

## **La economía y las Reformas de salud en América Latina\***

Dr. Sergio Horis Del Prete\*\*

\*\* Magíster en Administración de Servicios de Salud UCES. Subdirector de la Maestría en Economía de la Salud y Gestión de Organizaciones de Salud de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata. Docente en Economía de la Salud del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social de México

*Cuando el afán de lucro de los participantes del mercado se descontrola, desafía la ética de los pueblos y sacrifica el respeto por la justicia y los derechos humanos Informe sobre Desarrollo Humano.PNUD.1999*

El tema de las Reformas de las áreas sociales (salud, educación, seguridad social, etc.) ha sido parte integrante de la agenda de cambios de muchos países a nivel mundial. Particularmente desde hace dos décadas, América Latina se ha transformado en un laboratorio de experimentación de diferentes programas de acción, estrechamente monitoreadas por los tableros de control de los organismos internacionales que contribuyeron a su financiamiento. Hoy podemos afirmar que por diferentes razones, y especialmente por la propia opinión de los ciudadanos, los resultados no han sido los esperados en las hipótesis de trabajo.

En el presente capítulo se procura avanzar en el análisis del correlato entre la salud, la economía, el desarrollo social y el sentido de las reformas propuestas sobre el sistema organizado que responde a la demanda de atención médica. Partimos de la definición que Economía y salud pueden contribuir sinérgicamente a una sociedad competitiva y sana (Ortún, 1990). Es en este contexto donde una disciplina aplicada como la Economía de la Salud, que será tan consistente en sus contenidos según la teoría económica que la sustente, requiere una correcta observación y conocimiento de los escenarios en donde se aplica, procurando evitar simples traslaciones mecánicas de ideas y procedimientos. La observación de Karl Popper (1958) que “*toda ciencia es cosmológica, el problema es entender el mundo, a nosotros y a nuestro conocimiento acerca de él.*” podría ser modificada así para leer: “*toda ciencia es manejada por una ideología, con “ el problema de entender el mundo, a nosotros mismos y a nuestro reconocimiento como una parte de él.* En el caso que nos ocupa, tal problema se desarrolla a partir de considerar si la economía y su racionalidad son el centro del universo alrededor de quien orbitan todos los problemas y soluciones de este mundo, incluidas las personas. O bien si son las personas y sus sociedades quienes deben configurarse como el núcleo central de un universo cada vez más complejo socio-económico y político, en torno al cual giran las ciencias y sus ideas destinadas a mejorar el desarrollo del capital humano y social.

### ***El escenario de las reformas del sector salud en América Latina***

Veamos primero cuáles han sido los fundamentos ideológicos de todo el proceso de cambio experimentado en estas latitudes. Podemos coincidir que lentamente pero sin pausas, la puja entre el Estado y el mercado, un áspero debate de la segunda mitad del siglo XX, fue inclinándose hacia este último. No solo por la presión de los organismos de crédito internacional donde todo el poder está de un lado, en su doble rol de tenedores de los fondos para la recuperación económica y de “evangelizadores” del libremercado y sus bonanzas, sino por la necesidad imperiosa de encontrar una nueva alternativa para retomar la senda del crecimiento perdido de los años 80, en el contexto de la globalización financiera y las nuevas lógicas del comercio internacional<sup>1</sup>. Estados Unidos ha sido en este período una fuente de ideas trasladables al mundo entero. Su asociación con el pensamiento liberal inglés de los ochenta de una economía centrada en la oferta, el libre mercado, la competencia y la

+ Capítulo del Libro “Economía y reformas estructurales en América Latina”. CIESS. México Julio de 2001

desregulación fue como un huracán que arribó un poco tardíamente pero con bastante fuerza todavía a las tierras latinoamericanas. La ortodoxia económica que adoptaron los países de América Latina, procedente de un tardío enfoque liberal de sus líderes políticos, apareció así en el centro de la escena, arrasando las viejas estructuras a su paso, en un contexto donde la política social - entre ellas la salud- se obligaron a una casi absoluta sumisión ideológica. No existía mucho espacio para otras ideas que no fueran aquellas absolutamente funcionales a su estrategia, que acompañó la radiante irrupción de la lógica del mercado en todos los campos de la organización social. Eran tiempos de eficiencia económica, aun a costa de la profundización de la inequidad social.

Una sucesión de profundos cambios, vinculados a la transformación del Estado, a su nuevo rol en el proceso económico, más la privatización de empresas estatales, la desregulación y la definición de nuevas fronteras entre lo público y lo privado fueron característica central del período. A ellos se sumó la incorporación de procesos de reforma denominados de “segunda generación” en los campos de la política social, tanto en la educación como en la seguridad social, la salud y la propia gestión de los programas de lucha contra la pobreza. Ningún país, dadas las circunstancias económicas de arrastre de la crisis de los 80 estuvo exento del proceso transformador. Fue una autentica revolución, pero desde el neoliberalismo y absolutamente incruenta, al menos para sus actores. Sin embargo, como en todo proceso de cambio, no todos ganaron, sino que por el contrario los perdedores se cuentan de a millones de ciudadanos derecho-habientes.

Tres parecen ser las principales características de este período, además de la recuperación irregular del crecimiento económico en la mayoría de los países de la Región:

- La globalización de los flujos de capital, con una extrema movilidad del capital financiero internacional, más la espiral de crecimiento de la economía de los Estados Unidos contra el desigual proceso de expansión económica de los países denominados de “mercados emergentes”. Las economías regionales y su deuda externa quedaron esclavas de la estrategia de la Reserva Federal estadounidense y del carácter de desplazamiento “en manada” de los capitales internacionales orientados a los países donde la renta es máxima y el riesgo es mínimo. América Latina se vi particularmente afectada por la profundidad con que una sucesión de crisis y turbulencias originados en los bruscos desplazamientos de capital afectaron sus precarios equilibrios y obligaron a salvatajes de emergencia. Para Hausmann, *“hemos aprendido la dolorosa lección durante la última década que los flujos de capitales son muy volátiles...”* A esto hay que sumar las practicas comerciales regidas por la OMC, subordinada a los intereses de los países de economía capitalista avanzada poseedores de una posición inicial netamente industrialista que les provee ventajas competitivas en términos de investigación y desarrollo tecnológico de punta, regulación de patentes y dominio de los mercados.
- El impacto que sobre el mundo del trabajo trajo consigo un proceso centrado en la sustitución de la clásica mano de obra intensiva, la irregular difusión de tecnología entre países, la desaparición de puestos de producción y la informalización del trabajador en una economía abierta, con los efectos tributarios que ello tiene no solo para el salario del trabajador sino para la financiación de los sistemas históricamente vinculados a él, como la seguridad previsional y la salud. Según lo admitido por el Secretario General de la OIT, *“ la globalización destruye las industrias tradicionales y crea en consecuencia un aumento del número de desempleados superior al que los sectores industriales de tecnología avanzada son capaces de absorber”*... (Somaiva, 2000). La década de los 90 evidencia un repunte de actividades retribuidas con bajos salarios, con el consiguiente

deterioro de la distribución del ingreso. Las familias cuyos miembros carecen de capacitación laboral quedan así prisioneras de una “trampa” de equilibrio de bajos ingresos, génesis principal de la pobreza a largo plazo.

- La extensión de la pobreza y la pauperización a nuevos segmentos sociales. Tal vez lo más complejo de la política macroeconómica conservadora haya sido que, contrariamente a lo sostenido como resultado intermedio, el crecimiento *per se* no asegura la “filtración” hacia debajo de sus beneficios. La exclusión social para segmentos de población, antiguamente ubicados en los sectores medios de la sociedad ha sido la constante del período. Pobres y “nuevos pobres” han comenzado a coexistir aceleradamente en un escenario social donde les toca competir entre sí por acceder a bienes tutelares como salud y educación, y en el cual la ampliación de la brecha de ingreso es posiblemente el fenómeno más complejo de resolver pero también el más cristizador de la inmovilidad de los sectores sociales.

¿Cuales son los aspectos cuantitativos de estas realidades? Si la década de los ochenta quedó como la “década perdida” por causa de la recesión y las crisis hiperinflacionarias, la década del 90 en Latinoamérica se transformó en la “década de la oportunidad perdida” de sanear las economías y estabilizar el crecimiento económico por reinyección de capitales, proveyendo simultáneamente al desarrollo social. Después de pagar US\$ 166.000 millones a los acreedores extranjeros en concepto de amortización de deuda para el período 83/89, los países de la Región recibieron solo entre 1990 y 1994 casi el doble de flujo de capitales. Por ejemplo, solamente a México se incorporaron entonces recursos financieros por US\$ 100.000 millones, cuyos efectos iniciales permitieron atenuar las consecuencias negativas de la transformación económica<sup>2</sup>.

En cuanto al mercado de trabajo de la región, en su actual configuración dista de ser homogéneo, ya que posee una particular segmentación. Comprende un sector definido como moderno o central, en el que predominan las relaciones laborales de tipo capitalista abarcando a los trabajadores asalariados y los independientes estables, más un sector periférico constituido por trabajadores ocasionales y personal doméstico, donde la demanda laboral proviene de estructuras informales de baja productividad o directamente de los propios hogares particulares. La brecha de desempleo entre ambos es enorme, ya que mientras en el núcleo central es de 8% en la periferia alcanza el 30%. Esto permite estimar que más de la mitad de los desocupados se ubica fuera del núcleo capitalista del mercado laboral, con pocas oportunidades para competir dada su baja calificación en cuanto a los requerimientos de la demanda que este posee.

En 1999, casi 4.5 millones de trabajadores de América Latina se incorporaron a una extensa legión de desocupados. Según cifras de la OIT, la tasa media de desempleo aumentó de 7,2% en 1997 a 8,4% en 1998 y a 9,5% en 1999 (Tokman,1999). Hay aquí dos aspectos clave en la forma de organizar la producción y el trabajo a fin de siglo. Va surgiendo la tercerización del empleo y la contracción y relativización del sector manufacturero industrial tradicional, sustituido por el sector servicios, con empleos de baja productividad. Nueve de cada diez empleos nuevos pertenecen al sector servicios, con una amplia diversidad de componentes. De esta forma, el sector informal ha pasado del 51,8 al 57,7 de la P.E.A, y el sector formal ha caído del 48.2 al 42.3.

La precarización del tipo de contrato ha sido la constante en la nueva estructura del empleo. Se calcula que un puesto de trabajo de la economía informal posee 1/3 a 1/4 de productividad de uno correspondiente a la economía formal.(Kliksberg, 2000) Al mismo tiempo, el grado de distancia entre los salarios más altos y más bajos ha ido aumentando, en consonancia con estos cambios. En las microempresas, que representan

el 55% de los salarios del sector moderno, del 65 al 95% de la mano de obra no tiene contrato de trabajo, careciendo así de acceso a la seguridad social y al seguro de salud<sup>3</sup>

En la cuestión de la pobreza, la movilidad de sus cifras evidencia que ha seguido el curso de la economía, aumentando en los períodos regresivos para reducirse durante los picos de recuperación. Dadas las características del último trienio 1997-2000, se estima que la situación ha tendido a empeorar. Por ejemplo, algunos estudios mencionan a Venezuela con el 80% de su población en situación de pobreza, Ecuador con el 62,5%, Centroamérica con el 65% promedio, Brasil con el 43,5% y Argentina con el 40% a nivel nacional<sup>4</sup>. Un dato de la ONU para la Región refiere que entre 1980 y 1998 el número de pobres e indigentes pasó de 50 a 192 millones, lo cual triplica el promedio de los países desarrollados. A partir de la segunda mitad de la década de los noventa, a la pobreza denominada “estructural” se ha sumado la ya mencionada “nueva pobreza”, conformada por familias de trabajadores no habitualmente pobres y sectores medios de la estructura social, que han perdido el valor real de sus ingresos o informalizado laboralmente, reduciendo su renta significativamente en términos de consumo de la canasta básica de bienes y servicios.

Más allá de estos aspectos que hacen a la profundización de la desigualdad, hay tres cuestiones asociadas que enfrenta América Latina en el tema del crecimiento económico y su relación con la pobreza, el acceso al mercado de trabajo y las políticas públicas de cobertura social.

En primer lugar, el crecimiento de la brecha existente en la distribución del ingreso. El porcentaje de la renta nacional que concentra el 5% superior de la población duplica al de los países desarrollados y es 60% más elevado que el del sudeste asiático, mientras que el 20% inferior de la estructura social solo percibe el 4,5% del ingreso, cifra más baja que en cualquier otra región del globo<sup>5</sup>. (Ver cuadro 1).

**Cuadro 1.- Distribución de ingreso en el mundo  
Expresado por Regiones y por quintiles, en %**

Región	20% más rico	20% mas pobre	Diferencia
<i>Europa y Asia Central</i>	37,8	8,8	4.3 veces
<i>Sur de Asia</i>	40,0	8,8	4.7 veces
<i>EEUU y Canadá</i>	41,0	5,3	7.8 veces
<i>Asia Oriental y Pacífico</i>	44,3	6,9	6.5 veces
<i>Medio Oriente y Noráfrica</i>	45,4	6,9	6.3 veces
<b><i>América Latina y Caribe</i></b>	<b>52,9</b>	<b>4,5</b>	<b>11.6 veces</b>

Fuente: World Bank Report - 1997

La década de los noventa se ha caracterizado por una expansión geométrica de la concentración del ingreso en los países latinoamericanos, en relación al período 1975-1990, ya que entre el 10% más pobre y el 10% más rico la brecha de ingresos creció 57%. Mientras el PBI regional se incrementó un 51,5% promedio, los ricos se han apropiado de un 24% de excedente de renta, lo que evidencia una redistribución netamente regresiva. Es cierto que Kuznets argumenta que el desarrollo económico empeora la distribución de ingresos, al menos en sus primeras etapas. Pero si para 1990 la diferencia entre el 40% más pobre y el 10% más rico era del 15,1% promedio, en 1996 se hizo del 23,7%, situación que se repite en la mayoría de los países analizados y hace a América Latina la región más desigual del mundo. (Ver cuadro 2).

En el caso de Chile y Panamá, no hubo modificaciones en la amplia brecha preexistente de desigualdad, a pesar que el primero de ellos tuvo una sostenida tasa de crecimiento del PBI junto a un nivel de gasto social elevado. Solamente Uruguay pudo exhibir mejoras significativas en la redistribución del ingreso, aumentando cinco puntos sobre los cuatro deciles más pobres y reduciendo a su vez seis puntos en el decil más rico, lo que demuestra un esfuerzo por lograr mejor equidad distributiva. Otros países con tasas más

bajas de crecimiento en su PBI también aumentaron fuertemente la desigualdad (Paraguay y Venezuela), registrando el primero una concentración de siete puntos sobre su decil de más alto ingreso. En tanto, Argentina amplió su brecha y al año 2000 registra la diferencia mayor en veinticinco años, ya que en la cúspide de la pirámide de ingresos aumentó la presencia del estrato alto, que pasó del 36.1 al 36.6%. Por su parte Brasil registró una distribución particularmente segmentada entre núcleos urbanos y rurales, con una fuerte ampliación de la brecha de ingresos en estos últimos. (Ver cuadro 2)

**Cuadro 2.- Variaciones en la distribución del ingreso**  
Países seleccionados – Período 1990/96 – En por ciento

Países	1990	1996	1990	1996
	40% más pobre	40% mas pobre	10% más rico	10% mas rico
Argentina	18,0	14,4	29,8	34,6
Bolivia	12,1	15,1	38,2	35,4
Brasil	9,7	11,8	44,3	42,5
Chile	13,4	13,3	39,2	40,3
Colombia	13,7	11,6	34,9	41,9
Costa Rica	17,8	17,4	24,6	27,5
México	16,2	16,8	36,9	34,3
Panamá	13,2	13,8	36,2	37,4
Paraguay	18,6	16,1	28,9	35,2
Uruguay	20,1	21,6	31,2	25,5
Venezuela	16,8	16,7	27,0	31,4

Fuente:CEPAL – Informe 1996

En segundo lugar, corresponde destacar la dificultad en el acceso a la educación, los problemas de nivel y distribución de la misma y el perfil de rendimiento según niveles educativos como causa relevante por la cual se genera desigualdad. Amartya Sen expresa que *“las cosas en el mercado se pueden repartir igualmente, pero las personas llegan al mercado desigualmente...”* Cerca del 47% de los niños que se matriculan en la escuela primaria latinoamericana no la finalizan, en tanto la tasa de matriculación secundaria es del 23% promedio. En cuanto a la repitencia, 50% de los niños en edad escolar repiten primer grado y 30% los grados siguientes<sup>6</sup>. Si bien en la última década han aumentado los niveles educativos, se estima que un niño latinoamericano medio solo completa cuatro de seis grados de escuela primaria, de forma que la escolaridad media de la Región es de solo 5.2 años. Si el nivel promedio de educación alcanzado por la población es el indicador más importante de la cantidad de “capital humano” de que disponen los trabajadores de un país, el logro educativo de la región en relación a los quintiles de población implica un impacto enorme en la brecha de ingresos<sup>7</sup>. La desproporción entre grupos de educación primaria y secundaria distingue a América Latina de cualquier otra región del mundo.

Por último, corresponde mencionar la cuestión del sostenido déficit fiscal de muchos de los países de la Región, pese a los reiterados ajustes, como generador de permanentes y complejas inestabilidades financieras. Las perturbaciones en el flujo de capitales y el precio del crédito internacional durante la década de los noventa hicieron que la necesidad de dinero llevara a sus gobiernos a endeudarse interna y externamente en forma creciente, de maneras muy diversas. A esto se sumó la existencia de sistemas tributarios muy rígidos o poco efectivos. Frente a la merma de recursos genuinos para afrontar simultáneamente el pago a los acreedores y los gastos originados en su funcionamiento, los gobiernos siguieron expandiendo el déficit. Esto generó sucesivos compromisos de ajuste con los organismos internacionales de crédito, orientados básicamente a poner en caja el gasto público de naturaleza redistributiva - que no es pequeño en América Latina - destinado a cubrir necesidades básicas que no puede proveer el mercado ni pueden pagar una amplia franja de individuos (salud, educación, seguridad social). Las restricciones actualmente impuestas por los organismos financieros para el gasto público, a partir de la concesión de

nuevas líneas de auxilio crediticio , condiciona a los gobiernos a avanzar hacia la austeridad fiscal, con el compromiso cierto de la contracción del gasto del Estado. Esta situación a su vez depende de la eficiencia con que se utilicen los recursos y de la focalización con que una nueva gestión social permita atenuar la amplia brecha de desigualdad, lo que obliga a profundizar los procesos de reforma del Estado.

Veamos cómo impacta este escenario económico-social respecto de la cobertura y accesibilidad a la salud de los latinoamericanos, tema que nos ocupa, y objeto y sujeto de las reformas sectoriales que han avanzado o están atravesando la mayoría de los países? El problema se ha vuelto más complejo. En primer lugar, a nivel del componente de financiación del sistema sanitario, porque en casi toda América Latina ha entrado en crisis el gasto del seguro de salud, históricamente vinculado al empleo formal desde lo contractual. En una etapa de cuasi ocupación plena, como ocurrió hasta mediados de la década de los 80, la masa de trabajadores gozaba a través de su contrato laboral del beneficio de un seguro que proveía de equidad financiera y acceso inmediato a la atención médica. Todo trabajador en relación de dependencia y registrado ingresaba al seguro solidario sin condiciones ni exclusiones para el uso de los servicios, a partir de su condición de aportante desde su salario, a lo que sumaba la contribución del empleador y en ocasiones la del propio Estado. Las eventuales diferencias salariales se diluían dentro del pool financiero del seguro, al igual que los riesgos individuales. Quedaba para los pobres o los sin trabajo, denominados “población abierta”, el sector público con su propia estructura financiada a partir de rentas generales. Y para los ricos o con poder adquisitivo se abría una franja de seguros privados de enfermedad, cuyas primas se erogan directamente “de bolsillo”.

Al precarizarse el trabajo, informalizándose el contrato laboral, la caída de aportantes resulta significativa, al igual que la de los fondos del seguro, si a ello le sumamos la baja del salario medio de la economía. No solo se reduce entonces el número de asegurados, sino las posibilidades efectivas de financiar la expansión creciente del gasto en salud. A esto se suma la creciente desocupación, que no solo elimina automáticamente los beneficios sociales históricamente devenidos de la concepción Beveridgeana, sino que los traslada a una condición donde la única posibilidad de acceso al consumo de salud se restringe a la utilización de los servicios públicos asistenciales. En este espacio deben competir con los más pobres por el acceso a tales servicios, cuya rigidez de funcionamiento no permite una adaptación automática en el corto plazo a esta nueva situación.

La desigualdad en la utilización de los servicios de salud se va definiendo así en relación a las nuevas características de cobertura que adopta el seguro solidario, a los distintos factores que hacen a la oferta y a las particularidades personales y socio-económicas de la demanda frente a la necesidad de atención médica. El resultado es múltiple: mayores dificultades de acceso, barreras de entrada económicas dados los costos de oportunidad asociados a la situación de trabajo precario y bajos ingresos, gastos directos o de bolsillo de los quintiles más bajos de la población superiores a los de los quintiles medios, especialmente en medicamentos, y aumento creciente de la vulnerabilidad socio-sanitaria. Las Encuestas de Hogares van mostrando que quienes poseen menor capacidad económica registran un infraconsumo relativo con respecto a la población de mayor renta, tanto en lo que refiere al número de visitas al especialista como al número de días de hospitalización, servicios donde el componente de demanda inducida por el profesional sanitario es mas elevado<sup>8</sup>.

Paralelamente, el problema de género en el trabajo profundiza la inequidad laboral y social de muchas mujeres que poseen en forma creciente hogares a cargo (en Argentina el 26,7% de las mujeres se encuentran en esa condición) y complica la cobertura

de salud de su grupo familiar. La mujer latinoamericana tiene menos oportunidades laborales formales que el hombre, percibiendo además un 30% menos de promedio salarial que éste.

De esta forma, la cobertura y accesibilidad a la atención de la salud se ha ido restringiendo en los sectores más afectados por la pauperización y la pobreza. La OPS estima en 130 millones el número de latinoamericanos que carece de acceso regular a los servicios de salud. En América Latina y el Caribe, el 40% más pobre tiene un peso de enfermedad por morbilidad vinculada a enfermedades prevenibles cuatro veces más alto que el 20% más rico (BID, 1996). En lo que respecta a la mortalidad infantil y de menores de cinco años, su descenso solo se hace significativo con el aumento de la renta en los quintiles más bajos y la reducción de la brecha de ingresos, más que por el gasto en salud, al mejorar las condiciones de vida. Lo mismo ocurre con el indicador expectativa de vida al nacer<sup>9</sup>.

La efectividad de los sistemas de salud latinoamericanos no siempre guarda relación estrecha con el gasto del sector, sino más bien con la característica que este posee y la eficiencia en su aplicación. Analicemos el caso de algunos países de la Región. Podemos apreciar profundas diferencias entre el gasto per cápita, el acceso a los servicios de salud, la mortalidad infantil y la expectativa de vida (ver Tabla 1). Se gasta una proporción mayor del ingreso en comparación a otras regiones del mundo como África y Asia, pero con la característica que el gasto privado es tan significativo como el del sector público total, inclusive hasta superándolo, acercándose al 3% del ingreso total nacional.

**Tabla 1.- Calidad de Vida - Comparación entre Países a 1995. Unidades monetarias expresadas en US**

País	PBI/Capita [2]	G.Público Educativo. Per capita	% completac. Primaria[3]	Gasto Salud Per capita [4]	% acceso a serv.de salud	Mortalidad Infantil Por mil	Expectativa De Vida [5]
Argentina	8.030	157.1	95	570	90	22	73.0
Uruguay	5.170	72.1	97	255	90	17	72.4
Cuba [1]	1.317	169.2	100	145	97	7	76.0
Chile	4.160	67.4	77	80	98	13	75.0
Brasil	3.640	86.5	35	57	81	44	66.3
México	3.320	127.6	73	200	63	31	72.0
Venezuela	3.020	80.0	86	126	60	21	73.0
Perú	2.310	-	75	57	48	46	66.0
Colombia	1.910	46.0	59	83	74	26	71.0
Bolivia	800	34.6	44	51	44	69	59.3
Nicaragua	380	36.6	43	31	59	46	66.6

Fuente: Elaboración propia según datos de BID-Banco Mundial 1996; [1] Ministerios de Economía y de Salud de Cuba 1999; [2] OMS 1995; [3] BID, Datos a 1992; [4] Datos por país; [5] OPS, Datos a 1992

Para 1998, el promedio del gasto regional en salud era de U\$392, un 6.1% del PBI, con la característica que el componente gasto privado promediaba el 58%, similar al de Argentina y solo superado por 4 países del Caribe (Honduras, Haití, El Salvador, Guatemala y Dominicana) y 4 del Cono Sur (Brasil, Paraguay, Uruguay y Venezuela)<sup>10</sup>. Comparando el gasto per cápita con dos indicadores sanitarios básicos (T.M.I. y E.V.), la dispersión de resultados en la Región se aprecia como sumamente grande.

Como sostiene Vicente Ortún<sup>11</sup>, el crecimiento económico, los cambios en los patrones de morbilidad y el nuevo orden mundial restan validez al enfoque clásico del gasto en salud sobre el PBI como sola inversión para mejorar la productividad. El incremento sostenido del mismo - que seguirá aumentando por sobre el crecimiento económico - no solo resulta de los costos de gestión administrativa, de la elevación de los precios relativos del capítulo salud y de la mayor utilización de pruebas diagnósticas y terapéuticas por proceso (tal vez el factor más desequilibrante), sino especialmente de la confluencia entre una mayor demanda y uso de servicios, del sostenido crecimiento

vegetativo de la población, de factores medioambientales y epidemiológicos, y de la incidencia de nuevas enfermedades sobre el modelo de atención.

En la Tabla 2 es posible observar como, tomando el período 1990/95 con una tasa media anual de crecimiento del orden del 4% medida por el incremento del PBI para toda Latinoamérica (a excepción de México y Nicaragua), ambos indicadores no han logrado alcanzar las metas consideradas ideales para cada país a pesar de observarse una mayor elasticidad/PBI del gasto en salud. Tampoco hay correlación con los niveles de ingreso y gasto en salud per cápita. Por ejemplo, el acceso a los servicios asistenciales es bajo en México, Venezuela y Perú, en donde se estima que más del 40% de la población encuentra barreras de entrada económicas, geográficas y organizacionales, y la tasa de mortalidad infantil es superior al promedio estimado, aunque gastan en salud un porcentaje acorde a su característica socioeconómica. Con relación a la TMI y el gasto per cápita, se muestra significativamente baja en relación al promedio de la Región en aquellos países cuyo gasto en salud pública es mayor, como el caso de Cuba (US\$ 145/cápita- 100% gasto público) o que aplican políticas materno infantiles más efectivas como Chile, si se las compara con Argentina (US\$570 de gasto/cápita) y Brasil (US\$ 322 de gasto/cápita) que si bien tienen tasas

**Tabla 2. Comparación de Indicadores económicos, gasto en salud, Mortalidad Infantil y Expectativa de Vida entre países. Período 1986-1995**

País	PBI por Habitante U\$ 1986	PBI por Habitante U\$ 1996	Gasto Salud Per capita (4) U\$ 1988	Gasto Salud Per capita (4) U\$ 1995	T.M.I. 1986 (por mil)	T.M.I. 1995 (por mil)	E.Vida 1986	E.Vida 1995
Argentina	5.274	7.220	239,1	570	34	22	70	73.0
Uruguay	2.882	3.830	110,5	484	30	17	72	72.4
Cuba [1]	S/d	1.317	S/d	145	11.9	7	S/d	76.0
Chile	2.185	3.170	144,7	153	20	13	69	75.0
Brasil	2.692	3.185	144,0	322	67	44	65	66.3
México	2.913	3.610	123,9	155	39	31	67	72.0
Venezuela	2.846	3.154	243,9	102	37	21	70	73.0
Perú	2.191	2.093	49,6	57	95	46	60	66.0
Colombia	1.289	1.710	87,4	83	55	26	65	71.0
Bolivia	772	926	42,0	51	117	69	53	59.3
Nicaragua	831	626	48.9	31	69	46	59	66.6

Fuente: BM ;Informe sobre Desarrollo Humano 1993 y OPS, 1994. (4) Elab.propia s/ datos por país. BID; América Latina frente a la desigualdad. Informe 1998/99

tasas en niveles intermedios, superan ampliamente la de ambos. (Argentina gasta cuatro veces más que Cuba y su mortalidad infantil es tres veces superior, y seis veces más que Chile y su mortalidad es casi el doble).

Tal vez el problema haya que buscarlo más por el lado de la brecha de ingresos<sup>12</sup>. El 40% más pobre de América Latina tiene un peso de enfermedad en cuanto a morbimortalidad por enfermedades prevenibles 4 veces superior que el 20% más rico (BID,1996). En Venezuela, los municipios más pobres tienen una TMI tres veces superior a la de los que poseen menor nivel de pobreza. Los mismo ocurre en Perú entre población de Lima y poblaciones rurales, derivada de bajos niveles educativos, desempleo y subempleo, subnutrición e inaccesibilidad a los servicios de salud . Lo que puede apreciarse tanto respecto de la mortalidad infantil y de menores de cinco años y la morbimortalidad general por enfermedades transmisibles es que su descenso es significativo con el aumento de la renta y/o la reducción de la brecha de ingresos.

Se considera que un incremento marginal del 1% del PBI destinado a salud genera una productividad del 0,1% en la reducción de la mortalidad infantil. De allí que *en una región donde la tasa de crecimiento económico se haya mantenido elevada, reducir la TMI no solo es función de la elasticidad/PBI del gasto en salud en el sentido de acciones de*

*promoción y prevención sanitarias efectivas y de garantizar paquetes básicos de salud sobre la población en mayor vulnerabilidad. Si bien obviamente son necesarias, los resultados se incrementan con la presencia de un Estado activo en la gestión social, que promueva mayor eficiencia en la asignación de los recursos a fin de mejorar otros indicadores no vinculados directamente a los servicios curativos, procurando de esta forma amortiguar la brecha de ingresos*<sup>13</sup>. El no reconocer que no hay linealidad entre gasto en salud, distribución de la renta e indicadores sanitarios puede llevar a conclusiones erróneas.

Sin duda, el contexto que enfrentan las reformas estructurales en América se va haciendo más complejo, multidimensional y conflictivo. Exige “blindajes financieros”, como en el caso argentino, para garantizar cumplimientos de pago internacionales en una economía fuertemente recesiva, o tiene además a países como Ecuador inmerso en un proceso de dolarización económica más recesión hipercrítica a lo que se suma una profunda crisis social, a Perú y Brasil oscilando entre el crecimiento y el estancamiento de sus economías y a Venezuela entre otros, aumentando la legión de latinoamericanos empobrecidos. Pero estas situaciones no implican dejar de lado las transformaciones necesarias en los sistemas de salud, tendientes a mejorar la equidad con que se distribuyen sus beneficios, pero también la eficiencia con que se asignan sus escasos recursos.

Mejorar la accesibilidad a la salud y al mismo tiempo a la educación, especialmente a los sectores más vulnerables, debe seguir siendo el desafío central de las reformas sectoriales en marcha, en tanto puedan articularse los mecanismos de mediano y largo plazo para equilibrar el crecimiento económico y promover el desarrollo social. Si el crecimiento económico se expresa como la expansión del producto social en un tiempo dado, la salud y la educación como bienes meritorios pueden ser instrumentos para potenciar tal crecimiento, en tanto sean capaces de contribuir a aumentar el producto bruto interno en forma sostenida, en un lapso temporal determinado<sup>14</sup>. El principal desafío del siglo XXI queda así centrado en mejorar el equilibrio social, hacer más equitativo el acceso al conocimiento, reducir las desigualdades en el ingreso promoviendo oportunidades laborales y, desde la óptica que nos ocupa, evitar la vulnerabilidad de la enfermedad y sus secuelas sobre el capital humano, incrementando a la vez el capital social.

### **La Economía de la Salud en la visión de las reformas a la política sanitaria**

La economía nacional y sus reformas parecen condicionar la política de salud, no solo en cuanto a sus resultados, sino en la búsqueda de un nuevo modelo de gestión financiera y organizacional y más aún, en la propia definición ideológica del pensamiento y la política sanitaria. Nadie cuestiona al mercado como el principal organizador de la economía -incluyendo en ello la competencia como instrumento de eficiencia - pero tampoco se acepta graciosamente que no se precise la intervención del Estado en ciertas áreas para regular adecuadamente tal competencia, especialmente cuando por sus características el mercado se asume como altamente imperfecto. Por ejemplo, el mercado no puede garantizar una distribución del ingreso social y moralmente aceptable, de allí la legitimidad de la intervención estatal para aplicar un sistema tributario amplio, eficaz y progresivo. Hoy existe una corriente de pensamiento que tiende a reconocer los costos sociales de la desigualdad, cuando esta marginaliza ciertos grupos y al hacerlo crea sus propios costos<sup>15</sup>

El Director General de la OPS ha dicho que “ *el mayor propósito de la reforma debe ser lograr del sistema de salud equidad y protección social, así como control de costos*” (G.Allayne, 2000). Cómo se obtienen aquellas premisas “evangelizadoras” inicialmente trazadas como objetivos en los documentos de los organismos internacionales, y obviamente

compartidas por todos los actores del sector (*equidad, eficiencia, eficacia, calidad*) sigue siendo objeto de debate. Sabemos que el proceso es lento. Pero debiéramos aquí dejar planteadas algunas consideraciones. En primer lugar. ¿Son todas ellas compatibles y alcanzables en igual magnitud, exclusivamente desde el campo sanitario?. Y en segundo término, si las comparamos con aquellas transformaciones que produjeron en sus sistemas sanitarios los países europeos. ¿Cuales han sido los logros efectivos alcanzados para cada una de estas premisas en nuestros países?. ¿Cuánto mejoró la equidad en estos diez años? ¿Es hoy más eficiente la asignación de recursos financieros y la gestión de los proveedores de atención médica? ¿Ha mejorado cualitativamente la eficacia de resultados, medida a través de los indicadores clásicos e históricos a falta de nuevos parámetros de medición? ¿Se ha incrementado en forma objetiva la calidad de los resultados de la atención médica, además de existir iguales oportunidades para llegar a ella?

Es difícil sacar conclusiones. A mediados de 1999, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe se encontraban en algún punto comprendido entre el diseño y las primeras fases de implementación de lineamientos de reformas. Pero estas preguntas planteadas son aún los desafíos y dilemas sobre los cuales la Economía de la Salud pretende avanzar con detenimiento en el estrecho espacio entre la política económica y la problemática social que existe en América Latina. Procurando desenmarañar la compleja relación que media entre corporaciones y oligopolios sanitarios, ciudadanos sujetos de derechos y a su vez demandantes de salud y atención médica, con diferentes posibilidades de cobertura y accesibilidad efectiva. Sin dejar de lado al Estado, cautivo de los primeros y cuestionado por los segundos. Sin duda, dada su caracterización como una disciplina que integra conceptos, teorías y modelos económicos y médicos para abordar como objeto de análisis el estudio de la producción, financiamiento, distribución y consumo de los servicios de salud, la Economía de la Salud requiere una permanente adaptación a los cambios que ocurren en los variables entornos latinoamericanos. Dejar de lado las ortodoxias, superar las afirmaciones ambiguas, y ampliar su visión excluyentemente economicista del problema del gasto, que parece reducirse al objeto básico de sus acciones.

Frente a la necesidad de mejorar la eficiencia de los servicios de atención médica para millones de personas en un tiempo de ajuste fiscal, la reforma de la política sanitaria en la era de la globalización requiere no solo innovaciones institucionales sino ajustar el aprendizaje sobre lo que ocurre o ha ocurrido en otros países y no justamente lo que puede suceder con la aplicación de algunos modelos económicos neoclásicos abstractos. No existe región en el mundo que no enfrente algunos problemas en materia de salud. Pero la variabilidad de las características epidemiológicas, el gasto y su financiamiento y las distintas formas de organización del sector, más la particular forma de asignar recursos, constituye el elemento central a las ineficiencias, latinoamericanas, y a su vez provee características particulares a cada país, que los hace diferentes entre sí. De allí que no valgan las estrategias fuertemente reduccionistas en el análisis que una visión acotada de la Economía de la Salud aplique a la realidad, ya que en definitiva, la materia prima de la reforma es el individuo y la sociedad llevando a cabo transacciones dinámicas en determinados entornos organizativos e institucionales. Vale apelar a aquella anécdota de John M. Keynes, quien frente a un crítico que lo acusaba de incoherencia, retrucó “ Cuando los hechos cambian, yo cambio de idea. Usted señor ¿Qué hace?

Siempre se dijo que la economía potenciaba al capital humano, y la salud contribuía a promover el capital social. Casi medio siglo atrás, en 1957, el Premio Nobel Gunnar Myrdal había sostenido la noción del círculo vicioso de la salud precaria y el bajo ingreso. El punto crítico era que la gente se enfermaba porque era pobre, se volvía más pobre cuando se enfermaba y más enferma cuanto más se empobrecía. Apelaba así no solo al

crecimiento económico sino al desarrollo, como elemento clave para promover un contrato social que generara prosperidad, y como consecuencia mejorara dramáticamente los niveles de salud. Si las sociedades se cohesionaban, admitía, serían más sanas y generarían un virtuoso ciclo de prosperidad y más salud.

En la última década, la tesis de Myrdal se hizo realidad concreta en América Latina, a partir de la paradoja de un período de crecimiento económico con empeoramiento de la situación social. Ya hemos visto como la relación trabajo/capital se ha ido modificando. La “sociedad de excluidos” es ahora más numerosa, además de inmóvil en su dinámica y creciente en su expansión. La profundización de la desigualdad se torna económicamente ineficiente para la propia economía de mercado, además de éticamente inmoral. Y puede considerarse como una falla del propio mercado la excesiva desigualdad en la distribución del ingreso que resulta de su mal funcionamiento.

La política social, y dentro de ella la salud, al igual que la educación y la seguridad social, posee un rol clave en la configuración de una base societal apta para beneficiarse de un crecimiento sustentable. Su instrumento es el gasto social, conceptualmente un gasto de inversión que permite reponer el *capital humano* y promover el *capital social*. Si el objetivo de las reformas macroeconómicas ha sido, además de la modernización, un giro de 180 grados en el crecimiento y el desarrollo, es necesario iniciar la inversión en la gente, especialmente en los más pobres. La economía no es solo la producción de bienes privados, sino también como ocurre en los países desarrollados, la producción y provisión de bienes tutelares y la solución colectiva a los fallos del mercado. El gasto social como herramienta de protección de los individuos, debe orientarse entonces a promoverles un nivel determinado de seguridad social

La expansión del mercado sanitario a través de garantizar cobertura y accesibilidad sin exclusiones, forma parte indisoluble del progreso económico general. Los análisis efectuados sobre la mayoría de los sistemas de salud, en diferentes regiones y países del mundo, demuestran que en los últimos treinta años el Gasto Nacional en Salud ha crecido a una velocidad mayor que el conjunto de la actividad económica. Su expresión es la elasticidad que mide la relación entre gasto en salud y PBI. Calculada como promedio mundial, esta relación oscilaba en un 4.6% a comienzos de la década del sesenta, incrementándose un punto en los años setenta, y redondeando en 1990 un 8%. Al momento actual, tal elasticidad se acerca al 10% y con tendencia francamente ascendente.

En el mismo período, la economía mundial registró un crecimiento de entre un 3 a 3.5% anual en valores reales, en tanto el conjunto de gasto público y privado en salud alcanzó un ritmo de expansión del 5.4% anual. Significa que mientras el PBI se triplicó, los gastos sanitarios se sextuplicaron. Este particular fenómeno se ha hecho evidente tanto en los países industrializados como en los que se encuentran nominados como mercados emergentes, aunque por cierto en éstos ha sido más moderado.

Como ejemplo, Europa y Japón exhiben niveles de gasto menos críticos que EEUU. Mientras los europeos duplicaron la participación del gasto en el PBI de 4.1% en 1960 a 8,6% en 1995, Japón evolucionó del 3.6% al 7,7% en el mismo período. Entre tanto, el gasto sanitario de los EEUU llegó a superar el 15% del PBI. En América Latina hemos visto que el componente más importante del Gasto Nacional en salud ha pasado a ser el Gasto Privado o de bolsillo de los hogares, que oscila en un promedio de 58 % para toda la Región. La elasticidad de la demanda de servicios de salud se ha configurado con relación a la renta individual como superior a uno, ya que a pesar o como consecuencia de la crisis económica y el recorte de gastos públicos, el usuario precisa transferir una parte creciente de su renta para financiar atención médica. Tal elasticidad explica a su vez el creciente dinamismo adquirido

dentro de la relación principal (paciente) – agente (médico) por parte de la oferta de tecnología y medicamentos en función de la renta.

Esto demuestra una mayor inequidad en favor de los individuos de mayor capacidad económica, aunque en este caso más que definirla en términos de utilización, debiera ajustársela por “normas de isoconsumo” o necesidad, como las denomina Wagstaff . (López iCasanovas, 2000)

¿Cuál es el aporte de la Economía de la Salud para contribuir a resolver estos problemas? En 1993, el Banco Mundial elaboró un diagnóstico sobre los progresos en el campo de la salud, y las dificultades que enfrentan los Estados para atender a la población en ese campo. Dentro de sus conclusiones, señaló que los sistemas de salud de los países en desarrollo realizan frecuentemente una asignación equivocada de los recursos, ya que los fondos públicos se destinan a intervenciones de escasa eficacia medida por los resultados logrados; que existe desigualdad al otorgar los servicios; que el sistema de atención médica se desempeña con altos grados de ineficiencia y que enfrenta una explosión de costos. Para revertir este panorama, propuso redefinir las políticas sanitarias en función de reorientar el gasto, incrementar la inversión en actividades costo/eficaces, mejorar la gestión de los servicios de salud, crear canastas básicas de servicios para promover el acceso mínimo e igualitario a la atención de la enfermedad, y favorecer la descentralización y la diversidad de proveedores como mecanismo para alentar la competencia y promover la eficiencia.

Muchos países comenzaron progresivamente a generar propuestas de reformas apoyados en la formidable cantera de ideas en que se convirtió la Economía de la Salud como nueva disciplina, superando el histórico divorcio entre ambas ciencias con la convicción que de esa forma se podrían formular mejores intervenciones sobre los tres niveles (macro, meso y micro) de gestión del sistema de salud. De esta forma, la preocupación por armonizar la equidad con la eficiencia se incorporó a la agenda de la Reforma del Estado. No sin cierta antinomia, pero vislumbrándola como una necesidad en momentos en que los entornos económico - sociales se hacían cada vez mas inequitativos, y el alza de los gastos sin resultados adecuados promovía introducir mecanismos de mercado en el sector, dentro de la lógica económica de la competencia para generar eficiencia.

¿Cuáles han sido los principales inconvenientes que tuvo compatibilizar el pensamiento económico con el sanitario? Cualquier modelo teórico que se proponga a punto de partida de los problemas relevantes que analiza la economía de la salud sobre la gestión sanitaria, requiere determinar tanto aspectos normativos como incluir conceptos y juicios bioéticos. Por ejemplo en la definición de equidad, cuando es diferente en lo normativo un enfoque centrado en igualar la ponderación de las utilidades individuales, de tipo utilitarista, o basado en eliminar situaciones desiguales de partida, según el concepto rawlsiano. O bien de promover igualdad de capacidades como lo argumenta Amartya Sen. Muchas veces en la aplicación de la economía de la Salud a los procesos de reforma, han surgido conflictos entre lo normativo respecto de la valoración de las conveniencias de la política gubernamental y lo positivo en cuanto al análisis de las consecuencias de la misma. Entre la a veces irreductible posición de las cuestiones normativas vinculadas a los valores en juego, y la aparente insuficiencia descriptiva de las cuestiones positivas, mas allá del cumplimiento de los objetivos pretendidos<sup>16</sup>.

Es así como podemos preguntarnos, sin llegar a una duda hamletiana. ¿Es solamente a través de la eficiencia en salud como pueden resolverse las demandas de igualdad en un espacio determinado, a partir de las utilidades, oportunidades o capacidades? No siempre lo ideal es necesariamente lo deseable. Muchas de las controversias se deben a que una de las partes (o ambas) no es capaz de vislumbrar todas las consecuencias de la política gubernamental (Stiglitz, 1988). Igualdad como exigencia ética y moral no debe

asumirse solo como una respuesta defensiva, frente a la eficiencia como responsabilidad de gestión en el campo sanitario. Por el contrario, es la oportunidad de asociar a la salud otras variables de alta conflictividad social en el escenario actual, como son el trabajo, la educación y la lucha contra la pobreza. Y a la vez una posibilidad concreta de aplicar los conceptos de la economía y los principios del sanitarismo a aspectos de distribución y acceso a la atención médica, y a los resultados que un sistema eficiente y equitativo debe tener dentro del desarrollo social

¿Es la Economía de la Salud la herramienta necesaria para la transformación progresiva y gradual de los sistemas de salud latinoamericanos? Conviene centrarse en las consideraciones que al respecto establece Víctor Fuchs(1987):

- La Economía de la Salud es un campo de la Economía aplicada donde prevalece la investigación y los enfoques orientados a la toma de decisiones.
- se nutre principalmente de la teoría económica, como la microeconomía, las finanzas públicas y otros aspectos del análisis económico
- utiliza conceptos económicos no demasiado sofisticados, pero a la vez requiere conocimiento en detalle de aspectos de economía sanitaria y de las instituciones y los mercados del sector salud.

En un campo donde la política tiene enorme injerencia, como el social, dejar de lado suspicacias y academicismos extremos para evitar esterilizar la política sanitaria, y aportar a través de diagnósticos precisos y herramientas adecuadas soluciones económicas en los entornos sociales -comprendiendo la realidad profunda del escenario social y económico- permitirá sin duda avanzar seriamente en nuevas propuestas de cambios que mejoren nuestra vida y nuestra salud, ya no individual sino colectiva.

### ***La Economía de la Salud en la Reforma Sanitaria***

El rol de la Economía en temas de salud se torna así clave para entender porqué ha ido adquiriendo una importancia creciente en los procesos de reforma sanitaria, independientemente de si estos fueron silenciosos o profundamente estructurales. La indisolubilidad entre evolución económica y evolución de la salud de la comunidad ha hecho de esta última no solo un problema social, sino macro y microeconómico. De allí que la medicina y los servicios sanitarios requieran la introducción de la economía como ciencia en el diseño teórico y conformación de modelos que permitan establecer los fundamentos de eficiencia, tanto económica como de gestión<sup>17</sup>.

El histórico comportamiento del Estado en los sistemas de salud latinoamericanos también ha llevado a la necesidad de analizar comparativamente la eficiencia del funcionamiento teórico del mercado en el sector salud con la eficiencia económica en la asignación de recursos que se efectúa a través del propio Estado. Poder evaluar de esta forma las imperfecciones que ambos poseen, y preveer las consecuencias del impacto de las regulaciones que afecten de diversas formas las asignaciones efectuadas a través de los componentes del mercado sanitario.

Cualquier modelo teórico o práctico de Reforma no resulta por lo general puro. Surge de articular iniciativas políticas con condiciones estructurales y de recursos, así como de incorporar los propios factores condicionantes sociales, de historia y cultura que cada sistema sanitario posee en particular. El debate abierto desde la economía en torno al ingreso de instrumentos de mercado al sector, además de los interrogantes a que da lugar, basa su problemática en el logro de un nuevo modelo de gestión sanitario donde competencia,

separación de intereses y responsabilidades y una diferente relación entre la forma de financiar los servicios y la gestión de compra y provisión de los mismos sean hitos del cambio<sup>18</sup>. La mayor presión por aplicar reformas ha provenido del rol creciente del sector privado en el actual contexto sanitario. Por lo general, la decisión adoptada en los modelos de reforma ha sido la de introducir una combinación de incentivos de mercado con regulaciones estatales, un híbrido que ha recibido nombres disimiles como “mercado interno”, “competencia administrada” o “cuasi-market”.

El diseño y aplicación de este modelo ha tenido un rol central en las reformas de Italia, España, Reino Unido, Finlandia y otros países de la Unión Europea. Este concepto del mercado en salud, aplicado a los esquemas mixtos o combinados latinoamericanos donde coexisten el sector estatal, el seguro solidario y los seguros privados, requiere abordar importantes problemas y desafíos, definir los componentes de oferta y demanda a nivel de los diferentes submercados y analizar el comportamiento histórico entre varios agentes y principales, llámense médico, paciente, proveedor y financiador. Es así como la posibilidad concreta de incorporar alternativas como mix público-privado, cuasi-público, privado regulado, privado sin fines de lucro y privado lucrativo encontrarán desde el lado de lo normativo una historia particular del país, de sus costumbres y cultura y del rol del Estado.

Uno de los problemas que ha debido enfrentar así la Economía de la Salud, tal como lo sugiere López iCasanovas, ha sido “*el riesgo de su instrumentalización política en el peor sentido de la palabra...*”. Posiblemente esto haya sido difícil de evitar, como parte del complicado proceso de gestación de un nuevo modelo sanitario. Pero en este caso es conveniente “*tratar de mantener lo mas separado posible y claramente establecidas las propuestas, sus consecuencias y los juicios de valoración ética sobre los modelos que se propugnen, sin dejar de lado que detrás de cada propuesta y modelos están personas y ciudadanos...*”.(Martín y López del Amo, 2000)

Conceptualmente, el análisis económico se incorporó definitivamente al campo de la reforma sanitaria proveyendo el instrumental adecuado para dar rigor metodológico a la valoración de la gestión integral de los recursos con que se cuenta, de los procesos a que éstos dan lugar, sus costos de producción y de transacción y la cuali-cuantificación de los resultados medidos en términos de productos intermedios y finales. Es evidente que ante tal situación, la economía ha impuesto una realidad de la cual los servicios sanitarios no pueden abstenerse, tanto en la lógica del gasto y la valoración del costo/beneficio o costo/efectividad de actividades y programas en función del costo de oportunidad alternativo, como en la concepción empresarial de cualquier institución sanitaria. Resolver la enfermedad o prevenirla no resulta un simple problema de gestión de costos sino, por el contrario, una compleja combinación de asignación y utilización eficiente y racional de recursos en la *macro y mesogestión*<sup>19</sup>.

Simultáneamente, el componente ético del accionar sanitario también implica establecer que aunque nadie deje de recibir tratamiento efectivo y apropiado, efectividad clínica de la atención medica y eficiencia social en la asignación de recursos no deben quedar separadas por el conflicto derivado entre la tradición, formación y valores del comportamiento medico en el ámbito de la *microgestión*, y la elección de las mejores alternativas para la resolución de un problema de salud en cuanto al costo de oportunidad que tal decisión implica para la atención de otros pacientes.

¿Ha ayudado la economía de la salud en el actual contexto de reformas a conseguir la eficiencia y la equidad que no se advierte en otros campos de lo social, si la producción de servicios de salud, independientemente de quien los provea y como son financiados es tanto una producción económica como cualquier otra? Tal vez sea prematuro

abrir juicios. Todavía existen dificultades en introducir aspectos de racionalidad económica, en un contexto complejo donde no solo priman argumentos y concepciones éticas sino también diferencias fundamentales de visión y juegos corporativos entre los disímiles actores de la Reforma Sanitaria. Pero a lo largo de estos años es más que evidente que ha sido además de una herramienta de análisis, un vehículo para el debate. Mas allá de la inconsciente politización a que han llevado muchas posturas ambiguas en su seno, que en general y lamentablemente, no conducen a ningún lugar.

### ***El futuro de las Reformas y las Reformas del futuro***

¿Cuales son los aspectos básicos sobre los que debe seguir interactuando la Economía de la salud en la Reforma de la Seguridad Social? Ya hablamos del contexto normativo respecto de la equidad. Otro componente tiene que ver con la definición de la existencia o no del fundamento solidario de la comunidad, a partir del financiamiento y cobertura equitativo e igualitario. El tercer aspecto se vincula a lo político. La salud no es la representación de los intereses de un sector ideológico o de una corporación u oligopolio. Es una política de Estado, donde éste es el garante final, y como tal exige un principio básico que es el consenso social conformando un mínimo sustento para la acción político-técnica específica. Algo que todavía no se ha construido adecuadamente, vistas las pujas de intereses, así como las alianzas y oposiciones que se observan en el territorio de las decisiones sanitarias. No puede haber reformas ni transformaciones en el campo sanitario si la sociedad esta ausente de las decisiones que se tomen. Una sociedad participando activamente en la vida democrática es el motor que acelera cualquier transformación social<sup>20</sup>.

El cuarto aspecto, básico, es central a las reformas y lo constituyen las herramientas técnico-operativas provistas por la Economía de la Salud. Por una parte la generación y análisis de información, mediante un abordaje empírico de los datos con rigor metodológico y de relevancia para la política sanitaria, que permita contar con indicadores precisos para la toma de decisiones en los niveles de macro y mesogestión. Y para la propia información a las personas. Por otra, el diseño e incorporación de los instrumentos idóneos que se apliquen a sus tres niveles de gestión, a fin de modificar el funcionamiento integral del sistema de salud y corregir sus desequilibrios. Nuevas regulaciones, separación financiación-provisión, competencia regulada, incentivos, evaluaciones económicas en la gestión clínica y trazadores para comparar resultados son alguno de ellos, muchos de los cuales ya son parte activa de los procesos de reforma sectorial en Latinoamérica.

Es éste el espacio protagónico que la Economía de la Salud aporta a la planificación y decisión de la política y gestión sanitaria, promoviendo a la vez acciones técnicas e investigaciones académicas. No hay soluciones mágicas, sino propuestas racionales, que ante todo reduzcan las crecientes desigualdades en salud posibilitando igualar consumos sanitarios según necesidad. Pero es cierto que no se ha podido superar aún una etapa donde el sector sanitario tradicional reaccionó en forma sesgada, al suponer en la incorporación de la ciencia económica al análisis de los problemas del sistema de salud una visión meramente economicista, y un caballo de Troya del cual descendían los defensores del mercado en el espacio sanitario. Hay que demostrar que si no era inexacto, y han ocurrido equívocos, al menos hemos comenzado a explorar nuevos caminos de debate, sin alejarnos del objetivo y evitando hacer política sanitaria con minúsculas. La lógica económica nos ha permitido dar apoyatura científica a la toma de decisiones, en un contexto que visualizamos como turbulento y conflictivo, con necesidades crecientes y contracción de los recursos. Al mismo tiempo, ha facilitado explorar nuevas alternativas de financiamiento que eviten exclusiones por condición de renta, antesala de la inequidad.

Si bien es posible lograr la eficiencia profundizando algunos aspectos propios de la lógica del mercado, no habrá equidad posible con Estado ausente, ya que el mercado asigna y se autorregula pero no redistribuye. En ese contexto, además de las imperfecciones a

que se ve sujeta, la salud se transforma en un bien privado, y quien no dispone de ingresos para comprar unidades de salud, queda excluido.

¿Qué es lo que necesitan hoy los sistemas de salud y seguridad social en América Latina y el Caribe? ¿Más Estado o más mercado? Esta ha sido la cerrada discusión del último decenio, que aún atraviesa las reformas vertical y horizontalmente, respecto a si pueden compartir un espacio similar, o uno debe primar sobre el otro. Tal vez la mejor síntesis para esto haya partido de un notable escritor mexicano, Carlos Fuentes, en el prólogo al informe de la Comisión Latinoamericana y del Caribe sobre desarrollo social de 1995: “*Sin un modelo social que alcance a la sociedad toda, no se podrá mantener el equilibrio deseado entre el mercado y el Estado, por más fórmulas economicistas que se apliquen...*”.

Los resultados de la Reforma sanitaria y de la seguridad social en América Latina aún no han sido convenientemente monitoreados. Siguen buscándose alternativas desde el análisis económico aplicado, para generar nuevas modalidades de financiamiento sobre una población que cada vez enfrenta mayores dificultades para mantener su seguro social o peor aún, “comprar” seguros privados. Son escasas las experiencias exitosas de descentralización, fundamentalmente por la reticencia de los gobiernos a ceder poder en forma efectiva, que se limitan a tibias desconcentraciones administrativas. Las experiencias de desregulación y competencia gestionada en la seguridad social, salvo en el caso de Chile, muestran marchas y contramarchas signadas por la oposición de los propios partidos políticos, que no pueden ponerse de acuerdo para construir Políticas de Estado en los temas sociales. Y por la presión corporativa de las organizaciones sindicales y de los proveedores de servicios, con temor a perder ciertos derechos y prebendas adquiridas en el tiempo, cuando el exceso de regulaciones inefectivas hizo del Estado latinoamericano un “tigre desdentado”, que solo rugía pero no mordía. Que otro factor, sino la debilidad regulatoria del Estado desde los años 70, dio lugar a que el aumento desproporcionado de la oferta generara e indujera su propia demanda, con la escalada de costos que ello implicó.

Los interrogantes que aún circundan el escenario sanitario de las Américas en el inicio del siglo XXI, además de otros relacionados con la dimensión que posee la transformación de diferentes campos de la política social en tiempos de un turbulento contexto económico, no quitan mérito al enorme esfuerzo aplicado en reformular los sistemas de salud desde las políticas y la gestión. Algo similar sucede con la trascendencia que adquiere la responsabilidad de los gobiernos en ejercer el principio rector sobre la salud, garantizándola como política de Estado y bien social. Evidencian la complejidad y variabilidad que adquieren los procesos de modernización y puesta en marcha de reformas sectoriales.

La Economía de la Salud encuentra hoy la posibilidad de seguir fortaleciendo tales procesos a partir de la formación de nuevas camadas de investigadores y gestores, capacitados para la ingeniería organizacional y el desarrollo de instrumentos idóneos que permitan planificar, ejecutar y monitorear las actividades propias del proceso reformador. No siempre las aplicaciones prácticas vislumbradas desde el análisis económico y sanitario son tomadas en cuenta por los niveles políticos para su implementación, más aun cuando se plantean soluciones coyunturales en medio de las crisis. Pero es necesario seguir profundizando en el análisis riguroso de los contenidos de la investigación, ahondar en la búsqueda de herramientas, y establecer modelos alternativos desde la Economía de la Salud y

a través de su relación con otras ciencias. Sin desanimarse por la supuesta “incapacidad” de los decisores políticos, ni malgastar el tiempo congelando las propuestas a mitad de camino.

Sin embargo, caben algunas reflexiones finales sobre los riesgos de los modelos de reforma macroeconómica que se han orientado excluyentemente a la competencia y concentración financiera de los aseguradores, y que pretenden combinar dudosamente eficiencia con equidad. En primer término, existe latente la posibilidad de la empresarización del sistema, tanto del componente cuasi público como del privado sin fines de lucro. El propio proceso competitivo requiere el ingreso de capitales al sector para sostener la gestión financiera en el “cuasi-mercado”, en función del marketing y administración, y para cubrir los costos de transacción, similar a lo ocurrido con las ISAPRES chilenas.

En segundo término, se corre el riesgo de la descapitalización del seguro solidario por el trasvasamiento preferencial al seguro privado de los trabajadores formales que poseen menores riesgos y mayores ingresos (cream-skimming o descreme). En tercer término, la integración progresiva vertical y horizontal de los proveedores por una parte y de los aseguradores por otra, o de ambos entre sí favorece la concentración, crea barreras de entrada que restringen la competitividad y suma conflicto de intereses. Finalmente, la transformación del beneficiario/paciente en un usuario/consumidor, y la limitación de su capacidad de elección frente a la profundización de la asimetría de información. A esto se suma el control de la autonomía médica a partir de la selección profesional, el establecimiento de programas preestablecidos de atención diferenciada y la incorporación creciente de incentivos económicos.<sup>21</sup>

¿Es posible sostener seriamente que una reforma con estos lineamientos conducirá simultáneamente a la eficiencia, calidad y equidad deseada? *He aquí algo más que la duda hamletiana. Hay evidencias de la incompatibilidad con tales deseos.*

El financiamiento vía instrumentos de mercado no permite cumplir con los objetivos de equidad (R. Molina, OPS;1999). En principio, los modelos de “competencia gestionada” o sus aproximaciones han dado lugar a un incremento del costo directo de los asegurados/usuarios en la financiación de la atención médica, en la mayoría de los países donde se ha avanzado en su aplicación. Y esto es una condición por cierto francamente regresiva. El sistema financiador basado en una capita preestablecida requiere a su vez disuadir el uso de los servicios asistenciales, con lo cual la sucesiva aplicación de pagos adicionales como tickets moderadores han disminuido significativamente el acceso a los servicios, a la vez de reducir la calidad de atención. Paralelamente, hay fuertes evidencias de la condición de lucro. La distribución del gasto en el modelo chileno permite apreciar que de cada dólar gastado, 30 centavos (30%) se destinan a cubrir gastos de administración, en tanto 24 centavos (24%) es lo que obtienen como rentabilidad las empresas. Solo queda para atención efectiva de la salud 46 centavos. (R. Molina, OPS, 1999)

Los datos disponibles que surgen del análisis de los procesos de Reforma en América Latina, dados a conocer por la OPS en su última publicación<sup>22</sup>, no favorecen el optimismo inicial, y por cierto ameritan una profunda reflexión dada la contradicción entre lo planteado en la teoría y lo visto en la práctica. De allí la necesidad de generar ya la discusión sobre una *reforma de la reforma*, en sus aspectos instrumentales. En principio, gran parte de las dificultades para contener el creciente gasto sanitario tienen que ver con la incapacidad de regular la velocidad de innovación y difusión de la tecnología médica más el precio del medicamento a lo que se suma la presión marketinera de la industria farmacéutica. Ambas variables sujetos a la autonomía clínica, en cuanto a la particular decisión del profesional en el proceso de atención médica. También aquí el médico encuentra dos “principales” que condicionan más aún la relación de agencia, para hacerla más incompleta.

Por tal motivo, resulta estratégicamente adecuado plantear si es posible encontrar en la *microgestión* el nudo clave de la reforma sanitaria, a través de la optimización de la gestión profesional, que como instrumento para equilibrar la ecuación costo/calidad avance en el sentido de un mayor involucramiento de los profesionales, principalmente los médicos, en la asignación eficiente de recursos. El desafío es poder controlar la variabilidad de los procesos asistenciales, a partir de disponer de una información adecuada y confiable de los mismos respecto de su costo/calidad, procurando igualar la importancia de la eficiencia económica con la efectividad clínica en el contexto de la Economía de la Salud.

En conclusión, la reforma sanitaria, tal como se ha ido esbozando en América latina, parece deslizarse por un estrecho desfiladero, donde las externalidades derivadas del contexto económico, social y político no auguran un futuro promisorio para la mejora del bienestar de las sociedades. La alternativa del mercado, más la introducción de la “competencia gestionada” como instrumentos de la macrogestión muestran, en los países en que fue introducida, no solo la ruptura del modelo solidario sino la profundización de las inequidades. De allí que sus hipotéticos resultados en cuanto a creación de un “nuevo orden” sanitario no permiten justificar tales perjuicios colectivos, en aras de un abaratamiento de la asistencia sanitaria y una contención efectiva del gasto, como parecen ser sus objetivos, ya alejados de las declamaciones optimistas sobre calidad y equidad para todos.

Salud es uno de los casos donde puede armonizarse el interés del Estado con la lógica del Mercado. Si la salud está determinada de alguna manera socialmente, el Estado tiene la responsabilidad de proporcionar o facilitar los medios para lograr esa salud<sup>23</sup>. Pero la reforma debe dirigirse fundamentalmente al tercer componente: la sociedad. Es preciso seleccionar buenas y mejores políticas, que buenos y mejores métodos administrativos sin tener en cuenta sus fines y objetivos. Los avances de la reforma general del Estado deben traducirse al ámbito de la salud. Esta reforma va encaminada a que los organismos públicos dejen de ser propietarios y productores directos de servicios para convertirse en promotores del bien común, planificadores estratégicos, movilizadores de recursos, generadores de normas, catalizadores de la actividad privada, evaluadores del desempeño y garantes de la justicia<sup>24</sup>. En síntesis, no solo reformar el poder del Estado, sino reformar el sistema según el cual se ejercita el poder. Teniendo siempre presente la frase que pronunciara hace medio siglo el más notable sanitarista argentino del siglo XX, Ramón Carrillo: *“No hay política sanitaria sin política social. Y no hay política social sin una política económica que la contenga.*

La transformación del sistema sanitario no solo es una necesidad, sino un camino sin retorno. Despojado de ortodoxias y reduccionismos, pero reflexionando sobre las complejidades que poseen la resolución de las inequidades y la obtención de eficiencia. En un contexto signado por la pobreza, la precarización laboral y la ampliación de las brechas de ingreso, que sostienen la cada vez más difícil necesidad de alcanzar mínima igualdad de capacidades para todos los ciudadanos. Creo conveniente dejar planteada esta cita de Amartya Sen<sup>25</sup>: *el desafío de la equidad es procurar igualar las circunstancias sociales que cada persona posee, de forma tal que las posibles desigualdades entre los componentes de una sociedad no hayan resultado un fenómeno derivado del azar, de un proceso natural, o simplemente de una situación histórica y cristalizada como manifiestamente injusta, sino implícitamente un punto de partida para una definida decisión individual – toda persona debe poseer idénticos derechos básicos- en este caso la salud integral y no la mera ausencia de enfermedad. No solo como herramienta para participar activamente en la sociedad, sino para permitirle definir elecciones como sujeto económico a partir de su propio capital humano, con absoluta libertad.. . Que así sea.*

## **Bibliografía**

1. **Williamson, J.** Revisión del Consenso de Washington. En "El desarrollo económico y social en los albores del Siglo XXI". BID; 50:63; 1998
2. **Ramírez, Berenice;** Mitos y realidades del efecto Tequila y sus repercusiones. Revista de la UNAM, México; 1996
3. **Klein, Emilio;** Mercados laborales, estratificación y consecuencias sociales en América Latina; Cuadernos del Foro de Investigación del Observatorio de la desigualdad y la exclusión social. SIEMPRO, Buenos Aires; 1999
4. **Kliksberg, Bernardo.** ;Los escenarios sociales en América Latina y el Caribe. En Rev. Panamericana de Salud Pública, Vol. 8; Nros. 172, 105:117; 2000
5. **World Bank Report 1997**, Washington DC; 1997
6. **Banco Interamericano de Desarrollo.** América Latina frente a la desigualdad. Parte dos, 47:48, BID, 1998
7. **Banco Interamericano de Desarrollo.** Op.Cit
8. **Urbanos Garrido, Rosa;** Análisis y evaluación de la equidad horizontal interpersonal en la prestación pública de servicios sanitarios. Tesis de doctorado. Universidad Complutense de Madrid. 1999
9. **Banco Interamericano de Desarrollo.** Op.Cit
10. **Molina, R. y col.** Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. Rev.Panam. Salud Pública. 8; 71: 83; 2000
11. **Ortún Rubio, Vicente.** La Economía en Sanidad y Medicina. Instrumentos y Limitaciones. Cap. 1; 24:26; Ed. La Llar del Libre; Barcelona; 1991
12. **Del Prete, Sergio H.** Transformación económica, salud y equidad. Perspectiva Latinoamericana. Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Año 5; Nro. 16; 159:178; Lima, Perú; 2000
13. **Del Prete, Sergio H.** Op.Cit.
14. **Del Prete, Sergio H.** Op.Cit.
15. **Dornbush, Rudinger.** Pobreza, causas y programas de acción. En Políticas de ajuste y pobreza. BID; 233:237; 1995
16. **Stiglitz, Joseph.** La economía del sector público. Editorial Antoni Bosch; 22:23; Barcelona; 1988
17. **Ortún Rubio, Vicente,** La contribución de la economía de la salud a la reforma y gestión de los sistemas de salud. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España, 1996
18. **Del Prete, Sergio H.** Los caminos de la reforma del sector salud. Cuadernos de Economía de la Salud del CIESS. 1999
19. **Del Prete, Sergio H.;** Economía y salud en tiempos de Reformas. Un camino crítico entre equidad y exclusión, CapVI;315:316. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata, La Plata; 2000
20. **Del Prete, Sergio H.** La Salud en tiempos de Reformas. ¿Adónde vamos? Conferencia Magistral en el XXXVI Aniversario del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Revista Seguridad Social Nro. 217; 20:33; México D.F. 1999
21. **Del Prete, Sergio H.** Gestión clínica y ecuación costo/calidad. Una propuesta para la reforma de la Reforma Sanitaria. Revista Medicina y Sociedad. Buenos Aires; 2001
22. **Pan American Journal of Public Health.** Número especial sobre Reforma del sector de la salud en América Latina. OPS; Vol. 8 Nros. 1-2; Julio-agosto de 2000
23. **Alleyn, George.** La salud en una sociedad mejor. Conferencia Magistral en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad social. México D.F..2000
24. **Juárez Ruiz, Claudia.** Regulación y competencia en el mercado de la salud: Análisis desde la perspectiva de la equidad. IX Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Iguazú, Argentina; 2000
25. **Sen, Amartya.** "Sobre ética y economía". Ed. Basil Blackwell. Oxford. UK, 1987

