

La opinión pública no se ha alineado con la posición mantenida por las autoridades sanitarias. Además del alarmismo infundado (como luego se ha visto) por parte de éstas, ha existido una estrategia de comunicación deficiente acerca de las incertidumbres lógicas que desde el principio rodearon la pandemia. Los medios de comunicación, si bien han podido contribuir en algún caso a sembrar tal alarmismo, no son los principales responsables del mismo, ni tampoco de la falta de consenso de la población con las posturas oficiales.

La incertidumbre que rodeó al comportamiento del virus en los primeros momentos tras su aparición y las estimaciones realizadas de acuerdo a modelos pasados y a los primeros casos aparecidos, provocaron una alerta sobredimensionada, cuyas consecuencias negativas deberían ser convenientemente evaluadas. Tal vez no se valoraron convenientemente las importantes repercusiones que conlleva la asunción de escenarios alarmistas que luego no se cumplen. Deberían haberse establecido mecanismos ágiles de evaluación continua para corregir lo antes posible tales escenarios de acuerdo con la sucesión de los acontecimientos, pero, como en la gestión de la crisis en general, se ha detectado una escasa preocupación por la evaluación de la misma y del impacto de las medidas adoptadas. Es necesario realizar un esfuerzo en este sentido, dada la magnitud del despliegue realizado.



### **3. El mercado de la salud**

## **Neoliberalismo y salud. El engaño del Banco Mundial y el FMI**

Núria Homedes y Antonio Ugalde

La llegada de Ronald Reagan a la Casa Blanca un año después de la elección de Margaret Thatcher ha marcado un hito en el desarrollo de los sistemas de salud de muchos países. Durante la década de 1980 los dos mandatarios impulsaron las políticas neoliberales en las agencias y bancos multilaterales.

En el sector salud es interesante observar el cambio radical en las políticas promovidas por el Banco Mundial. Su primer documento sobre salud se adelanta a los principios establecidos en Alma Ata: participación comunitaria y control del estado. A partir de la era Reagan-Thatcher, el Banco promueve los principios neoliberales: (1) limita las funciones del Estado a regular y subven-

cionar los programas y servicios esenciales de salud para los indigentes, y (2) privatiza la prestación de los servicios de salud.

La recesión económica de 1980 y años siguientes afectó seriamente a países de bajos y medianos ingresos que habían acumulado una deuda externa. El BM y el FMI exigieron a los países como condición para recibir préstamos y renegociar la deuda la reducción de los gastos sociales (salud y educación).

Una forma de reducir los gastos de salud del gobierno central era transferir su implementación y financiamiento a las administraciones provinciales. Por ello, las agencias internacionales exigieron la descentralización de los servicios de salud, que también se considera un paso hacia la privatización. Los resultados de las reformas en Chile, Colombia y México nos permiten entender las razones por las cuales las agencias internacionales promovieron la descentralización y privatización.

## **Chile**

En 1952 Chile organizó un sistema nacional de salud financiado por el gobierno en el cual todos los ciudadanos recibían servicios gratuitos. La dictadura de Pinochet (1974-1989) terminó con el sistema de salud único descentralizando los servicios primarios a nivel municipal y los de especialidad y hospitalarios a nivel regional. Los municipios con menos recursos económicos quedaron con menos infraestructura y personal de salud, y al tener menos capacidad de diagnóstico y tratamiento tenían que referir más pacientes a servicios de especialidad. La inequidad producida por la descentralización fue tan obvia que años después se creó un fondo de compensación pagado por los municipios de mayores recursos que no ha llegado a ser suficiente para reducir las diferencias.

El gobierno de Pinochet también introdujo un sistema mixto de prestación de servicios al permitir que los trabajadores invirtieran sus cuotas obligatorias de salud en la compra de seguros privados. En la práctica sólo las clases altas y medias (una minoría en Chile) tuvieron suficientes recursos para contratar con agencias aseguradoras, muchas de ellas extranjeras, y el resto de los chilenos siguieron contribuyendo y siendo atendidos por el sector público. Las aseguradoras se han caracterizado por tener costos administrativos más altos que los públicos y por recibir subvenciones cruzadas. Por ejemplo, hasta que se prohibió, las aseguradoras cancelaban o no renovaban la póliza a los beneficiarios que desarrollaban enfermedades crónicas caras. Aparte de esto, las personas de más de 65 años no pueden optar por los seguros privados. Por ello, las aseguradoras servían y, a pesar de los controles que se han establecido en los últimos años, siguen sirviendo a una población más joven, más educada, mejor alimentada y con mejor vivienda; es decir una población con menos problemas de salud que sin embargo origina un gasto per capita muy superior al del sector público, casi el doble. Un signo del fracaso del modelo neoliberal es que el número de afiliados a los seguros privados no ha aumentado, al contrario en los últimos años ha disminuido.

Con el regreso del socialismo ha habido cambios pero insuficientes para cambiar el signo neoliberal de los servicios de salud. Esto se explica por las presiones que durante muchos años ha ejercido el pinochetismo, las transnacionales y las clases altas que se han enriquecido manteniendo una economía neoliberal.

## **Colombia**

En América Latina, Colombia ha sido el país que ha introducido una reforma sanitaria más de acuerdo al neoliberalismo que el BM ha ofrecido como modelo. Con la aprobación de la Ley 100 en 1993 Colombia desmontó los servicios de salud de la seguridad social y los reemplazó por un sistema de seguros obligatorios en el que proveedores públicos –ministerio de protección social, departamentos y municipios– y privados compiten por pacientes. El gobierno paga las pólizas de los indigentes que en teoría pueden escoger entre aseguradoras y proveedores públicos y privados. En la práctica, por distancias geográficas y por otros mecanismos de exclusión no siempre legales, existe una estratificación de servicios por clases sociales. Además, los pobres no siempre pueden usar los servicios necesarios por el costo del copago.

También descentralizó los servicios de salud de primer nivel a nivel municipal. En las pequeñas poblaciones y zonas rurales la capacidad de planeación y de gerencia en muchos de estos municipios es muy limitada o nula. Curiosamente, 30 años antes de la ley 100, en 1963 el ministerio de salud había centralizado todos los hospitales del país de propiedad municipal o privada que estaban financiados por el gobierno central –la casi total mayoría. El ministerio justificó la decisión por la incapacidad gerencial de sus dueños y porque la injerencia política de la iglesia católica y las élites locales impedía la implementación de las políticas nacionales de salud.

Como en el caso de Chile, la descentralización ha aumentado la inequidad. En las áreas rurales, en donde las aseguradoras por razones obvias no han tenido interés de entrar, los servicios los ofrecen ONGs, algunas de las cuales funcionan bien dado los pocos recursos técnicos y humanos que tienen, otras en cambio han resultado menos eficientes, y algunas desastrosas.

En Colombia se reconoce el fracaso de la reforma neoliberal y, con excepción de los que participaron en su implementación o tienen intereses creados, se habla de la necesidad de reformar la reforma. A pesar del incremento en el gasto en salud, entre 1994 y finales de los noventa casi se triplicó, la inequidad no disminuyó. Los que más se beneficiaron fueron las clases altas. Aunque el seguro es obligatorio en realidad hay una buena parte de la población que sigue sin tener acceso. Se ha calculado que a principios del nuevo siglo un 61% tenía una póliza de seguro, mientras que antes de la reforma un 75% tenía acceso a servicios de salud. El gobierno transfiere más recursos per capita a los departamentos (provincias) más pobres, pero estos no han sido suficientes para generar equidad de acceso y las regiones más pobres siguen siendo las más perjudicadas. No ha habi-

do un aumento en la eficiencia, los costos operacionales de los hospitales han experimentando una subida fuerte sin que haya aumentado la oferta ni el volumen de servicios, y muchos de los hospitales públicos se han cerrado, aún en áreas geográficas donde no había otra alternativa ni privada ni pública.

Hay poca información sobre la calidad, pero la poca que existe sugiere que ha habido un deterioro. Los trabajadores de salud están desmoralizados y estresados ya que los administradores para competir mejor con otros proveedores recortan sus gastos, reducen los salarios y exigen más sin garantizar que las condiciones de trabajo son las adecuadas. Los que pagan las consecuencias son los pacientes y los trabajadores sanitarios son conscientes de ello. Los servicios preventivos y de salud pública se han deteriorado significativamente. Tanto en Chile como en Colombia, las entidades encargadas de supervisar y regular los servicios de salud no han sido capaces de evitar los abusos que se han dado en los dos países y que en el caso de Colombia se han manifestado con miles de denuncias a la Defensoría del Pueblo.

## **México**

En 1983, México aceptando la exigencia del Banco Mundial para obtener préstamos y renegociar la deuda externa descentralizó los servicios de salud de la Secretaría de Salud (SSa). En su primer intento (1983-1988) solo 17 estados se adhirieron a la oferta de descentralización porque los otros 14 y el Distrito Federal correctamente pensaron que la SSa iba a transferir responsabilidades sin recursos. El gasto que ocasionó el proceso de descentralización fue enorme y los resultados decepcionantes.

La SSa no transfirió recursos y no descentralizó ninguna capacidad decisoria. Transfirió a los estados descentralizados el programa que el seguro social IMSS había organizado para las poblaciones rurales pobres y que muchos habían catalogado como muy exitoso. Según una evaluación que hizo el Banco Interamericano para el Desarrollo este programa se deterioró enormemente tras transferirlo a los estados.

En vista de los resultados, el nuevo gobierno (1988-1994) paralizó la descentralización. El gobierno siguiente (1994-2000) decidió liberalizar el sistema político para frenar la caída en picado que estaba sufriendo el PRI después de 70 años consecutivos en el poder, y consideró necesario volver a descentralizar la SSa transfiriendo recursos económicos, físicos, y personal a los estados. No se puede decir que la descentralización fue total pero se avanzó mucho.

Con el inicio del siglo, el partido de derechas PAN ganó las elecciones y su presidente Fox (2000-2006) nombró como ministro de salud al Dr. Frenk, quien había sido consultor del BM y había trabajado con el equipo que diseñó la reforma colombiana. Dada la imposibilidad política de privatizar a los poderosos seguros sociales mexicanos decidió buscar la privatización a través de la SSa. En 2004 organizó el Seguro Popular (SP), un seguro voluntario para las familias que

no eran beneficiarias de la seguridad social. El precio de la póliza está basado en una escala de acuerdo al ingreso y la SSa pagaba la póliza de los dos deciles más bajos. El total de personas que podían optar por el SP eran 50 millones y la SSa aseguró que para el 2010 todos los mexicanos estarían cubiertos por el SP o la seguridad social. En este momento, el número oficial de personas cubiertas por el SP es 25 millones, que corresponden a las familias que han sido afiliadas gratuitamente. Según otras fuentes, el número de afiliados es la mitad de esa cifra.

Aparte del enorme gasto administrativo, el SP ha conseguido muy poco. La diferencia de acceso a los servicios de la SSa entre los afiliados al SP y los que no lo están es mínima, la mayor diferencia es que los asegurados no pagan una cuota de recuperación pero eso mismo se podría haber conseguido sin el SP, mejorando los servicios que la SSa ya ofrecía. Lo que sí ha conseguido la SSa, como era su intento original, es empezar la privatización permitiendo que los servicios los ofrezcan además de la SSa proveedores privados o la seguridad social. Veinte estados han contratado ya con el sector privado para algunos servicios.

Irónicamente la descentralización es un impedimento para implementar el programa nacional del SP. Cada estado está interpretando el SP a su gusto y conveniencia. Ello multiplica los gastos, por ejemplo, se pierden las economías de escala en la compra de medicamentos y de otros insumos, es difícil asegurar que los gastos que hacen los estados correspondan a las prioridades establecidas por la SSa, es complicado verificar si los estados siguen las normas básicas en la inscripción de derechohabientes, etc. La SSa no tiene capacidad –ni legal ni logística– para controlar lo que está pasando en los estados y, como se ha indicado, no sabe cuantas personas están aseguradas ni los servicios que reciben. El SP ha fragmentado aún mas el sistema de salud mexicano dificultando la resolución de los problemas.

La reforma casi ha doblado el gasto per cápita, no ha disminuido la ineficiencia, no ha mejorado la productividad ni la calidad, y ha aumentado la inequidad entre los estados.

## **Conclusiones**

La experiencia de las tres reformas latinoamericanas que han seguido la orientación neoliberal indica que la descentralización es una política compleja, que puede fácilmente incrementar la inequidad, aumentar costos, y dificultar la implementación de políticas sanitarias nacionales. Hay programas sanitarios que por su naturaleza no deben descentralizarse aunque se descentralice su administración. En países de bajos y medianos ingresos, por tener recursos más limitados, es aún más importante ser cautelosos al decidir las funciones y programas que se podrían descentralizar.

La privatización de los servicios de salud que se ha llevado a cabo en Chile y Colombia y se empieza a implementar en México se ha promovido para beneficiar a empresas tanto nacionales como transnacionales sin tener en cuenta el

impacto en la salud de la población, en particular la de los pobres. El sector privado no ha demostrado ser menos corrupto, más eficiente ni ofrecer servicios clínicos de mayor calidad; sí ofrece servicios de hostelería de mayor comodidad para los ricos. La experiencia de los tres países sugiere que el costo de las reformas neoliberales es enorme y los resultados inaceptables.

Núria Homedes y Antonio Ugalde son miembros del *Health Science Center of Houston School of Public Health*.



#### 4. El mercado de la salud

## La muerte digna: un debate ciudadano en marcha

Fernando Soler y Luis Montes

La reciente condena en primera instancia al doctor Marcos Ariel Hourmann por un caso de eutanasia, vuelve a poner en primer plano de la actualidad el, cada vez más intenso, debate social sobre las conductas que podemos englobar dentro del concepto de *muertes voluntarias eutanásicas*. Un debate permanente que no logran acallar ni las campañas difamatorias e intimidatorias, como la que sufrimos en el Hospital Severo Ochoa a manos de la derecha más fundamentalista capitaneada por el patético Lamela, ni –lo que es más triste aún– el desmarque del gobierno del PSOE que a la primera de cambio y una vez ganadas las elecciones, tardó poco en olvidar sus promesas electorales de abrir públicamente ese debate. Porque, afirmar frívolamente como lo hizo la actual ministra de Sanidad nada más ser nombrada en el cargo, que “*no existe un clima social que demande este tipo de legislación*”, además de ignorancia culposa de lo que las encuestas de opinión revelan, es simple y llanamente, querer rehuir un debate para el que parecen no tener claras las ideas y sí miedo a enfrentarse con la jerarquía católica y a su permanente pretensión de erigirse en la referencia moral de una sociedad como la nuestra, constitucionalmente aconfesional. El PSOE sabrá a quién le interesa contentar: a un poder fáctico reaccionario que no va a ceder en su acoso y no va a dejar de llenarle de obispos las avenidas, por más que se pliegue a sus deseos, o a los miles de ciudadanos que nos sentimos burlados, nada más hacerles ganar las elecciones en un gesto de responsabilidad, cuando