

## **Políticas de salud en pugna: aseguramiento frente a sistemas universales públicos**

Asa Ebba Cristina Laurell<sup>1</sup>

Este ensayo hace un análisis del contenido y los resultados de las reformas de salud en marcha en América Latina: la de la Cobertura Universal de Salud con seguros de salud y la de los Sistemas Universales y Públicos de Salud. Su objetivo es comparar y contrastar el marco conceptual y la práctica de cada una y verificar sus resultados concretos respecto a la garantía del derecho a la salud y el acceso a los servicios requeridos. Identifica una relación directa entre el modelo de desarrollo y el tipo de reforma. La neoclásica-neoliberal ha tenido éxito en convertir la salud en un ámbito de ganancias privadas pero ha fracasado en garantizar el derecho a la salud y el acceso a los servicios, lo que ha deslegitimado a los gobiernos. La reforma de los gobiernos progresistas ha tenido éxito en ampliar el acceso a los servicios y garantizar el derecho a la salud pero enfrenta dificultades y tensiones relacionadas con la permanencia de un poderoso complejo médico industrial-asegurador privado y la persistencia de la ideología medicalizada sobre la 'buena medicina'. En función de estos hallazgos se proponen algunas estrategias para fortalecer los sistemas únicos, públicos y solidarios de salud. Descriptores: Enfermería; Masaje; Diabetes Mellitus Tipo 2; Extremidad Inferior.

Descriptores: Política de Salud; Seguro de Salud; Sistema Único de Salud.

<sup>1</sup> PhD, Investigador.

## Introducción

El derecho a la salud se ha convertido en un tema de debate y lucha político-ideológico. Ocurre así porque actualmente hay dos concepciones distintas sobre qué entender por derecho universal a la salud. Está, por un lado, la concepción de la Cobertura Universal de Salud (CUS) basada en el aseguramiento que cubre un paquete restringido de servicios. Por el otro, está la concepción de alcanzarlo a través de un sistema único, público y gratuito de salud para garantizar igual acceso a todos ante la misma necesidad conocido como el Sistema Único de Salud SUS.

La CUS tiene pretensiones hegemónicas a nivel internacional y es apoyado por instituciones supranacionales, como el Banco Mundial e incluso la OMS, organizaciones filantrópicas como la Fundación Rockefeller y en espacios de la nueva oligarquía transnacional como el Foro Económico Mundial. Esta concepción mercantilizadora y enfocado en el individuo es influenciada por el discurso neoliberal y representa una especie de "pensamiento único" en el ámbito de la salud.

La otra concepción es promovida por los gobiernos progresistas y fuerzas y partidos de izquierda. En rigor, este planteamiento es el único que cumple con la definición del derecho universal a la salud que significa reconocer el valor intrínseco e igual de todo ser humano y garantizar el acceso a los servicios de salud requeridos sin distinción alguna. En cuanto a práctica, se orienta por las necesidades de salud y es parte de la construcción de la ciudadanía social. Expresa una visión del mundo donde el bienestar colectivo, la dignidad y la vida humana son valores básicos.

### La complejidad del ámbito de la salud

Para entender las tensiones en las políticas de salud es conveniente reconocer la complejidad de este ámbito. Hay que examinar sus diversas dimensiones para esclarecer como surgen las tensiones y contradicciones para crear maneras de solucionarlas.

En primer lugar, hay que asumir que la salud es un objeto científico-técnico de contenido complejo y especializado donde domina la visión médico-científico-profesional por encima de la visión comprensiva y social. La medicina se presenta en este sentido como un tema de expertos. Existe además una ideología extendida en la sociedad respecto a qué es la 'buena medicina'. Se entiende como aquella que tiene alta densidad tecnológica, usa medicamentos de última generación y provee buena hotelería. No es sólo la visión de los médicos y otros profesionales de la salud sino que tiende

a ser compartida por el público y los políticos.

En consecuencia, ambos esperan resultados palpables y relativamente rápidos a través de una atención calificada y técnicamente suficiente a los enfermos conforme este modelo; modelo que además conduce a que se conciba la salud como un ámbito de consumo antes que un ámbito de derechos y de ciudadanía(1).

En cualquier país, el sector salud se ubica entre las actividades económicas más significativas y representa entre el 5 y 18% del PIB. Aunque una parte considerable de este gasto es en recursos humanos, las instituciones públicas de salud manejan adicionalmente presupuestos cuantiosos en compra de medicamentos, otros insumos, equipo, mantenimiento y obras. Este hecho las expone a prácticas corruptas, tráfico de influencias y desvío de recursos.

El peso económico convierte la actividad médica un ámbito importante de generación de ganancias y acumulación de capital. En la última década, los planes o seguros de salud han incrementado su importancia dentro del complejo médico-industrial, consolidando el capital financiero en el sector como en el resto de la economía. De esta manera, están presentes importantes intereses económicos con poder político y capacidad de cabildeo dentro del sector.

Por último, a diferencia de la educación que tiene una presencia permanente en la vida de población, la salud tiende a ser una preocupación temporal que se relaciona particularmente con la aparición de una enfermedad o amenaza a la vida.

De esta complejidad surgen las contradicciones, tensiones y tentaciones en las políticas de salud con signos opuestos en las políticas progresistas de los estados sociales democráticos de derecho y en las de los estados de signo neoliberal.

### La política de salud neoliberal y los seguros de salud

Para entender las tensiones en las políticas de salud es conveniente reconocer la complejidad de este ámbito. Hay que examinar sus diversas dimensiones para esclarecer como surgen las tensiones y contradicciones para crear maneras de solucionarlas.

En primer lugar, hay que asumir que la salud es un objeto científico-técnico de contenido complejo y especializado donde domina la visión médico-científico-profesional por encima de la visión comprensiva y social. La medicina se presenta en este sentido como un tema de expertos. Existe además una ideología extendida en la sociedad respecto a qué es la 'buena medicina'. Se entiende como aquella que tiene alta densidad

tecnológica, usa medicamentos de última generación y provee buena hotelería. No es sólo la visión de los médicos y otros profesionales de la salud sino que tiende a ser compartida por el público y los políticos.

En consecuencia, ambos esperan resultados palpables y relativamente rápidos a través de una atención calificada y técnicamente suficiente a los enfermos conforme este modelo; modelo que además conduce a que se conciba la salud como un ámbito de consumo antes que un ámbito de derechos y de ciudadanía<sup>(1)</sup>.

En cualquier país, el sector salud se ubica entre las actividades económicas más significativas y representa entre el 5 y 18% del PIB. Aunque una parte considerable de este gasto es en recursos humanos, las instituciones públicas de salud manejan adicionalmente presupuestos cuantiosos en compra de medicamentos, otros insumos, equipo, mantenimiento y obras. Este hecho las expone a prácticas corruptas, tráfico de influencias y desvío de recursos.

El peso económico convierte la actividad médica un ámbito importante de generación de ganancias y acumulación de capital. En la última década, los planes o seguros de salud han incrementado su importancia dentro del complejo médico-industrial, consolidando el capital financiero en el sector como en el resto de la economía. De esta manera, están presentes importantes intereses económicos con poder político y capacidad de cabildeo dentro del sector.

Por último, a diferencia de la educación que tiene una presencia permanente en la vida de población, la salud tiende a ser una preocupación temporal que se relaciona particularmente con la aparición de una enfermedad o amenaza a la vida.

De esta complejidad surgen las contradicciones, tensiones y tentaciones en las políticas de salud con signos opuestos en las políticas progresistas de los estados sociales democráticos de derecho y en las de los estados de signo neoliberal.

## La política de salud neoliberal y los seguros de salud

América Latina destaca por ser un campo de experimentación de la política neoliberal de salud en sus dos etapas: la de mercantilización-subsidiariedad y la de la CUS. En 1993 se lanzó de manera internacional el plan de acción neoliberal en salud "Invertir en Salud"<sup>(2)</sup> pero anteriormente, Chile había hecho su reforma en 1981/82 y en Colombia, se aprueba la Ley 100 con esta orientación también en 1993. Sin embargo, casi ningún país latinoamericano se ha salvado de este

tipo de reforma durante las últimas dos décadas con el invariable debilitamiento de sus sistemas públicos de salud.

La reforma neoliberal desafía, en el fondo, la idea del derecho a la salud como un derecho social y humano y emprende el camino hacia su mercantilización. Esta política se fundamenta en la economía neoclásica con su premisa de que el mercado es el mejor distribuidor de los recursos y que la competencia mejora la calidad y abate los costos<sup>(3)</sup>; premisa nunca comprobada en salud. Redefine, por un lado, las responsabilidades del Estado, del mercado y de la familia/individuo en salud y, por el otro, resignifica las palabras 'bienes privados' y 'bienes público'<sup>(4)</sup>, lo que ha creado confusiones epistemológicas graves.

La nueva repartición de responsabilidades pone en el centro a los privados, sean éstos empresas con fines de lucro o la familia/individuo, mientras que el papel del Estado es subsidiario y sólo atiende los comprobadamente pobres en programas focalizados con paquetes de salud costo-efectivos y restringidos, y produce los 'bienes públicos'<sup>(5)</sup>.

En su nueva definición, los 'bienes privados' son todos aquellos que son consumidos por los individuos; categoría que incluye a la atención médica a la persona. En esta tesitura el modelo CUS se centra en los individuos. Esto significa que las acciones de salud pública o aquellas dirigidas a la colectividad pertenecen a otra categoría.

Los 'bienes públicos', que deben estar a cargo del gobierno, se definen como aquellos que se caracterizan por la 'no exclusión' (no se puede excluir a nadie de su consumo) y la 'no rivalidad' (su consumo por alguien impide el consumo de otro). Aunque no se adapten estrictamente a los criterios anteriores, se ubica en este grupo a los bienes con 'grandes externalidades'. Son los dirigidos al individuo pero además protegen a la colectividad, es decir, esencialmente acciones de salud pública como por ejemplo la vigilancia epidemiológica o las vacunas. Otro elemento básico en la reforma neoliberal es la descentralización de los servicios que en la práctica equivale a la descentralización de la responsabilidad política del Estado central a instancias político-administrativas de menor jerarquía<sup>(6)</sup>.

La política neoliberal de salud inicial enfrentó complicaciones ideológicas, protestas políticas y exclusiones económicas al igual que el resto de la política social y económica. Esto obligó a los gobiernos neoliberales a impulsar una segunda reforma o modernización del Estado<sup>(7)</sup> dentro del cual se ubica la propuesta de la CUS<sup>(8)</sup>. Se distingue de la primera reforma de salud en que destaca la estricta separación

de funciones entre: la regulación a cargo del Estado; la administración de fondos/compra de servicios, pública o privada; la prestación privada o pública de estos; y la libre elección del asegurado de administrador de fondos y prestador de servicios. Es una variante de la competencia gerenciada pero se conoce en América Latina como el pluralismo estructurado<sup>(9)</sup>. Esta separación es necesaria para dinamizar las fuerzas del mercado y la competencia. Se plantea idealmente canalizar los recursos financieros a la demanda, o sea a los usuarios, y eliminar el financiamiento a la oferta, o sea el presupuesto de las instituciones públicas prestadoras de servicios.

La segunda innovación es precisamente el aseguramiento 'universal' que permite al Estado garantizar el mercado a través de seguros públicos, administrados por agentes privados o públicos, que equivale a un subsidio estatal al sector privado como administrador o prestador de servicios<sup>(10)</sup>. La lógica de este modelo es el mismo que un seguro privado, lo que lleva a definir paquetes de servicios explícitos de cada tipo de seguro. Otra forma de imponer la competencia y mercantilización es la Nueva Gerencia Pública (NGP) con pago al prestador público o privado sobre la base de los servicios efectivamente prestados; lo cual impulsa la tercerización, subcontratación de servicios y la precarización del empleo en el sector<sup>(11)</sup>.

Los casos más conocidos de la CUS vía el seguro de salud en América Latina son Chile, Colombia y México. Colombia y Chile los instrumentaron con una reforma integral de la seguridad social dentro de la cual el seguro de salud es obligatorio, mientras que en México se añadió un seguro de salud voluntario con subsidio público a los seguros públicos de seguridad social, también reformados para introducir la separación de funciones. En los tres casos se promueve y legisla la existencia de administradores de fondos/compradores de servicios y prestadores privados así como la libertad de elección de los asegurados.

En Chile la reforma dio origen a dos sistemas paralelos<sup>(12)</sup>: el privado de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) con proveedores privados y el público del Fondo Nacional de Salud (FONASA) con prestadores públicos. Se mantuvo así la segmentación del sistema de salud y se incrementó la fragmentación de su componente privado. Los paquetes de salud en el sector privado dependen del monto cotizado y hay exclusión de personas de alto riesgo (viejos o enfermos); problemas que se han acotado posteriormente con el establecimiento de las Garantías Explícitas de Salud (GES). El FONASA por su parte presta, en principio, todos los servicios requeridos. Este hecho llevó a los afiliados de los ISAPRE a buscar los servicios excluidos

de su seguro en el sector público lo que se traducía en un subsidio cruzado regresivo; situación que también ha sido regulada posteriormente<sup>(13)</sup>.

La reforma colombiana tiene otro arreglo institucional<sup>(14)</sup>. Simplificando, el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) recibe las cotizaciones al seguro y supuestamente un subsidio estatal para los no-cotizantes. Estos recursos financieros son transferidos a las administradoras –las Empresas Promotoras de Salud (EPS) — hoy principalmente privadas, en función del número de sus asegurados. Las EPS administran los recursos y pagan a los prestadores públicos y privados. Existen dos tipos de cobertura o paquetes de servicios, uno para los cotizantes y otro para los asegurados subsidiados. Este arreglo ha llevado a la segmentación y fragmentación del sistema de salud y el sector público se ha debilitado. Incluso, se han vendido hospitales públicos y la situación laboral es crecientemente precaria. La implantación de este modelo ha causado innumerables problemas<sup>(15)</sup> en el acceso a los servicios; con una burocracia, a veces infranqueable, con los paquetes de servicio diferenciados, causando una avalancha de tutelas o amparos ante el poder judicial, entre otros.

Colombia fue presentada como el caso de éxito a seguir durante casi dos décadas. Con la declaración de la emergencia social en salud a fines de 2009 <sup>(16)</sup> se puso de manifiesto el fracaso de esta reforma y la quiebra económica del sistema. Se evidenciaron además corruptelas diversas e incumplimiento de pagos, particularmente a los hospitales públicos. Su único éxito había sido la generación de altas ganancias para las EPS privadas.

Ante el estrepitoso fracaso del modelo colombiano, la reforma mexicana<sup>(17)</sup>, particularmente el Seguro Popular (SP), se presenta hoy como el caso de éxito de la CUS. Existen tres formas de aseguramiento en México: el del seguro social para trabajadores formales, el SP para la población sin seguro laboral y el privado, sin mayor importancia cuantitativa. El financiamiento es tripartito con un subsidio fiscal importante para el primero y principalmente fiscal para el SP, aunque se postula el pago de una prima de los asegurados. Los paquetes de servicios son diferentes y el SP no ampara más del 20% de los servicios del seguro social y excluye la mayor parte de los padecimientos de alto costo cuyo tratamiento se lo paga el paciente. Ambos subsistemas tienen sus prestadores públicos con infraestructura propia y personal asalariado pero pueden contratar con el sector privado. Legalmente hay separación de funciones entre administración de fondos/ compra de servicios y prestación de los mismos pero no existen administradores privados a pesar de que se ha intentado promoverlos desde 1995.

El proceso de reforma ha debilitado al seguro social, la parte más sólida del sistema público de salud pero es notable su resistencia a los embates mercantilizadores. Está en la agenda gubernamental la creación de un "Sistema Nacional de Salud Universal" (SNSU) a través de los mecanismos de: portabilidad de los seguro entre instituciones públicas y privadas con un paquete de servicios único; protocolos de tratamiento únicos y costeados de servicios y; desarrollo del mercado de salud<sup>(18)</sup>. Como se aprecia, este planteamiento no aspira a establecer un servicio único y público de salud con acceso universal y garantía del derecho a la salud. Si se materializara, el gran perdedor sería la población con seguro social al reducirse de manera importante sus beneficios de salud y los potenciales ganadores serían las aseguradoras privadas dada la necesidad de contratar un seguro que cubre los padecimientos y tratamientos no incluidos en el paquete básico. Sin embargo, el SNSU no ha avanzado hasta ahora por falta de recursos fiscales y desacuerdos sobre su diseño financiero e institucional.

Resumiendo las fallas principales de la CUS, se constata que no ha logrado la cobertura universal de un seguro; destaca México con un 25% de la población sin seguro. Los asegurados no acceden a los servicios requeridos a causa de las restricciones de los paquetes de servicios amparados por su seguro. Es patente la confusión, en la literatura y en la población, entre la cobertura con un seguro y la cobertura médica o de servicios, lo que ha llevado a la creencia de que tener un seguro da acceso a los servicios<sup>1</sup>. El debilitamiento de los servicios públicos o su franca destrucción es otra característica común que se explica por la omisión de invertir en infraestructura y recursos humanos con la suposición de que el mercado y los privados resolverán el problema. Esto ha ocurrido a pesar de los incrementos en los presupuestos públicos de salud porque han sido absorbidos por las empresas privadas o la corrupción causando crisis presupuestales que anticipan una nueva reducción de servicios.

Aunque las reformas tipo CUS han tenido éxito en su propósito de introducir un modelo neoclásico/neoliberal en el sector, han provocado un rechazo social extenso. Sus promotores han intentado contrarrestarlo apropiando el discurso sobre el derecho a la salud y la ciudadanía pero en el imaginario social pesan más los obstáculos al acceso a los servicios. Así, este modelo tiende a deslegitimar a los gobiernos. La tensión entre el discurso de universalidad y la realidad de las restricciones de los servicios los ha llevado a incrementar la cobertura médica pero no ha sido suficiente. Adicionalmente, los

elementos de la 'buena medicina' son sistemáticamente violados en interés de la ganancia. Por ello sigue viva la lucha social por la garantía del derecho a la salud<sup>(19)</sup>.

Pero este modelo también ha construido y fortalecido los actores privados en salud que ahora tienen suficiente poder económico y político para oponerse exitosamente a los cambios que juzgan contrarios a sus intereses. Así, los gobiernos están atrapados entre el descontento social y la resistencia al cambio de sus aliados naturales – los empresarios de salud nacional e internacional. Esta contradicción clásica del Estado capitalista entre legitimidad y acumulación ha contribuido a llevar al gobierno a partidos o coaliciones que priorizan el bienestar social y suscriben los valores del Estado social, como por ejemplo, en Chile. En otros casos, el descontento social y la protesta general contra el neoliberalismo han suscitado movilizaciones populares que han instalado democráticamente nuevos gobiernos y cambiado sus constituciones en un proceso que ha llevado a Estados en transición.

### **Política sanitaria de los Estados sociales democráticos de derecho o progresistas**

La trayectoria histórica de los gobiernos progresistas ha sido diferente pero a *grosso modo* se pueden agrupar en dos conjuntos. Por un lado, están los países que derrotaron a las dictaduras para posteriormente elegir gobiernos populares como resultado del descontento con la política neoliberal (Argentina, Brasil, Uruguay, El Salvador, Honduras y Paraguay). Por el otro, tenemos aquellos donde las movilizaciones populares contra el modelo neoliberal llevaron al gobierno a sus líderes y a la aprobación de nuevas constituciones (Venezuela, Bolivia y Ecuador). Estos son Estados en transición en la acepción de García Linera<sup>(21)</sup>. Los gobiernos progresistas se caracterizan por priorizar el bienestar social y adoptar una política social integral y redistributiva que incluye el incremento del salario o ingreso, la creación de empleo y define a los beneficios y servicios sociales como la responsabilidad del Estado. Esta política implica la actuación sobre la determinación social de la salud-enfermedad.

En el terreno de la política de salud, la constitución brasileña de 1988, que plantea el derecho a la salud como obligación del estado y lo garantiza con el establecimiento del sistema único, público y gratuito (SUS), ha sido el paradigma de las nuevas constituciones y de las luchas de izquierda. De esta manera, las nuevas constituciones de Venezuela, Bolivia y Ecuador recogen este modelo y añaden además los conceptos de interculturalidad y el "Buen Vivir" pero no se ha expedido la legislación reglamentaria. Los otros gobiernos progresistas no han

<sup>1</sup> El más célebre es el impugnado Informe de la OMS de 2000 que lanzó un método de medir el desempeño en el cual el porcentaje de asegurados se le dio un peso muy importante<sup>(20)</sup>

hecho cambios constitucionales pero han establecido programas o leyes que apuntan en la misma dirección. Están, por ejemplo, la gratuidad de los servicios en El Salvador y en Paraguay, la ley de salud mental y el programa REMEDIAR en Argentina, entre otros.

Independientemente de su encuadre legal específico, los gobiernos progresistas tienen en común haber incrementado sustancialmente el acceso a los servicios de salud que es distinto a la simple cobertura de un seguro. Por ejemplo, la cobertura pasó de 30 a 190 millones de personas con el SUS brasileño y un 98% de la población pudo acceder a los servicios al buscarlos<sup>(22)</sup>; en Venezuela el programa Barrio Adentro amplió el acceso a 17 millones de personas (57% de la población) que carecían de él<sup>(23)</sup>; en Ecuador se incrementó sustancialmente el acceso con la gratuidad de servicios y medicamentos<sup>(24)</sup> y en Uruguay la nueva política ha favorecido a la población rural anteriormente carente de servicios<sup>(25)</sup>.

Estos logros se deben, por un lado, a un cambio en el modelo de atención hacia distintas formas de Atención Primaria de Salud Renovada o medicina familiar territorializadas con un énfasis especial en educación y promoción de la salud sin menoscabo a la atención preventiva, curativa y de rehabilitación. Por otro lado, han emprendido un esfuerzo sostenido de construcción de infraestructura y formación de personal para garantizar la atención, a diferencia de los sistemas neoliberales que lo han dejado al mercado. Aunque también ha sido una característica de la política de salud basada en la CUS, los gobiernos progresistas han incrementado el presupuesto de salud<sup>(26)</sup>. La diferencia entre ambos es que los gobiernos progresistas han fortalecido el presupuesto del sector público mientras que en los neoliberales el aumento ha sido aprovechado por el sector privado.

Otro elemento importante en la política de salud es la participación popular y social, sea legalmente establecida como en Brasil o Venezuela o parte del proceso político como en Bolivia y Ecuador. La participación ha sido básica en el diseño y la puesta en práctica de la nueva política pero ha tenido altibajos como toda movilización social y política.

### **Las tensiones de la política de salud progresista**

Esta política de salud ha producido varios efectos en la sociedad y en la política. Por un lado, los logros en salud de los gobiernos progresistas les han ganado el reconocimiento social del pueblo. Por el otro, han despertado mayores expectativas y exigencias que tensionan las instituciones públicas y abren campo para la inconformidad y la lucha política. Antes de

analizar estas tensiones es necesario hacer algunas consideraciones.

Primero, es de subrayar que una nueva política se forja a través y contra las instituciones existentes, cada una con su propio proceso histórico. Esto significa que es preciso tener un diagnóstico preciso de lo que García Linera<sup>(21)</sup> denomina la materialidad institucional, o sea las normas, reglas y trámites; las burocracias con jerarquías y hábitos y; los presupuestos. Todos los gobiernos progresistas se han enfrentado a problemas que se originan en esta materialidad pero los han resuelto de maneras diversas. Venezuela<sup>(23)</sup> la enfrentó creando un sistema paralelo de salud, Barrio Adentro (BA), que permitió avanzar con rapidez en la ampliación del acceso y transformación del modelo de atención. Sin embargo, con el tiempo se ha hecho urgente fusionar BA y el resto del sistema público. Los gobiernos progresistas, por ejemplo, de Chile actual y Argentina con sectores privados muy consolidados u Obras Sociales poderosas, han procedido fortaleciendo la regulación estatal y las instituciones públicas<sup>(27)</sup>. En el caso brasileño, la casi ausencia de un sistema público facilitó inicialmente la tarea pero dejó resquicios legales aprovechados por el sector privado para extenderse y fortalecerse<sup>(28)</sup>. Parece entonces crucial tener un plan estratégico que permita tomar decisiones que resuelvan problemas sin vulnerar el objetivo final de construir el sistema único, público y solidario de salud.

Otro tema decisivo es que, en los países con gobiernos progresistas, la concepción del derecho a la salud como obligación del Estado se ha convertido en un valor social ampliamente apreciado gracias a la acción de los propios gobiernos. Sin embargo, esto no ha llevado necesariamente a una comprensión integral y social de la salud. Eso es, prevalece frecuentemente la idea medicalizada de la 'buena medicina'. Este hecho es determinante para las posibles acciones que pueden proponerse los gobiernos. Si las autoridades de salud no han logrado posicionar la comprensión integral y social de la salud ante el público y el resto del gobierno, se corre el riesgo de tratar el problema como un asunto técnico y de recursos financieros sin analizar la mejor manera de abordar las necesidades de salud de la población. El problema no es trivial porque es a la vez técnico-financiero y conceptual.

Los sistemas de salud latinoamericanos, incluyendo a los de los países progresistas, adolecen con frecuencia de la competencia técnica necesaria y es urgente desarrollarla. También todos tienden a ser subfinanciados y requieren de más recursos presupuestales. Sin embargo, la concepción sobre la salud-enfermedad y su determinación social es clave para tomar decisiones sobre prioridades, para guiar el desarrollo técnico-

científico y calcular los recursos financieros requeridos. Nadie niega que es necesario prestar servicios de calidad y técnicamente satisfactorios. Es en este contexto donde deben ubicarse los argumentos a favor del sistema único y público de salud, que es el arreglo institucional más idóneo y barato para responder a las necesidades de salud pero también para combatir la mercantilización y deshumanización de la salud<sup>(29)</sup>.

En la puja presupuestal con otras áreas sociales parece insuficiente considerar a la salud sólo como un derecho social más. Puede ser provechoso retomar la idea de las libertades positivas, que son las que permiten la participación plena en una sociedad democrática. Una, es la salud como necesidad humana básica<sup>(30)</sup> cuya satisfacción es indispensable para esta participación. Refuerza, además, la idea de que la salud no es un objeto de consumo<sup>(1)</sup> sino un medio para desarrollar capacidades y potencialidades y la autonomía individuales y colectivas.

La incompreensión de estas tensiones o decisiones erróneas cortoplacistas pueden llevar a que las acciones de salud se convierten en un ingrediente en un proceso de deslegitimación o cuestionamiento del gobierno aunque inicialmente hayan contribuido a legitimarlo. En ello desempeña un papel importante el hecho de que la salud es un terreno importante de acumulación de capital también en las sociedades posneoliberales. De esta manera, los integrantes del complejo médico-industrial-asegurador ejercen toda su influencia para hacer valer sus intereses como vendedores de medicamentos, insumos, equipo y seguros médicos. Son los primeros en afirmar que las instituciones públicas ofrecen una "medicina pobre para los pobres". La mejor estrategia para contrarrestar este argumento es fortalecer e incrementar la capacidad institucional ofreciendo servicios públicos técnicamente competentes y humanamente satisfactorios, que desplazan a los servicios privados.

Esto no es suficiente si no se devela el contenido ideológico de la 'buena medicina' y su articulación con la acumulación. Los elementos para hacerlo son muchos ya que hay una literatura amplia sobre los abusos y daños provocados por el afán de ganancia del complejo médico-industrial. En este contexto, también es clave fortalecer la regulación estatal, la evaluación tecnológica y la producción estatal de medicamentos y otros insumos.

Otra cuestión clave es afrontar los seguros o planes privados de salud que persisten, e incluso crecen, en los sistemas conceptualmente únicos y públicos de salud<sup>(24,31-32)</sup>. Es necesario hacerlo porque canalizan importantes montos de recursos públicos a los privados por distintas vías que debilitan el sistema público<sup>(26)</sup>. Un obstáculo paradójico es que generalmente son

prestaciones laborales negociadas por los grandes sindicatos o sea la base clasista natural de los sistemas públicos, solidarios e igualitarios<sup>(32)</sup>. Surge además la tentación gubernamental de estimular los seguros privados con el argumento de que descomprimen la demanda en el sistema público que equivale a naturalizar la desigualdad en el acceso a los servicios requeridos, máxime cuando se abre la puerta a las grandes corporaciones de salud internacionales. El antídoto más eficaz es la participación popular informada que promueve el cambio político-ideológico y cultural. Otra tentación es adherirse al modelo de aseguramiento 'universal' que, como se expuso arriba, significa el uso privado de recursos públicos en aras de una premisa ideológica no comprobada.

## Conclusión

Las reformas de salud en América Latina se están dando en dos vías opuestas: la CUS y el SUS. Se insertan en dos modelos de desarrollo distintos que se expresan en la conformación y papel del Estado y en la política económica y social. Los gobiernos neoliberales han adoptado el pensamiento económico neoclásico y consideran a la salud un ámbito más de la economía de libre mercado. La CUS, por medio de los seguros de salud, es su política de salud que ha fortalecido el complejo médico-industrial-asegurador y ha incrementado las ganancias pero a costa del acceso universal e igual a los servicios de salud y la legitimidad del gobierno.

Los gobiernos progresistas han incrementado el acceso y garantizado el derecho a la salud a través de sus sistemas únicos, públicos y solidarios de salud pero enfrentan varios desafíos relacionados con crecientes exigencias de la población y la persistencia de un agresivo sector privado.

## Referencias

1. Cohn A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21. En: Rodrigues N, Duarte P, organizadores. Gestão pública e relação público privado na saúde. Rio de Janeiro: CEBES; 2010. p. 244-51.
2. Banco Mundial. Invertir en Salud. Washington D. C.: Banco Mundial; 1993.
3. FUNSALUD (MX). Economía y salud. México DF: Fundación Mexicana para la Salud; 1994.
4. Laurell AC. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. Sao Paulo: Cortez Ed; 1995.
5. Laurell AC, López O. Market commodities and poor relief: the World Bank proposal for health. Int J Health Serv. 1996;26(1):1-18.

6. Collins C, Green A. (1994) Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries. *Int J Health Serv.* 1994;24(2):459-75.
7. Ozslak O. De menor a mejor. Los desafíos de la segunda reforma del Estado. *Nueva Soc.* 1999;160:81-100.
8. Laurell AC, Herrera J. La segunda reforma de salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colectiva.* 2010;6(2):137-48.
9. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy.* 1997;41(1):1-36.
10. Laurell AC. The Mexican popular health insurance. *Int J Health Serv.* 2015;45(1):105-25.
11. Dahlgren G. Why public health services? *Int J Health Serv.* 2014;44(3):507-24.
12. Tetelboin C. La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana; 2003.
13. Missoni E, Solimano G. Towards universal health coverage: the Chilean experience. En *World Health Report 2010. Background paper 4.* Geneva: WHO; 2010.
14. Hernández M., Torres M. Colombia's new health reform: Helping keep the financial sector healthy. *Soc Med.* 2010;5(4):177-81.
15. Torres M. Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado. *Saude Debate.* 2008;32(78/79/80):207-19
16. Voces críticas desde la academia sobre la Emergencia Social en Salud. Cuadernos del Doctorado 13. Bogotá: Universidad Nacional; 2010.
17. Laurell AC. Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano [Internet]. Buenos Aires: CLACSO; 2013. [Acesso 18 jan 2014]; Disponible em: <http://asacristinalaurell.com.mx/>
18. Juan M. Sistema Nacional de Salud Universal. México DF: Secretaría de Salud; 2014.
19. Torres M. Lucha social contra la privatización de la salud. Bogotá: Ed Cinep; 2013.
20. World Health Organization. *World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance.* Geneva: WHO; 2000.
21. García Linera A. *Democracia, Estado y Nación.* La Paz: Asamblea Legislativa Plurinacional; 2013.
22. Ministerio de Saúde (BR). [Internet] 2012. [Acesso 15 fev 2014]; Disponible em: [http://www.brasil.gov.br/sobre/salud/atendimento/que-es-sus-1/br\\_model1?set\\_language=es](http://www.brasil.gov.br/sobre/salud/atendimento/que-es-sus-1/br_model1?set_language=es)
23. Armada F, Muntaner C, Haejoo C, Williams-Brennan L, Benach J. Barrio Adentro and reduction of health inequalities in Venezuela. *Int J Health Serv.* 2009;39(1):161-87.
24. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. *Sistemas de salud en Suramérica.* Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2012 p. 462
25. Borgia F, Gularte A, Gabrielzyk I, Azambuja M, Soto J, Corneo M, et al. al. De la invisibilidad de la situación de las policlínicas comunitarias-rurales en Uruguay, a la priorización de la salud rural como política pública. *Saúde Debate.* 2012;36(94):421-35.
26. Laurell AC. Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. *Saúde Debate.* 2014;38(103):873-87.
27. Stolkiner A, Cames Y, Garbus P. Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(6):2807-16.
28. Sostelo JAF, Portela LG, Bahía L. Saúde suplementar no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(5):851-66.
29. Laurell AC. *Sistemas universales de salud: Retos y desafíos.* Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2013.
30. Doyal L, Gough I. *A theory of human needs.* London: Palgrave Macmillan; 1991.
31. Melo L. *El Sistema Público Nacional de Salud.* Carácas: La Rosa Roja; 2014.
32. Ocké-Reis O. *SUS o desafio de ser único.* Río de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2012.

Recibido: 2.6.2014

Aceptado: 5.7.2015

---

Correspondencia:

Asa Ebba Cristina Laurell  
 Callejón Chilpa, 23, Casa 9  
 La Concepción  
 CP: 04000, Distrito Federal, México  
 E-mail: [asa@asacristinalaurell.com.mx](mailto:asa@asacristinalaurell.com.mx)

**Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.