del 1%, con tendencia a la disminución al final de la década (OPS, 2001).

Según datos de la OMS (1999), calculados a partir de las Cuentas Nacionales en Salud (*National Health Accounts*), actualizados para 2002, el porcentaje del gasto público en salud en América Latina y el Caribe era cerca del 50% en ese año; el gasto directo de bolsillo era aproximadamente el 34%; y la mezcla de todos los otros gastos privados era el 16%, totalizando 50% de gasto privado (World Bank, 2004:137). Por tanto, confirmando la tendencia de fines de los '90, se observa un aumento del gasto público y una disminución del gasto privado, pero el gasto directo de bolsillo continúa bastante alto.

Esta composición del gasto aumenta la inequidad en la región, ya que las desigualdades en el gasto privado están estrechamente relacionadas con las desigualdades de la distribución de la renta, y en general están más concentradas. En aquellos países (como Honduras) en los que el gasto público es menor y aumenta el gasto privado, existe una significativa tendencia a que los quintiles más pobres destinen mayores porcentajes de su renta para el pago de medicamentos y co-pagos para consultas. Por el contrario, en Costa Rica se verifica una relación inversa: crece el gasto público de salud y disminuye el porcentaje privado destinado a costear el acceso a los servicios entre los sectores más carenciados (Molina et al., 2000).

En lo que se refiere al acceso a los servicios de salud, se comprobó que los sistemas públicos de la región, aunque presentan un patrón desperejo, no lograron superar los problemas de eficiencia, cobertura y calidad de la atención anteriores a la crisis –que incluso en ciertos casos se agravaron– como consecuencia de la reducción del porcentaje del gasto público destinado a salud. Esta problemática se enmarca en la generalización de procesos de reforma sectorial, fuertemente influenciados por el paradigma neoliberal. Un continuo proceso de descentralización de los sistemas de salud implica, en muchos casos, la desconcentración del gasto del gobierno central, ya sea para niveles sub-nacionales de gobierno, ya sea para el sector privado (privatización). De hecho, se observa que la relación entre el sector público y el privado se está alterando, con un acelerado crecimiento de la infraestructura privada en la última década. Todos estos factores agravaron las desigualdades existentes en el acceso a los servicios, en la oferta de profesionales y en el estado de salud de los sectores más pobres.

Además, las acciones de prevención y promoción de la salud fueron postergadas o no priorizadas, con resurgencia de enfermedades infecciosas, transmisibles y endémicas, algunas anteriormente controladas, empeoramiento de las existentes y no controladas, además del brote de epidemias y surgimiento de nuevas enfermedades.

El gasto en consumo de medicamentos es sumamente disímil entre los países de América Latina y el Caribe, pero se visualiza como tendencia que la desregulación del mercado de medicamentos en varios de ellos implicó un fuerte aumento que incidió notablemente en el porcentaje del gasto directo de las familias, dado que las instituciones públicas redujeron la cobertura de medicamentos. Las acciones de vigilancia sanitaria son muy débiles en una región en donde el grado de automedicación es uno de los más altos del mundo.

### **La agenda de reforma**

Las tradicionales discusiones entre eficiencia en la asignación de recursos y equidad de los años '70 y '80, son retomadas en los '90 por los organismos internacionales a partir de la difusión de la fórmula 'edistribución sólo con crecimiento' Mientras se reconoce la importancia de la intervención del Estado en el sector social, se exagera la crítica a la efectividad y a su capacidad resolutoria, planteando como cuestión central la incapacidad estatal para la implementación de políticas sociales destinadas a los sectores más necesitados. El problema no se centraría en el irrelevante monto del gasto público sino en la mala asignación de recursos, ya que los beneficios obtenidos serían muy magros para solventar una ingente, cara e ineficiente estructura organizacional. Paralelamente a la creación de un fondo especial para aliviar las consecuencias económicas y sociales adversas de los programas de ajuste, el Banco Mundial anuncia su injerencia activa en la reformulación de las políticas sectoriales (Melo & Costa, 1994; Almeida, 2002a, 2002b).

La agenda del Banco Mundial para la región se ha modificado desde la década del 80 hasta la actualidad. En 1980 subordinaba la evaluación de los gastos en salud a las necesidades



macroeconómicas preconizadas por los procesos de estabilización y ajuste. Abogaba por la disminución del papel del Estado y la superioridad del mercado en el financiamiento y en la provisión de servicios de salud. En 1993 el Banco Mundial suavizó algunas de sus directrices político-ideológicas para el sector, y adoptó un enfoque más pragmático y explícitamente dirigido hacia prescripciones de reforma en el campo de la salud. El Informe del Desarrollo Mundial: Invertir en Salud (1993) hace un análisis de los indicadores sanitarios disponibles en los diversos países y establece el escenario para una reforma en la política de salud, definiendo prioridades según principios de costo-efectividad y focalización en los más pobres. La opción de política compensatoria para ese complejo *trade off*, adoptada por el Banco, es apoyada tanto por la Cepal como por la OPS.

En el campo de la salud, el diagnóstico del Banco Mundial enfatiza los siguientes problemas para la región: mala asignación de recursos, inequidad de acceso a los servicios de los sectores más pobres, ineficiencia y explosión de costos (confluencia entre expansión del número de médicos; un desarrollo tecnológico frenético con capital intensivo; y formas de pago que incentivan gastos excesivos) (World Bank, 1993).

La agenda de reformas sectoriales para la región, que integra las condiciones de los préstamos financieros internacionales, se basa en la necesidad de enfrentar viejos problemas (ineficiencia, efectividad nula, desigualdades), de hecho presentes en los sistemas de salud, pero que se agravaron por los sucesivos programas de ajustes que disminuyeron la inversión en políticas sociales, y deterioraron las instituciones del Estado y las administraciones públicas. Implica además una aceptación pragmática de las nuevas condiciones económicas y la inexorabilidad de la escasez de recursos, pregonando la selectividad y los paquetes básicos para grupos específicos más necesitados, es decir, los pobres.

Entretanto, la agenda política de estas reformas contemporáneas fue condicionada por la dinámica de construcción de una 'sociedad orientada hacia el mercado', subyacente a la hegemonía neoliberal de la época. Por ello, la reforma administrativa, la descentralización y la introducción de mecanismos de competencia fueron los ejes estipulados para obtener mayor eficiencia y equidad, como resultado de la difusión amplia para la región de una agenda formulada fuera de ella y asimilada mundialmente de forma muy poco crítica. En varios países, estos elementos formaron parte de nuevos modelos de reforma sectorial y los principales elementos de tales reformas son: disminuir gastos en el sector Salud; romper 'monopolios' y redefinir papeles (del Estado y de los profesionales); alterar el *mix* público-privado, aumentando la participación de estos últimos en la prestación de servicios; atender las demandas del 'consumidor'; alcanzar mayor eficiencia y flexibilidad gerencial, además de mayor efectividad. Se decía que con esas medidas serían alcanzados mejores niveles de equidad.

Algunos mecanismos fueron implementados, significando un cambio de orientación en la estructuración de los servicios de salud 'de la oferta para la demanda': contención de costos y control de gastos (disminución de la oferta y control de la utilización); descentralización; sepa-

ración entre provisión y financiamiento de servicios con cambios en la asignación de recursos financieros; fortalecimiento de la capacidad reguladora del Estado; introducción de mecanismos competitivos con construcción de ‘mercados regulados’ o ‘cuasimercados’ (*managed care, managed competition*, mercado interno, competición pública); introducción de un amplio elenco de subsidios e incentivos (a la demanda y a la oferta) designados para reestructurar el *mix* público-privado y quebrar el ‘monopolio estatal’; privatización; priorización de actividades y focalización. Tal proceso ha cuestionado el derecho a la salud como un derecho humano fundamental o como un beneficio social. Es interesante notar que, para algunos autores, los procesos de cambio que no se pautan a través de esa agenda no son considerados procesos de reforma.

Este ideario fue concomitante con un amplio movimiento de reforma del Estado, y critica fuertemente la forma en que fueron estructurados los sistemas de salud y como éstos funcionaban hasta entonces.

La inspiración conservadora de esa agenda está en el hecho de que se centra en la asistencia médica, y no en los determinantes de la salud o en una visión más amplia del sector, que relaciona el proceso de reforma sectorial con estrategias multisectoriales en la perspectiva de superar las desigualdades. De allí su conservadorismo. Ello se debe, por un lado, a los altos costos de la asistencia médica, que domina los sistemas de salud y absorbe gran parte de los recursos disponibles para el sector; por otro lado, esta perspectiva es reforzada en el plano ideológico. Asistimos por todas partes a la sustitución de los valores de solidaridad por los de un “individualismo utilitarista radical” (Bobbio, Mateucci & Pasquino, 1993; Bobbio, 2000, 2002), y del principio de ‘necesidades de salud’ por el de ‘riesgo’ de enfermar, monetarizado y definido según la posición social del individuo y su capacidad de pago (Almeida, 2002a, 2002b).

Estas ideas fueron difundidas mundialmente y reinterpretadas en las propuestas de reforma en diferentes países, resultando en una amplia variedad de estrategias de cambio, a pesar de la agenda bastante homogénea.

En ese sentido, en la mayoría de los países pasó a defenderse por un lado el no-compromiso con la expansión de la oferta de los servicios públicos de asistencia médica, mientras que por otro lado se desarrollaron modificaciones en la intervención estatal y en el *mix* público-privado, utilizándose la idea de la competencia administrada, difundida como un nuevo paradigma que permitiría definir modelos ideales de reforma adaptados a la realidad de cada país y capaces de superar los problemas enfrentados en los sistemas de servicios de salud.

Para la región latinoamericana se elaboró un modelo ideal basado en esa agenda y llamado ‘Pluralismo estructurado’ (Londoño & Frenk, 1995; Londoño, 1996). ¿En qué consiste esta propuesta? Se trata de un seguro nacional de salud con financiamiento público (contribución compulsiva para los que pueden pagar y subsidios a los sectores más pobres), al que se le suma la competencia administrada o la “versión tropical” de dicho modelo (Londoño, 1995, 1996). Se define un paquete básico de servicios obligatorios; se introducen mecanismos competitivos

en el sistema, constituyendo cuasimercados y creando nuevas agencias (tanto públicas como privadas) para el aseguramiento de la provisión de los servicios. El Estado se queda principalmente con la función rectora del sistema, centrada fundamentalmente en la coordinación y regulación, liberándose de la provisión de servicios. Colombia es el único país de la región donde el modelo fue formulado e implementado de forma completa (Londoño, 1996).

La mayoría de las críticas hacia este modelo se basan en su limitada concepción de salud, la aplicación de recetas globales sin tener en cuenta las realidades nacionales, la escasa consideración de la cuestión de la equidad, sin referencia a las desigualdades entre los grupos sociales y lo más trascendente, la inadecuada utilización de medidas de eficiencia y costo-efectividad para captar necesidades de salud y definir prioridades (Paalman et al., 1998).

En general, se puede decir que en los países del norte del mundo, en especial Europa Occidental y Canadá, no se alteraron fundamentalmente las bases de estructuración de los respectivos sistemas de salud, ocurriendo que las ideas de competición en el sector Salud fueron muy criticadas y paulatinamente abandonadas, mientras que las de separación de funciones proliferaron, fortaleciendo cada vez más el papel del Estado como regulador. Para Europa del Este, América Latina, Asia y África, los modelos de reforma han sido mucho más radicales y de compleja operacionalización, a pesar de que se parte de condiciones iniciales mucho más precarias y se está sometido a dificultades financieras importantes, resultando, en algunos casos, en el desmontaje de los sistemas de salud anteriores, sin ninguna garantía de mejora en la atención prestada a la población o de la capacidad de implementación del Estado. Asimismo, se ha estimulado una mayor participación del sector privado en la gestión y provisión de servicios, instituyendo la libertad de elección de afiliados y la competencia entre entidades aseguradoras y prestadoras, implantando estrategias de cuasimercado en la provisión pública de servicios. También se hace sentir en forma más incisiva en estas regiones una importante difusión de ideas y el poder de *enforcement* o de inducción de los organismos internacionales.

La revisión de las reformas en la región latinoamericana demuestra que pese a que se han adoptado diferentes modalidades de reconversión o reorganización de los servicios de salud, hay elementos comunes a partir de esa agenda que intentaron de alguna manera conciliar eficiencia y equidad. Entretanto, la situación es especialmente dramática, ya sea por los efectos de la crisis económica y de los procesos de ajuste macroeconómico, o por la falta de capacidad reguladora y de implementación, agravadas por el financiamiento nulo y el deterioro de las instituciones públicas en las últimas décadas. En consecuencia, en términos generales, los modelos de reforma propuestos –y que vienen siendo implementados– no han posibilitado la superación de las enormes desigualdades existentes y han agravado la precaria capacidad resolutoria de los sistemas de salud, profundizando las inequidades. Esta situación ha revivido la discusión en torno a la equidad y de cómo operacionalizar políticas que apunten hacia sistemas de salud más equitativos.

## UNA REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE ALGUNOS ELEMENTOS DE LA AGENDA DE REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD

Centraremos la discusión en los desafíos que están colocados para la implementación de esas reformas de las políticas de salud y para la evaluación de sus resultados, dos áreas en las que la contribución de las ciencias sociales es crucial. El campo es vasto, obviamente, siendo solamente posible señalar algunos puntos y provocar algunas indagaciones.

### Política de salud como política social

Como punto de partida de esta reflexión, una cuestión importante es la discusión de la política de salud como política social en las reformas contemporáneas de los sistemas de servicios de salud, en el ámbito más amplio de la reforma del Estado y de las transformaciones globales de las últimas décadas.

Un primer punto a destacar es que las décadas posteriores a los críticos años 70 fueron explícitamente desfavorables a las inversiones en política sociales. Por otra parte, Santos (1998:35) ya alertó que la falta de precisión conceptual sobre “lo que es política social”, ha permitido que se identifique como “política social” cualquier política que tenga por objeto “problemas sociales”, “independientemente de los juicios valorativos sobre el orden social que subscriben”. Se incluye así como política social cualquier acción asistencialista o focalizada en los ‘pobres y necesitados’, alegándose superar desigualdades, aun cuando esas políticas solamente procuren mitigar los graves resultados negativos de otras políticas y no ofrezcan nada en términos de justicia social.

Además, en las últimas décadas se defiende el asistencialismo como la mejor forma de superar las enormes desigualdades evidentes en la región latinoamericana, históricamente acumuladas, es verdad, pero también dramáticamente exacerbadas en las dos últimas décadas como resultado de las políticas de ajuste macroeconómicas, que cerraron ‘el largo (e intenso) siglo XX’.

Por otra parte, aunque conceptualmente imprecisa, la idea de política social se vincula de manera general a la necesidad de asegurar y garantizar algún orden social. En el caso de los países del Norte, con la conocida excepción de los EUA, históricamente la política social estuvo basada en la idea de derechos de ciudadanía, incluyéndose en ellos el de acceso a servicios y beneficios de salud, y se han desarrollado sistemas de salud en el siglo pasado para consolidar ese derecho en beneficios y servicios concretos. De allí que es más difícil el desmontaje de los aparatos de política social en esos países.

Eso mismo no es válido para nuestra región, donde la política social ha tenido un desarrollo particularista, fragmentado, vinculado a la posición del individuo en el mercado de trabajo y nunca ha sido inclusiva o universal, con altos grados de exclusión y desigualdades. A

pesar de ello, en los años 80 los ajustes económicos no tomaron en consideración la política social. Vale decir, ‘el capital humano’ ha sido extremadamente devaluado, y como la justicia social no estaba de moda (y aún no lo está), el resultado ha sido un enorme empeoramiento de las desigualdades y de las condiciones de vida y salud, sin mencionar los problemas económicos y de desarrollo. Por lo tanto, se junta en ese proceso una historia de no-consideración del derecho a la salud como derecho de ciudadanía, y una coyuntura en la que ese derecho pasó a ser cuestionado como derecho social.

Por tanto, una primera cuestión fundamental a ser rescatada es la idea de derecho a la salud como derecho social y de la política de salud como una política social, vale decir, como “metapolítica” (Santos, 1998) o política que debe ordenar todas las otras políticas. Estamos hablando, por lo mismo, de redistribución de recursos y esa redistribución tiene que ser políticamente pactada. Es decir, estamos hablando del grado de desigualdad que una sociedad está dispuesta –o consigue– soportar. Y, en tal sentido, la intersectorialidad inherente al área de salud, de la que tanto se habla pero que no se implementa, gana otro significado. Luego, no se trata de acoplar elementos de salud en las otras políticas, sino de formularlas en el sentido que preserven las condiciones de vida y de salud de las poblaciones.

### **Reforma del sector Salud**

La imprecisión conceptual del término ‘reforma’ no es nueva y las ‘ideas reformadoras’ han servido a distintos espectros ideológicos, adecuándose a diferentes propuestas y propósitos. Como concepto ha suscitado innumerables discusiones, ya sea sobre definiciones o sobre su operacionalización. En términos técnicos y metodológicos ha merecido mucha atención de estudiosos, consultores e investigadores, desarrollándose instrumentos de medida y de implementación de políticas de reforma pro-equidad, que nuevamente, impulsan diferentes agendas y proyectos políticos (Almeida, 2002a).

Esto se verifica en el ámbito general de las discusiones sobre desarrollo económico y social, así como en el campo de las políticas sectoriales. Entre estas últimas, el debate está siendo pautado por la discusión de nuevos modelos de reorganización de sistemas de protección social y por la redefinición de paquetes de beneficios y servicios, revitalizando falsos dilemas y viejos enfrentamientos, como público *versus* privado, Estado *versus* mercado. Por otro lado, es permeable también a la búsqueda de evidencias empíricas y a la constatación de las contraposiciones que esos procesos de reforma sectorial han enfrentado, principalmente entre eficiencia, equidad y calidad. Y aunque la implementación de cambios y la propia discusión de políticas de reforma tiene innumerables especificidades y son únicas en cada país, ya sea en el Norte o el Sur, agendas y argumentos han sido difundidos y adaptados a distintas realidades, traducidos en propuestas dirigidas a la superación de desigualdades.

En 1995, la OMS definía “reforma del sector Salud” como un proceso sustentado de cambios fundamentales en la política de salud y en los arreglos institucionales, coordinado por

el Estado, con la finalidad de mejorar el funcionamiento y el desempeño del sector, dirigidos a alcanzar mejores niveles de salud de la población (WHO, 1995). La reforma en salud estaría referida entonces, a la definición de prioridades, refinamiento de la política de salud y a la reforma de las instituciones que implementan esas políticas (Janovsky & Cassels, 1995). En 1997, Knowles & Leighton, reconociendo la ausencia de definiciones precisas y de las múltiples y diferentes connotaciones, definían ‘reforma en salud’ haciendo énfasis en la lista de objetivos y en la extensión de la reforma como más importante que una definición precisa, reiterando las premisas antes mencionadas (Knowles & Leighton, 1997).

Otros autores definen la reforma sectorial como mudanzas específicas para mejorar la eficiencia, la equidad y la eficacia de los sistemas de servicios (Berman, 1995), ignorando las inherentes contraposiciones implicadas en esas relaciones. Se formulan también tipologías de reforma: unas tomando en consideración la amplitud de la mudanza y la forma de implementación (Ham, 1997) –reforma *big-bang*, incremental, “de abajo para arriba” e incipiente– y otras que se apoyan en la definición de las “dimensiones estratégicas” o “macrofunciones” de los sistemas de salud, que deben ser objeto de reforma (Berman & Bossert, 2000), financiamiento, prestación de servicios, incentivos, regulación e información.

Ninguna de estas reflexiones avanza en términos conceptuales, partiendo de la premisa básica de que las reformas sectoriales son ‘consecuencias naturales’ de ‘gran transformación’ en la cual el mundo está envuelto hace más de dos décadas. Hay una tendencia a considerar esas reformas como procesos meramente técnicos y que se resuelven en ese ámbito, con el soporte de evidencias empíricas científicamente comprobadas, creyéndose en una supuesta neutralidad de la ciencia. Que los datos y hechos sean objetivos es obvio, pero la interpretación de los hechos y de los datos está lejos de ser neutra, por un motivo muy sencillo: los hombres que interpretan y que usan los datos y los hechos tienen sus creencias y sus propios objetivos, es decir, son muy subjetivos y nada neutrales.

Como regla, no se especifica de qué reformas estamos hablando (iseguramente no son las de mediados del siglo pasado, cuando la cuestión de la justicia social y de los derechos humanos estaba en alza, y se trabajó duro para organizar los sistemas de salud tal como los conocemos hasta los años 90!). Y es en esta nueva coyuntura que son elaboradas y difundidas, cuando no impuestas, las agendas de reforma a ser aplicadas globalmente, sin tomar en consideración los contextos nacionales específicos donde estos cambios estructurales deben concretizarse.

Tal como mencionado, las reformas contemporáneas del sector Salud han sido muy variadas, pero se inscriben en el mismo marco restrictivo a las políticas sociales. Tienen como justificativa principal el alcance de mejores niveles de equidad en los sistemas de salud (o superación de las desigualdades), además de mayor eficiencia. Y un núcleo común, centrado básicamente en la redefinición del papel del Estado en el sector Salud, sobre todo en relación con su función como proveedor o regulador del sistema de prestación de servicios.

Estas temáticas están interconectadas en los nuevos modelos de organización de sistemas de salud, pregonados como más eficientes y efectivos en la garantía del derecho de acceso a los servicios de forma más equitativa.

### **Equidad en salud**

En lo tocante a la cuestión de la equidad, el debate es amplio y genera controversia. Existen distintas dimensiones de la equidad en salud (equidad en las condiciones de salud y equidad en los servicios de salud), y muy frecuentemente se observa que la inclusión del principio de la equidad en la formulación de las políticas de salud no es acompañada automáticamente por la implementación de políticas que resulten en mejores niveles, tanto de la equidad en las condiciones de vida y salud, como en la prestación de servicios de salud.

En la literatura, la equidad –de manera general– se refiere “a diferencias que son innecesarias y evitables, además de consideradas socialmente injustas” (Whitehead, 1992:431) y, por tanto, pasibles de ser resueltas con intervenciones a través de las políticas de distintos sectores, inclusive el de salud. Para que una determinada situación sea identificada como injusta, sus causas deberán ser examinadas y juzgadas en el contexto más amplio de la sociedad (Mooney & Jan, 1997), lo que remite necesariamente a los valores y principios morales, éticos y político-ideológicos que orientan la política sectorial en un determinado país, en un determinado momento histórico.

Siendo así, en función del conjunto de valores predominantes, el término equidad gana diferentes connotaciones a lo largo del tiempo y en distintas sociedades, siendo varios sus significados y es raro el consenso en torno a una definición (Almeida et al., 1999). Por otro lado, también existen diversas maneras de medir la justicia social y cada una de ellas produce diferentes resultados. Por consiguiente, la definición de equidad elegida para ser operacionalizada y las formas de medirla reflejan los valores y opciones de determinada sociedad en momentos específicos.

Se habla mucho de equidad, pero es raro que se explicita de qué equidad se está hablando. Y la imprecisión conceptual y estratégica presente en ambas temáticas –reforma sectorial e equidad– no son triviales y revelan los objetivos estratégicos de diferentes definiciones (Almeida, 2002b).

De este modo, desde los años 80 se defiende la necesidad de operacionalizar adecuadamente el principio de equidad (Cohen & Franco, 1993), cuyos límites políticos son claramente colocados por la escasez de recursos y la decisión selectiva sobre su aplicación. En lo que concierne a los servicios de salud, se recomienda el establecimiento de prioridades, y una política compensatoria y focalizada en los más necesitados, basada en indicadores de costo-efectividad y de carga de enfermedad. El principio de la equidad es utilizado bajo una perspectiva restrictiva, o sea, de intervención pública reducida al nivel básico y priorización de los grupos poblacionales más necesitados (Almeida, 1999, 2000a, 2000b, 2001, 2002b; Almeida et al., 2001).

Que hay que priorizar, no hay dudas, y los sistemas de salud siempre lo hicieron. De hecho, una política equitativa presupone una distribución no igualitaria sino desigual de recursos, que garantice igualdad de oportunidad de acceso a bienes y servicios, a toda la población. Siendo así, la pregunta que debe ser hecha es: ¿Son, de hecho, más equitativas en sus resultados las políticas focalizadas en los más pobres, tal como vienen siendo implementadas, los paquetes básicos esenciales, los 'seguros públicos' para grupos específicos, la priorización de la atención básica pública (y el resto distribuido en el mercado privado)?

Y la segunda pregunta, resultante de aquella, es: ¿Cómo se evalúa si una política de salud es más equitativa que otra, qué resultados de una política evidencian el alcance de una mayor equidad?

El primer punto a resaltar es que no es fácil operacionalizar el principio de equidad y cualquiera opción de superar desigualdades siempre será relativa, considerando que vivimos en sociedades segmentadas por definición. Entretanto, hay motivos para creer que podemos mejorar muchísimo la situación dramática en que se encuentran nuestras poblaciones en el área de salud.

Sin duda, los indicadores demográficos, los macroindicadores de salud y los niveles de renta son importantes en estos análisis. Pero el avance de las metodologías en las ciencias sociales, con los análisis de multiniveles y multivariadas, y con la articulación metodológica cuali-cuantitativas, no está –a mi juicio– adecuadamente aprovechado por el área de salud para pensar nuestras políticas. Vivimos en una época de un 'cuantitativismo' exacerbado, basado en un economicismo estrecho que es insuficiente para definir opciones de políticas. Estos desarrollos metodológicos pueden apoyar el mejor desarrollo de los indicadores de equidad y subsidiar la decisión informada de los ejecutores de las políticas. El ejemplo del Informe Mundial de la Salud 2000 (OMS, 2000) es esclarecedor: aunque haya tenido el mérito de colocar la *performance* de los sistemas de servicios de salud en el centro del debate político y académico, y se haya dedicado a proponer una nueva metodología de evaluación del desempeño de los sistemas, al observar la bibliografía utilizada como referencia para esos nuevos desarrollos metodológicos prácticamente no se menciona la vasta producción existente en la literatura científica de las ciencias sociales sobre ese tipo de evaluación, centrándose esencialmente en la producción de los propios autores del informe sobre el tema. Como resultado, los problemas metodológicos que presenta son enormes y la cuestión de la equidad es tratada de forma bastante equivocada (Almeida et al., 2001; Braveman, Starfield, & Geiger, 2001; Jamison & Sandbu, 2001; Navarro, 2000).

Algunos consensos ya están en la literatura y son evidentes en varios países. O sea, los pobres se enferman más y utilizan menos los servicios de salud; cuando llegan a los servicios, su estado de salud ya está deteriorado y muchas veces tienen que ser hospitalizados; las desigualdades en las condiciones de salud son en general más graves que aquellas en el uso de servicios, etc. El ejemplo de Colombia es claro: el aumento de cobertura de aseguramiento para poco más del 50% de la población con la reforma de la seguridad en salud es sin duda un



resultado positivo, pero nada informa sobre la equidad. El análisis de la utilización de los servicios por distintos grupos de renta indica que los grupos de menor renta, aunque estén afiliados al sistema, no usan los servicios de salud. Todavía hace falta analizar y discutir el porqué de esa situación (Céspedes-Londoño, Jaramillo-Pérez & Castaño-Yepes, 2002; Jaramillo, 2002).

Por tanto, es necesario ajustar los indicadores y metodologías de evaluación en el sentido de captar mejor las necesidades de salud de nuestras poblaciones, y desde esta perspectiva proponer las prioridades de atención. Sabemos que esto no es tarea fácil y la pregunta que permanece es: ¿Cómo identificar las necesidades de salud de una población?

Existen necesidades percibidas o sentidas por la población y existen necesidades que NO son percibidas por las personas pero que son igualmente importantes. Esto si pensamos también en términos de promoción y prevención, es decir, si pensamos los sistemas de salud en una perspectiva más amplia que el ámbito de la asistencia médica.

Y otra pregunta se impone: ¿están los indicadores de carga de enfermedad, Dalys (*Disability Adjusted Life Years*), Dales (*Disability Adjusted Life Expectancy*), o los índices compuestos lo suficientemente ajustados como para captar las necesidades de salud de una población?

Aunque no sea fácil identificar necesidades, es posible trabajar con *proxies* de necesidades y desarrollar metodologías que posibiliten aproximaciones sucesivas a las necesidades específicas de grupos particulares y, entonces, definir las mejores políticas a ser implementadas con recursos escasos, en una determinada sociedad, en una perspectiva de superar desigualdades.

### **Reforma del Estado y redefinición de su papel en las reformas de los sistemas de salud**

La reforma del Estado y la redefinición de su papel implica la discusión de temáticas interrelacionadas que están directamente vinculadas con la organización y funcionamiento de sistemas de servicios de salud. Entre ellas se destacan:

- La cuestión de la descentralización del Estado y del sistema de salud, ya sea para niveles subnacionales o para otras instituciones y organizaciones de la sociedad, públicas o privadas. Estamos hablando, por tanto, de relaciones entre niveles de gobierno y de privatización.
- La separación de funciones de financiamiento y provisión de servicios, e introducción de mecanismos de competencia, que remite a la cuestión del establecimiento de contratos entre financiadores y prestadores de servicios; y al tema de la regulación.

Destacaremos sumariamente algunas temáticas cruciales de esta discusión que ameritan una mayor reflexión.

### Descentralización versus Centralización

‘Descentralización’ tiene distintas connotaciones en la literatura, ya sea desde el punto de vista técnico y tipológico (concepción anglosajona o concepción francesa) (Oslack et al., 1987; Mills, 1990), o como percepción de su papel. De un lado del espectro de opiniones, significa liberar el Estado de una carga excesiva de funciones u obligaciones que lo distancian de sus funciones esenciales, lo que puede significar descentralizar hacia los niveles subnacionales, hacia otras instituciones u organizaciones, o hacia el sector privado (privatización). Del otro lado están los que consideran la descentralización como una forma de aproximar el poder de decisión a la población que es objeto de las políticas, conduciendo a un mayor compromiso y responsabilidad de los dirigentes y a una mayor posibilidad de participación y control social.

Sea cual fuere la motivación original, el hecho es que la descentralización de las políticas sectoriales es una tendencia global desde hace algunas décadas e involucra problemas de gran complejidad, como la cuestión de la partición de poder financiero y de decisión y, consecuentemente, la relación entre niveles de gobierno. Esencialmente en repúblicas federativas que recién salieron de largos períodos de centralización autoritaria, como en muchos países de Latinoamérica, esa tarea presupone la elaboración de nuevos pactos federativos (cooperativos) a partir de reforma tributaria, definición de funciones complementarias y definición de criterios de repartición distributiva de recursos (fórmulas de asignación de recursos, que tomen en consideración indicadores variados), además de la construcción de capacidad *enforcement* en el nivel central y de implementación en los niveles subnacionales.

Por tanto, el federalismo es un sistema basado en la distribución territorial de poder y autoridad entre instancias de gobierno, constitucionalmente definida y asegurada, de tal forma que gobiernos nacionales y subnacionales sean independientes en su esfera propia de acción.

Por otra parte, por definición, no hay una oposición entre centralización y descentralización, como a veces se piensa. Descentralización implica un compromiso peculiar entre difusión y concentración del poder político basado en algún modelo compartido de nación y de grados socialmente pactados de integración política y de equidad social. Esas formas de relación intergubernamentales son constitutivamente competitivas y cooperativas, y las modalidades de interacción entre niveles están necesariamente basadas en la negociación (Almeida, 1996a, 1996b).

En otras palabras, centralización y descentralización son fenómenos concomitantes y no mutuamente exclusivos, estableciéndose dinámicas dialécticas entre ellos, no implicando la reducción de la importancia de la instancia nacional, pero sí resultando en nuevos papeles normativos y reguladores. La construcción negociada y la partición de competencias exigen coordinación e inducción, no obstante presuponen también liderazgo, evaluación de resultados y correcciones de ruta cuando sea necesario. La ‘especialización de las instancias de gobierno’ debe estar centrada en una redefinición de papeles donde la tarea inductora y coordinadora del nivel federal apunte a la superación de las desigualdades, deficiencias y carencias loca-

les, apoyando y promoviendo la capacitación de los niveles locales y provinciales para la necesaria complementariedad y alcance de mejores resultados, y no meramente para fiscalizar el cumplimiento de requisitos burocráticos.

En síntesis, es un proceso donde el nivel nacional tiene un papel crucial de rectoría y coordinación, donde la cuestión central es la disputa por el poder y la política redistributiva. En ese sentido, el papel inductor del nivel federal es fundamental, pero también lo es la capacidad de negociación y de *enforcement*. El límite entre inducción dirigida con finalidades equitativas e inducción autoritaria es poco claro. En general, lo que se verifica es una inducción autoritaria en la que el nivel federal lucha por conservar recursos financieros y de poder que le posibiliten mantener la dominación política y económica, e impone condiciones burocráticas de cumplimiento de programas federales.

El ejemplo de Brasil es paradigmático, considerando que la reforma sanitaria ha utilizado el proceso de descentralización como eje fundamental de construcción del Sistema Único de Salud-SUS, que ha reestructurado la arena decisoria y ampliado la participación de actores variados, organizados en foros técnico-burocráticos (Comisiones Intergestores) y participativos (Consejos de Salud). Los nuevos arreglos institucionales implementados con este proceso han utilizado mecanismos de inducción explícitos e impuesto condiciones para la adhesión de los niveles subnacionales al proceso de descentralización. Sin duda, esos elementos configuran una dinámica innovadora que ha alterado la correlación de fuerzas en la arena de decisión y ha permitido la negociación de políticas que, si por un lado pueden legitimar designios restrictivos, por el otro pueden apuntalar una reversión del modelo asistencial, con mayor protagonismo de los actores provinciales y locales en la estructuración de los respectivos sistemas de salud y, posiblemente, el alcance de mayores niveles de equidad.

Entretanto, aunque las *condiciones* sean necesarias, hasta ahora no han estado asociadas a la evaluación del alcance de resultados, sino al cumplimiento de requisitos formales y de compromisos con la ejecución de programas federales, que no pocas veces inducen a la utilización de artificios por los niveles subnacionales para adecuar la aplicación de los recursos normados de acuerdo a las necesidades locales (Barros, 2001). La inobservancia de esa premisa ha inducido a una mayor fragmentación del sistema.

En relación a la equidad, la decisión de asignar recursos *per capita* para la atención básica y priorizar ese nivel de atención en el ámbito local, además de incentivar programas específicos (como el Programa de Salud de la Familia y de Agentes Comunitarios de Salud), puede ser más equitativa que las formas anteriores. Sin embargo, no supera las grandes desigualdades regionales y existe el riesgo de que ese nivel de atención no se articule de forma efectiva con los otros niveles.

Estos son los grandes desafíos de construcción del SUS en Brasil que vienen siendo enfrentados bajo una visión optimista, aunque hay mucho que avanzar en forma creativa e innovadora.

### Separación de funciones, mecanismos de competencia y regulación

La discusión anterior remite a otra, la de la regulación: las reformas actuales reconocen la necesidad de fortalecer el papel regulador del Estado. El tema ha concitado cada vez más atención especialmente debido a factores ligados a las relaciones entre los servicios públicos y privados, a la contención de costos, a las fuentes de financiamiento y al control de los mercados y de los prestadores profesionales *frente-a-frente* una demanda infinita y recursos finitos (McLachlan & Maynard, 1982; Ghetti, 1987; Katz & Miranda, 1994). La connotación de estos abordajes es eminentemente económico-financiera, toda vez que la idea central es la retirada del Estado de la provisión directa de servicios.

En realidad, el concepto de regulación tiene varias connotaciones, dependiendo de la escuela teórica de pensamiento, pero un concepto más amplio la considera no sólo como un instrumento normativo sino también como un conjunto de mecanismos facilitadores de la gobernabilidad sectorial (Lange & Regini, 1988). Esto implica que el control y moderación pueden ser ejercidos por agencias públicas o privadas, mientras la cuestión central es ver cómo tales regulaciones afectan la conducta de instituciones, profesionales e individuos. En estos planteamientos es crucial la idea de reglas destinadas a influenciar comportamientos, lo que presupone que en la ausencia de tales reglas se instalará el conflicto entre actores colectivos, públicos y privados. De esa idea también se desprende que, en democracia, para alcanzar el consenso entre intereses divergentes en torno a políticas públicas de gran impacto, el Estado debe tener la capacidad de administrar conflictos, propiciar consenso y mantener la gobernabilidad del sistema de salud, o sea, debe dotarse de la capacidad reguladora necesaria para proteger el interés general sin menospreciar la participación de los actores colectivos en la toma de decisiones.

Más allá del debate académico, lo que los estudios muestran es que, en un determinado país, cada sector económico y social tiene peculiaridades reguladoras propias y cambiantes en el tiempo.

Esas consideraciones sobre la regulación remiten a la vieja indagación política y sociológica sobre 'cómo es posible el orden social'. Las explicaciones sobre las bases institucionales del orden han utilizado, en forma alternativa o combinada, los modelos de 'comunidad', 'mercado' (económico y político) y 'Estado/burocracia', además del de 'asociación'. Los principios-guía de esos tipos-ideales son, respectivamente, la 'solidaridad', la 'competencia', el 'control jerárquico' y la 'concertación', siendo que esta acción es típica de las asociaciones de interés en las relaciones con las estructuras de decisión de las políticas públicas. Normalmente, las sociedades modernas utilizan todos estos modelos de forma combinada, ocurriendo que, dependiendo de la sociedad, un modelo predomina sobre el otro (Lange & Regini, 1988). Por tanto, es un falso dilema oponer esas diferentes formas de regulación.

Plantear la cuestión de la regulación en esa perspectiva más amplia, implica cambios en las políticas destinadas a coordinar las actividades y administrar el conflicto –real o potencial–

subyacente a la asignación de recursos, siempre escasos en el ámbito de la producción y de la distribución.

Entretanto, tanto la forma como la eficacia de la regulación también dependen de otros factores, tales como los cambios en la estructura de poder, en los procesos de decisión y en las preferencias de los actores, y la probabilidad de que la regulación de un área particular sea producto de intereses estratégicos definidos por otros actores externos al área.

Esta última situación es notoria en el sector Salud, en la medida que las políticas de reforma vienen siendo subordinadas a los dictámenes y prioridades de las áreas económicas de los gobiernos.

Por lo tanto, el rescate de la política es esencial en los procesos de reforma, considerando que la tendencia es descalificar la política, y difundir la creencia de que es posible hacer cambios importantes en la estructuración de los sistemas de salud sin tomar en consideración los distintos proyectos en lucha y la resistencia de los actores contrarios al cambio. Por otra parte, sin negociar y establecer acuerdos, la propuesta de cambio esta destinada al fracaso. Resta saber cuáles son los acuerdos que van a dar sustento político a la reforma y a quiénes favorecen: si a los principios de equidad (o sea, a la población) o a intereses particulares.

Finalmente, con relación a la organización de redes de servicios y de niveles de complejidad, quisiera llamar la atención hacia otro falso problema que ha sido colocado por las reformas actuales: la oposición entre sistemas de salud orientados hacia la oferta o la demanda.

En primer lugar, estas dos dimensiones no son disociables: la oferta crea la demanda, pero también la demanda orienta a la oferta. Y si estamos hablando de redistribución de recursos (de prevención, promoción de la salud y no sólo de asistencia médica), la cuestión de las diferentes capacidades instaladas en distintas localidades (oferta) tiene que ser tratada con referencia a las distintas necesidades de la población (percibidas y no percibidas), y no sólo en relación con la demanda (existente/atendida o reprimida).

El equívoco es hacer creer que el 'consumidor' es soberano y que un sistema 'orientado a satisfacer las demandas del consumidor' es un sistema más eficiente y equitativo, y mostrar que la introducción de mecanismos de competencia (la 'competencia regulada') disciplina al mercado de servicios, mejorando la calidad de la atención y eliminando lo superfluo, lo innecesario. En verdad, en esos modelos el 'consumidor' NO es el paciente o el ciudadano, sino los compradores de servicios, los que por regla no se mueven por ideales de calidad o de atención de necesidades de salud sino por criterios de costo y ganancia, sobre todo los prestadores privados.

Sobre los contratos como instrumento preferencial de la separación de funciones de provisión y financiamiento, tienen altos costos de transacción y aún no están regulados por indicadores de desempeño de los servicios, los que pueden ser de distintos órdenes, dependiendo de

los objetivos cuyo desempeño se desea evaluar. Formular indicadores de *performance* que permitan monitorear el cumplimiento de determinados resultados aún es un desafío. La experiencia de la reforma inglesa señala que los criterios basados en necesidades de la población fueron desatendidos en la elaboración de los contratos, ya sea por las dificultades en elaborarlos o porque el tiempo empleado en su elaboración consumía lo que debería haber sido utilizado en la evaluación de necesidades (Ham, 1996).

## PARA CONCLUIR

En síntesis, si estamos de acuerdo en que el principio rector de la estructuración de los sistemas de servicios de salud es la equidad, los indicadores de evaluación de desempeño deben estar rigurosamente volcados hacia este principio. Es decir, la evaluación de resultados de los sistemas de salud debe tener en cuenta, ya sea el proceso de atención o el impacto de ese proceso en la salud de las poblaciones. Sabemos que evaluar impacto y resultados no es fácil, pero el desafío debe ser enfrentado y hay indicadores de proceso que pueden ser utilizados como *proxy* de resultados.

Últimamente, en las arenas nacional e internacional, se identificaron nuevas coaliciones que apuntan hacia un fuerte cuestionamiento de tal agenda y hacia el rescate de los principios de equidad y solidaridad como fundamento de los sistemas de salud. Se hicieron fuertes inversiones que están en curso con el propósito de analizar críticamente los procesos de reforma, procurando las evidencias empíricas que comprueben o refuten las premisas de las que parten. Al mismo tiempo, se pretende buscar caminos alternativos que sean más promisorios para la superación de las desigualdades sectoriales, que tengan a la promoción de la salud como eje direccionador de los sistemas y apunten hacia la superación del empeoramiento de las condiciones de vida y salud de las poblaciones.

Por tanto, se hace necesario llevar a cabo evaluaciones precisas a fin de mejorar las políticas orientadas a la equidad en salud. Por otro lado, los avances poco exitosos en la puesta en marcha de innovaciones en los sistemas de salud también requieren ser compartidos y analizados críticamente, posibilitando el intercambio y el aprendizaje entre todos los actores involucrados en esos procesos transformadores. En todo caso, la singularidad de las experiencias nacionales constituye una fuente muy valiosa para la reflexión y el debate.

Las dificultades para la evaluación de la eficacia y efectividad de la política social son grandes y no se trata de descalificar o minimizar *a priori* los esfuerzos que están siendo realizados en ese sentido. La contrastación debe ser permanentemente reinventada y es importante mantener viva la creatividad. Sin embargo, es crucial revitalizar nuestra capacidad de análisis crítico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, C. M. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Saúde e Sociedade Revista da Faculdade de Saúde Pública da USP*, 5(2):3-57, 1996a.
- ALMEIDA, C. M. Novos modelos de reforma sanitária: bases conceituais e experiências de mudança. In: COSTA, N. R. & RIBEIRO, J. M. (Orgs.) *Política de Saúde e Inovação Institucional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996b.
- ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):263-286, 1999.
- ALMEIDA, C. M. Saúde nas reformas contemporâneas. In: COSTA, A. M.; MERCHÁN-HAMANN, E. & TAJER, D. (Orgs.) *Saúde, Equidade e Gênero*. Brasília: Editora UnB, Alames, Abrasco, 2000a.
- ALMEIDA, C. M. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. *Saúde em Debate - Revista do Cebes*, 24(54):6-21, 2000b.
- ALMEIDA, C. M. Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud. *Cuadernos Médico Sociales*, 79(1):27-58, 2001.
- ALMEIDA, C. M. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(supl.):23-36, 2002a.
- ALMEIDA, C. M. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90 (Health services reform and equity in Latin America and the Caribbean). *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4):905-925, 2002b.
- ALMEIDA, C. M. et al. A Reforma Sanitária Brasileira: em busca da equidade. *Research in Public Health, Technical Report*. Washington, D.C.: OPS, 1999.
- ALMEIDA, C. M. et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *The Lancet*, 357:1.692-1.697, 2001.
- ALTIMIR, O. Desigualdad, empleo y pobreza en América Latina: efectos del ajuste y del cambio en el estilo de desarrollo. In: TOKMAN, V. & O'DONNELL, G. (Org.) *Pobreza y Desigualdad en América Latina*. Buenos Aires, Barcelona, México, D.F.: Paidós, 1998.
- BARROS, E. Implementação do SUS: recentralizar será o caminho? *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):307-310, 2001.
- BERMAN, P. Health sector reform: making health development sustainable. In: BERMAN, P. (Ed.) *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Boston: Harvard University Press, 1995.
- BERMAN, P. & BOSSERT, T. J. *A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: what have we learned?* Boston: Data for Decision Making Project, International Health Systems Group, Harvard School of Public Health, 2000. (Mimeo.)
- BOBBIO, N. *Teoria Geral da Política: a filosofia política e as lições dos clássicos*. 2.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.
- BOBBIO, N. *Igualdade e Liberdade*. 5.ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002.
- BOBBIO, N.; MATEUCCI, N. & PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. 5.ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1993. Vol. 2.
- BRAVEMAN, P.; STARFIELD, B. & GEIGER, H. J. World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *British Medical Journal*, 323:678-680, 2001.
- BUSTELO, E. Hood Robin: ajuste e equidade na América Latina. *Planejamento e Políticas Públicas*, 11:4-48, 1994.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). *Equidad, Desarrollo y Ciudadanía*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, Cepal, 2000.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). *Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2000-2001*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, Cepal, 2001.

- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). *Panorama Social de América Latina, 2002-2003*. Santiago de Chile: Cepal, 2003.
- CÉSPEDES-LONDOÑO, J. E.; JARAMILLO-PÉREZ, I. & CASTAÑO-YEPES, R. A. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4):1.003-1.024, 2002.
- COHEN, E. & FRANCO, R. Avaliação de projetos sociais. Petrópolis: Vozes, 1993.
- COMINETTI, R. Ajuste social y gasto fiscal. *Revista de la Cepal*, 54:47-60, 1994.
- FILGUEIRA, C. & LOMBARDI, M. Social policy in Latin America. In: MORALES-GOMEZ, D. & TORRES, M. (Org.) *Social Policy in a Global Society*. Ottawa: International Development Research Center, 1995.
- GHETTI, V. (Org.) *Deregulation versus Regulation nei Sistemi Sanitari in Cambiamento*. Milano: Franco Angeli Libri, 1987.
- HAM, C. Population-centered and patient-focused purchasing: the U.K. experience. *The Milbank Quarterly*, 74(2):191-214, 1996.
- JAMISON, D. & SANDBU, M. WHO ranking of Health System performance. *Science*, V(293):1.595-1.596, 2001.
- JANOVSKY, K. & CASSELS, A. Health policy and systems research: Issues, methods, priorities. In: JANOVSKY, K. (Ed.) *Health Policy and Systems Development: an agenda for research*. Geneva: World Health Organization, 1995.
- JARAMILLO, I. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia. *Gaceta Sanitaria*, 16(1):48-53, 2002.
- KATZ, J. & MIRANDA, E. Morfología, comportamiento y regulación de los mercados de salud. *Revista de la Cepal*, 54: 7-25, dic.1994.
- KLIKSBERG, B. *Desigualdades na América Latina: o debate adiado*. São Paulo, Brasília: Cortez, Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura, 2000.
- KNOWLES, J. C. & LEIGHTON, C. *Measuring Results of Health Sector Reform for System Performance: a handbook of indicators*. Bethesda: ABT Associates Inc., Harvard School of Public Health, 1997. (Special initiative report, 1)
- LANGE, P. & REGINI, M. *Stato e Regolazione Sociale*. Bologna: Il Mulino, 1988.
- LONDOÑO, J. L. Opciones para reformar la organización de los servicios de salud. Washington, D.C.: Banco Mundial, Departamento Técnico para a América Latina e Caribe0, 1995.
- LONDOÑO, J. L.: Estructurando Pluralismo En Los Servicios De Salud. La Experiencia Colombiana. *Revista de Análisis Económico*, 11(2):37-60, 1996.
- LONDOÑO, J. L. & FRENK, J. *Structured Pluralism: towards a New Model for Health System Reform in Latin America*. Washington, D.C.: World Bank, Technical Department for Latin America and the Caribbean, 1995.
- MELO, M. A. & COSTA, N. R. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, 11:50-108, 1994.
- MCLACHLAN, G. & MAYNARD, A. (Eds.) *The Public/Private Mix for Health, the Relevance and Effects of Change*. London: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1982.
- MILLS, A. Decentralization concepts and issues: a review. In: MILLS, A. et al. (Eds.) *Health System Decentralization: concepts, issues and country experiences*. Geneva: WHO, 1990.
- MOLINA, R. et al. Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8:71-83, 2000.
- MOONEY, G. & JAN, S. Vertical equity: weighting outcomes? Or establishing procedures? *Health Policy*, 39:79-87, 1997.
- NAVARRO, V. Assessment of the World Health Report 2000. *The Lancet*, 356:1.598-1.601, 2000.



- OSLACK, O. et al. Descentralización de servicios de salud: el Estado y los servicios de salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1987. (Mimeo.) (Desarrollo de servicios de salud, 17)
- OPS (Organización Panamericana de la Salud)/CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). *Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina*. Washigton, D. C.: OPS, 1994. (Documentos reproducidos, 41)
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). *Disparidades de Salud en América Latina y el Caribe*. Washington, D. C.: División de Salud y Desarrollo Humano, OPS, 1999.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud): *Base de Datos*. Washington, D. C.: Programa de Salud y Desarrollo Humano, División de Salud y Desarrollo Humano, OPS, 2000. (Mimeo.)
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). División de Salud y Desarrollo Humano, Programa de Salud y Desarrollo Humano, Base de datos de la DHH-PDH/OPS, 2001. (Mimeo.)
- PAALMAN, M. et al. A critical review of priority setting in the health sector: the 1993 World Development Report. *Health Policy and Planning*, 13:13-31, 1998.
- SANTOS, W. G. A Trágica condição da política social. In: ABRANCHES, S. H.; SANTOS W. G. DOS & COIMBRA, M. A. (Eds.) *Política Social e Combate à Pobreza*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- SZÉKELY, M. The 1990's in Latin America: another decad of persistent inequality, but with somewhat lower poverty. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank, 2001. (Working paper, 454)
- WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, 22(3):429-445, 1992.
- WHO (World Health Organization). *Achieving Evidence-Based Health Sector Reforms in Sub-Sharan Africa*. Arusha: WHO, 1995. (Brackground paper for an inter-country meeting)
- WORLD BANK. *World Development Report: investing in health*. Washington, D.C.: World Bank, 1993.
- WORLD BANK. *World Development Report: making services work for poor people*, 2004.