

Sistema de salud mixto neoliberal quizás abuso, engaño o torpeza, pero siempre privatización

*Ernesto A. Selva Sutter**

Resumen

Este artículo contiene una discusión sobre el contenido ideológico de la propuesta que favorece la combinación de lo público y lo privado en el sistema de salud. Tanto la postura que está a favor de esta combinación como la que la rechaza se fundamentan en un conjunto de creencias, explicaciones y expectativas acerca de la naturaleza del mundo. Asumen premisas que no constituyen hechos científicos, puesto que no han pasado la prueba de la comprobación, la cual discrimina entre hechos y posibilidades. Ahora bien, en qué proporción la ideología contribuye a la formulación de cada postulado o, dicho de otra forma, cuál de ellos está más fundamentado en hechos científicos que en creencias. Lo cierto es que el modelo mixto de público y privado no funciona, pues no es más que entregar dinero público al sector privado para su propio beneficio; por lo tanto, el enfoque debe ser público. El hecho es que la privatización de la salud hace de la vida una mercancía, comprada y vendida por las grandes compañías de seguro y los planes de salud.

1. Introducción

El título de este artículo se presta para que quienes apoyan las políticas neoliberales, y sus diversas combinaciones de lo público y lo privado en la provisión de servicios, lo desprestigien por su su-

puesta orientación ideológica. No obstante el riesgo, se mantiene porque facilita la discusión de uno de los aspectos más álgidos de la cuestión: el contenido ideológico de la propuesta que favorece la combinación de lo público y lo privado en el siste-

* Jefe del Departamento de Salud Pública de la UCA.

ma de salud. Tanto la postura que está a favor de esta combinación como la que la rechaza se fundamentan en un conjunto de creencias, explicaciones y expectativas acerca de la naturaleza del mundo. Asumen premisas que no constituyen hechos científicos, puesto que no han pasado la prueba de la comprobación, la cual discrimina entre hechos y posibilidades (72). La cuestión es en qué proporción la ideología contribuye a la formulación de cada postulado, o, dicho de otra forma, cuál de ellos está más fundamentado en hechos científicos que en creencias.

El Banco Mundial con su paradigma "invertir en salud" de 1993 advirtió que las características de la salud son tales que el mercado falla de forma sistemática, que el financiamiento privado no es la solución y que el público siempre es necesario para los pobres, discapacitados, ancianos y los enfermos crónicos (72, 101). La iniciativa de *repensar* la combinación de lo público y lo privado¹ en los servicios de salud y las políticas para aumentar la participación del sector privado en dichas combinaciones, a menudo *obedecen a tensiones y presiones financieras*. Aunque se puede alegar que el sistema de mercado puede alcanzar el óptimo de Pareto, es claro que en *un sistema de mercado puro*, el acceso a la salud depende de la habilidad y disposición individual para pagar el servicio (20, 26, 29).

La primera referencia ampliamente difundida sobre los cambios en la orientación de las políticas de salud se relacionan con su financiamiento. En una publicación, el Banco Mundial propone disminuir la responsabilidad del gobierno en el financiamiento de intervenciones sanitarias sin externalidades, con lo cual la atención curativa queda excluida, excepto la atención a los más pobres (36). En consecuencia, el Banco Mundial propuso cuatro políticas financieras (1987) con el propósito de congelar el gasto público en salud y de financiar los sistemas de salud: cobrar aranceles por servicios curativos, pero exonerando a los más pobres; ampliar el seguro obligatorio a los trabajadores del sector formal; *incentivar al sector privado* a ofrecer aquellos servicios curativos que la población está dispuesta a pagar; y descentralizar los establecimientos públicos, cuyos servicios *pueden ser cobrados* a los usuarios, en especial los hospitales (36). Así, pues, el origen y la intención del replanteamiento de la penetración priva-

da o del consorcio público-privado están vinculados a la capacidad persuasiva del Banco Mundial.

Asimismo, es evidente que si el afán de lucro del sector privado no es controlado por la competencia, ni por consumidores informados, lo cual, en la práctica, es imposible, la apertura al mercado privado puede crear más problemas que los que, en teoría, pretende resolver. Muchos conceptos que ahora parecen novedosos y como tales son presentados como posibles soluciones, ya entonces mostraron sus debilidades. El concepto estadounidense de organización de mantenimiento de salud (*HMO* en inglés), el cual parte de la creencia que la integración de las funciones de proveedor y asegurador frenaría la inflación de los costos, se estrelló contra la realidad. El costo de esta organización aumenta tanto como el resto del sector (20).

Antes de la gran ofensiva privatizadora de la atención de salud, en 1993, se concluyó que, desde una perspectiva económica, no hay combinación correcta entre lo público y lo privado. La privatización pretende crear o acelerar el cambio en la provisión y el financiamiento privado de los servicios, pero este movimiento es *ideológico*, cuyo fundamento está en una concepción individualista de la sociedad (20). La práctica ha confirmado repetidamente el fundamento ideológico de esta iniciativa. Los economistas, por ejemplo, afirman que, desde 1973, cuando se hizo oficial el colapso del sistema de Bretón Woods, la mayoría de los países industrializados experimentaron *un crecimiento mucho más lento* de su producción y los salarios reales, *las tasas de desempleo subieron* y *la desigualdad del ingreso fue mayor* (27).

El retiro del apoyo económico gubernamental a los pobres obedeció, en parte, al escepticismo acumulado acerca de la capacidad de los gobiernos para compaginar la inflación de los precios y la disminución del crecimiento. El empleo fue *ideología popular* en la década de los ochenta (27, 79). La globalización de inspiración neoliberal, además de descansar en *opiniones y supuestos*, es impulsada por poderosas fuerzas políticas, en particular Estados Unidos (94). En la década de los setenta, la crisis económica propició una *corriente de opinión* que responsabilizó de ella al capitalismo del

1. La combinación ha existido desde hace mucho tiempo, en muchos países. Repensar significa favorecer la penetración del sector privado con afán de lucro y la aplicación de las leyes del mercado, en el sector público.

bienestar, al keynesianismo y al fordismo. *Se supuso* que a eso se debía la reducción de incentivos para el ahorro, el trabajo y el riesgo en el negocio. Entonces, los países industrializados se embarcaron en el proceso de “ajuste estructural”, el cual, se presupuso, conduciría a “la solución”. En realidad, éste ha sumido al mundo en estados de desorden (93, 94). No hay, pues, evidencia científica ni éxito empírico, que sustente estas ideas.

El periodo neoliberal responde a una crisis del capitalismo, asociada a tasas de éxito macroeconómico en crecimiento per cápita e inversión considerablemente más bajas que las del periodo inmediato anterior (14, 27, 94). Contrario a la propaganda, el neoliberalismo nació y se desarrolló en medio del descenso de la ganancia y se inscribe en una política de globalización, que fomenta el comercio internacional a costa de los mercados locales, en nombre de la eficiencia (19). La ideología neoliberal no fomenta políticas de crecimiento económico en general, sino que busca ganancias, apropiándose de los mercados y la riqueza existentes. Es decir, sus ganancias no provienen de la ampliación del mercado, sino de su apropiación. De ahí que la concentración del ingreso le sea inherente. Asimismo, es inevitable que el crecimiento del producto mundial bruto sea cada vez más lento, lo cual promueve más aún la concentración de la riqueza. Esto, a su vez, hace descender la demanda global. Se acerca la hora en que no haya espacio ni siquiera para todo el gran capital (19).

Como si esto fuera poco, el carácter ideológico de repensar la combinación de lo público y lo privado para privatizar los servicios públicos de atención de salud, queda en evidencia cuando el Banco Mundial utiliza la premisa, no demostrada ni demostrable, de que la salud pertenece al ámbito privado. Su único argumento es que lo que las personas hacen con su vida y la de sus hijos es mucho más importante que cualquier acción gubernamental (43, 72). No obstante sus contradicciones y que ha sido demostrado el carácter injusto de la política de prevención de la enfermedad que atribuye responsabilidad sólo a los individuos (91), la teoría del Banco Mundial va más allá. Este avance es facilitado porque en las ciencias de la salud todavía prevalece la separación de salud individual y colectiva (72).

A partir de estas premisas, el Banco Mundial intenta *persuadir a los gobiernos para que se desentiendan de la salud, excepto cuando el sector*

privado no puede o no quiere prestar el servicio. El Estado sólo debe invertir sus pocos recursos en la producción de bienes públicos de salud, pero de tal manera que todos se beneficien de ellos (no exclusividad) y que el uso de uno no excluya el de otro (no rivalidad). Esta concepción solo incluye, por lo tanto, el combate contra los vectores, la contaminación, información, etc. (43, 72, 88). Se olvida que la experiencia acumulada por la práctica social determina el carácter público de ciertos bienes, acciones, metas, ideas o de la salud misma. Hace caso omiso que el carácter de bien público es adjudicado a partir de lo que la sociedad considera valioso o prioritario, y, por consiguiente, decide asumirlo como un valor superior, lo institucionaliza y, muchas veces, si es el caso, lo financia de forma colectiva (43, 63, 72). Es difícil definir un bien público a partir de la evidencia experimental (72).

El concepto del Banco Mundial también pasa por alto la evidencia científica que sostiene que *los procesos de salud y enfermedad son unidimensionales*, en tanto socionaturales —en oposición a la bidimensionalidad: social y natural—, y, en consecuencia, colectivos, en causalidad y desarrollo (79, 82, 84). La salud o la enfermedad como fenómeno biológico e individual autónomo es un mito. Los procesos de salud y enfermedad se articulan por su causalidad estructural al hecho socionatural general —que la tradición llama social, pero otros lo llaman formación económico-social (79, 82, 84).

El estamento biomédico y el Banco Mundial tienden a ignorar la falsa dicotomía individual y colectiva. Sin embargo, se ha señalado que incluso ser y devenir son aspectos duales de la naturaleza, que los efectos cualitativos, del contexto o de la interacción se pueden perder, si los fenómenos son aislados. De ahí la importancia de prestar atención a los objetos reales, en el espacio y el tiempo, más que a las abstracciones idealizadas (45). La interacción social niega la limitación individual. Aunque hay que hacer distinciones, la interacción de todos los aspectos de la realidad advierte del peligro de materializar esas abstracciones (45). Las partes implican el todo y el todo implica las partes. De la misma forma, el pensamiento científico ha sustituido la noción de cosas por las de proceso y relación (53).

En las ciencias de la salud es permitido seccionar la realidad, pero sin olvidar *la relatividad de su independencia* (79). En el mundo fáctico y de “comprobaciones” no hay fenómenos rígidos, en-

cerrados en sí mismos y aislados. Es posible descubrir mediaciones entre los fenómenos con las características de éstos. Las mediaciones pueden ser entendidas como espacios de influencia mutua o tránsito recíproco. Las características de la mediación no se identifican con las características de alguna de las entidades que media (79). Dicho de una forma más concreta, *se trata de procesos de salud y enfermedad, causados estructuralmente*. Son procesos socionaturales dinámicos, transformables y transformadores, con su historia y relaciones internas y externas. Su historicidad depende del provenir de algo más. Son transitorios y perecederos. La acción humana puede transformarlos (79).

La biomedicina y el Banco Mundial también tienden a ignorar la concepción ampliada de la interacción, la cual sostiene que lo objetivo y subjetivo, la mente y el cuerpo, lo individual y colectivo se crean el uno al otro. Son partes distintas de un mismo proceso (91). Esta concepción supera la relación estática causa-efecto. La interacción se comprueba incluso a nivel molecular, atómico y subatómico (45, 79, 82, 83, 84, 91). Esta concepción dinámica de interacción de la causa estructural (66, 80) se aplica al proceso de salud y enfermedad. Rechaza, por tanto, falsas dualidades entre lo individual y lo colectivo, y entre lo social y lo natural o biológico. El proceso de salud y enfermedad es *unidimensional, en tanto colectivo y socionatural*. Los *casos individuales* de salud y enfermedad son *expresiones episódicas*, las cuales dependen de un proceso socionatural y colectivo más amplio” (79, 82, 83, 84).

En consecuencia, la salud y enfermedad no poseen una dimensión individual y otra colectiva, las cuales pueden escindirse (79). No se pueden, pues, reducir a casos o a la suma de casos biológicos e individuales. Niega que los casos individuales de salud o enfermedad sean *expresiones biológicas* de fenómenos sociales más amplios o procesos en los cuales lo biológico individual se transforma en social, a través de “cajas negras”. Niega la explicación de los problemas de salud y enfermedad como flujo de hechos singulares o generales que, supuestamente, ocurren en dimensiones diversas y descarta el énfasis exagerado en lo biológico y en la acción

asistencial institucionalizada. Estas propuestas no pueden explicar bien el cómo y por qué de los fenómenos (79). Dicho de otra manera, la causalidad de los procesos de salud y enfermedad no es única y simple, ni tampoco múltiple —de redes o cadenas— de la tríada ecológica —agente, hospedero y ambiente—. Asimismo, niega la propuesta de las causas múltiples suficientes de Rothman (79). Tampoco admite la sustitución de categoría apareadas, causa-efecto por determinación-condicionamiento, o por determinación, en el contexto de “epidemiología pragmática”. Rechaza equiparar causas con factores de riesgo, los cuales se usan para elaborar programas. El condicionalismo o el

determinismo general o algunas de sus aplicaciones modificadas tampoco son opción válida (79). En síntesis, el Banco Mundial y el estamento biomédico tienden a ignorar que “cada día la investigación confirma el origen social de enfermedades, cuya solución requiere de respuestas coordinadas entre acciones individuales e intervenciones comunitarias” (29) y la interpretación socionatural y estructural de estos procesos (79, 82, 84).

No es posible dar una respuesta que explique con seguridad esta situación compleja. Ahora bien, según Tesh, las ideas acerca de las causas, la prevención e incluso la naturaleza de la enfermedad —o de la salud— rara vez son determinadas a partir de criterios científicos. Por consiguiente, los planes o las políticas de salud, a menudo, son política que, al menos en parte, esa complejidad responde a la influencia de ciertos sectores.

Esto no es todo. La discusión teórica de la salud pública, independientemente del enfoque que se adopte, es difícil, porque la definición del término y sus explicaciones están cargadas de significados ambiguos (72). Esta ambigüedad intrínseca más las presiones ideológicas y políticas llevan a propuestas más ideológicas que científicas y sin lugar a dudas políticas. También favorece las propuestas congruentes y plausibles, en apariencia, atractivas, desde una perspectiva política, pero absurdas y arriesgadas.

Una de esas propuestas es la que propone combinar lo público y lo privado, en el servicio de

La ideología neoliberal no fomenta políticas de crecimiento económico en general, sino que busca ganancias, apropiándose de los mercados y la riqueza existentes.

salud pública. Es una propuesta ideológica, la cual responde a la ideología del libre mercado neoliberal, tal como la proponen el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (33). Esta propuesta es una alternativa a la privatización abierta, en áreas menos manejables como la de la salud (46). Por lo tanto, se impone evaluar la tesis contraria, la cual no admite mezclas, para evidenciar su contenido ideológico relativo. En efecto, hay que considerar un *sistema único de naturaleza pública*, eficiente, eficaz y equitativo. Su responsabilidad es brindar protección sanitaria estatal, es decir, autónomo e independiente del sistema privado. En consecuencia, la administración, la legislación y sobre todo el financiamiento del sistema público debe ser independiente del privado. Es más, *el sector privado debe ser controlado, regulado o supervisado* por el sistema público (73). Dicho de otra manera, hay que exponer el fundamento científico de esta alternativa y compararla con la propuesta que combina lo público con lo privado. Se supone que una intervención estatal reforzada por el mercado será más eficiente y eficaz (72).

2. El rechazo científico al enfoque mixto de mercado

Existen varias razones para rechazar esta propuesta mixta. El enfoque sacionatural y estructural, ya explicado antes, no la respalda. Tampoco las ciencias económicas. La experiencia de intervenciones, en diversas partes del mundo, lo desautorizan.

La Declaración del Milenio, producto de la cumbre del mismo nombre, de Naciones Unidas, dice que “La globalización es muy beneficiosa para algunos y es potencialmente beneficiosa para todos, pero solo si los estados trabajan conjuntamente para que los beneficios lleguen a todos. En contraste, miles de millones quedarán abandonados a la pobreza y otros países emergentes están a merced de súbitos cambios económicos” (33). Las estadísticas hablan por sí mismas. Entre 1994 y 2002, las 200 personas más ricas del mundo acumularon fortunas superiores a los mil millones de dólares, mientras que más de 1 200 millones de personas vivían con menos de un dólar diario. De ellas, más de 600 millones eran niños. Otros 2 800 millones de personas vivían con menos de dos dólares al día —en un mundo con poco más de 6 mil millones de habitantes (85)—.

La globalización no beneficia a todos ni consolida las economías de los países subdesarrollados,

por las políticas del llamado Consenso de Washington y la estructuración del mercado. En efecto, esas políticas subordinaron el Estado al mercado, liberaron los tipos de cambio, los intereses y las inversiones extranjeras directas, la disciplina fiscal, la máxima participación en el intercambio internacional, la promoción del comercio exterior, la privatización de las empresas públicas, el progreso social como consecuencia del crecimiento económico, la garantía absoluta de los derechos de propiedad privada y la imposición de un único modelo de desarrollo (33).

La aceptación de este pensamiento único es renunciar a alternativas, incluso en el sector salud. En efecto, según la Oficina Panamericana Sanitaria y la Organización Mundial de la Salud, el regreso al liberalismo es resultado del fracaso del socialismo real y de las crisis de los años ochenta. Así se consolida la globalización económica como *camino indiscutible* para un nuevo orden internacional y como *doctrina única* para organizar la producción y la prestación de servicios. En efecto, el neoliberalismo comprende una serie de reformas sectoriales de la salud (54, 72). Además, cabe objetar que se puedan conseguir una combinación “bien balanceada” o “apropiada” de lo público y lo privado. Hay sistemas y políticas diferentes, impulsadas por gobiernos con orientaciones distintas. Eso sin considerar que el sector salud incide en esferas más amplias que la propia atención o servicio (20, 26).

La valoración de cualquier combinación de lo público y lo privado, en el campo de la salud, debe partir de los criterios de *equidad y eficiencia* (26). Lo contrario, por ejemplo, recomendar, desde la teoría económica, una determinada combinación es contradictorio con el carácter procesual de la salud, el cual exige un poder y una administración apropiada. Este puede ser fortalecido por el plan o la política que se escoja, pero también es influenciable por los planes, impulsados por otras organizaciones (71, 81, 95).

Cuando se propuso introducir el mercado libre en el sector salud se advirtió también que cierto tipo de atención de salud transgredía los presupuestos de la competencia perfecta, hasta el punto que estaba fuera del alcance del sector privado (20). Si esto es así, el fundamento mismo de la propuesta resulta cuestionado y ésta ambigua; aparte que se presta a arbitrariedades. Es decir, si la referencia es la *competencia perfecta*, hasta qué punto puede ser modificada y continuar siendo perfecta. Es

más, desde la teoría económica, el mercado libre es eficiente y produce un estado de bienestar, conocido como el óptimo de Pareto, siempre y cuando cumpla con ciertas condiciones². Según este óptimo, no se pueden introducir cambios sin provocar que al menos alguien sufra un deterioro (20). Sin embargo, los mercados no funcionan tal como lo enuncia la teoría y hay un número infinito de estados de Pareto. Por lo tanto, no es posible comparar el bienestar de diferentes individuos ni se puede afirmar nada sobre la distribución y las preferencias de la sociedad (20). Finalmente, no hay que olvidar que el objetivo principal de la política neoliberal es aumentar el papel del sector privado en los asuntos públicos como un medio para revalorizar el capital y aumentar su rentabilidad (20, 26).

Nada de esto ha sido suficiente para detener la marcha privatizadora, que define el bien público desde criterios tan ideológicos como el de la no exclusividad y la no rivalidad. Según esta definición, la atención de salud y la curativa son bienes privados o bien públicos y privados al mismo tiempo. Por lo tanto, pueden ser prestados por el sector privado en su totalidad (20,43,63,72). En realidad, es difícil que esta tendencia se detenga, porque no está motivada por razones de orden académico, sino políticas, aunque disfrazadas de ciencia. Llama la atención que el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, aun desde su racionalidad pro sistema, sostenga que los gobiernos suelen asumir la financiación y prestación de servicios sociales básicos —atención médica básica, educación primaria, agua y saneamiento—, porque, entre otras razones, son bienes públicos y porque el precio de mercado no reflejaría su valor intrínseco ni su beneficio social. En consecuencia, es difícil apreciar el beneficio de su privatización. Es más, abundan las experiencias de fracasos mercantiles de la empresa privada. Los mercados de los servicios clínicos y los medicamentos presentan

muchas fallas y son susceptibles a ser utilizados más allá de lo estrictamente necesario (58).

La privatización de los servicios de salud implica la acción gubernamental para generar o acelerar los cambios necesarios para que el sector privado preste y financie el servicio. Eso pese a que la experiencia indica que este sector se concentra en la atención curativa y a que la privatización exige un sector público fuerte para poder operar de forma equitativa (20, 26). Es decir, las políticas gubernamentales impulsan la privatización, pese a que fomenta el tratamiento paliativo y curativo, cuando lo importante es prevenir, y promueve el debilitamiento del sector, cuando éste debe ser fortalecido.

[...] el Banco Mundial y el estamento biomédico tienden a ignorar que “cada día la investigación confirma el origen social de las enfermedades, cuya solución requiere de respuestas coordinadas entre acciones individuales e intervenciones comunitarias” (29) [...]

A partir de los criterios de equidad y eficiencia —mejor y/o más al menor costo posible—, formulan otro argumento, construido a partir de suposiciones: el sector privado promueve la eficiencia que falta en el sector público y éste la equidad de la cual carece el sector privado, puesto que orienta sus actividades a las áreas más rentables y tien-

de a florecer en los asentamientos urbanos y entre los más ricos (20, 73). Este argumento ha “evolucionado” hasta el punto de equiparar a la empresa privada con la eficiencia y la honestidad y al sector público o a la empresa pública con la ineficiencia, la corrupción y quizá con el potencial de proveer equidad bajo la influencia del sector privado (62, 81). Sin embargo, ni la empresa pública es tan ineficiente ni la privada es tan eficiente, y la corrupción se encuentra en ambas empresas (62, 81). La inversión privada puede ser absurda y la pública, inteligente, y viceversa (27).

La cuestión no es eliminar lo público, sino el afán del sector privado por disponer del patrimonio público con entera libertad para su propio beneficio. El mercado proporciona vitalidad e impul-

2. El primer teorema de la economía del bienestar afirma que el mercado es capaz, sin la intervención pública, de conseguir una situación de óptimo paretario, siempre que se cumplan los requisitos de un modelo de competencia perfecta: gran número de agentes sin capacidad para influir en los precios, sin restricciones a la entrada, inexistencia de rendimientos crecientes a escala, información perfecta entre los agentes del mercado y mercados completos (56).

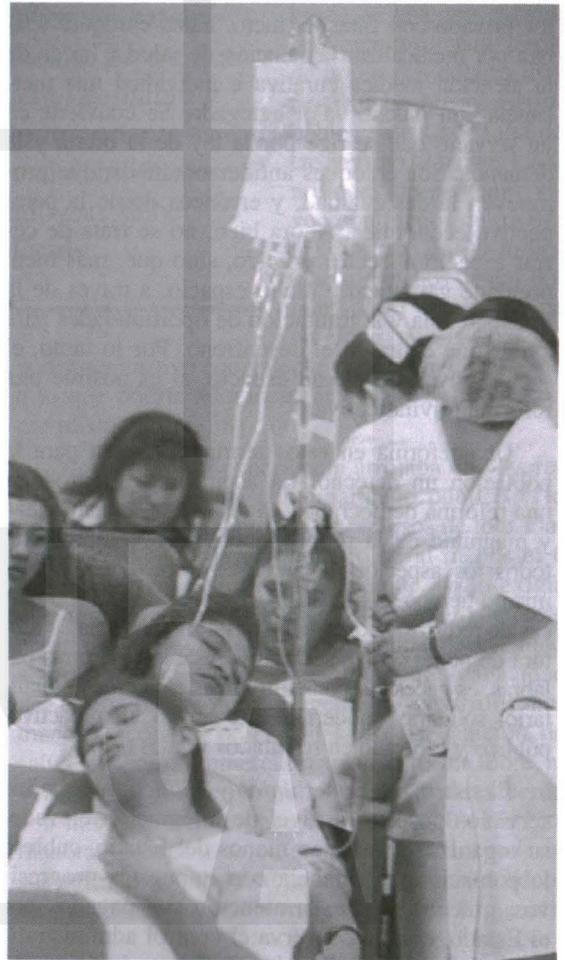
so innovador al capitalismo, y también lo disciplina. Su propósito es doble: solucionar problemas de coordinación de la producción y distribución, y crear "externalidades"³ o efectos secundarios como resultado de una interacción casi sin restricciones entre compradores y vendedores (27). Esas externalidades pueden ser molestias ambientales como el calor y el humo o factores externos, relacionados con cuestiones de igualdad, justicia y la moral social. El problema es que la eficiencia del mercado obvia las consideraciones morales (27). Por eso, abrir el mercado a áreas críticas del bienestar es muy arriesgado, dadas sus deficiencias e imperfecciones.

En efecto, el mercado no posee la universalidad que le atribuye. Algunas dimensiones de la calidad de vida de la población no pasan por el mercado (62). Algunas medidas de salud son bienes públicos puros —pueden ser usados de forma ilimitada— o crean externalidades positivas. Estos bienes y sus consecuencias no están al alcance del mercado o éste los produciría de una manera deficiente (101). El ordenamiento jurídico, la salubridad, la sanidad ambiental, la defensa y la seguridad ciudadana no dependen del mercado. En el ámbito familiar también existen operaciones que tampoco pasan por el mercado —la herencia, la transferencia de dinero de padres a hijos para su sustento, la educación, la recreación y la prestación de servicios domésticos por parte de las amas de casa—. La asignación de recursos por donación interna dentro de una gran empresa o en una transnacional tampoco pasa por el mercado, sino que se ejecutan de forma centralizada, de acuerdo al criterio de planificación de dichas empresas (62).

El sistema fiscal, la seguridad social y la producción de bienes públicos son mecanismos de redistribución, los cuales corrigen la incapacidad del mercado para repartir de forma equitativa. De esta manera, las desigualdades económicas y sociales son más tolerables (62). En cambio, el mercado asigna de forma eficiente los recursos para producir riqueza; pero aun así, es defectuoso ahí donde debiera ser fuerte: en la asignación. Funciona mal cuando hay divergencia entre los costos y los beneficios privados y sociales. Dejado a sí mismo, el mercado provoca desempleo, pobreza, guerra y daños ecológicos irreparables. En cuanto aban-

dona la *competencia perfecta del modelo abstracto*, sus imperfecciones reales (los monopolios), los factores (los sindicatos y las gremiales empresariales), las rentas especiales derivadas de la innovación tecnológica, las economías de escala y una serie de variables externas, hacen que los costos no coincidan con los beneficios privados y sociales. Entonces, es necesaria la intervención para corregir las desviaciones. Al abandonarse a las fuerzas imprevisibles y desiguales del mercado, se renuncia a humanizar la sociedad y el individuo. En vez de humanizar, se produce el enriquecimiento y se opta por la injusticia, la ambición, la polarización social, etc. (62).

Por consiguiente, plantear la combinación de lo público y lo privado es problemático. La trans-



3. Según el Banco Mundial, las externalidades son beneficios o pérdidas que se transfieren de una persona a otra, son deficiencias positivas o negativas del mercado (101).

ferencia de propiedad pública a manos privadas no tiene otro propósito que crear espacios para la valorización del capital acumulado en muy pocas manos, y satisfacer el afán de lucro o reducir el gasto público para pagar la deuda externa (28, 51, 72, 77). Si a esto se agrega que la acumulación de capital puede llevarse a cabo por vías legales e ilegales, ambas injustas en muchos casos, la perversidad de la maniobra privatizadora, a través de combinar lo público con lo privado, es evidente.

3. La lección de la experiencia

Si lo que se persigue es construir un sistema de salud eficaz, eficiente y equitativo, *no hay espacio* para el mercado ni *para el enfoque mixto* ni para cualquier otro que favorezca la penetración del sector privado con fines de lucro. Estos enfoques acaban por medicalizar la atención de salud y hacen de la atención médica curativa e individual una mercancía con mucho valor agregado. Se convierte en un servicio que se rige por la ley de la oferta y la demanda. Son enfoques antidemocráticos, que promueven la desigualdad, y erróneos desde la perspectiva económica. Ahora bien, no se trata de cerrar espacio al sector privado, sino que, más bien, pretende garantizarle dicho espacio, a través de la transparencia y la limitación de oportunidades para evitar que caiga en el desenfreno. Por lo tanto, el sector privado tiene un espacio, si es posible una reforma reivindicativa.

Una reforma en estos términos rescata para la población un derecho. La aspiración es introducir una reforma democrática, la cual, dada la naturaleza y magnitud de la problemática, debe comprometer todos los aspectos de la vida nacional y exigir al mismo tiempo su transformación. Para ello, las políticas de redistribución, orientadas a modificar la estructura de poder social, son indispensables. En otras palabras, es necesario construir un sistema único, igualitario, solidario, modernamente universal, proactivo, público y centrado en resultados finales (73).

El sistema debe ser *único y público*, porque los servicios poseen un nivel de integración elevado, su organización está en manos del Estado, cubre a la población, se financia con impuestos progresivos, quienes prestan la atención son pagados por el Estado, el cual conserva el control administrativo y, en consecuencia, el poder como instrumento de su desarrollo (73) al estilo de los sistemas nacionales de salud europeos (17). Esto no significa que el sistema sea exclusivamente único y públi-

co. Por eso, es necesario enfatizar que debe ser un compromiso de Estado y operar desde un fondo específico, distinto al fondo común. Así como también debe estar completamente separado del sistema privado, el cual, sin embargo, debe ser *controlado, regulado o supervisado* por el sistema público (73). Esto es indispensable porque las tendencias a la desigualdad y las presiones neoliberales no desaparecerán con facilidad. Así, el sistema aquí propuesto está garantizado.

El mismo Banco Mundial insta a enfrentar los desafíos del desarrollo desde una perspectiva más integral. En efecto, el Banco asegura que para proveer de trabajo productivo y una mejor calidad de vida a las generaciones actuales y futuras de los países subdesarrollados, será necesario que ingreso y productividad aumenten de forma considerable. Pero para ello es indispensable manejar bien los problemas sociales, económicos y ambientales, así como también las oportunidades de una transición a un mundo predominantemente urbano. Esto supone atender las necesidades de cientos de millones de personas que viven en tierras frágiles, cosechar el "dividendo demográfico" de las tasas de dependencia y menor crecimiento de la población y prevenir las presiones sociales y ambientales, tanto locales como mundiales. Aunque los problemas y las oportunidades adoptarán formas diferentes, según cada lugar, muchas cuestiones y mecanismos para abordarlos son comunes (25).

Junto a esta invitación, el Banco Mundial advierte sobre la existencia de grandes segmentos de población sin activos fijos y sin influencia eficaz, lo cual impide el surgimiento de instituciones que puedan captar las señales con anticipación, equilibrar los intereses y comprometerse a llevar a cabo las decisiones. Por eso, *no se adoptan, ni ejecutan políticas* para evitar el desperdicio de muchos activos, en particular los ambientales y sociales (25). Si no se controla el cambio climático, las consecuencias podrían ser muy serias; pero ello solo puede conseguirse en el largo plazo y con una acción concertada (25).

No obstante lo anterior, el Banco Mundial no ha modificado su ideología neoliberal. Atribuye la amenaza que se cierne sobre el activo ambiental y social a la actividad individual —la contaminación y la menor confianza en las instituciones—. Esas acciones imponen costos ambientales y sociales en otros individuos, porque el causante no asume su responsabilidad. Es decir, porque, según el Banco,

los beneficiarios gratuitos no encuentran incentivos para contribuir al mantenimiento de los bienes públicos, de los cuales, por otro lado, no pueden ser excluidos. La solución que propone es una política que equilibre los incentivos individuales y sociales, mediante impuestos, subsidios, regulaciones o *nuevos mecanismos planificados de mercado* (25). El Banco Mundial insiste, pues, en el individualismo incluso para responsabilizar del costo ambiental. Pero el problema no es individual ni simétrico, sino colectivo y asimétrico. En el caso particular del medio ambiente y de lo social se privatizan los beneficios, pero se colectivizan riesgos, daños y pérdidas más sensibles. En el caso de la salud pública, la posibilidad para transmitir enfermedades infecciosas, no infecciosas y la "contagiosidad" de conductas no salutogénicas, tales como las violentas, junto con la amenaza ambiental, derivada de la contaminación del aire, el agua y el suelo, el agotamiento de los recursos naturales no renovables, los procesos tecnológicos que alteran el paisaje de la salud mundial, como la *penetración del mercado en el servicio sanitario* y otros, están relacionadas con la globalización y se originan en *los procesos de producción* y en *las pautas de consumo* insalubres de una economía globalizada (21).

En este contexto es pertinente preguntarse por el significado de la pobreza⁴. Es bastante claro que, según el Banco Mundial, mientras la población mundial alcanza los 9 198 millones, en el año 2050, habrá, de forma simultánea, al menos 3 mil millones de nuevos pobres (59). Esto significaría que se generarán 63.8 millones de pobres anuales, en los siguientes 47 años, una cifra espeluznante, si se considera que la población mundial tendrá un incremento aproximado de 80 millones por año, según estimaciones confiables (97). El aumento de los pobres representaría casi el 80 por ciento del aumento poblacional anual en esos años. Si esto es así, las estadísticas mostrarían el fracaso de la ini-

ciativa neoliberal contra la pobreza y a favor del bienestar (25, 52, 54, 58, 86, 100, 101). Esta conclusión lleva a otra cuestión, el propósito verdadero de las iniciativas neoliberales, incluida la de combinar lo público con lo privado para prestar servicios de salud.

Los índices de desarrollo humano muestran que solo 30 países de 155 tuvieron un crecimiento económico superior al 3 por ciento, es decir, el 47 por ciento de la población mundial. Es imposible que el ingreso aumente en una economía estancada. Ahora bien, el crecimiento económico es indispensable, pero la relación no es automática. Un país con niveles de desigualdad constante necesita crecer el 3 por ciento anual

[...] las políticas gubernamentales impulsan la privatización, pese a que fomenta el tratamiento paliativo y curativo, cuando lo importante es prevenir, y promueve el debilitamiento del sector, cuando éste debe ser fortalecido.

o más para duplicar el ingreso de una generación, por ejemplo, para pasar de uno a dos dólares diarios. El hecho incuestionable es que, por falta de crecimiento, al menos 1 200 millones de personas viven con menos de un dólar diario y 2 800 millones, con menos de dos dólares. Vivir con menos de un dólar no significa un

poder adquisitivo equivalente en moneda local, sino a lo que podría adquirirse en Estados Unidos con ese mismo dólar (58).

Ya en 1995, la experiencia arrojaba que las reformas de salud que combinaron lo público y lo privado, requerían aumento de recursos de toda clase. Era obligado un crecimiento de al menos el 6 por ciento, en algunos casos, porque así lo exigía el aumento de gasto previsto (40). Pero, en ese mismo año, la Organización Mundial de la Salud advirtió que se estaba sobrestimando la capacidad del sector privado como agente de desarrollo humano y económico. Por lo tanto, la atención de salud no podía comercializarse de forma libre ni venderse al mejor postor ni prestarse de acuerdo con la capacidad de pago individual (60). De esta manera, la Organización confirmó que los poderosos del mundo presionaban a los gobiernos a adoptar mecanismos de libre mercado, que más que efi-

4. La definición y la clasificación de la pobreza del Banco Mundial se basa en el ingreso: un ingreso diario inferior a un dólar califica a la persona como extremadamente pobre y uno menor a dos dólares la califica como pobre (100).

ciencia⁵ a menudo significaba más desigualdad, que el traslado de la administración estatal a la privada tenía costos sociales y humanos elevados, que aumentaba la pobreza y el desempleo, y, por lo tanto, el deterioro de la salud.

La Organización Mundial de la Salud destacó en aquel entonces el papel crucial del sector público para garantizar la equidad, puesto que en una economía de mercado, el gobierno garantiza la igualdad de oportunidades, y la correlación positiva entre el desarrollo económico y el financiamiento público de los servicios de salud. No pasó por alto la existencia del conflicto entre las fuerzas del mercado y la necesidad de equidad y justicia social. Las fallas de las políticas macroeconómicas y del sistema de libre mercado en la distribución equitativa de la riqueza conducen a pobreza y a otras formas de violencia, y éstas a malnutrición y, a su vez, a más pobreza. Por lo tanto, no sólo los pobres continuaban siendo pobres, sino también las naciones. Las experiencias de la salud han demostrado, desde 1995, que lo rentable no siempre era bueno. En consecuencia, los derechos humanos no son una mercancía (60).

El presidente del Banco Mundial, en un discurso, leído el 6 de octubre de 1998, también habló a favor de la equidad y la justicia social como requisitos indispensables de la estabilidad política y financiera. En su discurso, reconoció la existencia de una crisis económica así como también que las presiones del Banco para que los gobiernos adopten medidas rigurosas hacen sufrir a los pobres. Y fue más allá, aceptó que los mercados financieros "zarandean" a todas las economías y que reformas como la privatización habían operado en contra del mercado, pues el Banco se centraba en exceso en el aspecto económico, sin comprender bien los aspectos sociales, políticos, ambientales y culturales de la sociedad (98). En otras palabras, el presidente del Banco Mundial reconoció el fracaso y la irresponsabilidad de sus propias iniciativas.

No cabría, pues, insistir de nuevo en combinar lo público y lo privado en los servicios de salud. Sin embargo, el Banco Mundial, en su *Reporte sobre el desarrollo mundial 2004*, invita de nuevo a continuar los esfuerzos iniciados en 1990, cuyas

metas deben ser alcanzadas en 2015. Los pobres deben ser colocados en el centro de la provisión de servicios y se les debe dar poder. Asimismo se debe promover la asociación de gobierno, ciudadanía y donantes. El informe pide paciencia, habilidad para identificar el problema y realismo en su solución (99). Las metas en cuestión son ocho: erradicar la extrema pobreza y el hambre (reducir a la mitad la proporción de quienes viven con menos de un dólar y la de los hambrientos), educación primaria universal, igualdad y empoderamiento de género, reducción de mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combate del VIH-SIDA, malaria y otras enfermedades, asegurar la sostenibilidad medioambiental y una asociación global a favor del desarrollo.

El planteamiento es, sin duda, impresionante. Las nuevas dimensiones de *la pobreza* son el ingreso bajo —menos de un dólar al día—, el analfabetismo, la mala salud, la desigualdad de género y la degradación ambiental. Ahora los pobres "solo" son unos 1 200 millones de personas, "únicamente" aquellas que viven con menos de un dólar diario —las que perciben menos de dos dólares han sido declaradas como no pobres— gracias al cambio de la definición, hecha por el Banco Mundial. Esto no debe sorprender, dada la razón de la política neoliberal y su desigualdad intrínseca, y dada la facilidad con la que se manipulan los métodos para medir la pobreza (75).

Esta nueva postura del Banco Mundial no es realista. Realismo sería reconocer que, a mediados de 2003, entre 2 500 y 3 mil millones de personas, de 6 314 millones, sobreviven con menos de dos dólares diarios (59). O sea, los pobres del mundo representan entre el 39.5 y el 47.5 por ciento de la población mundial, después de al menos veinte años de ajuste estructural y diez de reforma de salud (72, 73, 74). En 2050, habrá 3 mil millones de pobres con menos de dólares diarios, quienes se sumarán a los ya existentes. Si para entonces hay 4 mil millones de personas, en estas condiciones, representarán el 43.5 por ciento de la población mundial —4 puntos porcentuales menos que el máximo posible actual y 4.6 puntos más que el mínimo posible actual, según el Banco Mundial (25). Según las estadísticas del Programa de Naciones Unidas para el

5. La eficiencia es una modernización que propone a menos Estado y más privatización. La verdadera modernización es necesaria y posible, si implica una visión de conjunto, criterios técnicos y éticos claros, gran inversión en capacitación y equipos y cambio de mentalidad (62).

Desarrollo, el porcentaje de pobres será igual al actual en 2050 (58). Si se sigue la lógica, si en 2050 hay 4 500 millones de pobres, significa que entre el 48.9 y el 50 por ciento de la población mundial será pobre. Por lo tanto, habrá *más pobres* entonces que ahora. De esta manera, el Banco Mundial aceptaría que sus políticas para erradicar la pobreza son *un fracaso anticipado*, es decir, la política actual no es efectiva y la proyectada tendrá la misma suerte. El Banco sería realista si reconociera este problema y actuara en consecuencia. La Oficina Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud ya habían hablado de la necesidad de modificar el neoliberalismo, dados sus límites y fracasos (54).

Conviene señalar que algunos autores separan el enfoque de mercado del enfoque mixto, probablemente porque, en teoría, es admisible hacer distinciones. Sin embargo, aquí se toman como un solo enfoque, por razones obvias. El enfoque de mercado considera el servicio sanitario como un bien ofrecido en venta en un mercado de asistencia sanitaria regular (21). Es una asistencia regulada por el afán de lucro del sector privado, cubierto por el beneficiario o por el seguro también privado. Desde este enfoque, el servicio público incluye sólo aquel que el sector privado no ofrece o no puede ofrecer, porque no los considera rentables. El papel del gobierno consiste en brindar tales servicios. Dado que obedece a intereses comerciales, este enfoque no favorece la equidad. En la práctica, en la reforma de salud impulsada por el Banco Mundial, el mercado privado releva al Estado de su responsabilidad de brindar atención primaria universal en salud. El pretexto son los abusos del sistema público de salud (21, 72). En Estados Unidos, donde la participación del sector privado es preeminente en, virtualmente, toda la esfera de la salud, el gobierno sólo se hace cargo de aquellas tareas que ese sector no ejecuta (88). El informe de la salud en el mundo de 1999, de la Organización Mundial de la Salud, confirma lo dicho: "los enfoques orientados hacia el mercado no sólo conducen a iniquidades intolerables, en relación con un derecho humano fundamental, sino que un cuerpo teórico y documental creciente indica que, en materia de salud, los mercados son también ineficientes" (96).

El enfoque mixto de lo público y privado presupone que la introducción de elementos del mercado aumentará la eficiencia del sistema público, mientras que una intervención gubernamental re-

forzada mejorará la equidad del mercado. Sin embargo, la experiencia de muchos países europeos indica que la eficiencia del mercado es contrarrestada por el aumento de los costos. En pocas palabras, *la eficiencia, si se alcanza, se logra con el aumento de costos*. Por otro lado, reforzar el papel del gobierno en el mercado sanitario comercial ha resultado más difícil de lo previsto (21). No es fácil pensar en una supervisión gubernamental efectiva, en un sistema que, si no es propiedad privada, es administrado por ella. La experiencia canadiense del servicio de medicinas por prescripción (65) confirma estas apreciaciones. Un principio elemental implícito del enfoque mixto es que la eficiencia (máximo impacto de determinadas intervenciones a menor costo) en la provisión del servicio sanitario exige separar ésta de la financiación (17, 67, 93).

El enfoque mixto continúa siendo seductor, porque aprovecha la posibilidad de alcanzar un equilibrio ideal entre lo privado y lo público, aunque, en la práctica, es una posibilidad improbable. Este enfoque adopta diversas presentaciones. La más reciente es el llamado *pluralismo estructurado* de Londoño y Frenk (47), el cual incluso puede servir como puente para privatizar la salud. El pluralismo estructurado consiste en un nuevo arreglo, según el cual los sectores público y privado colaborarían en la búsqueda de la equidad, la eficiencia distributiva y la competencia del mercado, al mismo tiempo que evitan los extremos del control autoritario y la negación de elección a los pacientes característicos del sector público, por un lado, y la atomización y la falta de estructuras encontradas en el sector privado, por el otro lado (1).

Al igual que otras propuestas del mismo tipo, ésta también adolece de varios defectos. Uno de ellos es que el papel principal de los ministerios de salud se reduce al de una *rectoría o modulación*, o sea, se limita a dictar reglas justas y transparentes para los dos sectores (1, 47); pero como el financiamiento, la gerencia, la organización de la atención y los proveedores quedan fuera de su control, dichos ministerios carecen de medios para hacer cumplir la ley. Ya ha sido señalado que es muy difícil que un ministerio de salud neoliberal pueda regular un sistema en el cual el sector privado gana terreno a diario (17). Asimismo, se ha observado que la misma argumentación neoliberal contra el sistema público obliga a preguntarse cómo podría esperarse que un sistema incapaz de controlar un subsector bajo su jurisdicción y administra-

ción pueda, en efecto, controlarlo cuando éste ya no se encuentre bajo su jurisdicción (30, 77).

El pluralismo estructurado propone que el financiamiento sea función de los institutos de seguridad social y que nuevas organizaciones de los servicios de salud se hagan cargo de la gerencia y organización general del sistema (1, 47). La mezcla de lo público y lo privado tiene otras desventajas. La promesa de alcanzar la combinación ideal de equidad y eficiencia siempre ha carecido de evidencia empírica que la respalde. Desde siempre ha sido claro que una cuestión importante es el control de la motivación del sector privado —es decir, el afán de lucro—. Por eso, el sector privado en lugar de contribuir a la eficiencia, tiende a crear problemas de equidad y costos, virtualmente, incontrolables (20, 21, 26).

La lógica del servicio privado de salud está orientada, casi de forma exclusiva, a lo curativo-paliativo y, en consecuencia, abusa de la dimensión tecnológica de los servicios y de la hospitalización. Su criterio es la rentabilidad y la comodidad profesional, lo cual hace que, a menudo, recurra a procesos iatrogénicos, en el sentido usual del término. Luego pasa a la "iatrogénica económica". La búsqueda de rentabilidad cierra el espacio al servicio gratuito o al costo. Así, mientras el sistema público se beneficia de la ausencia de enfermos, el privado con fines de lucro necesita de ellos, siempre que puedan pagar. Ahí donde se ha dado participación al sector privado, a través de concesiones, subrogaciones, pagos estatales directos o seguros privados o pagados por el Estado, se han elevado el costo, la desigualdad, el fraude, la corrupción y la explotación del trabajo profesional (30, 67, 73, 77).

Puesto de otra manera, si las iniciativas de reforma, modernización o descentralización-privatización abierta han producido descapitalización y deslegitimación indebidas y deliberadas de los sistemas públicos de salud y, en consecuencia, disminución de la calidad asistencial y aumento de su costo, la desmotivación y la desmoralización del sector laboral, etc. (67); si tales iniciativas se proclaman exitosas por el simple hecho de haber sido realizadas a toda costa, con independencia del impacto negativo en la equidad, la eficiencia, la calidad, el precio y la satisfacción del usuario; si se declaran exitosas prescindiendo de las desigualdades, la dificultad del acceso para quienes más atención y servicios necesitan, del aumento de la mortalidad por enfermedades transmisibles, del enga-

ño evidente, del entorpecimiento o desmontaje de programas autóctonos exitosos —por ejemplo, de atención primaria— y de los gastos que representan (30, 77), no hay mucho espacio para dudar de las consecuencias de una iniciativa de privatización encubierta como la propuesta.

Los informes de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud concluyen que, en la mayoría de países latinoamericanos, las reformas neoliberales, impulsadas por el Banco Mundial, no han contribuido a reducir las disparidades en la distribución de recursos y servicios. Esos informes muestran que se ha avanzado poco en mejorar la efectividad global del sistema y que la desigualdad de la atención entre las clases sociales es mayor. Tampoco se ha avanzado en cuanto a mejorar la calidad de la atención y la satisfacción del usuario. Si bien se ha avanzado en la productividad y los métodos para adquirir insumos, no ha ocurrido lo mismo con la reorientación de recursos hacia los problemas y las intervenciones con externalidades grandes (sobre todo acciones preventivas) o para aumentar la protección social (17, 48, 72).

Los informes citados señalan, además, que, a raíz, de las reformas, muy pocos países han aumentado la generación de recursos a mediano plazo para ampliar o mantener el nivel actual de prestación de servicios. La dependencia del financiamiento es marcada y se agrava, sin que haya mecanismos para evitarlo. Aparentemente, hay una mayor movilización en la cuestión de la salud, pero sin influir en la reorientación del curso de las reformas (17, 48, 72).

Se impone, pues, concluir que la propuesta de un sistema mixto solo busca sustituir lo público por lo privado, al permitir que éste se apodere de aquél. No se puede concluir otra cosa, si se considera que, en casi toda América Latina, con la excepción de Cuba y de la Nicaragua sandinista y quizá Costa Rica con su sistema integrado de seguro social, el sistema de salud está conformado por los sectores privado, seguro social y público (17), y que las reformas se han orientado a que el sector público ya no provea servicios, sino que solo regule la provisión de los mismos por el sector privado (31). No se puede concluir otra cosa si se toma en cuenta que como parte de esas reformas se insiste en separar la administración financiera de la prestación de servicios, introduciendo la competencia entre empresas públicas, mixtas y privadas para administrar las finanzas (17).

No se puede concluir de otra manera si, además, la crisis económica estructural de los países industrializados determina, en gran medida, el rumbo de la política de reforma de los servicios de salud de los países latinoamericanos, que las multinacionales intentan resolver sus problemas económicos con nuevas inversiones lucrativas en América Latina y que los gobiernos europeos y estadounidense han apoyado la liberalización del sector salud, incluso a través de la Organización Mundial del Comercio. La exportación de servicios a América Latina, los cuales han sustituido a la producción industrial como motor de la economía, representa un tercio del crecimiento económico de Estados Unidos y un cuarto de las exportaciones de la Unión Europea. En este sentido, el vacío dejado por la incapacidad de los estados latinoamericanos para controlar y regular a las multinacionales de los seguros privados (17), ha sido aprovechado para introducir la atención gerenciada de los servicios.

Una de las consecuencias previsible de la orientación curativa-paliativa es un descuido mayor de los servicios preventivos. Estos servicios serán asumidos, en el nuevo orden, por el sector privado o por instancias estatales intermedias o locales, según el modelo estadounidense. Es decir, el gasto público disminuirá, mientras que el privado aumentará. Lo más probable es que, al igual que en Estados Unidos, sean asumidos por instituciones con poco financiamiento para las tareas que deben ejecutar. El gobierno estadounidense dedica solo el 3 por ciento del total de sus gastos al sector salud pública (93). En América Latina, por otro lado, los servicios públicos siempre han tenido un financiamiento insuficiente y, además, han sido objeto de abuso, público y privado, nacional e internacional (17, 44, 72, 74, 76, 78).

4. El caso de Europa

La experiencia europea tampoco muestra un modelo mixto equilibrado y eficiente. Por razones económicas similares, Europa también ha sufrido la presión privatizadora del sector salud (17, 94). Ahí existen dos sistemas de salud básicos. Uno integra los servicios en un sistema único de carácter público —el sistema nacional de salud, ya descrito arriba— y el otro combina el individualismo del seguro social con la repartición colectiva —el

sistema de seguridad social—. Este último modelo da acceso a quien cotiza y está protegido, lo cual permite bastante equidad. Opera con menos control gubernamental y la provisión es mixta. Ambos modelos son contrarios al estadounidense, pues están orientados a la responsabilidad social, la equidad y la solidaridad distributiva (17).

No obstante, el deseo de lucro del sector privado ha ganado terreno y el gasto público disminuye y la carga financiera para el usuario y el asegurado aumenta, debido a que el Estado ha modificado su papel, a que el presupuesto público para salud se ha reducido y a la privatización paulatina del servicio y del sistema de financiamiento. En Europa se argumentó con el “Estado mínimo”: “no se puede gastar más de lo que hay” (17). El gasto de salud había pasado de representar el 4 por ciento del producto interno bruto, en 1960, a representar más de 8 por ciento, en 1999. No es claro, sin embargo, quién determina la asignación máxima para salud, ni cuánto puede o debe invertir en ella un país industrializado. Para aceptar esa lógica, antes habría que explicar por qué todos deben bajar, si en Grecia ese gasto representaba el 4.7 por ciento del gasto total y el 8.8 por ciento, en Alemania, en 1998 (17).

La respuesta plausible es la correlación de fuerzas entre las clases sociopolíticas, la cual permitió y permite que la salud sea una actividad muy lucrativa para la industria y el comercio de la tecnología médica de punta y las multinacionales farmacéuticas, diez de las cuales pertenecen a cuatro países industrializados. Estas controlaban el 53 por ciento de las ventas del mercado mundial de medicamentos, en 2002 (17). El aumento del gasto se puede explicar por el desarrollo tecnológico, el cual provoca un aumento de la oferta y, en consecuencia, más demanda; por derroche e ineficiencia; por aumento de la cobertura —a veces se incorpora a usuarios sin aumentar los recursos— y por el aumento de la demanda de servicios de salud general, en particular el vinculado al envejecimiento de la población⁶ (17, 50). Sea lo que sea, el cuidado de la salud es ahora una mercancía de un elevado valor añadido, tanto que representa el tercer sector que genera más riqueza en la Unión Europea (67).

Cabe destacar que el ahorro se hace a expensas del personal de salud, sobre el cual recae una creciente carga laboral y un recorte de salarios y presta-

6. Las personas mayores de 65 años necesitan cuatro veces más cuidados de salud que los jóvenes; sin embargo, se ha calculado que en los próximos 20 años el aumento anual del gasto será de 0.4-0.7 por ciento debido a este factor (17).

ciones, a través de la liberalización de los contratos, y también del usuario, quien debe hacer erogaciones, en todos los niveles, incluso en la atención primaria —donde puede llegar a representar entre el 25 y 50 por ciento del total. Con esta modalidad, el usuario enfrenta dificultades para financiar el servicio y acumula deudas. El co-pago disminuye tanto la consulta “innecesaria”, como la indispensable entre quienes más necesitan del servicio de atención primaria, donde el paciente tiene la iniciativa. Esta modalidad no reduce el acceso a los servicios hospitalarios bajo control médico y otro personal de salud (17).

La reducción del gasto social, la cual, para muchos, es una política sistemática, ha disminuido la confianza de la gente en el sistema nacional de salud europeo; pero, a su vez, la ha preparado para la privatización. En cambio, el sistema de seguridad social ha sido protegido de las políticas de desmantelamiento, por su resistencia intrínseca a la injerencia gubernamental y porque su organización esta, en parte, en manos de trabajadores socialmente responsables. Sin embargo, los países con sistemas de seguridad social tienen más gastos en salud que los que tienen el otro sistema. Los pacientes pagan cada vez más en el sistema nacional de salud, aunque también muestran un mayor grado de satisfacción que los del sistema de seguridad social (17, 67).

En Europa, la introducción de la competencia en los sistemas de salud —en especial en los privados—, o sea, la introducción del “mercado interno” separó las funciones de quien financia y de las del proveedor del sistema nacional de salud, la cual ya existía en el de seguridad social. Pero también introdujo el riesgo de aumentar la carga laboral de forma considerable para competir por la provisión de servicios a un precio más bajo, la derogación de la legislación social que protegía al personal, la subcontratación de los servicios de apoyo, el ahorro a costa de la calidad de los equipos, materiales, etc. Estas disposiciones ponen en peligro la calidad de la atención (17, 67).

La *competencia gerenciada (managed competition)* de los Países Bajos es un ejemplo de mezcla público-privada, que facilita la privatización de

la seguridad social. De hecho, es una forma de privatizar. Y un ejemplo de las contradicciones en las que incurre el sector privado, en su afán de lucro. A diferencia de Estados Unidos, donde los seguros privados compiten sin control, en la competencia gerenciada, estos compiten por clientes, a partir de costo y calidad, pero *bajo control estatal*. Según esta modalidad, la persona escoge su seguro y paga una cantidad fija, mientras el resto de los gastos son cubiertos por la seguridad social y los impuestos⁷. Es interesante observar que, como el seguro negocia los contratos con los servicios de salud y ofrece los suyos, se da, en este último caso, un sistema privado integrado, en el cual el sacrosanto principio de la separación entre quien financia y provee, que se dice esencial para asegurar la rentabilidad del sector público, es ignorado por el sector privado, en razón de la misma rentabilidad (17).

Pero, como la competencia no ha mejorado la calidad de los servicios ni ha bajado los costos generales, sino que, más bien, ha *aumentado* los *gastos administrativos* y como los defensores de la competencia afirman que es imposible mejorar la calidad sin aumentar el presupuesto, tres cosas parecen desprenderse de las experiencias donde hay competencia privada o mezcla público-privada en Europa. Primero, la razón siempre estuvo del lado de los defensores del sistema nacional de seguridad público y de quienes sostienen que la cuestión no es falta de competencia, sino de dinero. Segundo, el dinero ahorrado en las injusticias laborales y el sacrificio de la calidad es absorbido por un aumento del costo administrativo, en grado tal que, en algunas ocasiones, es ocho veces superior al de la gestión pública. En el Reino Unido, por ejemplo, alcanza el 20 por ciento y en Estados Unidos, el 25 por ciento del gasto del sistema. Y, tercero, esta modalidad es la punta de lanza de la privatización total de los servicios nacionales de salud (17, 50, 67).

La privatización total es la *atención gerenciada (managed care)* de Estados Unidos. Una modalidad característica de las compañías de seguro, las cuales operan con poco o ningún control gubernamental. Estas tratan de mantener el precio del seguro lo más bajo posible, pero deciden sobre la

7. Es en atención a haber elegido la competencia gerenciada con control estatal y financiamiento público, una especie de rechazo a la atención gerenciada con base en HMO que se ha afirmado antes que algunos países europeos han echado marcha atrás en cuanto a atención gerenciada, competencia y privatización al estilo del BM y de los Estados Unidos (77, 89).

calidad, la cantidad, el precio y la relación entre el pago y el tipo de servicios y su monto. Asimismo, integran el financiamiento y la provisión, en contradicción con el principio de separación, el cual sería condición de eficiencia (17, 50). Es decir, quizás esa "privatización total" sea una presión para limitar la prestación de servicios por parte del Estado, el cual solo debe "regular" la provisión por parte del sector privado, tal como lo dictan los programas de ajuste estructural de la década de los setenta (72).

El camino está abierto. En los hospitales europeos sometidos a la "competencia" público-privada, primero se limitó el número de camas, luego se aplicaron "paquetes financieros" con presupuestos hospitalarios máximos y, finalmente, de ser instituciones obligadas a cubrir las necesidades de salud de una región pasaron a ser entidades autónomas con un plan comercial. Su principal objetivo es la autosuficiencia financiera. Los sistemas de salud europeos tampoco dan muestras de limitar los gastos en medicamentos ni intentan controlar los intereses farmacéuticos, cuyos enormes beneficios contrastan con las necesidades mundiales. Aunque no existen análisis científicos de las necesidades de personal médico para asegurar servicios integrales y se reconoce la importancia del médico de familia, en estos servicios, en la práctica, el acceso a la profesión médica está limitado y no se estimula al médico de familia (17). Es decir, aunque la competencia gerenciada o controlada por el Estado represente un rechazo a la atención gerenciada por las organizaciones de mantenimiento de la salud estadounidenses, los sistemas de salud europeos han entrado en la lógica llamada de la privatización y la competencia. Su meta es la atención gerenciada al estilo estadounidense.

El camino está abierto. La Unión Europea con dificultad se escapa de la globalización económica, la cual conduce a la desigualdad y la irracionalidad. Anuncia la creación de un fondo de 2 millones de dólares para luchar contra el cáncer, pero subvenciona la producción de tabaco con 2 mil millones de dólares, en gran parte, destinado a la exportación (21). La experiencia europea, la mayoría de ellas una *mezcla de lo público y lo privado*, confirman que es ilusorio pensar que, en el sector sanitario, el aumento de la eficiencia se pueda alcanzar con la competitividad del sector privado (30, 77). Los efectos de la ideología neoliberal de finales de los setenta son negativos para la salud y

los sistemas de salud. Ni siquiera los sistemas mixtos se libran de la reducción del servicio (17, 21, 31, 44, 67, 76, 77).

La experiencia europea documenta el llamado fenómeno de parasitación, es decir, los profesionales contratados por el subsistema público también ejercen en el sector privado, lo cual hace que no cumplan sus obligaciones laborales en aquél. Este fenómeno es progresivo y abarca todos niveles. Por consiguiente, para optimizar el rendimiento de los recursos hay que *diferenciar ambos sistemas*, público y privado (50). Esta necesidad de separar sistemas fue señalada en 1992, a propósito del informe del Comité Abril, el cual sugería que el gobierno renunciara a la responsabilidad de proteger la salud de la población para dejarla a cargo de empresas y profesionales. En reacción a esta recomendación, se pidió conservar un sistema único, aunque no exclusivo, y contratar al personal del servicio público a tiempo completo, sin autorización para trabajar también en el privado. Las razones son evidentes: el sistema público demanda personal a tiempo completo para atender a los usuarios, evitar el conflicto de intereses y eliminar la tentación de atender mejor al usuario privado que al público. De lo contrario, no es extraño que se use el sistema público para reclutar pacientes para el privado, ni que se haga uso de la infraestructura del público para atender al paciente privado, el cual después puede convertirse en un paciente rentable (93, 30, 77). Esta corrupción ha sido documentada para América Latina y, además, sobre ella existe abundante "evidencia circunstancial" (30, 77).

La combinación del servicio público con el privado lleva, irremediablemente, a que el cuidado de la salud, el sistema de atención a las personas, los servicios personales de carácter individual y la atención médica curativa constituyan *una mercancía con alto valor agregado* (67) o una *comodidad* (5). El cambio se suele presentar como dependencia del mercado (1), un estímulo para competir con el sector público (77), traslado de los servicios personales a particulares, seguros privados o a ambos (55, 72) e injerencia de los mercados privados en los servicios sanitarios públicos (21). Una mercancía con valor agregado indefinido y progresivo, y los defectos del mercado en el área de salud, en particular la desinformación de los consumidores y el control del conocimiento por el proveedor, llevan a abusar del medicamento, la tecnología, la hospitalización, las intervenciones y, en consecuen-

cia, a menos atención a quienes más la necesitan (73).

5. El caso de Estados Unidos

Si los sistemas de salud europeos y latinoamericanos y de otras partes se proponen imitar el sistema estadounidense, cabe preguntarse por sus características, en particular, por la operación del mercado y de la mezcla de lo público y lo privado. Según autores estadounidenses, su sistema es único, pues es, con mucho, el más caro del mundo, pero también el más inadecuado y complicado del mundo desarrollado (35). En el año 2002, este sistema gastó más de 4 500 dólares por persona, en atención de salud, mientras que Alemania gastó menos de 3 mil, su más cercano competidor (65). En términos absolutos y relativos, el sistema estadounidense es el más caro, pues consume entre el 13 y el 14 por ciento del PIB (17, 65, 96). Se distingue por su total confianza en el mercado para proveer el servicio, aunque confía menos en él para su financiamiento. En consecuencia, la atención de salud es tratada como una comodidad, proveída por un gran número de organizaciones que compiten entre sí (5).

Este costo tan elevado se explica porque el médico estadounidense recibe más dinero por servicio que en los otros países, el día-hospital es más caro y porque la tecnología se difunde más rápido y es aplicada a mayor cantidad de pacientes que en otros lados (35). Con todo, el gasto en medicamentos es el que crece más rápido —a una tasa del 15 por ciento anual—. En la actualidad, representa el 8 por ciento del gasto total. Es previsible que pronto supere los gastos por servicios médicos y hospitalización, en el caso de muchas organizaciones de mantenimiento de la salud. El medicamento individual es caro y debe ser pagado por el paciente, pues la compañía de seguro limita su cobertura y el *Medicare* no cubre el uso de drogas por pacientes ambulatorios (4).

El método utilizado para medrar por las organizaciones de mantenimiento de la salud que forman parte del sistema es trasladarse los costos entre ellas y evitar a los pacientes —y procedimientos— más caros. Esto significa que buscan estrategias para no atender a los enfermos crónicos cuando el pago es capitalizado, ni a aquellos otros que no tienen seguro cuando los pagos son sobre la base de cobros por servicio (5). Lo más probable es que estos pacientes acaben en la sección gubernamental del sistema.

Ahora bien, la Organización Mundial de la Salud sostiene que el pago capitalizado es un método prospectivo, que traslada el riesgo financiero al proveedor. En cambio, el cargo por servicio prestado es retrospectivo, pues reembolsa al proveedor por cada servicio prestado. Esto último abre la puerta para proporcionar servicios innecesarios y una atención inadecuada. Esta tendencia es más acusada cuando el pago se hace por medio de terceros (96). Por eso, la Organización Mundial de la Salud recomienda *no depender del mercado* como para proporcionar el servicio de acuerdo a la capacidad de pago y, en cambio, propone un nuevo universalismo, el cual, aun reconociendo el límite gubernamental, apunta a la responsabilidad del gobierno en el liderazgo y financiamiento del servicio (96). Aunque la Organización reconoce la importancia de la participación privada, le asigna tareas específicas: proporcionar medicamentos y equipo a los proveedores de servicios, e invertir en la producción de nuevos medicamentos, vacuna y equipo. Aun así, la responsabilidad fundamental para asegurar la solidaridad financiera de una salud universal corresponde al Estado (96), puesto que solo él puede garantizar, a largo plazo, el acceso al servicio a quienes tienen pocos recursos (36).

No obstante la calidad del servicio de salud estadounidense, del cual algunos especialistas hacen gala, en los últimos treinta años, ha dejado sin cobertura al 16 por ciento de la población, unos 45 millones de personas, y ha cubierto de forma parcial al menos a otro 10 por ciento; sus costos son elevados y tienden a aumentar; la calidad del servicio no es óptima; cada vez hay más restricciones para el acceso a la atención contratada; evidencia de que el acceso universal a la atención comprensiva es inalcanzable, etc. (9, 13, 41, 77, 96). Según la Organización Mundial de la Salud (96), en 1996, el porcentaje de personas menores de 65 años sin cobertura, pública o privada, ascendió de forma alarmante (18 por ciento). Asimismo, se ha señalado que la desigualdad del sistema es alarmante, pues hay un déficit crónico en recursos y calidad para sectores grandes de la población (17).

Desde 1930, los costos de la atención han experimentado un alza incontrolada, la cual se agudizó en la segunda mitad de la década de los cincuenta, cuando, irónicamente, las enfermedades infecciosas y no infecciosas estaban en retroceso sostenido (49). La industria farmacéutica goza de privilegios extraordinarios. Obtiene ganancias superiores a las del sistema financiero (4). Los gastos en salud ex-

plican el 40 por ciento de las quiebras personales de los estadounidenses. En 1999, medio millón se declaró en bancarrota por gastos médicos elevados (23).

La calidad es deficiente por abuso, mal uso y desuso. Una muestra de abuso es que entre el 8 y 86 por ciento de las operaciones, según el tipo, son innecesarias y han ocasionado muerte y discapacidades importantes y evitables. La desatención o desuso es evidente en pacientes con enfermedades crónicas, quienes deben hacer uso de exámenes de laboratorio o gabinete, y en la atención de urgencia o aguda. Cada año, la terapia inadecuada en el infarto agudo del miocardio causa, al menos, 18 mil muertes evitables. La mala práctica o el mal uso es impresionante. Se estima que unas 180 mil personas mueren al año como resultado, al menos indirecto, de lesiones producidas por médicos. Reacciones fatales a drogas causaron unas 106 mil muertes, en 1994. Los errores fatales en la medicación de pacientes ambulatorios han aumentado; se han descubierto diferencias de calidad en la atención, en los hospitales, por razones raciales (12). Un informe del Instituto de Medicina del año 2002 concluyó que las minorías étnicas y raciales tienden a recibir una atención de menor calidad que las mayorías, aun cuando estuvieran aseguradas. Entre las causas, el informe citaba los procedimientos burocráticos y la falta de médicos provenientes de las minorías (3).

El gobierno y quienes compran la atención han reducido las tasas de reembolso a los proveedores, lo cual ha conducido a que éstos reduzcan el personal de los hospitales y el tiempo de atención profesional. Los inversionistas en planes de salud y las organizaciones que la proveen han exacerbado estas tendencias. En consecuencia, han descapitalizado los servicios y han desviado el dinero a las ganancias y la administración (12). Los gastos administrativos, en este sistema, representan el 25 por ciento del gasto total (67).

En Estados Unidos, al igual que en otras partes, las fuentes de financiamiento dependen de los hogares. En realidad, hay tres fuentes básicas: los empleadores, los gobiernos y los individuos. A éstas hay que agregar una cuarta fuente, una fuente informal, insegura y catastrófica: el seguro de salud operado por hospitales y médicos, los cuales financian este seguro con cargos altos a pacientes que pueden pagarlos (35).

En 1999 se identificaron dos tendencias en el sistema de salud estadounidense: un crecimiento lento del gasto médico y un crecimiento de la porción que le corresponde al gobierno (35). Así, aunque el sistema estadounidense se ha descrito como predominantemente privado, su financiamiento es *el mejor ejemplo* de cómo los recursos públicos están a disposición incondicional de la elite del sistema privado. Es decir, es *dinero público bajo control privado*. Los llamados "subsidios para el desembolso de impuestos" (*TAX expenditure subsidies*), los cuales no siempre se toman en cuenta al analizar el financiamiento del sistema estadounidense, hacen que el gasto público de salud represente el 60 por ciento (65).

La presión ejercida por unos costos incontrollables ha hecho que muchos consumidores se refugien en las organizaciones de mantenimiento de la salud, pero entonces han debido adaptar su estilo de vida a los proveedores, sin importar la cantidad de dinero de la cual dispongan (35). En el censo de 1998, unos 71.5 millones de estadounidenses no estuvieron asegurados todo el año. Las personas de bajos ingresos, los pobres y las minorías integraban este grupo. Entre quienes pasaban al menos un mes sin cobertura, el 25 por ciento eran blancos no hispanos, el 37 por ciento, negros y el 50 por ciento, hispanos (39). Los no asegurados tienden a pasar más tiempo enfermos y morir más temprano que los asegurados. El 80 por ciento de los no asegurados forman parte de familias en las cuales solo una persona trabaja, el 57 por ciento de ellos gana menos del 200 por ciento del ingreso de pobreza, el 37 por ciento son hispanos, el 60 por ciento trabaja en la pequeña empresa o de forma independiente, y el 34 por ciento tiene entre 21 y 24 años de edad (42, 68). Aun cuando, entre 1998 y 1999, el número de no asegurados declinó ligeramente, las disparidades se mantienen. El problema no solo no se resuelve, sino que tiende a agravarse, puesto que la probabilidad de que la cobertura se extienda es baja y porque los pagos por seguro tienden a aumentar, aun cuando el ritmo de la economía tiende a disminuir (6, 68).

Este sistema no está libre de perversiones. Existen hospitales sin fines de lucro, los gubernamentales y los privados. Los hospitales sin fines de lucro son propiedad de juntas directivas, cuyos miembros se perpetúan en ellas y, junto con otros ejecutivos, se lucran de estos hospitales con salarios altos. Los médicos que ejercen en ellos también obtienen ju-

gosas ganancias, pues gozan del beneficio de no tener que invertir en capital. La diferencia entre estos hospitales sin fines de lucro y los privados con fines de lucro es cada vez menor. Estos últimos son propiedad de corporaciones que emplean médicos por un salario y distribuyen ganancia entre los accionistas y los empleados corporativos de alto nivel, aparte de que también son propietarias de farmacias, asilos, etc. Los hospitales federales gubernamentales tradicionalmente atienden a los veteranos de guerra, mientras que los estatales atienden a los pacientes psiquiátricos. Sin embargo, la práctica de delegar responsabilidades en los componentes del sistema lleva a que los hospitales gubernamentales sufran la perversión del *dumping* o descarga de los otros hospitales del sistema (93). En estos hospitales son atendidos aquellos que el sistema que genera lucro no desea atender.

En este sistema, el Estado no garantiza prestaciones a toda la población, sino que, más bien, ofrece servicios parecidos a los de beneficencia, mediante sistemas como *Medicaid* para los indigentes y *Medicare* para los mayores de 65 años, los discapacitados y quienes padecen una enfermedad renal terminal (35). En 1995, estos sistemas financiaron el 36 por ciento del gasto personal en salud y representaron, aproximadamente, el 81 por ciento de la porción pública de ese gasto (73).

Medicare es el programa federal de salud más grande y la fuente individual más importante de pagos por atención médica. Su esquema de funcionamiento se fundamenta, en parte (programa A, el más general), en el principio de la seguridad social, puesto que el beneficiario hace contribuciones obligatorias durante su vida laboral con la promesa de recibir beneficios al retirarse; sin embargo, también se fundamenta en la cobertura por indemnidad tradicional (programa B, seguro médico complementario), pero los pagos no están relacionados con el ingreso (34, 35), con lo cual habría equidad en el sistema de resarcimiento, pues indirectamente se termina beneficiando a quien tiene mayores ingresos. El esquema incluye: contribuciones obligatorias de empleadores y empleados, fondos provenientes de impuestos generales, pagos voluntarios de los beneficiarios, deducibles y co-pagos del paciente. Curiosamente, los costos administrativos de *Medicare* son significativamente menores —1 y 2 por ciento en los programas A y B, respectivamente— que los de las organizaciones de mantenimiento de la salud o los seguros de salud privados (35).

Por otra parte, *Medicaid* es el programa más grande de transferencia de fondos intra-gubernamentales y un componente importante del gasto en atención de salud. Los fondos federales son asignados anualmente sobre la base del ingreso per cápita estatal. Pese a ello, el 31.6 por ciento de los pobres carecía de seguro de salud, en 1997 (39). Con la economía en recesión y el desempleo en aumento, es probable que más personas se acojan a *Medicaid*. De hecho, este programa ya es el rubro que experimenta el mayor crecimiento en los presupuestos de los estados. En 2002, por ejemplo, se esperaba que los gastos del programa crecieran en un 9 por ciento, debido al alza del costo de los medicamentos por prescripción y al aumento de los usuarios del programa, una consecuencia directa del desempleo. Por otro lado, las rentas de los estados experimentaron un crecimiento del 2.3 por ciento (87). En 1997, la distribución proporcional de los gastos en salud del sistema estadounidense la encabezaban los gastos hospitalarios —el 38 por ciento del total— y los gastos en médicos —el 20 por ciento—, seguidos por los gastos en medicinas por prescripción y los gastos en investigación y desarrollo (35).

El sector de atención de salud ha sido uno de los más importantes de la economía estadounidense en los últimos años. Contribuyó con el 45 por ciento del aumento neto del empleo, en 2001, y con el 30 por ciento del crecimiento real del producto interno bruto. Estos datos son relativamente más importantes en los pueblos pequeños, donde el hospital o centro de salud comunitario es el principal empleador. Como muchas de estas instalaciones dependen del programa, si éste desapareciera con él también desaparecerían empleos, rentas y pacientes (87).

Así, desde hace más de un cuarto de siglo, el sistema de salud de Estados Unidos intenta, en vano, reducir sus costos, por medio del *mercado privado*, en lugar de recurrir a la regulación gubernamental (11). En la década de los ochenta, el vehículo preferido de los empresarios y los gobiernos federal y estatal fue la organización de salud mantenida, administrada o gerenciada (11). Pero sus políticas para reducir la tasa de ingreso y, por tanto, los pagos a los hospitales y a los médicos resultaron ineficaces. Es más, los costos se elevaron de nuevo (11, 35). La respuesta a este hecho y a la percepción de que mientras los ejecutivos ganaban millones, negaban el tratamiento a sus clientes enfermos, fue la compañía de enfermedad ge-

renciada (DMC). Esta obedecía a una idea de las compañías farmacéuticas, pues éstas temían que el sistema anterior redujera el gasto en medicamentos (11).

Aunque la compañía de enfermedad gerenciada fue introducida para aumentar la calidad y reducir los costos de la atención a los enfermos crónicos, esto solo se cumple en estudios no aleatorios, sometidos al procedimiento de doble ciego o de revisión por colegas y de manejo privado. La nueva compañía refleja los mismos problemas que la organización anterior a la cual reemplazó. La administración comercial de sus programas sustrae dinero de las intervenciones para aumentar las ganancias y, entonces, se fragmenta, se desorganiza e incluso su atención se vuelve irracional. Asimismo, sus costos administrativos y las compensaciones para sus ejecutivos se elevaron de forma exagerada e introdujo medidas ineficientes para justificar su papel de intermediario en la atención (11). El "descremado" de las ganancias reduce los recursos para pagar médicos y la atención primaria. Esto significa que los médicos de este nivel primario deben atender a más pacientes para satisfacer sus expectativas de ingreso, a costa de dedicarles menos tiempo y de descuidar a los pacientes crónicos. Esta experiencia muestra que el concepto de manejo de la enfermedad es beneficioso, si se aplica a médicos de atención primaria en programas comunitarios. En este caso, es posible atender las necesidades médicas de forma eficaz. Este no es el caso si se utiliza como medio para ceder una porción creciente al proveedor comercial especializado (11).

En suma, el manejo de la salud o la enfermedad por las organizaciones de mantenimiento de la misma y las compañías de enfermedad gerenciada aumenta los costos y los desatendidos y disminuye de manera ostensible la calidad de la atención. Además, afecta al gremio de trabajadores de la salud, puesto que medicaliza el servicio, suprime privilegios y prestaciones, y más que hacerlos socios, en algunos casos, comparte con ellos el riesgo financiero, pero en condiciones desiguales. Además, acorta la estadía en el hospital, limita el sueldo del profesional, sobrecarga de trabajo a profesionales inexpertos, puede aumentar el costo del seguro contra la mala práctica, limita el acceso al especialis-



ta, a menos que el paciente asuma una parte sustancial del costo, y puede aumentar la competencia por parte de profesionales extranjeros, en particular, en países subdesarrollados, amparados por tratados multilaterales. Son consecuencias frecuentes, entonces, la proletarización del gremio médico y de otros gremios relacionados con las ciencias de la salud, cuyos miembros se ven obligados a pasar de profesionales liberales a asalariados del sistema corporativo privado en expansión. Los sistemas que proveen servicios de corte marcadamente biomédico y cuya administración está controlada por grandes organizaciones privadas, las cuales prefieren remunerar por capitación, pregonan y apoyan, al inicio, políticas de diversificación y descentralización, en apariencia, convenientes para los trabajadores del sector, ya que favorecen el desmembramiento del sistema público. Pero estas organizaciones calculan que ellas prevalecerán e impondrán condiciones que empeoran las condiciones laborales de los profesionales sanitarios (10, 11 35, 38, 42, 50, 54, 57, 58, 65, 67, 68, 77, 87, 89).

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud señalan que ahora que la productividad y la competitividad se fundamentan en el conocimiento y la tecnología o en la información, se estimula la concentración selectiva de la investigación y el desarrollo tecnológico para resolver los problemas de los países centrales, las preferencias del mercado, los temas que proporcionan más rentabilidad y la protección de la propiedad del conocimiento. Asimismo, destacan que "todo

esto hace que el acceso a la tecnología y a los productos y servicios resultantes sea más difícil para los países pobres, lo que aumenta su dependencia del exterior, todo ello *sancionado en los acuerdos multilaterales*⁸ (54).

Entre 1950 y 1990, cuando el sistema de salud estadounidense estaba dominado por especialistas y los pacientes accedían a él por diversas puertas (en el fondo, tenían la llave maestra del pago de los servicios), la cantidad per cápita de los primeros se triplicó, mientras que la de médicos de atención primaria declinó y el subespecialista que ofrecía procedimientos sofisticados a una población abrumada por la arterosclerosis sustituyó al médico general como nuevo héroe del sistema (10, 24). Sin embargo, en la década de los noventa, las organizaciones de mantenimiento de la salud comenzaron a usar *médicos de atención primaria* como "porteros", igual que el sistema nacional de salud del Reino Unido. Sin embargo, regularon el acceso a los especialistas de manera diferente a como lo hizo el Reino Unido. El público percibió que las decisiones del "portero" estaban influenciadas por consideraciones financieras (7, 22). Así, la reducción de las organizaciones del mantenimiento de la salud estadounidenses a una sola forma de acceso a diagnóstico por imagen, a procedimientos de laboratorios, a especialistas y subespecialistas y a servicios especiales de 80 millones de pacientes es considerado un fracaso (7, 10, 22).

Estas organizaciones del mantenimiento de la salud no han podido comprender que el sistema de control en la portería o la guardabarrera no es responsable directo de los bajos costos del sistema de atención de las sociedades con pocos recursos, en las cuales emergió como otro sistema de referencia. En estos sistemas, el bajo costo está en función de controles laterales del suministro más que del manejo de la demanda, en la interfase de la atención primaria y la especializada (22). No han podido comprender que el sistema nacional de salud inglés no opera con interés comercial o consumista; tampoco han comprendido que su problema es cómo gerenciar la demanda de pacientes por atención especializada en un medio ambiente en el que abundan los especialistas y en el que se promueven las expectativas de acceso y la confianza en tecnologías más invasoras en vez de las menos

invasoras como las utilizadas en atención primaria (22).

Esto no quiere decir que los pacientes no valoren la opinión de su médico de atención primaria, cuando su función de filtro es ejercida de forma correcta. Tampoco es cierto que los pacientes puedan prescindir de la orientación de la atención primaria, una guía imprescindible ante la creciente complejidad del sistema. Este no puede prescindir de estos profesionales, quienes aseguran una distribución equitativa de recursos (22).

Aunque algunos ven resultados positivos en las organizaciones del mantenimiento de la salud —el desarrollo de equipo médico de atención primaria, apertura de vías de acceso, nuevos modelos de atención crónica, capacitación de pacientes para manejar sus condiciones crónicas y consulta grupal a médicos—, el modelo implica más trabajo para el médico y/o el paciente, puesto que no se puede poner en peligro la viabilidad financiera de la experiencia (10, 24). No obstante que la atención primaria fue lanzada con la idea de que los practicantes compensaran un sistema deficiente, financiado por el seguro médico, éstos son víctimas de las limitaciones y discontinuidades del sistema de financiamiento y son seducidos por la perversidad del incentivo económico, a cambio de limitar la atención especializada. Aun cuando se los suponga liberados de las tentaciones del sistema de pago por servicio, tienen el control del presupuesto por cabeza y son remunerados por capitación (24). El paciente que acude al especialista directamente es el que tiene la menor probabilidad de estar enfermo, pero alimenta una consulta innecesaria. De esta manera, aumenta la probabilidad para que los procedimientos de diagnóstico y los terapéuticos sean usados de forma inapropiada, con lo cual comprometen los resultados (22), ya que, en parte, la remuneración del especialista es calculada sobre la base de pago por servicio (7).

La solución práctica de este sistema requiere innovaciones que aumenten el acceso y la calidad de la atención, pero sin trasladar al paciente la responsabilidad. El aumento de la calidad implica reducir la carga del profesional de atención primaria, sin comprometer la viabilidad financiera. Solo un milagro podría hacer que las organizaciones de

8. El énfasis es del autor.

mantenimiento de la salud satisficieran las expectativas (7). Ni los practicantes ni los especialistas ni los pacientes están satisfechos con el modelo, porque no permite acceso pronto a la atención aguda, ni tampoco permite una atención actualizada a los pacientes crónicos. Menos de la mitad de pacientes hipertensos, diabéticos, con fibrilación atrial o hiperlipidemia son bien atendidos (10).

La tendencia es a abandonar este modelo y volver a la dispersión para acceder a la atención especializada, pagada por servicios. Sin embargo, las organizaciones de mantenimiento de la salud continúan experimentando con la portería y recortando el papel tradicional del médico. El vacío es llenado por especialistas independientes o agrupados. También experimenta con el llamado modelo "hospitalista", o sea, médicos de atención primaria que atiende al paciente, cuando éste es hospitalizado. Estos médicos son contratados por la organización de mantenimiento de la salud, el hospital o asociaciones grandes de práctica privada (7). De esta manera, se abre espacio para una práctica médica rentable.

Es muy probable que, para controlar los gastos, el gobierno intente reducir el pago de aquel proveedor que atiende a pacientes con un seguro financiado con fondos públicos, mientras que los empresarios trasladen sus costos a sus empleados. De esta manera, gobierno y empresarios tratarán de aumentar el costo del seguro, así como también el pago del usuario del servicio de salud, sin preocuparse porque estas medidas aumentarán las desigualdades de este sistema. Aun cuando llegaran a controlar el gasto del sector privado, es muy probable que desestabilicen el mercado del seguro y que pobres y enfermos se encuentren en mayor desventaja (8). Este cambio de política obedece a que el control gubernamental combinado con la cobertura universal no se encuentra en la agenda estadounidense (8) y a que se insiste en aplicar restricciones ineficaces a las organizaciones de mantenimiento de la salud y en aumentar el derecho del paciente. En la práctica, este derecho depende de la voluntad de las corporaciones (90).

6. El caso de Canadá

Al finalizar la segunda guerra mundial, Canadá, al igual que las otras sociedades desarrolladas, pensó en eliminar la desigualdad en la salud. Por consiguiente, los servicios básicos fueron abiertos a toda la ciudadanía, en el contexto de un sistema

público (15). La introducción del seguro de enfermedad no tuvo un efecto espectacular. Sin embargo, se constituyó en un sistema formidable para redistribuir la riqueza entre diversos sectores sociales y profesionales y entre sanos y enfermos. Desde entonces, el sistema público de seguro de enfermedad se volvió esencial para la actividad económica y piedra angular de la legitimidad del Estado ante la ciudadanía (15).

En 1993, *la globalización obligó* al gobierno a sanear sus finanzas para mantener la competitividad y sobre todo para conservar la *suficiente autonomía* de los mercados financieros. El gobierno se encontró en una situación incómoda. El imperativo económico lo empujaba a reducir sus gastos para equilibrar su presupuesto y conservar su independencia y su autonomía, garantía indispensable de un gobierno democrático, y, por otro lado, el recorte en los programas sociales y en el seguro de enfermedad ponían en cuestión su legitimidad ante la ciudadanía (15). En la actualidad, la sociedad canadiense, donde la salud es todavía una prioridad, discute hasta dónde es permisible la participación del sector privado en la atención de salud. Casi todos sus hospitales operan sin afán de lucro y son administrados por autoridades regionales. La mayor parte de los servicios médicos (diagnósticos y terapéuticos) son prestados por empresas, creadas por médicos independientes o asociados. Se les paga por servicio y no conforman corporaciones gremiales. Las empresas fundadas por inversionistas o corporaciones, que operan con afán de lucro, solo proporcionan unos pocos servicios, sobre todo de laboratorio y atención continúa de largo plazo. El seguro privado cubre el 34 por ciento del costo del medicamento prescrito, el usuario aporta el 22 por ciento y el seguro público, el 44 por ciento. Por lo tanto, el 56 por ciento es cobertura privada, mientras que el 44 por ciento es pública (16, 18, 65).

El debate se centra entre quienes opinan que una mayor participación privada proporciona más recursos, libertad de elección, competencia, eficiencia y efectividad y quienes sostienen que esto es contrario a los valores del sistema, crea desigualdad y resulta en menor rendimiento, en términos de costo-efectividad, a largo plazo. La opinión final del comisionado Roy J. Romanow es que la *sostenibilidad del sistema* —es decir, *la relación armoniosa entre servicio, necesidad y recurso*— y la calidad del servicio exigen una solución mejor *dentro del sistema público*. Sólo así se podría ga-

rantizar la disponibilidad de los recursos adecuados para que el servicio sea accesible a todos, o sea, esos recursos *no deben ser buscados en el sistema privado* (65). La opinión del comisionado es más tajante, al distinguir entre los servicios de atención llamados auxiliares —preparación, limpieza, mantenimiento, seguridad, alimentación, etc.— y los servicios director o las intervenciones profesionales, los cuales *deben ser ejecutados públicamente*, en instalaciones que operan sin afán de lucro (65). Los servicios auxiliares, según él, tampoco deben ser prestados de forma privada. En algunos casos, esto puede conducir a economías de escala y las deficiencias en la calidad rara vez son expresadas en algo más que desagrado. Advierte, además, que una vez desmanteladas las facilidades para la prestación pública de estos servicios auxiliares, con dificultad hay vuelta atrás (65); tampoco hay necesidad de exponerse al desagrado.

Estas opiniones están respaldadas en evidencia de que la mayor eficiencia de los servicios prestados en *forma privada y con afán de lucro* deriva en que ésta acapara aquellos que pueden ser prestados sobre la base del volumen, mientras que el servicio público carga con aquellos más caros y complicados, cuyo costo es calculado caso por caso. Además, carga con los costos irrecuperables, ocasionados por el servicio privado cuando comete errores, que exigen tratamiento intensivo y poco rentable. La evidencia disponible en Estados Unidos muestra que la calidad de la atención del sector que opera sin afán de lucro es mejor que la atención privada de las organizaciones para el mantenimiento de la salud y los hospitales, los cuales operan con afán de lucro o a partir de planes comerciales para atender niños cubiertos por *Medicaid*. Los hospitales que operan por lucro muestran un *aumento del riesgo de muerte*, en relación con la contraparte que no opera por esa motivación. Tienden a contratar *personal menos capacitado*. Los servicios contratados con compañías privadas permiten comprar servicios públicos, los cuales son prestados con mayor rapidez, pero también propician que los recursos económicos individuales determinen *el acceso*, a menudo *desordenado, al servicio público* (32, 65, 92).

El comisionado canadiense sostiene que la participación privada y la combinación de ésta con la pública facilita que quienes accedan por *enfermedades o lesiones ocupacionales* tengan un *tratamiento preferencial* a costa de quienes no padecen tales enfermedades o no están empleados de ma-

nera formal. Por otro lado, no hay evidencia de que los contratos por servicios médicos o quirúrgicos privados sean *más eficaces o menos costosos* que los públicos. Aunque la combinación de la cobertura pública y privada hace que un reducido grupo de canadienses se quede sin acceso a medicamentos, *las desigualdades en la cobertura son evidentes y tienden a agravarse*, por la falta de control del costo de los fármacos (65).

Algunos identifican el desarrollo del conocimiento y de estrategias para luchar contra las enfermedades, las transiciones epidemiológica y demográfica, las cuales aumentan la demanda de atenciones, el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población, la globalización y los avances tecnológicos como factores que contribuyen a la crisis de financiamiento del sistema canadiense (16). Esta crisis ha enfrentado al gobierno federal con los provinciales. El primero establece la mayoría de los impuestos, pero los segundos administran el sistema de salud. Así, pues, es un sistema conjunto de planes administrados por diez provincias y tres territorios. Cada administración es diferente, pero todas están estructuradas de manera similar para poder cumplir con las condiciones impuestas por el gobierno federal para financiarlas (18). Son cinco condiciones bastante simples: provisión de todos los servicios médicos necesarios, administración pública del sistema, cobertura nacional, cobertura universal a la ciudadanía y residentes, y gratuidad de servicios médicos y hospitalarios esenciales (18).

El sistema canadiense es considerado único, porque *prohíbe que compañías privadas de seguros presten estos servicios esenciales*; acepta seguros complementarios para gastos extras —como el cuarto privado, en el hospital—. Esta prohibición contiene el surgimiento de un sector médico y hospitalario paralelo y ejerce presión sobre las provincias para que satisfagan las expectativas de su clase media. El sistema permite que una combinación pública y privada provea los medicamentos, así como también servicios sociales y algunas atenciones a los adultos mayores. Asimismo, permite el financiamiento privado de la atención dental, psicológica, estética, quiropráctica, etc. (16, 18). Pero esta permisividad es considerada como *inconsistencias*, que impiden la sintonía del sistema con el ideal de una verdadera cobertura nacional (18). En el futuro próximo, no habrá grandes cambios en este sistema, pero es probable que el gobierno federal traslade fondos para

controlar a los gobiernos provinciales, lo cual irá acompañado de algunas modificaciones (18).

En este contexto, hubo dos informes. El de Romanow, apegado a los principios y valores de un sistema nacional o público de salud, y el de Kirby, parecido a aquél, pero centrado en los desafíos de médicos y hospitales. Este informe propone reformas y financiamiento para apuntalar los servicios esenciales, mientras se pronuncia a favor de expandir la participación del sector privado, en un sistema único, financiado públicamente. Esta propuesta incluye contratación de servicios a agencias o empresas privadas, hospitales y clínicas también privadas (18, 37, 65). El debate, por su lado, se centró en el papel de las empresas privadas con fines de lucro en la organización y prestación de servicios, en la modificación del financiamiento para crear incentivos o permitir que dinero privado entrase al sistema y mayor nivel de financiamiento y mayor control de los recursos existentes.

No parece posible que la crisis económica vaya a llevar a los canadienses a la atención gerenciada, dada la experiencia con la combinación de lo público y lo privado, en el financiamiento de servicios (18). Esa experiencia, aceptada por presión y controlada, y las presiones crecientes sobre el seguro de enfermedad restan importancia a los argumentos en contra de ampliar la combinación de lo público y lo privado o en contra de sociedades con las mismas características para, por ejemplo, diseñar, construir, financiar y administrar hospitales, mediante contratos de largo plazo. Eso aun cuando producen resultados indeseables para los usuarios y la naturaleza del sistema. A menudo estos arreglos cuestan más a los gobiernos y a los contribuyentes, porque el sector privado les exige rentas elevadas que compensen sus gastos. El costo de los préstamos es mayor para el sector privado que para los gobiernos, pues aquél a menudo tiene costos administrativos mayores y la calidad de su servicio es inferior (65).

Ni siquiera la advertencia derivada de la cobertura de medicamentos parece capaz de detener la participación del sector privado (65). Algunos de los nuevos medicamentos, cuyo costo elevado es incontrolado y artificial, no son más efectivos que sus predecesores más baratos. Informes estadounidenses muestran que el precio promedio de una droga o medicamento especializado es 2.5 veces más elevado que otra más antigua y similar. Una nueva aplicación en un medicamento puede llevar

a una modificación que aumenta su precio en el 75 por ciento (4, 65). Los medicamentos, además, no siempre son utilizados de forma apropiada. Es más, a mayor uso de medicamentos, mayor riesgo de error por prescripción o administración. En Estados Unidos, estos errores son la sexta causa de muerte (Romanow 02).

7. El caso de América Latina

El caso de Latinoamérica es patético. Casi toda ella se encuentra en proceso de reforma neoliberal, de tal manera que es la región que más participación ha dado al sector privado en los años de 1990 (58). Esto pudo haber sido previsto, dada la vulnerabilidad de la región. En casi toda América Latina había sistemas de salud con seguro social, sector público y un sector privado floreciente hasta hace muy poco (17). Una proporción significativa de los gastos de salud — en la mayoría de casos, más de la mitad— era cubierta por este último sector (58). La mayor parte de este gasto provenía de las clases populares.

La cuestión es que, tal como lo reconoce la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, las promesas del neoliberalismo y las de la globalización no se han cumplido. Tampoco se han dado las ventajas atribuidas a esos procesos. Al contrario, las reformas han ido en detrimento de los países subdesarrollados. Después de muchos años de ajustes y reformas, “la mayoría de estos países en América Latina y, en general, en el mundo parece estar en peor situación relativa y, en algunos casos, absoluta de la que tenía antes” (54). Esta es una reafirmación y una ampliación de la conclusión a la cual esa institución llegó al evaluar las reformas neoliberales en salud, en el año 2000, “en resumen, las motivaciones que han impulsado las reformas se han centrado hasta ahora en algunos aspectos de gestión y en ciertos aspectos relacionados con la eficiencia económica. En la práctica, las cuestiones de equidad, protección social en salud y salud pública han quedado relegadas a un plano secundario” (48).

Así, pues, las modificaciones introducidas por los procesos de reforma en los países latinoamericanos han consistido en una variedad de mezclas de lo público y lo privado, en los sistemas nacionales existentes. Pero, lejos de tomar nota de estos resultados y abandonar el modelo de reforma, la misma institución que defiende la salud ha pedido una nueva generación de reformas, la cual raya en

el engaño. La línea fundamental es acusar aún más la privatización, a partir de las nuevas funciones de la salud pública, las cuales ya no incluyen la prestación y el financiamiento de la atención personal. Asimismo, la atención pública de la salud deja de ser responsabilidad estatal (54, 72).

Es más, la organización internacional plantea un nuevo concepto de salud, pues identificarla con el bienestar vuelve difícil delimitar las responsabilidades del sector. Según el nuevo replanteamiento, la salud sería la realización del potencial biopsíquico de personas y poblaciones, de acuerdo a las circunstancias en las que vive. El nuevo concepto es más sectorial y operativo; pero está muy lejos del que la piensa como completo bienestar físico, mental y social más que la ausencia de enfermedad (54, 72).

A la Organización Panamericana de la Salud y a la Organización Mundial de la Salud no parece preocuparles que la situación económica, social y cultural de América Latina se agrava y que los sistemas de asistencia social y de seguridad social no dan abasto para hacer frente a los nuevos desafíos (55). De los 799 millones de personas con hambre, 55 millones son latinoamericanas. La organización ha hecho caso omiso de que los precios de mercado no reflejan el valor intrínseco del servicio de salud ni los beneficios sociales; tampoco aseguran el acceso equitativo ni la duplicación de funciones ni la multiplicación de costos cuando hay múltiples proveedores (58).

Los promotores de la reforma liberal ni antes ni ahora han prestado atención a las precondiciones ni tampoco al orden de aplicación de los cambios. Dado que el modelo es importado, ambos aspectos son cruciales (31, 77). Ante lo sucedido, al menos reconocen, de forma implícita, la importancia de las precondiciones. En efecto, señalan que la interacción entre inversión en salud y acceso a servicios sanitarios, a agua potable y a mayor saneamiento es positiva, porque reduce las enfermedades infecciosas, mejora el estado nutricional de los niños y aumenta la capacidad de aprendizaje (58).

En la actualidad, varias multinacionales estadounidenses —*ACTNA*, *CIGNA*, *Prudential*, *American Insurance Group*— han asumido la prestación de seguros y servicios sanitarios en la región latinoamericana. Su pretensión es hacerse cargo de las responsabilidades administrativas de la instituciones de salud pública y acceso a los fondos de la

seguridad social para atención médica (58), tal como fue advertido por diversos autores (57, 77, 89). El término atención manejada, gerenciada o administrada es vago y perverso. Salió de los experimentos económicos neoliberales, como un producto de exportación a los países subdesarrollados (77).

Esta iniciativa ha sido impulsada sin suficiente base teórica y, a veces, con engaño, pues no explican a la opinión pública que su motivación verdadera es el afán de lucro. Es una iniciativa que se presenta como alternativa a un sector público desprestigiado, incluso recurriendo a la malversación de fondos públicos y costos humanos. Para ello han desnaturalizado programas de desarrollo social promotores, los cuales han sido convertidos en programas de compensación social que no compensan, hacen uso de subsidios y otros arreglos contractuales ventajosos, siempre con la colaboración de gobiernos obsequiosos (77).

Esta penetración coincide con las políticas de privatización y recorte de los servicios públicos del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, los cuales no conceden préstamos adicionales a aquellos gobiernos que no se avienen a dichas políticas. Aun cuando la privatización no adopte la forma de atención gerenciada, sino la de combinación de público y privado, con frecuencia, ambas van juntas e implican la participación de una compañía estadounidense de seguros (77).

Las empresas estadounidenses de atención gerenciada invierten en la adquisición de compañías latinoamericanas de seguros de indemnización o con planes de asistencia médica prepagada, en la asociación con compañías de capital de riesgo y en acuerdos para gestionar la seguridad social y las instituciones de salud pública (58). Estas empresas invierten en América Latina con el fin de obtener beneficios muy lucrativos, para lo cual cuentan con el apoyo de los gobiernos de la región (77, 89). Es un negocio para pocos y un problema para muchos. El 60 por ciento de la población latinoamericana recibe subsidios en efectivo y servicio de salud, cubierto con fondos de seguridad social y con frecuencia de los propios empleados. La penetración está muy avanzada en Argentina y Chile, crece en Brasil y comienza en Ecuador (58). La atención gerenciada prevalece en Colombia y los mercados de salud de México y Venezuela son seguidos con interés (17).

Esta nueva formalidad de combinar lo público con lo privado, según la cual se oferta la gestión

de los fondos de seguridad social a las multinacionales extranjeras, ya ha producido una serie de males bien documentados. Al invertir más en los elevados costos administrativos y de promoción y en los dividendos de los inversionistas, debe trasladar fondos de los servicios clínicos a estos rubros. Los gastos administrativos y de promoción llegan a representar hasta dos dígitos —en Argentina el 19 por ciento y en Chile el 20 por ciento—, la disminución del gasto en servicios clínicos es inevitable y, en consecuencia, la reducción del acceso de los grupos vulnerables a dichos servicios (29, 58). Así, el efecto cascada está garantizado.

Los sistemas mixtos tienen dos niveles de atención, uno para quien puede pagar un sistema privatizado, pero fortalecido con fondos públicos, y otro público, aunque debilitado por el ajuste y el subsidio al sistema privado, para quien no puede pagar. La atención médica gestionada con lleva cargos financieros adicionales y quienes no pueden cubrirlos, deben acudir a la atención pública. En Chile, una cuarta parte de la población cubierta por atención gestionada debe acudir al sistema público (17, 58). En ese país, el asegurado tiene derecho a recibir una serie de prestaciones, en función de su cotización. Al igual que en Colombia, en Chile, el seguro se extendió transfiriendo a las compañías de seguros privadas la afiliación, el cobro y la contratación de los servicios asistenciales. Los más enfermos, los que generan los costos más elevados y los más pobres quedan a merced del sector público (36). Recurrir a médicos privados contratados por el sistema de salud no es opción para quien no puede pagar. Los médicos se niegan a atenderlos, puesto que la seguridad social a menudo no cubre esos servicios o no los paga (58).

En Argentina y Brasil, los hospitales públicos responden requiriendo reembolsos de la seguridad social y los seguros privados, así como pagos adicionales. Los pacientes pobres son examinados con

rigor humillante para establecer su calidad de tales; pero ello no garantiza la atención, puesto que el nivel de rechazo es del 30-40 por ciento (58). De esta forma, las instituciones públicas se ven obligadas a la autogestión y a competir por pacientes del seguro público y privado e imponer co-pagos y procedimientos humillantes (17). La autonomía silenciosa de los hospitales públicos de Lima se ha llevado a cabo con la disminución del financiamiento público y el aumento drástico del co-pago. La medida condujo a una disminución del uso de los hospitales por los estratos con menos capacidad económica y a un aumento del uso por parte de aquellos

que perciben ingresos mayores. Se consigue eficiencia, pero también más desigualdad (17).

Así, pues, las modificaciones introducidas por los procesos de reforma en los países latinoamericanos han consistido en una variedad de mezclas de lo público y lo privado [...] La línea fundamental es acusar aún más la privatización, a partir de las nuevas funciones de la salud pública, las cuales ya no incluyen la prestación y el financiamiento de la atención personal. Asimismo, la atención pública de la salud deja de ser responsabilidad estatal (54, 72).

Este sistema de dos niveles debilita el fondo común de riesgo y socava el cruce de subsidios entre los sectores con mejor salud, atraídos por las organizaciones de atención médica administrada, y los más vulnerables o enfermos, quienes son transferidos al sector público (58). No puede ser de otra manera. Un elemento básico del sistema chileno lo constituyen los institutos de salud previsional, compañías de seguros privadas, algunas

de ellas afiliadas a las organizaciones del mantenimiento de la salud estadounidenses. La única agencia recaudadora del Estado, El Fondo Nacional de Salud, entrega a estos institutos la cuota de financiación —el 7 por ciento del salario—, cuando el trabajador escoge esta opción (29). Así, pues, el financiamiento proviene de la cotización obligatoria del trabajador. El que carece de salario o pensión es subsidiado por el Estado. A diferencia de los sistemas de seguro públicos europeos, cada persona tiene derecho a un paquete de prestaciones proporcional a su aportación. Por lo tanto, el financiamiento por cotizaciones obligatorias no funciona como sistema de redistribución (36). El trabajador que no opta por el instituto de salud previsional, recibe servicios en el sistema nacional de salud o en clínicas privadas. El Fondo Nacional

de Salud solo cubre una parte del costo del servicio, el resto lo pone el usuario, excepto la población indigente (29). La atención de salud está organizada a partir de su fragmentación y descentralización, pues la atención primaria y hospitalaria han sido trasladadas a las municipalidades y a regiones de salud respectivamente (29, 36).

Dado que los asegurados en un instituto de salud previsional pueden recibir atención gratuita en el sistema público, cuando la atención que requieren no está cubierta por la póliza, resulta que los más pobres subsidian a los más ricos; aparte que el gobierno subsidia al sector privado en los institutos de salud previsional. Como es natural, los ricos saben aprovecharse mejor de los subsidios que los pobres. Aunque solo el 22 por ciento de la población está asegurada en un instituto de salud, ésta consume el 43 por ciento de la atención médica del país, pese a que cubre familias más pequeñas, población más joven y sana que los beneficiarios directos del Fondo Nacional de Salud (29). Solo el 3.2 por ciento de los pacientes cubiertos por los institutos de salud tiene más de 60 años, en comparación con el 12 por ciento de pacientes del sector público y el 8.9 por ciento de la población general (17).

Las aseguradoras privadas tienen una rentabilidad muy alta, pues operan con unos márgenes del 20 por ciento, debido a la cuidadosa selección de sus clientes, la cual incluye la transferencia de trabajadores jubilados y enfermos crónicos al sistema público, y debido también a la limitada oferta de servicios y al aumento del co-pago y del deducible (29).

Sea de forma independiente o combinada, público y privado, los servicios clínicos y los medicamentos son difíciles de regular, sus mercados fallan e incluso fracasan cuando son prestados de forma privada. La intervención innecesaria o un tratamiento más intenso del requerido son práctica común entre los médicos. Los farmacéuticos privados no regulados también prescriben exceso de fármacos de precio elevado. Estos representan entre el 30 y el 50 por ciento del gasto de la atención médica, en los países pobres, mientras que en los ricos solo es del 15 por ciento. China, que ha desplazado el servicio preventivo y ha dado prioridad al curativo, es un buen ejemplo del exceso de utilización de medicamento. De tal manera, que, en 1993, representaba el 52 por ciento del gasto de salud (58).

El mercado privado ha universalizado el uso excesivo de la alta tecnología. En Tailandia, por ejemplo, el sector privado cuenta con tanto o más

equipo de esa clase que el sector privado de la mayor parte de países europeos, pese a que su ingreso per cápita es mucho más bajo y a que las enfermedades son diferentes (58). Uno de los argumentos utilizados para justificar la penetración del mercado privado en el fondo de la seguridad pública sostiene que la seguridad social pública es preferencial y establece una diferencia innecesaria e injusta, pese a que fue impulsada como un logro y fue comprendida por los pocos beneficiados como una reivindicación y por los no beneficiados como una "prestación" a la cual aspirar. Pese también a que la seguridad social pública ha hecho de valladar contra la pauperización de los beneficiarios —y de los gremios profesionales— y a haber representado, en la mayoría de casos, un esfuerzo conjunto de Estado, empresa privada y trabajadores.

Este argumento fue utilizado por los "expertos" que respaldaron la propuesta para reformar la salud en El Salvador (ANSAL) —algunos de los cuales integran la recién conformada Comisión Nacional de Seguimiento de la Reforma Integral de Salud— (2, 74, 64). Estos expertos fueron más leños aún, cuando propusieron reorganizar la atención especializada y hospitalaria, pues, según ellos, la administración privada es más eficiente que la pública. Por lo tanto, pidieron privatizar el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el establecimiento del seguro médico-hospitalario obligatorio y universal, la introducción de canasta ampliada pagada por el usuario, subsidio para el paciente pobre, la creación de un fondo nacional de salud, el pago per cápita, la gerencia de la atención médica y la reducción de aportes y beneficios de los asegurados del seguro social en un 50 por ciento (2).

La penetración del sector privado en la salud ha llevado a que los sistemas de salud públicos deban atender a los pacientes más vulnerables con menos personal y también, con frecuencia, menos preparado. El sector privatizado y el hipertrofiado por el consumismo absorben los recursos del sistema público (58), el cual, por otro lado, ha subsidiado su formación en las facultades de medicina de las universidades públicas o en las de las universidades privadas, cuyas cuotas no cubren la práctica en sitios públicos.

Frente al sistema de salud chileno, modelo de política neoliberal, se suele presentar el costarricense como ejemplo de servicio público, a través de su Caja de Seguridad Social. Aunque se ha re-

sistido al embate neoliberal, la Caja ha debido experimentar con la participación del sector privado, en concreto con la llamada *medicina de empresa*. Esta modalidad permite que la empresa contrate un médico para atender a los trabajadores, en una clínica, en sus propias instalaciones. Sin embargo, los trabajadores tienen acceso al servicio de diagnóstico, tratamiento y hospitalización del sistema. Otra modalidad es la *medicina mixta*, la cual permite a los beneficiarios de la Caja acudir a un médico privado, a quien pagan directamente la consulta, pero continúan recibiendo los beneficios de aquella. Una tercera modalidad es la de las *cooperativas de salud*, conformadas por médicos organizados, a la cual la Caja traslada fondo a cambio de proporcionar servicios a los habitantes de un área geográfica, que opten por esta modalidad. Al hacerlo, conservan el derecho de ser referidos a un hospital de la Caja. Finalmente, la Caja compra servicios de diagnóstico de alta tecnología a empresas privadas y contrata farmacias privadas (29). La Caja ha intentado contratar servicios auxiliares como el de hostelería, pero el sector privado no se mostró interesado.

La crisis económica también ha obligado a Cuba a reformar el sector salud; sin embargo, mantuvo el sistema como prioridad gubernamental, así como su carácter único y público. El presidente del Banco Mundial felicitó al gobierno cubano por su trabajo en salud y educación. Mientras que Nicaragua con un sistema mixto de "mercado regulado", financiado por fuentes externas, co-pago y sector privado, se hunde en el absurdo. Pretende que su Ministerio de Salud descapitalizado y sin poder real cree un "mercado regulado", mientras una elevada proporción de la población trabaja en el sector informal, no paga impuesto ni está afiliada al seguro social, el cual solo cubre al 4 por ciento (17).

En síntesis, el modelo mixto de público y privado no funciona. En la práctica es entregar dinero público al sector privado para su propio beneficio. Es evidente, entonces, que el enfoque debe ser público (29, 61). La privatización de la salud hace de la vida una mercancía, comprada y vendida por las grandes compañías de seguro y los planes de salud. Si la atención supera la cobertura, es más conveniente dejar morir al paciente que ayudar a vivir (90). Pareciera que, tal como lo señala Deborah Stone (90), ha llegado el momento de rebelarse contra la pérdida de la moral social y material. Es hora de pedir cuenta a los políticos y a los grandes

empresarios por lo que han hecho con el bienestar, la vida y los valores de la población.

San Salvador, septiembre de 2003.

Referencias bibliográficas

1. Abel, C., y Lloyd-Sherlock, P. Health Policy. "Latin America: Themes, Trends and Challenges", en Lloyd-Sherlock, P., *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*. Institute of Latin American Studies. School of Advanced Study. University of London. London, 2000.
2. *Análisis del sector salud en El Salvador. La reforma de salud: hacia su equidad y eficiencia*. Informe final. San Salvador, 1994.
3. *American Medical News. Time to Focus on Care Disparities*. Editorial. April 14, 2003. http://www.ama-assn.org/sci-pubs/amnews/amn_03/edsa0414.htm
4. Angell, M. "The Pharmaceutical Industry, To Whom Is It Accountable?". Editorial. *NEJM* 2000; 342:1902-1904. <http://www.nejm.org/content/2000/0342/0025/1902.asp>
5. Angell, M. "The American Health Care System Revisited. A New Series". Editorial. *NEJM* 1999. 340:1,48. <http://content.nejm.org/cgi/content/full/340/1/48.asp>
6. Aston, G. "Number of Uninsured Down, but Struggle Continues". *AMNews*. Oct. 16, 2000. http://www.ama-assn.org/sci-pubs/amnews/pick_00/gvsa1016.htm
7. Bindman, A. B. y Majeed, A. "Organisation of Primary Care in The United States". *BMJ* 2003; 326:631-634. <http://bmj.com/cgi/content/full/326/7390/631?toc>
8. Blumenthal, D. "Controlling Health Care Expenditures". *NEJM* 2001, 344: 10,766-769. <http://www.nejm.org/content/2001/0344/0010/0766.asp>
9. Blumenthal, D. "Health Care Reform at the Close of the 20th Century". *NEJM*, 1999. 340:24,1916-1920. <http://content.nejm.org/cgi/content/full/340/24/1916.asp>
10. Bodenheimer, T. "Innovations in Primary Care in The United States". *BMJ* 2003, 326:796-799. <http://bmj.com/cgi/content/full/326/7393/796?etoc>
11. Bodenheimer, T. "Disease Management in the American Market". *BMJ* 2000, 320:563-566. <http://www.bmj.com/cgi/content/full/320/7234/563>
12. Bodenheimer, T. "The Movement for Improved Quality in Health Care". *NEJM*, 1999. 340:6,488-492. <http://content.nejm.org/cgi/content/full/340/6/488.asp>
13. Booth, B. "Wake-Up Call On a Growing Problem". *AMNews*, July 5, 1999. http://www.ama-assn.org/sci-pubs/amnews/pick_99/orga0705.htm

14. Cason, J. y Brooks, D. Chomsky. "La OMC, libertina para ricos ricos: las reglas son para países pobres". *CCNews*, Washington, New York, octubre, 2003. <http://www.ccnven.org/na29.htm>
15. Contandriopoulos, A-P. "La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales". Traducción de "La santé entre les Sciences de la Vie et les Sciences Sociales, *Ruptures*, Universidad de Montreal, 1999.
16. Contandriopoulos, A-P. y Morales, C. *Financiamiento de la salud en Canadá. ¿un debate técnico o una discusión valórica?* Seminario de análisis de la reforma de la salud. Universidad de Montreal, 5-6 de noviembre de 2002, Santiago de Chile.
17. De Vos, P. *Análisis de las políticas de reforma de salud en Europa y América Latina: causas económicas y consecuencias sociales*. Informe del Paquete de trabajo 9 de la evaluación del efecto/impacto de las reformas de salud en relación con los programas e intervenciones en salud pública. INCO. Comisión Europea INCO-DEV Contract number: ICA 4-CT-2000-30037. Marzo de 2003.
18. Detsky, A. S. y Naylor, C. D. "Canada's Health Care System. Reform Delayed". *NEJM* 349, 8, 804-810. <http://content.nejm.org/cgi/content/full/349/8/804>.
19. Dierckxsens, W. "El movimiento social por una alternativa al neoliberalismo y a la guerra". *Revista Centroamericana de Economía*.
20. Documentation and Information Center (CID) and Health Policies Development Program (HSP). *The Public Private Mix in National Health Systems and the Role of Ministries of Health*. Reprints Series 3. PAHO/WHO. Washington, DC, 1991.
21. Evans, T. et al. (Eds). *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica No. 585. Washington, D. C., 2002.
22. Forrest, C. B. "Primary Care Gatekeeping and Referrals: Effective Filter or Failed experiment?". *BMJ* 2003, 326, 692-695. <http://bmj.com/cgi/content/full/326/7391/692?toc>
23. Gottlieb, S. "Medical Bills Account for 40% Of Bankruptcies". *BMJ* 2000, 320, 1295. <http://www.bmj.com/cgi/content/full/320/7245/1295>
24. Grumbach, K. "Primary Care in the United States. The Best of Times, the Worst of Times". *NEJM*, 1999, 341, 26, 2008-2010. <http://content.nejm.org/cgi/content/full/341/26/2008.asp>
25. Grupo del Banco Mundial. "Guía para el informe sobre el desarrollo mundial 2003. Desarrollo sostenible en una economía dinámica". http://lnweb18.worldbank.org/external/lac/lac.nsf/_i8lm2msr9ehkmuar5dolmasrgc77mur0_051FF21231D13-EAF85256C2A0071A4D5?OpenDocument#cap1 (septiembre, 2003)
26. Health Policies Development Program. Pan American Health Organization. *The Public-Private Mix in National Health Systems and the Role of Ministries of Health. A Report of a Meeting in Hacienda Cocoyoc State of Morelos, México, 22-26 de julio de 1991*. Document Reproductions Series No. 22. Washington, DC, agosto, 1992.
27. Heilbroner, R. y Milberg, W. *La evolución de la sociedad económica*. Prentice Hall. México, 1999.
28. Hinkelammert, F. J. *El huracán de la globalización: la exclusión y la destrucción del medioambiente vistos desde la teoría de la dependencia*. Documento sin fecha y sin indicaciones del lugar de publicación.
29. Homedes, N. y Ugalde, A. "Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica". *Gac Sanit* 2002, 16(1), 54-62.
30. Homedes, N. y Ugalde, A. *Condiciones y condicionantes de salud y reforma*. Foro APRESAL, Guatemala, 1999.
31. Homedes N et al. "Health Reform: Theory and Practice in El Salvador". En Lloyd-Sherlock, P. *Healthcare, Reform and Poverty in Latin America*. Institute of Latin American Studies. School of Advanced Study. University of London. London, 2000.
32. Hopkins Tanne, J. "Mortality Higher at For-Profit Hospitals". *BMJ*, 2002, 324, 1351. <http://bmj.com/cgi/content/full/324/7350/1351>
33. Ibisate, F. J. "Economía sin plan, sin mercado y sin autocrítica". *ECA*, 2003, 656, 541-561.
34. Iglehart, J. K. "Medicare". *NEJM*, 1999, 340, 4, 327-332. <http://content.nejm.org/cgi/content/full/340/4/327.asp>
35. Iglehart, J. K. "Expenditures". *NEJM*, 1999, 340, 1, 70-76. <http://www.nejm.org/cgi/content/full/340/1/70.asp>
36. Jané Camacho, E. "Sistemas de salud y desarrollo (un análisis de políticas de salud para la orientación de las acciones de cooperación al desarrollo)". *Sistemas de salud* 5. 1-1-99.
37. Kirby, M. J. L. y LeBreton, M. *The Health of Canadians. The Federal Role. Volume Six: Recommendations for Reform. Final Report on the State of The Health Care System in Canada*. The Standign Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, octubre, 2002.
38. Kuttner, R. "Managed Care and Medical Education". *NEJM*, 1999, 341, 1092-1096. <http://www.nejm.org/content/1999/0341/0014/1902.asp>
39. Kuttner, R. "Health Insurance Coverage". *NEJM*, 1999, 340, 2, 163-168. <http://content.nejm.org/cgi/content/full/340/2/163.asp>

40. Kutzin, J. "Experience with Organizational and Financing Reform of the Health Sector. Current Concerns", *ARA* 8, Division of Analysis, Research and Assessment, World Health Organization, 1995.
41. Landers, S. J. "Managed Care Linked to Insurance Cost Hike". *AMNews*, May 22/29, 2000. <http://www.ama-assn.org/amednews/2000/05/22/gvsc0522.htm>
42. Landers, S. J. "44 Millions and Counting...". *AMNews*, March 27, 2000. http://www.ama-assn.org/sci-pubs/amnews/pick_00/gvsa0327.htm
43. Laurell, A. C. "La salud: de derecho social a mercancía". En Fundación Fiederich Ebert, *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, 1994.
44. Levins, R. *Why Was Public Health Caught by Surprise by New and Resurgent Disease? Emerging Infections Information Network*. Department of Epidemiology and Public Health. Yale University School of Medicine, 1996 Seminar. <http://info.med.yale.edu/EHNet/LevinsSeminar.html> (01 noviembre 2000).
45. Levins, R. y Lewontin, R. *The Dialectical Biologist*. Harvard University Press, 1985.
46. Linder, S. H. "Coming to Terms With the Public-Private Partnership. A Grammar of Multiple Meanings". *American Behavioral Scientist*, Vol. 43 No. 1, September 1999, 35-51.
47. Londoño, J. L. y Frenk, J. "Structured Pluralism: Towards and Innovative Model for Health System Reform in Latin America". En P. Lloyd-Sherlock, *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*. Institute of Latin American Studies. School of Advanced Study. University of London. London, 2000.
48. López Acuña, D. et al. "Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones". *Rev. Panam. Salud Pública / Pan. Am. J. Public Health* 8 (1/2) 2000.
49. Mckinlay, J. B. y Mckinlay, S. M. "The Questionable Contribution of Medical Measures to the Declive Of Montality in the United States in the Twentieth Century". M.M. F.Q., *Health and Society*, Summer, 405, 428.
50. Miguel, José. "Privatización. Ante la privatización de la sanidad ¿el silencio de los corderos?". azmag86@supercable.es (4 Nov 2002).
51. Montoya, A. "Globalización... ¿nada más?". *ECA*, 1996, 570, 289-305.
52. Morrow, R. H. "Macroeconomics and Health". *BMJ* 2002, 325, 53-54, 13 July. <http://bmj.com/cgi/content/full/325/7355/53>.
53. Ollman, B. "The Meaning of Dialectics". *Monthly Reviews* 1986, 42, November.
54. Organización Panamericana de la Salud. *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Publicación Científica y Técnica No. 589. Washington, D. C., 2002.
55. Organización Panamericana de la Salud. *La salud en las Américas*. Vol I. Publicación Científica y Técnica No. 587. Washington, D. C., 2002.
56. Ortún Rubio, V. "La mejora de la equidad y la eficiencia como objetivos de las reformas de los sistemas de salud. Guatemala: reforma del sector salud". Foro Apresal, 30 de junio-2 de julio de 1999.
57. Perez-Stable, E. J. "Managed Care Arrives in Latin America". *NEJM*, 1999, 340, 14, 1110-1112. <http://content.nejm.org/cgi/content/full/340/14/1110.asp>
58. PNUD. Informe sobre desarrollo humano 2003. *Los objetivos de desarrollo del milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza*. New York, 2003.
59. Population Reference Bureau. *2003 World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau, Demographic Data and Estimates for the Countries and Region of the World. Measure Communication*. Washington, D. C., 2003. http://www.prb.org/Template.cfm?Section=PRB&template=/Content/ContentGroups/Datasheets/2003_World_Population_Data_Sheet.htm
60. Public Policy and Health Program, Health and Human Development Division. Pan American Health Organization. Health in Social Development. *Position Paper of the World Health Organization (WHO)*. Document Reproduction Series No. 51. Geneva, 1995.
61. Ranis, G. y Stewart, F. "Crecimiento económico y desarrollo humano en América Latina". *Revista de la CEPAL* 78, diciembre, 2002.
62. Revista Estudios Centroamericanos. "La modernización posible". *ECA*, 1996, 570, 275-287.
63. Revista Realidad. Editorial. *Revista Realidad* 90, nov-dic., 2002.
64. Rivas, E. y Calles, C. "Nuevo intento para reforma salud". *La Prensa Gráfica*, 4 de septiembre de 2003. <http://www.laprensagrafica.com/ArchivoLPG/20030904/nacion/nacion14.asp>.
65. Romanow, R. J. *Building on values. The future of health care in Canada. Final Report*. Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.
66. Sagatovsky, V. N. y Antipov, I. G. "Acerca de la correlación entre los conceptos 'causa', 'condición', 'etiología' y 'patogénesis'". *Vestu. Akad. Med. Nauk. SSSR*. 21, 34-40, 1, 1966.
67. San José, C. "La privatización de la sanidad. Rebelión". *Periódico Electrónico de Información Alternativa. Opinión*, 15 de abril de 2002. <http://www.rebellion.org/opinion/carmen150402.htm> (noviembre de 2002).

68. Schroeder, S. A. "Prospects for Expanding Health Insurance Coverage". *NEJM*, 2001, 344, 847-852. <http://www.nejm.org/content/2001/0344/0011/0847.asp>
69. Secretaría Permanente de SELA. *Globalización con desarrollo. Aportes de la Secretaría Permanente a la agenda de América Latina y el Caribe en la UNCTAD X* (SP / Di N° 9-99), junio de 1999. <http://www.lanic.utexas.edu/~sela/AA2K/ES/docs/spdi9-99.htm> (septiembre de 2003).
70. Secretaría Permanente de SELA. *Privatización, desregulación y competencia: un marco de análisis para el estudio de casos en América Latina y el Caribe*. Marzo de 1999. <http://www.lanic.utexas.edu/~sela/docs/sprprrmrdt2..htm> (21 de enero de 2002).
71. Selva Sutter, E. A. *De política y de políticas de salud*. Departamento de Salud Pública, Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas", 2003.
72. Selva Sutter, E. A. *Evolución de los conceptos acerca de salud, salud individual, salud colectiva y salud pública. Evolución de la salud pública en Latinoamérica y su situación actual. Informe del Paquete de Trabajo 7 de la Evaluación del efecto/ impacto de las reformas de salud en relación con los programas e intervenciones en salud pública*. INCO, Comisión Europea, INCO-DEV. Marzo de 2003.
73. Selva Sutter, E. A. "Reforma de salud reivindicativa, democrática y con enfoque público". *ECA* 651-652, 2003, 21-41.
74. Selva Sutter, E. A. "Tropelías a la salud pública en tiempos de la globalización". *ECA* 648, 2002, 958-968.
75. Selva Sutter, E. A. "Líneas de pobreza y canastas de hambre en Zipitío". *ECA* 636, 2001, 933-953.
76. Selva Sutter, E.A. *Causalidad del cólera en América Latina*. Departamento de Salud Pública, Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas", 2001.
77. Selva Sutter, E. A. "Al oído de aquellos interesados en la reforma de salud". *ECA* 619-620, 2000, 573-598.
78. Selva Sutter, E. A. *Historias prohibidas de la reforma en salud en El Salvador*. Departamento de Salud Pública, Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas", 2000.
79. Selva Sutter, E. A. *Epidemiología sacionatural. Su interacción con un nuevo concepto sobre la calidad de los procesos de salud-enfermedad*. Departamento de Salud Pública. Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas, 2000.
80. Selva Sutter, E. A. *Más allá de Sagatovsky y Antipov: la causalidad estructural puntualizada*. Febrero de 1999. <http://www.uca.edu.sv/facultad/chn/sagindice.html>. (agosto de 2002).
81. Selva Sutter, E. A. "Algunos apuntes sobre el papel de la universidad en la reforma de salud". Documento inédito, 1998.
82. Selva Sutter, E. A. "Un concepto nuevo sobre los procesos de salud-enfermedad". *Boletín de la Federación Panamericana de Facultades (escuelas) de Medicina (FEPAFEM)*, Vol. XXV, 1-3, 1989 y Vol. XVI, 2, 1989-1990.
83. Selva Sutter, E. A. *La continuada interacción sociobiológica en la causalidad estructural y en la articulación social de los procesos de salud-enfermedad*. D.M.P.S.P., Universidad de El Salvador, 1987.
84. Selva Sutter, E. A. *Articulación social del proceso salud-enfermedad a través de su causalidad estructural*. D.M.P.S.P., Universidad de El Salvador, 1986.
85. Selva Sutter, E. A. y Cañas López, S. A. *En un vistazo: la pobreza crónica de la salud de la niñez y un paso para su superación*. Departamento de Salud Pública, Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas", 2002.
86. Smith, R. "A Time for Global Health". *BMJ* 2002, 325, 54-55. 13 July. <http://bmj.com/cgi/content/full/325/78355/54>.
87. Snow Landa, A. "Medicaid Morass: States Are Cutting Funds to Make Up For Major Revenue Shortfalls". *AMNews*, Jan. 7, 2002. http://www.ama-assn.org/sci-pubs/amnews/pick_02/gvsa0107.htm
88. Sparer, M. S. "Myths and Misunderstandings. Health Policy, the Devolution Revolution, and the Push for Privatization". *American Behavioral Scientist*, Vol. 43, 1, 1999, 138-154.
89. Stocker, K., Waitzkin, H., y Iriart, C. "The Exportation of Managed Care to Latin America". *NEJM*, 1999, 340, 14, 1131-1136. <http://www.content.nejm.org/cgi/content/full/340/14/1131.asp>
90. Stone, Deborah. "Managed Care and the Second Great Transformation". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 24, 5, 1999.
91. Tesh, S. N. *Hidden Arguments. Political Ideology and Disease Prevention Policy*. Rutgers University Press. New Brunswick y London, 1988.
92. Thompson, J. W. *et al.* "Quality of Care for Children in Commercial and Medicaid Managed Care". *JAMA*, 2003, 290,1486-1493. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/290/11/1486?etoc>.
93. Terris, M. "Budget Cutting and Privatization: The Threat of Health". *Journal of Public Health Policy*. Spring, 1992, 27-41.

94. UNRISD. *Estados de desorden. Los efectos sociales de la globalización. Un informe del UNRISD para la Cumbre mundial sobre desarrollo social.* Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social. Ginebra, 1995.
95. Walt, G. *Health Policy. An Introduction to Process and Power.* Witwatersrand University Press, Johannesburgo, 1994.
96. WHO. *The World Health Report 1999. Making a difference.* World Health Organization, Génova, 1999.
97. WHO. *Fifty Facts from The World Health Report 1998. Global Health Situation and Trends 1955-2025.* <http://www.who.int/whr/19998/factse.htm>
98. Wolfensohn, J. D. *La otra crisis. Discurso ante la junta de gobernadores.* The World Bank Group. Washington, D. C. <http://www.worldbank.org/html/extdr/am98/jdw-sp/am98-es.htm>
99. World Bank. *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People.* Oxford University Press, 2004.
100. World Bank. *World Development Report 2000-2001. Attacking Poverty.* Oxford University Press. New York, 2001.
101. World Bank. *World development Report 1993: Investing in Health.* Oxford University Press. New York, 1993.

