

Sacando a las reformas progresistas de la sombra

Asa Cristina Laurell.^a Editora invitada del número

Una de las estrategias de los organismos financieros internacionales—Banco Mundial y FMI—para conformar una opinión favorable a sus propuestas de reforma, incluyendo las de los sistemas de salud, es realizar y financiar investigación y patrocinar publicaciones donde se comunican los resultados. Adicionalmente las investigaciones son con frecuencia subrogadas con grupos locales pero siguiendo un protocolo común. El gran volumen de estos estudios hace que se va creando una visión dominante o “*conventional wisdom*” sobre las reformas en salud. Esta tendencia se refuerza además por el hecho de que se clasifican a los estudios, según su medio de publicación e idioma, en literatura “científica” y literatura “gris”, siendo esta última la que no está en inglés y se publica en revistas locales o regionales. La desventaja de dar a conocer estudios con preguntas conductoras diferentes y enfoques alternos, particularmente de los

países del Sur, son evidentes ante esta situación.

Las premisas que subyacen en la investigación social orientan todo el proceso de generación de conocimiento que sigue. Es así porque las premisas son postulados no comprobables que se basan (conciente o inconcientemente) en valores del investigador. De allí la exigencia científica al investigador de explicitar su posición valorativa ante el problema investigado e intentar construir un proceso de investigación lo menos sesgado posible. La importancia de este proceder es que de aquella posición dependen en gran medida las preguntas que se formulan. Nadie en el mundo científico ignora que en la generación del conocimiento las preguntas formuladas determinan en gran medida las respuestas obtenidas.

El objetivo de este número de Medicina Social/Social Medicine es exponer algunas de las reformas progresistas realizadas en América Latina, o sea, aquellas que tienen el propósito de garantizar el derecho universal a la salud y no de mercantilizar y privatizar la salud por distintas vías, sean éstas directas o encubiertas. Las reformas nacionales analizadas son las de Brasil, Venezuela y Uruguay así como las reformas de salud en las ciudades de Bogotá y de México a contrapelo de sus respectivas reformas nacionales. Originalmente estaban incluidas las experiencias de Bolivia y Rosario, Argentina pero por las apremiantes responsabilidades de

^a 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: laurell19998@gmail.com

los autores invitados no fue posible incluirlas en este número de la revista.

Un antecedente básico de las actuales reformas progresistas en salud es el sistema de salud cubano que tiene una trayectoria impecable en garantizar el derecho a la salud para todos sus habitantes. La construcción concreta para convertir este derecho en realidad se inició en 1959 y se ha ido consolidando aun en las épocas más difíciles de la Revolución Cubana. El ocaso del “socialismo real” representó una dificultad seria también para el sistema de salud. Sin embargo fue revertida dando un impulso decisivo a la educación e investigación médicas y a la producción de insumos. Incluso este esfuerzo ha permitido a Cuba ubicarse en la frontera de la investigación biotecnológica. El impacto de esta política de salud de largo aliento se expresa en las condiciones de salud de Cuba que superan los de los EUA, particularmente en los niños.

El derecho universal a la salud garantizado por el Estado a través de un sistema público financiado con recursos fiscales fue el propósito de prácticamente todos los países del mundo durante las décadas que siguieron a la segunda guerra mundial. Satisfacer las necesidades de salud ocupó un lugar privilegiado para la mayoría de los gobiernos¹ por su significado trascendental para la vida misma de los seres humanos. Un resorte básico de la construcción del Estado de Bienestar de posguerra era la idea de la democracia o ciudadanía social con alcances mucho más profundos que la democracia representativa. En América Latina el debate durante décadas no era sobre la justicia del derecho a la salud sino cómo garantizarlo a todos.

¹ La excepción más connotada es el de los EUA que optó por la vía de los seguros médicos y la prestación privada de servicios.

El viraje del posicionamiento al respecto está directamente ligada a la imposición de las llamadas políticas de ajuste y cambio estructural, siendo el Chile pinochetista el pionero mundial en la reforma neoliberal privatizadora. A partir de los años ochenta empieza el ataque a la seguridad social y los sistemas públicos de salud en América Latina que lleva a un proceso de destrucción institucional a gran escala. Sobre el terreno devastado se introducen distintas “soluciones” que van desde esquemas públicos-privados paralelos según la capacidad económica de cada quien hasta paquetes de servicios mínimos para los comprobadamente pobres. Los fracasos sucesivos de estos esquemas están a la vista. De allí la necesidad de conocer las reformas progresistas en nuestro continente.

La Reforma Sanitaria brasileña descansa sobre un mandato constitucional, aprobado en 1988 y reglamentado en 1990, que reconoce el derecho a la salud para todos los brasileños y la obligación del Estado de garantizarlo. Tiene la gran virtud de asumir una concepción de derechos universales a contracorriente de la ola privatizadora en el continente en aquellos años. Esta reforma ha servido como el ejemplo para los movimientos por el derecho a la salud y para otros países. El artículo de Cohn da una visión de conjunto de la reforma durante sus casi veinte años de desarrollo. El enfoque del trabajo lo convierte en un punto de referencia para orientar la búsqueda de artículos sobre aspectos particulares de la reforma progresista más analizada de América Latina.

La transformación del sistema de salud de Venezuela se fundamenta en la nueva Constitución Bolivariana que reconoce a la salud como derecho ciudadano y obligación del estado. Los cambios a fondo tuvieron como impulso decisivo el programa Barrio Adentro y la decisión política de convertir la norma constitucional en una realidad para

todos los venezolanos. El artículo de Alvarado et col. muestra como la salud se convierte en una alta prioridad dentro del proceso político venezolano al ser una demanda popular muy sentida, particularmente en los barrios populares y las zonas rurales. La intensa participación de los comités populares y la conducta profesional y ética de los médicos cubanos internacionalistas abrieron brecha para hondos cambios estructurales en las instituciones de salud; mismas que no fueron capaces de renovarse desde adentro. La construcción del Sistema Público Nacional de Salud empieza de esta manera desde abajo y avanza hacia arriba con un modelo de atención primaria integral y con una inversión muy importante.

La tercera reforma reseñada es la que está en proceso en Uruguay a raíz de la victoria del Frente Amplio en 2005. El artículo de Borgia analiza las articulaciones entre el conjunto de las transformaciones sociales, económicas y políticas y la reforma sanitaria del país. Esta reforma se plantea en tres vertientes, complementarias entre sí y de desarrollo progresivo, en los modelos de atención, de gestión y de financiamiento. Desde 2005 está trabajando en la reforma un Consejo Consultivo de Salud para los Cambios, con amplia participación de distintos sectores del país y del gobierno, que está elaborando propuestas para la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (mixto público-privado), un Fondo Nacional de Salud (con financiamiento progresivo) y un Seguro Nacional de Salud (universal e integral). A fines de 2007 e inicio de 2008 se aprobaron las primeras leyes en este respecto. Este proceso democrático y participativo es otro ejemplo de los problemas que hay que solventar para garantizar el derecho a la salud ante un sistema de salud segmentado, inequitativo y con un peso importante de la empresa médica privada.

Las dos experiencias de reformas progresistas que se incluyen en este número son las de Bogotá, Colombia y el Distrito Federal, México. Comparten la característica de darse en el contexto de reformas nacionales de una orientación contraria, eso es, de mercantilización de la salud y separación de funciones entre regulación, financiamiento y prestación de los servicios; modelo elaborado por el colombiano Londoño y el mexicano Frenk, al inicio de los años noventa.

La política de salud del gobierno local de Bogotá, analizado por Vega y colaboradores, se refiere al periodo de 2004 a 2007 cuando la reforma nacional estaba firmemente implantada y sus serios problemas visibles. Esta situación restringía los márgenes de toma local de decisiones debido a la supremacía de la legislación nacional. Los cambios introducidos se encaminaron a instrumentar una estrategia de Atención Primaria en Salud Integral –APSI. Los resultados indican que a pesar de la lógica mercantil de la política nacional de salud es viable implementar a nivel local políticas y estrategias de salud orientadas a garantizar el derecho y la equidad en salud. Sin embargo, los autores concluyen que es necesario propiciar transformaciones de fondo de la política nacional de salud para que los cambios locales buscados sean efectivos y sostenibles.

El caso de la ciudad de México tiene una diferencia básica con el colombiano porque la reforma progresista en el Distrito Federal antecedió con dos años la reforma mercantilizadora federal, el Sistema de Protección Social en Salud. Esto permitió que la política local estuviera firmemente implantada cuando se lanzó la reforma federal. En el Distrito Federal el gobierno se propuso garantizar el derecho universal a la protección de la salud mediante una política de servicios de salud y medicamentos

gratuitos a toda la población sin seguridad social laboral. Esta política se legisló localmente; ley que además hace explícita la obligación del gobierno de garantizar este derecho a través de las instituciones públicas financiadas con recursos fiscales. Sin embargo la política local no pudo avanzar hacia un sistema único de salud debido a la segmentación del sistema de salud mexicano.

Después de casi dos décadas de reformas de inspiración neoliberal se está manifestando una nueva corriente de políticas progresistas de salud que tienen en su centro la garantía universal del derecho a la salud. Existe una relación directa de estas políticas con el signo ideológico-político de los gobiernos que los

promueven. Los resultados preliminares de estas nuevas reformas desmienten la imposibilidad del Estado de garantizar los derechos sociales básicos a su población. Sin embargo es necesario profundizar el debate en curso porque ante los evidentes fracasos de las anteriores reformas mercantilizadoras se están procesando adecuaciones a éstas para poder mantener su orientación última al mercado. El análisis más urgente por realizar es sobre los distintos seguros públicos y/o privados de salud en los diversos contextos nacionales. En este debate no hay que olvidar que en muchos casos el seguro es un mecanismo para fomentar los administradores y prestadores privados.



Medicina Social

Salud Para Todos