

Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina

Asa Cristina Laurell

Introducción

Han transcurrido más de quince años desde la publicación de *Invertir en salud* (Banco Mundial, 1993) que marcó el rumbo dominante de la reforma de los sistemas de salud en América Latina y otras partes del mundo. Desde entonces se ha producido un gran caudal de textos sobre estas reformas y se han introducido nuevas propuestas que aparentemente corrigen las anteriores. El debate actual sobre las políticas de salud requiere de una reflexión que lo problematice y aclare conceptos y prácticas. Es el objetivo de este texto, para tal efecto, por un lado, analiza las propuestas interrelacionados en boga sobre la segunda reforma del estado, el aseguramiento como mecanismo de cobertura universal, la separación de funciones entre “regulación / modulación-financiamiento-prestación de servicios” y la asociación público-privada de financiamiento-construcción-administración de infraestructura de salud. Por el otro aborda aspectos de la construcción del nuevo discurso científico referido a la “política basada en evidencias” y las redes de referencia. No se pretende agotar ninguno de estos temas sólo abrir algunos cuestionamientos como una contribución al debate.

Asa Cristina Laurell. Médica cirujana, Universidad de Lund, Suecia; maestra en Salud Pública, Universidad de Berkeley, EUA, y doctora *cum laude* en Sociología, Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora de tiempo completo de la Maestría en Medicina Social, Unidad Xochimilco, 1975-2000; Secretaria de Salud del Gobierno del DF, 2000-2006; Secretaria de Salud del Gobierno Legítimo de México, 2006 a la fecha. Activa promotora de la Medicina Social en América Latina y miembro de ALAMES desde su fundación. Correo-e: laurell9998@gmail.com

La segunda reforma o modernización del estado

Después de que se manifestaran los efectos negativos de la reforma social conducente al Estado Mínimo, con una rápida redistribución regresiva del ingreso y un alarmante crecimiento de la pobreza, los organismos supranacionales (Banco Mundial –BM– y Banco Interamericanos de Desarrollo –BID–) propusieron una Segunda Reforma o Modernización del Estado (Cfr. BM, 1997; BM, 1998; González y Munar, 2003; BID, 2003). Esta reforma vuelve a plantear la importancia del Estado en la política social, principalmente, su papel en la regulación y en acciones específicas para fortalecer la gobernabilidad, gobernanza y cohesión social.

Siguiendo el análisis de Ozslak (1998) esta reforma buscaría una mayor efectividad en la acción estatal y para lograrse debería reunir las siguientes condiciones: guiarse por una misión; orientarse por resultados y evaluarlos; tener una orientación empresarial (ganar o invertir, no gastar); tener capacidad de anticipación; estar descentralizado; orientarse hacia el mercado; servir al “cliente o consumidor” y cumplir un papel “catalítico”.

Con la Segunda Reforma Social, el Banco Mundial (Cfr. Holzmann y Jorgensen, 1999; Holzmann, Sherburne-Benz y Tesliuc, 2003) propuso modificar la estrategia de “protección social” para transitar al concepto de Gerencia del Riesgo Social (GRS) y de la noción de “pobreza” a la de “vulnerabilidad”. La estrategia de la GRS involucra a todos los actores interesados en una temática: individuos, familias, comunidades, ONG, empresarios, trabajadores, gobiernos subnacionales y el Estado (nacional) y destaca el “diálogo social” entre ellos. Pone énfasis en las

políticas intersectoriales y sus áreas prioritarias son el mercado de trabajo, el empleo, la asistencia social a los pobres y las pensiones.

Sin embargo, estos textos advierten que la mezcla de distintas políticas (económica, social, laboral, etc.) no debe infringir los cánones de la nueva economía, o sea, el mercado como principio rector de la economía, la competencia, la flexibilidad del trabajo, el equilibrio fiscal, la apertura externa o causar la competencia desleal del Estado con el sector privado. Así, lo social sólo se analiza en relación a la “trampa de la pobreza” y el “capital humano”. Es de señalar que el BID (2003) es más ortodoxamente neoliberal que el BM en su documento de estrategia de modernización del Estado; posición que reitera en un documento sobre la crisis actual (BID, 2009).

Estos planteamientos sugieren que no se trata de un giro hacia una suerte de Estado de Bienestar con el reconocimiento de los derechos sociales y la obligación del estado de garantizarlos. Incluso, el tema del acceso a los servicios de salud pasa a ocupar un lugar poco importante y sólo se considera como asistencia social a los pobres y en función de su impacto sobre el “capital humano”. El principal objetivo de esta reforma sería resolver la cuestión de legitimidad del “nuevo orden social”, o sea, la profunda reorganización de la sociedad sobre la base del proyecto neoliberal. Parafraseando a Offe (2007) el extremo peso dado a las nuevas formas de acumulación de capital dejó fuera la segunda gran tarea del Estado, la de la legitimidad.

Esto explica porqué se hace un énfasis especial en la cohesión y diálogo social en la segunda reforma, mientras que se mantienen los principios de la “nueva economía” y del proceso de instrumentación de las políticas. Es también importante notar que hay una enumeración indiferenciada de “actores”, sin darle un peso específico a cada uno de ellos. La idea del diálogo y la concertación está tomada del modelo bi o tripartita de la seguridad social con “actores” claramente definidos, esto es, las organizaciones patronales, las organizaciones de trabajadores y el Estado como árbitro o catalizador y/o sujeto obligado. Con un conjunto amorfo de actores sin representación precisa, el papel del Estado como

“catalizador” del diálogo en su nueva variante le da una gran discrecionalidad para determinar quién o quiénes son los interlocutores válidos. Adicionalmente, significa un espacio mayor a la tecno-burocracia.

El aseguramiento universal en salud

Otro tema actual es el aseguramiento en salud, que está emergiendo como la alternativa a los sistemas únicos de salud públicos para lograr la cobertura universal de la población. El seguro de salud conduce a imaginar o bien el seguro incluido en los esquemas de seguridad social, o bien el seguro médico privado. Es por ello importante desentrañar cual es el significado preciso del aseguramiento propuesto y en marcha en América Latina.

Una primera constatación es que el tema del aseguramiento en salud tiene una relación estrecha con la segunda reforma del Estado y recoge varios de sus planteamientos. Es, además, la continuación de *Invertir en salud*, ya que enfoca la salud principalmente como un problema económico y los servicios médicos como un bien “privado” a ser “consumidos” por los individuos. De esta manera, centra la discusión en el financiamiento y la compra-venta de servicios, antes que en el modelo de atención o en el acceso a los servicios de salud.

Existen varios arreglos organizacionales del aseguramiento. Hay seguros únicos y obligatorios; seguros mixtos que combinan seguros de la seguridad social obligatoria y seguros de protección social voluntarios; seguros mixtos obligatorios y subsidiados; seguros públicos y privados. Sin embargo, es importante subrayar que todos los seguros reciben una aportación importante de fondos públicos fiscales, directa o indirectamente.

El aseguramiento “universal” se ha planteado como un objetivo de corto o mediano plazo en la mayoría de los países de América Latina durante la última década, y generalmente se ubica dentro de la noción de “protección social”. Esta denominación contribuye a la ambigüedad del discurso al tener dos acepciones distintas en las políticas de salud. En unos casos, por ejemplo,

Chile hoy, se acerca al “derecho a la protección de la salud” (FONASA, 2007) y, en otros, por ejemplo, Colombia, se inscribe en la concepción neoliberal de abrir el ámbito de salud a las fuerzas del mercado, tanto en la administración de fondos como en la prestación de servicios, y focalizar subsidios estatales en las personas clasificadas como pobres (Arbelaez *et al.*, 2004).

Se constata, empero, que ningún seguro de salud ha logrado el propósito de universalidad, ni el de Chile después de 30 años de haberse introducido (Ministerio de Salud, 2008) o Colombia con 15 años de aseguramiento obligatorio (Torres, 2008). Por otra parte, se observa que en muchos países el aseguramiento en salud ha resultado en una nueva dinámica de inclusión-exclusión y en vez de contrarrestar la fragmentación de los sistemas de salud, la ha incrementado. La reestratificación de la exclusión guarda una relación estrecha con la lógica y procedimientos de asignación de los subsidios estatales y los márgenes de discrecionalidad en la asignación.

Por ejemplo, en Colombia se establece un cupo para asegurados subsidiados, lo que deja fuera a algunos muy pobres y una franja importante de pobres que no están en condiciones de contribuir al seguro (Torres, 2008). Otro caso es el Seguro Popular voluntario de México, donde sólo el 20% más pobre está exento del pago de una prima, mientras el resto de las familias deben hacer una contribución de 4-5% de su ingreso, que en muchos casos resulta impagable. Adicionalmente, los estados más pobres y con mayor número de familias sin seguridad social laboral tienen dificultades con el pago de la cuota familiar para su inclusión (Laurell, 2007).

Por estas razones, la suposición de que el aseguramiento removería el obstáculo económico al acceso no se cumple. Adicionalmente, la gran mayoría de los seguros incluye coaseguros, copagos y cuotas moderadoras que incrementan este obstáculo al acceso a los servicios de salud.

Otra característica del aseguramiento es que su cobertura de servicios es un paquete predeterminado de intervenciones, generalmente. Es decir, adopta la lógica mercantil de cualquier seguro. Este hecho se relaciona con otra de sus

características, que es la compra-venta de servicios (*payer-provider split*) a través de mecanismos de competencia de mercado. Esto requiere poner un precio a los servicios para poder hacer los cálculos correspondientes. Un tema importante en el debate actual se refiere precisamente a la metodología para definir el contenido de estos paquetes y cómo irlos ampliando. También en este tema hay ambigüedades porque en algunos casos el contenido de los paquetes es explícito con un listado de intervenciones incluidas (Seguro Popular, México); en otros implícito pero, de hecho, con restricciones importantes (POS-S^a, Colombia); en otros hay un listado de servicios garantizados (GES^b, Chile), pero sin excluir los demás, y en otros más, exclusiones explícitas, por ejemplo, cirugía cosmética o tratamientos odontológicos costosos (Seguros de Salud en sistemas de seguridad social).

En general, el método usado para construir los paquetes tiene un componente fuerte de costo-beneficio y actuarial y, particularmente el BM, BID y FMI, ponen en el centro la sustentabilidad económica. Ésta no es absoluta, sino que tiene detrás las prioridades en la distribución de los recursos fiscales entre distintas actividades. El segundo elemento tomado en cuenta es el perfil de morbi-mortalidad que se acercaría a las “necesidades en salud” pero, por ejemplo, en los seguros de México y Colombia se excluyen intervenciones frecuentes de alto costo, a diferencia de las GES de Chile. En pocas ocasiones se considera las prioridades en salud de los ciudadanos.

A este tema se añade la problemática relación entre la cobertura poblacional del seguro y el acceso oportuno a los servicios requeridos. Ciertamente, la relación necesidad-demanda-acceso es compleja en cualquier sistema pero la suposición es que el seguro daría acceso a los servicios. Esto no es el caso en la mayoría de los

^a POS-S, Paquete Obligatorio de Servicios Subsidiados. Después del fallo de la Corte Constitucional de 2008, en principio debería desaparecer el POS-S, pero hasta la fecha no se ha cumplido (noviembre, 2009).

^b GES, Garantías Explícitas en Salud, también se conoce como AUGE.

seguros de salud en América Latina, ya que a que a las restricciones de los Paquetes se añaden los costos relacionados con los copagos y el traslado a los servicios; la falta de infraestructura de salud y la complejidad burocrática de acceso. Esto permite sostener que, generalmente, el seguro “universal” no conduce al acceso universal y oportuno a los servicios requeridos.

La literatura reciente advierte contra la inclusión de “administradores-compradores” privados en los esquemas de aseguramiento, ya que todas las evidencias empíricas señalan que este arreglo organizacional incrementa sustancialmente los costos (Gottret y Schieber, 2006; Drechsler y Jütting, 2005). Una razón fundamental es que los aseguradores operan con ganancias y es común que el sistema global de salud tenga un déficit a pesar de incrementos en el gasto en salud. Sin embargo, la realidad demuestra que una vez establecidas, resulta prácticamente imposible suprimir a las aseguradoras privadas e incluso regularlas. Tal es la experiencia de las ISAPRES^c chilenas y del tristemente célebre caso de los EUA, donde las aseguradoras han jugado un papel crucial para impedir los intentos legales de garantizar el aseguramiento universal.

Por el contrario, los prestadores privados de servicios generalmente se consideran una parte necesaria y deseable de las reformas, ya que una de sus premisas es la libre elección de prestador como mecanismo de control de costos y mejoramiento de la calidad. Por esta razón hipotética, la compra-venta de servicios y la competencia entre múltiples prestadores, públicos y privados es la norma preferente. En la práctica, la existencia de varios esquemas de seguros y muchos prestadores tiende a generar una alta complejidad administrativa, que además es muy costosa (PNHP, 2003; Clavijo 2008). Adicionalmente, profundizan los obstáculos burocráticos de acceso.

La compra-venta de servicios, particularmente con pago capitado, ha puesto los servicios públicos bajo presión, ya que no pueden reducir los gastos fijos de la misma forma que los prestadores privados (Gottred y Schieber, 2006:264). Por

^c Institución de Salud Previsional

ejemplo, los prestadores públicos no pueden disminuir costos violando la legislación laboral mientras que los privados se valen de formas flexibles y terciarizadas de empleo. Esto ha llevado al deterioro y cierre de unidades públicas de atención a causa de su supuesta baja eficiencia, aún en los casos con un déficit absoluto de infraestructura de salud, lo que a su vez disminuye el acceso (Unger *et al.*, 2006). También ha resultado en el despido masivo de trabajadores de la salud y la invención de nuevas formas de contratación (Aricada, 2008).

El esquema de compra-venta de servicios y la asignación de recursos en esta lógica, así como la inclusión-exclusión de servicios sobre la base de los Paquetes, tiene varias consecuencias adversas (Laurell, 2007): debilitan la salud pública o colectiva que, como tal, no tiene “incentivos” asignados para su realización. Es decir, se estimula la atención individual conceptualizada como “bien privado” y se castiga a los “bienes públicos” que quedarían bajo la responsabilidad pública. Esto significa que tendencialmente se camina hacia la separación del sistema de prestación de servicios y el de salud pública, con todo lo que significa. La otra vertiente es que se fractura el proceso integrado de promoción-prevenición-detección-tratamiento-rehabilitación, que queda en manos de distintos prestadores y con frecuencia se excluyen tramos de éste en los Paquetes.

Separación de funciones y pluralismo estructurado

Otra vertiente de la misma concepción, que ha llevado a proponer el abandono de la idea del sistema público y único de salud de cobertura universal por el aseguramiento universal, es la separación de funciones entre la regulación/modulación del sistema; la administración del financiamiento y la compra de servicios y; la prestación de servicios (Londoño y Frenk, 1997). Este arreglo institucional está alineado con la segunda reforma del Estado, donde su papel es precisamente regular a los privados y hacer más eficiente la competencia, sin violar los principios de la nueva economía.

Es de subrayar que esta separación de funciones abre varios mercados nuevos: la administración de

los fondos, la compra de servicios y la venta de servicios. La separación de funciones es, de esta manera, un dispositivo necesario para la mercantilización de la salud y en cada intermediación existen márgenes de lucro cuando se trata del sector privado. Con el correr del tiempo, el mejor negocio ha mostrado ser la administración de fondos. Aparte del pago cobrado por la administración, está el negocio derivado del control y manejo de fondos en la era de la especulación financiera (Laurell, 2001).

La ecuación compra - venta de servicios contiene un conflicto distributivo entre los dos participantes que cada uno intenta resolver a su favor. Los compradores intentan pasar el riesgo a los vendedores, por ejemplo, mediante el pago por capitación, mientras que los vendedores quieren mantener el pago por servicio. Sin embargo, la experiencia evidencia que aparte de la invención de mecanismos múltiples e innovadores para salir ganando en esta puja, ambos logran pasar parte del riesgo al “cliente”, o sea, la persona asegurada enferma.

El primer mecanismo es la “selección adversa” de asegurados, excluyendo los de alto riesgo por edad o por condiciones de salud. Además, siempre queda el expediente de negar servicios en el esquema capitado e incrementar servicios innecesarios en el esquema de pago por servicios. En ambos casos el perjuicio es para el paciente.

En cuanto el papel regulador del Estado, hay una amplia literatura al respecto que coincide en el hallazgo de que es muy complejo lograr una regulación eficiente.

El resultado neto es que el esquema de compra-venta de servicios no ha logrado sus dos objetivos: la “contención de costos” y calidad de la atención.

La asociación público-privada en hospitales

La nueva economía neoliberal tiene como principio básico ampliar los ámbitos de acumulación de capital; el ámbito de la salud no es la excepción. Ciertamente no es un fenómeno nuevo en este sector y el llamado “complejo médico-industrial” da testimonio de ello. Como en otros ámbitos hay una tendencia de emergencia

del capital financiero, por ejemplo, con los administradores de fondos y las aseguradoras. En este contexto, es importante examinar otra forma bajo la cual el capital financiero está entrando a lo que se conoce como la asociación público-privada APP (*Private Finance Initiative*, en inglés) para el “financiamiento-construcción-administración” de infraestructura de salud. Este esquema se ha constituido bajo los gobiernos de derecha, por ejemplo, en Canadá, España y Australia pero, paradójicamente, ha tenido su máxima expresión en Gran Bretaña durante los gobiernos laboristas (Cfr. *Stationary Office*, 2000).

Se está promoviendo este tipo de proyectos muy activamente en América Latina, incluso con apoyo económico del BID,^d y existen actualmente en México, Paraguay y Chile. El esquema APP tiene su origen en los acuerdos de la Unión Europea, que estableció un tope del 60% del PIB al endeudamiento público. Para eludir esta regla se ideó el APP, que consiste básicamente en convertir el endeudamiento público en gasto de operación o corriente. Para ello, se contrata con el sector privado el financiamiento, la construcción y equipamiento, así como la administración, en nuestro caso, del hospital, y se le paga al contratista un monto mensual durante 25 a 30 años (Federación de Defensa de la Sanidad Pública, 2006), o sea, es similar a un préstamo hipotecario. Los componentes del pago son el interés sobre el préstamo, la amortización de la deuda, el costo de la construcción y equipamiento del hospital y su administración.

Los argumentos para hacer este tipo de contratos son: que amplían los recursos para la inversión pública; la iniciativa privada es más eficiente en el uso de los recursos financieros que el sector público; se acorta el tiempo de construcción y que las empresas privadas administran mejor. Estos supuestos no se cumplen en la práctica, como se verá a continuación.

La ampliación de los recursos para la inversión no es tal, ya que solamente se reparte su pago en el tiempo. Sin embargo, el financiamiento contratado

^d Por ejemplo, préstamo del BID #2043/OC-ME por 45 millones de dólares a México para ejercer en 2009-2010.

por la empresa privada tiene una tasa de interés más alta que la del gobierno, ya que tiene un mayor riesgo de no-pago. Esto significa, en rigor, que se disminuyen los recursos de inversión porque el costo del financiamiento es mayor.

En México, el caso de los dos hospitales manejados bajo el esquema, con el nombre disimulado “Proyectos de Prestación de Servicios” –PPS– es muy ilustrativo (Laurell y Herrera, 2009). El primero –el Hospital de Alta Especialidad del Bajío (HAEB)– se contrató a un costo mayor que el calculado para el proyecto público de comparación. La inversión en su construcción y equipamiento fue de 604 millones de pesos, pero su costo total será de 3 mil 600 millones, sin incluir los ajustes por inflación, pagados a lo largo de 25 años. El contrato estipula, además, que el pago mensual al contratista tiene máxima prioridad sobre otros gastos corrientes de salud y está asegurado por la Secretaría de Salud federal. Es de subrayar que este costo no contempla el gasto de la prestación del servicio médico (personal de salud, medicamentos, insumos médicos, etcétera). La construcción y equipamiento del hospital sobrepasaron en un 30% el tiempo contratado y la puesta en funcionamiento del hospital ha sido muy lenta, a casi tres años de su inauguración está trabajando a un 30% de su capacidad. El segundo hospital PPS de México, localizado en el estado Tamaulipas, tiene un historial similar, pero más desfavorable en términos de financiamiento, construcción y costos. A nueve meses de su inauguración, no están funcionando más que algunos consultorios.

Cabe añadir que la experiencia de los hospitales *PFI* de Gran Bretaña tiene rasgos semejantes, como lo ha documentado sistemáticamente el Centro para la Política Pública de Salud Internacional (*Centre for International Public Health Policy*^e) de la Universidad de Edinburgo. En su revisión de los hospitales *PFI* a raíz de la crisis económica Liebe y Pollock (2009) señalan los siguientes datos: estos hospitales tienen un valor de £12.3 mil millones y el costo a pagar es £70.5 millones del cual el 41.4 % corresponde al “costo de disponibilidad” (*availability cost*) de las

^e www.health.ed.ac.uk/CIPHP/

edificaciones. Esto se debe a los altos rendimientos de los inversionistas sobre su capital ya que en promedio es un 2.5% mayor al año que el costo promedio del capital en el sector salud. Constatan que el 96% de los hospitales *PFI* no aparecen en la contabilidad de la deuda pública y no hay transparencia en su manejo económico. Cabe añadir que su informe se basa esencialmente en información oficial del Ministerio de Finanzas, la Oficina Nacional de Auditoría y el organismo regulador del Servicio Nacional de Salud (NHS). Otro trabajo reciente (Hellowell y Pollock, 2009) concluye que esta forma de financiamiento-administración pone en riesgo el financiamiento del sector salud. Encuentra, como en el caso mexicano, que las obras no se entregan a tiempo e incrementan su costo estimado; que hay estudios que sugieren menor calidad del servicio y que es previsible una baja global en la capacidad de atención.

Con base en la evidencia disponible es posible sostener que los hospitales *APP* son un ámbito de ganancias privadas, pero no un mecanismo para resolver los problemas de infraestructura de salud en América Latina. A esta conclusión se puede añadir que es otra forma de transferir fondos públicos al sector privado y dejar la suerte de los servicios básicos en manos de los privados. Es una expresión nítida de los postulados de la Modernización del Estado, tal como se aprecia en el documento de política del gobierno del Reino Unido (*Stationary Office*, 2000).

Construcción del nuevo discurso hegemónico

El viraje en las políticas de salud bajo la concepción de la economía neoclásica e ideología neoliberal requiere de la forja de un nuevo discurso que las justifica y las haga parecer “científicas”. Es necesario reconocer que hay un nuevo discurso hegemónico que incluye la apropiación de valores y de “palabras-concepto”. Se respalda, además, con un discurso científico y estudios “objetivos” y “prácticas exitosas” para proponer “políticas basadas en evidencias”.

Algunos valores sociales siguen teniendo un peso muy importante en la sociedad y su incorporación al nuevo discurso es notable. Esto ha resultado en una gran ambigüedad en los conceptos y en una

resemantización de las palabras. Para ejemplificar es útil recordar lo anteriormente analizado. Los “derechos sociales y garantías individuales” han pasado a ser derechos condicionados de distintas maneras y no titularidades de los ciudadanos y, por tanto, obligación del Estado. La “universalidad” ha transitado de significar “para todos y garantizada por el Estado” a ser restringida a algunos bienes y servicios básicos focalizados. La “democratización” se ha redefinido como la oportunidad de elegir en el mercado. “La equidad” ha sustituido a la “desigualdad” y es el tema de todos los programas focalizados; desdibujando la noción misma de la universalidad. La “solidaridad” ha sido transformada en “subsidiariedad” del Estado. Y los “ciudadanos” han transitado a ser “clientes o consumidores”. Estas disociaciones sucesivas entre los nuevos y viejos significados dificultan el debate y es muy importante ejercer una vigilancia epistemológica sistemática sobre el nuevo discurso.

El discurso neoliberal, como toda posición político-ideológica, está creando su propia justificación científica. Respecto a la política de salud se ha adoptado un marco de análisis netamente positivista de medición para arribar a lo que se llama “políticas públicas basadas en evidencias” a imagen y semejanza de la “medicina basada en evidencias”, criticado por ser el nuevo “pensamiento único en salud” (Holmes *et al.*, 2006). En su revisión crítica del uso de resultados de la investigación en la formulación de políticas Almeida y Báscolo (2006:12) señalan: “la fuerza política de la evaluación empírica y de los constructos analíticos reside en el carácter “científico” que prestan a las propuestas de reforma, reforzando las posiciones previas del tomador de decisiones”.

De los estudios de evaluación se deducen, además, resultados para calificar de “experiencias exitosas” y de “buenas prácticas” a los programas. Cabe señalar que estos estudios frecuentemente están encargados y financiados por las mismas instituciones que han promovido las políticas. Un caso concreto que ilustra esta operación es la trayectoria del Seguro Popular mexicano. Fue lanzado por el secretario de salud –Julio Frenk– como una reforma basada en evidencias,

producidas por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), bajo la dirección del mismo Frenk. Asimismo, en la exposición de motivos se citó abundantemente el “Informe sobre la Salud en el Mundo 2000”, coordinado por Frenk durante su estancia en OMS; informe que fue impugnado por la mayoría de los países miembros e investigadores reconocidos (Navarro, 2000; Almeida *et al.*, 2001; Musgrove, 2003). Una vez legislado el Seguro Popular, Frenk encargó y pagó una investigación de evaluación a la Universidad de Harvard e INSP por un monto aproximado de 6.5 millones de dólares. A finales de 2006 se publicaron cinco artículos sobre el Seguro Popular elaborados por el equipo de Frenk y algunos investigadores de Harvard en la influyente revista *The Lancet* (Frenk, 2006a; Frenk, 2006b; Gakidou *et al.*, 2006; González-Pier *et al.*, 2006; Lozano *et al.*, 2006), que supuestamente demuestran los éxitos del programa con un manejo de datos imposible de reproducir (Laurell, 2007).

Posteriormente, los artículos de Frenk y colaboradores han sido la base de la evaluación de organismos internacionales donde se presenta al Seguro Popular como una “experiencia exitosa” (Scott, J^f, 2006; Kelly *et al.*^g, 2007 p. 134; World Bank^h, 2008; Frenk, Gómez-Dantés, Knautⁱ, 2009). Cuando salió la evaluación final del Seguro Popular, encargado a la universidad de Harvard (King *et al.*, 2009), no se verifican los resultados ampliamente difundidos. Encuentra, entre otros hallazgos, que los asegurados no tienen mayor acceso a los servicios de salud o medicamentos que la población sin seguro, ni que haya mejorado sus condiciones de salud, lo que confirma los hallazgos de otros estudios (Laurell, 2009). Sin embargo, este estudio crucial no ha tenido mayor difusión y la condición de “experiencia exitosa” del Seguro Popular está ya firmemente implantada. Esta manera de crear “autoridad científica” a través de redes cuyos miembros se citan entre sí ha sido estudiada por Greenberg

^f El autor agradece a Julio Frenk por su ayuda en la elaboración del artículo.

^g El único texto referido es el de Frenk, 2006.

^h Este texto dice “Esta sinopsis tiene por objeto resumir las prácticas recomendadas....”

ⁱ Las referencias son de los autores del artículo, con excepción de una sola.

(2009) en otro campo, pero sus hallazgos son generalizables a otros contextos.

La construcción de un discurso y sus fundamentos “científicos” es una estrategia política donde la comunicación social es un elemento central. La otra cara de la comunicación social son los mensajes dirigidos al público, al que van convenciendo sobre las virtudes de una política a fuerza de la repetición.

Otro elemento que fortalece los implícitos del nuevo discurso hegemónico es la nueva filantropía o “filantropismo” de los grandes corporativos transnacionales. La Fundación Bill & Melinda Gates, que había donado del orden de \$30 mil millones en 2008, es la más conocida y ha tenido una influencia decisiva sobre las políticas globales de salud.

En el contexto latinoamericano el Instituto Carso de Salud,^j que pertenece a la Fundación Carlos Slim,^k tiene especial interés. No se compara en el monto con los fondos de otras fundaciones, pero ha seleccionado áreas claves de actividad. Por ejemplo, está participando con los gobiernos de Colombia, México y los países Centroamericanos en el *Sistema Mesoamericano de Salud*, adquiriendo una influencia grande en las políticas de salud de estos países. Otro de sus proyectos es Casalud^l que está dirigido a establecer prestadores de primer nivel para compradores públicos y privados de servicios. Es de notar que la corporación de Slim están entrando en el sector salud a través de distintas empresas, con producción y venta de medicamentos; construcción de hospitales; administración de hospitales para sectores medios bajos; venta de seguros limitados; etcétera.

Una reflexión final

La revisión sucinta de algunos temas a debate en las políticas de salud en América Latina revela que la mayoría de ellos son la continuación del proyecto delineado en *Invertir en salud*. Una

^j <http://201.116.23.233:81/Paginas/homeCarso.aspx>

^k Carlos Slim está clasificado como un de los hombres más ricos del mundo.

^l <http://www.casalud.org>

diferencia importante es que los quince años han servido para forjar un nuevo discurso hegemónico que ha confundido la discusión sobre las políticas. Se requiere de un esfuerzo sostenido de vigilancia epistemológica para develar su fondo e implicaciones. Un discurso contra-hegemónico que sólo invoca el derecho a la salud y la obligación del Estado de garantizarlo junto con la defensa de las instituciones públicas es actualmente insuficiente. Requiere ampliarse y sacar conclusiones de las experiencias de los gobiernos progresistas en salud; requiere abordar problemas reales, que es la base ideológico del nuevo discurso; requiere de la denuncia y la resistencia, pero también “poner de cabeza” a las premisas de las políticas dominantes. Es encomiable que se haya logrado incrementar los recursos financieros para la salud, pero para que repercutan de manera óptima en el acceso a los servicios de salud y en la satisfacción de las necesidades de salud, es preciso estructurar un arreglo institucional adecuado.

Referencias

Arbelaez, M.P., Gaviria, M.B., Franco, A., Restrepo, R., Doracelly Hincapie, D., Blas, E., 2004. Tuberculosis control and managed competition in Colombia. *Int J Health Plann Mgmt*, 19: S25–S43.

Almeida, C., Báscolo, E., 2006. Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literature. *Cad. Saúde Pública*, 22: Sup:S7-S33.

Almeida, C., Braveman, P., Gold, M.R., Szwarcwald, C. L., Mendes Ribeiro, J., Miglionico, A., Millar, J. S., Porto, S., do Rosario Costa, N., Ortun Rubio, V., Segall, M., Starfield, B., Travessos, C., Uga, A., Valente, J., Viacava, F., 2001. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet* 2001; 357: 1692–97.

Aricada, R., 2008. Las CTA en el sector salud: la cadena del dolor. *Cultura y Trabajo*, Núm. 74.

Banco Interamericano de Desarrollo, 2003. *Modernización del Estado. Documento de*

- Estrategia*, Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Banco Interamericano de Desarrollo, 2009. *Políticas sociales y laborales para tiempos tumultuosos*, Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Banco Mundial, 1993. *Invertir en Salud*, Washington D.C.: Banco Mundial.
- Banco Mundial, 1997, Informe del Banco Mundial –1997. El Estado en un mundo en transformación. Washington D.C.: Banco Mundial.
- Banco Mundial, 1998: Más allá del Consenso de Washington; la hora de la reforma institucional. Washington D.C.: Banco Mundial.
- Clavijo S., 2008. Social Security Reforms in Colombia: Striking Demographic and Fiscal Balances. IMF Working Papers WP/09/58
- Drechsler, D., Jütting J.P., 2005. Private Health Insurance in Low and Middle-Income Countries. Scope, Limitations, and Policy Responses. Paris: OECD Development Centre.
- Federación de Defensa de la Sanidad Pública, 2006. Análisis de la Iniciativa de Financiación Privada (PFI). Concesiones de Obra para Construir Hospitales. Madrid: FDSP.
- Frenk, J. 2006a. Bridging the divide: Global lessons from evidence-based health policy in Mexico, *Lancet* 368:954–961, 2006.
- Frenk, J. et al., 2006b. Health System Reform in Mexico 1: Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico, *Lancet* 368:1524–1534.
- Frenk J, Gómez-Dantés, O, Knaul, F., 2009. The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization* 87:542-548. doi: 10.2471/BLT.08.053199
- FONASA, 2007. Protección Social en Salud en Chile. Santiago: FONASA.
- Gakidou, E., et al., 2006. Health System Reform in Mexico 5: Assessing the effect of the 2001–06 Mexican health reform: An interim report card, *Lancet* 368:1920–1935.
- González A., Munar, W., 2003. *The Political Economy of Social Sector Reform*. Washington D.C.: Interamerican Development Fund,
- González-Pier, E. et al., 2006. Health System Reform in Mexico 2: Priority setting for health interventions in Mexico’s System of Social Protection in Health. *Lancet Online*, October 25, DOI:10.1016/S0140-6736(06)69567-6.
- Gottret, P., Schieber, G., 2006. *Health Financing Revisited*, Washington D.C.: World Bank.
- Greenberg, S., 2009. How citation distortions create unfounded authority: analysis of a citation network, *BMJ* doi:10.1136/bmj.b2680
- Hellowell, M., Pollock, A.M., 2009. The private financing of hospitals: politics, policy and practice, *Economic Affairs*, 29:1, 13-19.
- Holmes D., Murray S.J., Perron, A., Rail, G., 2006. Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences, *Int J Evid Based Health* 4, 180–186.
- Holzmann, R., Jorgensen, S., 1999. Social Protection as Social Risk Management. Conceptual Underpinnings for the Social Protection Sector Strategy. SP Working Paper 9904. Washington D.C: World Bank.
- Holzmann, R., Sherburne-Benz, L., Tesliuc, E., 2003. Social Risk Management: The World Bank’s Approach to Social Protection in a Globalizing World. Washington, D.C.: World Bank.
- Kelly M., Bonnefoy, J., Morgan, A., Butt, J., Bergman, V., 2007 *The social determinants of health: Developing an evidence base for political action*, Measurement and Evidence Knowledge Network, WHO Commission on Social Determinants of Health.
- King, G. et al., 2009. “Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican

universal health insurance programme.” *Lancet* on-line, April 8, DOI:10.1016/S0140-6736(09)60239-7.

Laurell, A.C., 2001. Health reform in Mexico: The promotion of inequality. *Int J Health Serv.* 31:2, 291-321.

Laurell, A.C., 2007. Health system reform in Mexico. A critical review. *Int J Health Serv.* 37:3, 515-35.

Laurell A.C., Herrera, J. R., 2009. Proyecto de Prestación de Servicios. Una nueva forma de privatización. México DF: ALAMES. (En prensa)
Liebe M., Pollock A.M., 2009. *The experience of the private finance initiative in the UK's National Health Service.*
www.health.ed.ac.uk/CIPHP/publications;

Londoño JL, Frenk J. 1997. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 41:1-36

Lozano, R., et al., 2006. Health System Reform in Mexico 3: Benchmarking of performance of Mexican states with effective coverage. *Lancet* 368:1729-1741.

Ministerio de Salud, 2008. *Avance 2007*, Ministerio de Salud, Santiago

Musgrove, P., 2003. Judging health systems: reflections on WHO's methods, *Lancet* 361: 1817-20

Navarro, V., 2000. Assessment of the World Health Report 2000. *Lancet* 356:1598-1601.

Offe C., 2007. Some contradictions of the modern welfare state. En Pierson, C. y Castles, F.G. *The Welfare State Reader*, Cambridge: Polity Press, pp. 66-75.

Ozslak, O., 1999. De menor a mejor. Los desafíos de la segunda reforma del Estado, *Nueva Sociedad*, 160, 81-100.

PNHP, 2003. Proposal of the Physicians' Working Group for Single-Payer National Health Insurance. *JAMA* 290(6):798-805.

Stationary Office, 2000. *Private Public Partnerships. The government's approach.* London: The Stationery Office.

Scott, J., 2006. *Seguro Popular Incidence Analysis.* En *Decentralized Service Delivery for the Poor.* 147. Vol.II, Washington D.C.: World Bank.

Torres, M., 2008. “Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado” *Saude em Debate*, 32:(78/79/80): 207-19.

Unger, J-P., De Paepe, P., Ghilbert, P., Soors, W., Green, A., 2006. Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries. *International Journal of Integrated Care* 6: 18 – <http://www.ijic.org/>

World Bank, 2008. *Suministro de Seguros de Salud Subsidiados para los Pobres.* Reaching the Poor Policy Briefs.
www.worldbank.org/wbi/healthandaids



Medicina Social

Salud Para Todos