

## 2

# La encrucijada del derecho a la salud en América Latina

*Víctor de Currea-Lugo*

### Una noción del derecho a la salud

Una definición de salud como bien jurídico debe llenar, por lo menos, tres requisitos: 1) que sea moralmente aceptable —socialmente consensuada—; 2) que sea real o potencialmente garantizable desde los servicios de salud y, por tanto, se definiría en términos de formas racionales y razonables de intervención para el mantenimiento o reposición de la salud y 3) que sea jurídicamente exigible y, por consiguiente, que pueda encajar dentro de la lógica jurídica que obliga a definir el bien jurídico de tal manera que sea ese, y no otro, su objeto de protección.

Definimos el bien jurídico salud como "una equilibrada y adecuada condición dinámica de la naturaleza biológica de la persona, objetivamente comprobable, moralmente aceptable —en cuanto socialmente consensuada—, que se podría mantener bajo ciertas condiciones, vulnerable a ciertos factores, y potencialmente garantizable y/o recuperable mediante el uso de una determinada técnica y, en cuanto tal, exigible jurídicamente".<sup>1</sup>

Una coletilla a la definición: es prudente y operativo diferenciar las causas de las enfermedades de las enfermedades mismas —por ejemplo, agua contaminada y gastroenteritis—; los elementos relacionales de las consecuencias —por ejemplo,

<sup>1</sup> Definición sustentada por el autor en su tesis doctoral. Ver Víctor De Currea-Lugo, *El derecho a la salud en Colombia: diez años de frustraciones*, Bogotá, ILSA, 2003, pp. 25-65.

pobreza y enfermedad— y los fines últimos de los medios para garantizarlos —por ejemplo, bienestar y salud—. En consecuencia, mal podríamos aceptar una definición en la que salud es todo, sin caer en un mar de dudas y en un imposible jurídico. En la disección de la definición presentada se puede demostrar que ésta incluye las partes necesarias y suficientes para dar paso al debate sobre su exigibilidad jurídica.

El derecho a la salud es el más "inacabado" de los derechos, en el sentido de que sus posibilidades dependen de una técnica que no termina de crecer y de perfeccionarse, y por ende, de aumentar en el abanico de su exigibilidad. No concretar este núcleo por su complejidad es dejar indefinida la exigencia concreta al Estado sobre ese mínimo de

servicios irrenunciables; pero definirlo de manera restrictiva o hacerlo desde el afán de la viabilidad financiera puede dar como resultado final, paradójicamente, una renuncia a servicios, con lo que se vulneraría, precisamente, la protección deseada. Creemos que el derecho a la salud sólo puede ser definido sobre la base del Estado social de derecho, sobre la vigencia de ciertos principios y desde unas premisas necesarias para la construcción de un modelo de justicia.

Necesitamos criterios que permitan decidir sobre la prevención de la enfermedad, el tratamiento y su rehabilitación. Con éstos aceptaríamos condiciones mínimas de salud cuyo valor sería no negociable y que constituirían el mínimo básico para todos los seres humanos. Al reconocer la existencia del núcleo fundamental, aceptaríamos su inviolabilidad y colocaríamos su materialización en el ámbito de lo exigible.

Para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas,<sup>2</sup> "el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte":

- a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas.
- b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: *i*) no discriminación; *ii*) accesibilidad física; *iii*) accesibilidad económica (asequibilidad), *iv*) acceso a la información.

<sup>2</sup> Ver, en general, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 11/08/2000, E/C.12/2000/4, CESCR Observación General 14 (General Comments), Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000.

- c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.
- d) Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Conscientes de las limitaciones reales de recursos que afectan a la realización plena del derecho a la salud, se plantean unas obligaciones básicas en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC): "Los Estados Parte tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, incluida la atención primaria básica de la salud". Entre esas obligaciones básicas figuran las siguientes:

- a) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados.

- b) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre.
- c) Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable.
- d) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.
- e) Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud.
- f) Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población.<sup>3</sup>

Debe establecerse un núcleo básico de oferta de servicios de salud dentro del cumplimiento del PIDESC, por cuanto "cada derecho debe dar lugar a un derecho mínimo absoluto, en ausencia del cual debe considerarse que un Estado Parte (del Pacto) violó sus obligaciones".<sup>4</sup>

<sup>3</sup> *Ibidem*, comentario 43.

<sup>4</sup> Comité del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, citado por Pablo Frederick, "Redimensionamiento de los derechos humanos. Una visión desde los derechos económicos y sociales", en VV. AA., *Hacia una reconceptualización de los derechos humanos. Documentos*, núm. 10, Bogotá, 1994, p. 54.

## **Las reformas estructurales y la política social**

Durante los años setenta y ochenta se evidenció, en América Latina, el fracaso del modelo de Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI), el crecimiento exagerado del Estado y el gran peso de la deuda externa en los países de la región; aunque también, por contrapartida, se puso de manifiesto el aumento de las corrientes que propugnaban medidas de modernización del Estado<sup>5</sup> y políticas de estabilización macroeconómica y ajuste estructural, para corregir el modelo ISI y garantizar la estabilidad económica.

La estabilización es requisito previo para el crecimiento, aunque el crecimiento no es necesariamente la resultante de la aplicación de medidas de estabilización. Pero la estabilización no es suficiente a largo plazo si no se acompaña de reformas que disminuyan los gastos del Estado, haciéndolo más eficiente y eficaz.<sup>6</sup>

Estas reformas se caracterizan por: *a*) liberalización de los precios, *b*) tendencia a desregulación de los principales mercados —incluido el mercado laboral y el de capital—, *c*) eliminación de subsidios, *d*) búsqueda del equilibrio fiscal, *e*) eliminación de barreras no arancelarias, *f*) reducción de los aranceles aduaneros y *g*) privatización de empresas públicas.<sup>7</sup> En 1997, una década después del comienzo de las reformas, no se observaban resultados positivos contundentes y, en cambio, sí se registró un crecimiento económico menor que el logrado en la etapa ISI y un elevado costo en su aplicación. Además el poco

progreso ganado se ha concentrado de tal manera que no beneficia al grueso de la población.<sup>8</sup>

La política social depende de dos elementos centrales inherentes al modelo de desarrollo: *a*) el papel asignado al Estado, y *b*) los recursos de que éste disponga para cumplir sus fines. Ambos elementos replanteados en la región a partir de las crisis mencionadas: por un lado el Estado se hace más pequeño, cediendo más espacios a las fuerzas del mercado y, por otro lado, los recursos disponibles son menores.<sup>9</sup>

<sup>5</sup> Rolando Franco, "Reforma del Estado y nuevas orientaciones de las políticas sociales en los noventa", en Antonio Colomer (coord.), *Economía, Sociedad y Estado en América Latina Contemporánea*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1995.

<sup>6</sup> José María Fanelli, Roberto Frenkel, Guillermo Rozenwurcel, "Crecimiento y reforma estructural en América Latina. La situación actual", en Joaquín Vial (comp.), *¿A dónde va América Latina? Balance de las Reformas Económicas*, Santiago, Chile, CIEPLAN, 1992, pp. 45-48.

<sup>7</sup> Joseph Ramos, "Un balance de las reformas estructurales neoliberales en América Latina", en *Revista de la Cepal*, 62, Santiago, Chile, agosto de 1997, p. 16.

<sup>8</sup> *Ibidem*, pp. 16-19.

<sup>9</sup> Ver, en general, sobre el gasto social en la región, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, *El gasto social en América Latina: un examen cuantitativo y cualitativo*, Santiago, Chile, Naciones Unidas, 1994.

Las reformas del actual modelo han implicado una disminución en la oferta de empleo, recorte a los programas propios del estado de bienestar —salud, educación, vivienda, pensiones, etc.—, privatizaciones, desindustrialización, despidos masivos, eliminación de subsidios, etc.<sup>10</sup> Así, en el marco de tal modelo, se produjo una quiebra en la política social, lo cual guarda relación con la precariedad del Estado social logrado en la región y con el carácter marginal que se otorga a las políticas sociales.

En el antiguo modelo, todas las funciones (dirección, organización, prestación de servicios y evaluación) dependían de un solo agente: el Estado. Ahora, el Estado se contrae para hacerse responsable sólo parcialmente de unas funciones y deja otras al sector privado. La nueva política social en el marco neoliberal se centra en tres estrategias: focalización, descentralización y privatización.<sup>11</sup> Estos tres marcos se han ido aplicando a los nuevos modelos de salud de América Latina, por orientación del Fondo Monetario Internacional (FMI) y del Banco Mundial: *a*) focalización a través de subsidios a la población pobre, *b*) descentralización de los procesos administrativos y financieros en salud y educación, y *c*) privatización de los servicios sociales.

El modelo, por lo menos en lo teórico, deja de ser burocrático para funcionar por proyectos; renuncia al monopolio estatal en aras de una pluralidad de subsectores, pasa de una financiación estatal a un modelo de cofinanciación, pasa de subsidio a la oferta a subsidio a la demanda, implementa mecanismos de focalización y se nutre de los procesos de descentralización.<sup>12</sup> Para el caso de la descentralización, ésta se mueve entre ser un

mecanismo de democratización de las soluciones y ser una forma de desconcentración de problemas. Todos estos elementos se manifiestan en el sector salud.

El debate es: *a)* si el Estado se moderniza para cumplir con sus fines, o *b)* para evadirlos. En la práctica pareciera más lo segundo, máxime cuando estrategias específicas no logran su cometido, por ejemplo, los subsidios a la población pobre. En 1990 la pobreza creció a niveles críticos, acompañada de tensiones sociales que llevaron al Banco Mundial (y a los estados) a desarrollar prácticas focalizadas de subsidio a población pobre y excluida,<sup>13</sup> que toma forma mediante planes específicos —fondos

<sup>10</sup> Ver Karin Sthal, "Política social en América Latina, la politización de la crisis", en *Revista Nueva Sociedad*, 131, Caracas, 1994, pp. 48-71.

<sup>11</sup> Consuelo Ahumada, "Política social y reforma de salud en Colombia", en *Papel Político*, 7, Bogotá, 1998, p. 15.

<sup>12</sup> Rolando Franco, "Reforma del Estado y nuevas orientaciones de las políticas sociales en los noventa", ob. cit., pp. 13-21.

<sup>13</sup> Carmelo Mesa-Lago, "Desafíos actuales de la seguridad social en América Latina", *Contribuciones*, 1, 1997, pp. 32-34.

estatales contra la pobreza— recomendados para tal fin por el FMI y el Banco Mundial, tales como Pronasol en México; Red de Solidaridad Social en Colombia; el Fondo de Emergencia Social en Bolivia, y el Fondo de Solidaridad e Inversión Social en Chile.<sup>14</sup> Salvo estos subsidios, puntuales y escasos, el modelo propuesto tiende a la eliminación de todo tipo de subvención. A pesar de estos esfuerzos contra la pobreza y, tal vez por lo puntuales, tales programas no impidieron que entre 1990 y 1994 hubiese un aumento de 197 a 209 millones de pobres.<sup>15</sup>

Para Mesa-Lago, "El pago de la deuda externa y los programas de ajuste estructural obligaron al Estado a recortar los gastos en salud pública, a posponer sus aportes a la seguridad social y a menudo a sustraer reservas del sistema".<sup>16</sup> Ante estos tres mecanismos como prácticas gubernamentales, es posible hablar de una crisis de la seguridad social que afectó a la región en la llamada "década perdida".

## Los servicios de salud

El curso de la ISI, el peso de la crisis y la profundidad de las medidas implementadas cambian de un país a otro: Brasil logró la producción de bienes de capital que no se dio en otros países; Chile recibió ayuda internacional para realizar sus reformas; otros países han tenido problemas para obtener inversión extranjera, como Bolivia.<sup>17</sup>

Algunos de los elementos que contextualizan la agresiva privatización de los servicios de salud de Chile son, precisamente: *a)* el gran impacto de la deuda externa, *b)* la dictadura que aplastó manifestaciones de los grupos vulnerables y *c)* la fe en la Escuela de Chicago. No es así el caso colombiano, en el que: *a)* el impacto de la deuda externa fue el menos grave de la región, *b)* la movilización social —a pesar del conflicto armado y de lo cerrado del espacio político— logró cuestionar —o por lo menos aplazar— medidas radicales pro-

mercado, y c) la Escuela de Chicago era vista, para el caso del sector salud, como la causante del mal ejemplo chileno. En general se observan elementos comunes a todas las políticas sanitarias de la región y al tipo de reformas en curso, entre las que vale la pena enumerar:

<sup>14</sup> CEPAL, *Panorama social. América Latina. 1994*, Santiago, Chile, 1995, pp. 112-114.

<sup>15</sup> CEPAL, *Panorama social de América Latina, 1996*, Santiago, Chile, 1997, cap. I-20.

<sup>16</sup> Carmelo Mesa-Lago, "Desafíos actuales...", ob. cit., p. 41.

<sup>17</sup> Para analizar los diferentes resultados de las políticas económicas en la región, ver Joaquín Vial (comp.), *¿A dónde va América Latina?...*, ob. cit.; Joseph Ramos, "Un balance de las reformas estructurales neoliberales en América Latina", en *Revista de la Cepal*, 62, Santiago, Chile, agosto de 1997, pp. 15-38.

- a) En los modelos de servicios previos predomina un modelo de extensión vertical: un grupo minoritario de la población incrementa su cobertura de riesgos y prestaciones acumulando beneficio sobre beneficio, mientras la mayor parte de la población está excluida o cuenta con servicios mínimos.<sup>18</sup> En este ámbito se observan privilegios a sectores sociales (a las Fuerzas Armadas en los casos chileno, colombiano y argentino), o ciertas áreas de producción (empleados petroleros mexicanos, por ejemplo).
- b) Persiste una estructura de servicios desarticulada que duplica esfuerzos y recursos; los sistemas duales de salud son inequitativos al distribuir a la población en dos sectores: uno de mejores condiciones, urbano, de trabajadores formales (atendidos por el seguro social), y otro rural, de trabajadores informales que dependen de la red de hospitales del Ministerio de Salud.<sup>19</sup>
- c) Un concepto de salud vinculado a los servicios de salud en el que prima un modelo curativo (no en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud), por tanto con servicios de salud intensivos en capital, tecnología avanzada y personal altamente especializado.
- d) Las reformas en el área de la salud incorporan recomendaciones comunes a todos los países por parte de organismos internacionales (por ejemplo: descentralización de servicios y focalización de subsidios). Las recomendaciones de la banca internacional son claras: "Los gobiernos deberían promover tipos de seguros médicos que establezcan una cobertura amplia de la población y que contenga a la vez mecanismos de pago para controlar el costo de los servicios de salud [...] deberían también fomentar un sector privado competitivo que suministrara toda la gama de servicios de salud, incluidos los financiados por el Estado".<sup>20</sup>
- e) En esta vía, los ministerios de salud dejarían de ser directores de los sistemas de salud para reducirse a ser reguladores de una red en la que se mezclan servicios públicos y privados (como es el caso de Chile, Colombia, Argentina y Perú).<sup>21</sup> La idea dominante es la incorporación cada vez mayor del sector

<sup>18</sup> Carmelo Mesa-Lago, "Desafíos actuales...", ob. cit., pp. 35-36.

<sup>19</sup> Ver, en general, Antonio Ugalde, "La integración de programas de salud en un sistema nacional de salud", en Carmelo Mesa-Lago (comp.), ob. cit., pp. 136-176.

<sup>20</sup> Banco Interamericano de Desarrollo, *Progreso económico y social en América Latina*, 1991, citado por Sindicato Nacional de la Salud y Seguridad Social, *La privatización de la salud en Colombia*, Bogotá, SINDESS, 1996, p. 29.

<sup>21</sup> Rolando Franco, "Reforma del Estado y nuevas orientaciones de las políticas sociales en los noventa", ob. cit., p. 14.

privado en la administración de fondos de salud (Chile y Colombia), en los cuales tiene una presencia importante el capital financiero.<sup>22</sup>

f) El énfasis en la administración como herramienta para la contención de costos: se han disparado los gastos en actividades administrativas, sin que haya aumentado de la misma manera el número de personas cubiertas.<sup>23</sup> Este pensamiento genera una explicación de las crisis hospitalarias en la mala administración, sin trascender a la discusión de las reformas.

g) Se cambia el subsidio a la oferta por subsidio a la demanda,<sup>24</sup> cambio de subsidio que requiere más de un oferente de servicios. Esta presencia de varios oferentes implicaría, teóricamente, la búsqueda del mejoramiento de las instituciones y de la calidad de servicios de tal manera que sean competitivas, noción según la cual es la fuerza del mercado la que mejora las instituciones y eleva la calidad de los servicios en un contexto abstracto de mercado perfecto. Sin embargo, lo que se observa es que la racionalidad del gasto para buscar la excelencia termina generando otro tipo de prácticas tales como:<sup>25</sup>

I. Selección adversa de pacientes (buscar atender a la población urbana, masculina, joven y económicamente rentable).

II. Limitaciones en los materiales por procedimientos para disminuir costos (con aumento de riesgos de rehospitalización y/o de tratamientos incompletos).

<sup>22</sup> Para el caso chileno, véase Carmelo Mesa-Lago, "Diversas estrategias frente a la crisis de la seguridad social: enfoques socialista, de mercado y mixto", en Carmelo Mesa-Lago (comp.), *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud*, México, Fondo de Cultura Económica, 1986, pp. 384-396; y para el caso colombiano, ver Iván Jaramillo, "La puesta en marcha de la ley 100", en *Salud*, núm. 1, Bogotá, 1997.

<sup>23</sup> Casi el 19% del total de gastos en seguridad social en la región (incluyendo pensiones) se iba en el rubro administración, mientras que en países industrializados con cierta eficiencia, los gastos administrativos están entre 2 y 4%. Ver Carmelo Mesa-Lago, "Desafíos actuales...", ob. cit., pp. 37-38.

<sup>24</sup> Esto se observa, para el caso colombiano, que es el más desarrollado en este sentido, en Ministerio de Salud y Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Sistema General de Seguridad Social en Salud, Ley 100 de 1993.

<sup>25</sup> Estos son algunos de los elementos observados más importantes del debate sobre el nuevo modelo de servicios de salud en el caso colombiano. Ver Víctor De Currea-Lugo, "Salud: de la caridad al negocio, sin pasar por el derecho", en VV. AA., *La salud está grave. Una visión desde los Derechos Humanos*, Plataforma Colombiana

de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, Bogotá, Ediciones Antropos, 2000, pp. 189-308.

- III. Creación de requisitos inexistentes en la ley para exigir a los pacientes (y así materializar la selección adversa de pacientes).
- IV. Sobrefacturación para recibir más recursos (presentar cuentas al Estado, como si se hubiera cubierto más demanda, para beneficiarse con más subsidios a la demanda).
- V. Aumento de la carga asistencial, por médico, por unidad de tiempo (buscar reducir o al menos estancar el gasto en personal, para aumentar las ganancias).
- VI. Disminución de ventajas salariales o renegociación de acuerdos laborales (flexibilización de las relaciones laborales del personal sanitario).

En este marco, el financiamiento del sector público y por ende su supervivencia quedan reducidos a la venta de servicios, lo que obliga a los hospitales públicos a caer en sistemas de competición (llamados de "contención de costos") que se materializan en las formas de contratación del personal de salud, baja calidad de los servicios, disposición de poco presupuesto para el mantenimiento de equipos e instalaciones (desequilibrio financiero para favorecer el gasto a expensas de la inversión), selección adversa de pacientes (de acuerdo con su capacidad de pago) y programas de recursos humanos de corte draconiano.

La aplicación del modelo neoliberal no ha elevado la calidad de vida ni ha mejorado las posibilidades de las industrias nacionales. La conflictividad social aumenta por la aplicación del nuevo modelo en América Latina. En el caso de la salud, el cierre y/o el deterioro de las redes públicas de servicios de salud están a la orden del día y parecen un paso previo a su desmantelamiento. Los criterios de rentabilidad no pueden ser aplicados de igual manera por un hospital privado, que atiende a una población con recursos y bajo riesgo de enfermar, que por un hospital público, que atiende a población pobre con altos niveles de enfermedad.

Llama la atención que, en el caso chileno, con la llegada de la democracia, se replanteó la reforma en salud y el Estado tuvo que intervenir nuevamente para evitar el colapso del sistema. En el periodo 1990-1995, se incrementó el gasto en salud en 81.2%; en 1996 los gastos en salud equivalían al 48.3% de todo el gasto público; entre 1993 y 1997, uno de los esfuerzos del Ministerio de Salud se centraba en el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria en el orden de los 117 millones de dólares.<sup>26</sup>

<sup>26</sup> Instituto de Relaciones EuropeoLatinoamericanas, IRELA, "Las reformas estructurales en América Latina: una agenda inacabada", en *Dossier*, 62, Madrid, 1997, p. 35.

## **Reformas y modelo económico predominante**

Recordemos que las reformas económicas en América Latina se caracterizan, entre otras cosas, por la búsqueda del equilibrio fiscal y la privatización de empresas públicas. A la vez, la política social en el marco de las reformas promercado se centra en estrategias que incluyen la disminución del gasto público y el pago diferido de la deuda externa. Esto

implica una disminución en la oferta de empleo, recorte a los programas propios del Estado social.

Las reformas constitucionales, por su parte, buscaron dotar las frágiles democracias de soportes jurídicos, políticos y simbólicos. Luego de la oleada de dictaduras y las guerras de guerrillas, la vía democrática necesitaba de mecanismos de legitimidad, dentro de los cuales —ya por convicción, ya por juego político— se echó mano de comisiones de la verdad, procesos de descentralización, ajustes a los sistemas de partidos políticos, creación de defensorías del pueblo, reformas de los parlamentos y un largo etcétera. Parte de esta lista es el desarrollo constitucional de la figura del Estado social, ausente como concepto jurídico en la cotidiana realidad latinoamericana y cuya función democratizadora ayudaría a presentar un nuevo Estado que renunciaba a la represión y daba paso a la justicia social. Y parte de ese Estado social era la formulación de la salud como derecho humano.<sup>27</sup> Algunos de estos mecanismos, además de ser funcionales a la idea de una democracia creciente, también lo eran a las políticas neoliberales, como es el caso de los procesos de descentralización.

Las reformas en salud buscan llenar dos objetivos excluyentes: cumplir con las recomendaciones de la banca internacional en materia de políticas sociales y, al tiempo, garantizar la realización del Estado social; es como si llegaran en el mismo momento a América Latina el llamado Estado social y el Estado mínimo: el primero de mano de las reformas constitucionales y el segundo de mano del Fondo Monetario Internacional.

Sin embargo, el debate sobre las reformas en salud no fue de la mano de la lógica jurídica de los derechos humanos sino de la lógica del mercado y el debate sobre los recursos. Los debates actuales sobre recursos y economía nos conducen a discutir sobre globalización, siendo útil precisar "la ausencia de 'verdaderas' teorías generales sobre la globalización".<sup>28</sup> Si se limita el debate a la estabilización macroeconómica y

<sup>27</sup> Para conocer los importantes avances en materia de derecho a la salud en el derecho constitucional de América Latina, ver Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, *El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado*, Washington, 1989.

<sup>28</sup> Luis Jorge Garay, *Globalización y crisis*, Bogotá, Tercer Mundo, 1999, p. 1. El debate tiene aspectos económicos, políticos y culturales, detractores y defensores, y complejidades que sobrepasan

al ajuste estructural en y a la modernización del aparato estatal,<sup>29</sup> nuestro objeto de estudio son las recomendaciones del Banco Mundial en materia de oferta de servicios de salud.<sup>30</sup>

El Banco Interamericano de Desarrollo plantea que "los gobiernos deberían promover tipos de seguros médicos que establezcan una cobertura amplia de la población y que contenga a la vez mecanismos de pago para controlar el costo de los servicios de salud [...] deberían también fomentar un sector privado competitivo que suministrara toda la gama de servicios de salud, incluidos los financiados por el Estado".<sup>31</sup>

Desde 1980, el Banco Mundial empezó a conceder préstamos a los sistemas de salud y en 1983 se había convertido en una de sus principales fuentes de financiamiento en los países pobres. En 1987, esta entidad recomendaba la reorganización de los servicios de salud: a) trasladar a los usuarios los gastos en el uso de las prestaciones mediante el *cobro de aranceles*; b) ofrecer esquemas de aseguramiento para los principales casos de riesgo: *provisión de seguro u otra protección frente a riesgos*; c) utilizar en forma eficaz los servicios privados: *empleo eficiente de los recursos no gubernamentales*; d) descentralizar los servicios de salud.<sup>32</sup> El modelo planteaba además la división entre unos servicios de naturaleza privada para quienes pudieran pagarlos y unos servicios públicos para el resto.<sup>33</sup>

El informe del Banco Mundial, *Invertir en salud*, está destinado a formular recomendaciones dirigidas a los países de medianos y bajos ingresos, para rediseñar sus servicios de salud. Estas recomendaciones han sido parte de las exigencias de la

---

los alcances de este texto. Resulta interesante, entre la abundante bibliografía disponible, citar el trabajo del Premio Nobel y ex-vicepresidente del Banco Mundial, Joseph Stiglitz, *El malestar en la globalización*, Madrid, Taurus, 2002, traducción de Carlos Rodríguez Braun.

<sup>29</sup> Sobre estas reformas, ver Joseph Ramos, "Un balance de...", ob. cit., pp. 15-38.

<sup>30</sup> Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud*, Washington, 1993.

<sup>31</sup> Banco Interamericano de Desarrollo, *Progreso económico y social en América Latina*, 1991, citado por Sindicato Nacional de la Salud y Seguridad Social, *La privatización de la salud en Colombia*, Bogotá, SINDESS, 1996, p. 29.

<sup>32</sup> J. Akin, *Financing Health Services in Developing Countries. An agenda for reform*, Washington, Banco Mundial, 1987. Hay un resumen oficial en español preparado por la Organización Panamericana de la Salud, en Banco Mundial, "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma", *Economía de la Salud. Perspectivas para América Latina*, Washington, OPS, Publicación Científica núm. 517, 1989, pp. 145-191.

<sup>33</sup> Banco Mundial, "El financiamiento de...", ob. cit., p. 147.

banca internacional a los países para renegociar la deuda externa y requisitos para adquirir nuevos créditos<sup>34</sup> basándose en los siguientes pasos:<sup>35</sup>

El primero consistió en reforzar la noción del fracaso de lo público que, acompañado de la noción de que la salud corresponde al ámbito de lo privado, permite concluir que la mejor alternativa es la oferta privada. Esto encajaba con las teorías que propugnaban la reducción del Estado, el erróneo concepto de estilos de vida saludables —no compartido por el autor—,<sup>36</sup> las reformas a los servicios nacionales de salud, la modernización de los ministerios de salud y la apertura de los servicios públicos a los oferentes privados. El Estado sólo debe atender en salud lo que el sector privado no asuma. Y esa intervención del Estado debe someterse a criterios de alta efectividad y bajo costo.

El segundo paso fue desarrollar un nuevo indicador: "Años de vida ajustados por discapacidad", también llamado "años de vida saludables perdidos" (AVISA).<sup>37</sup> Este nuevo indicador, presentado por primera vez en el citado informe de 1993, se acompaña de la noción de *servicios clínicos mínimos*.<sup>38</sup> Estos servicios de salud esenciales estarían definidos, entre otras cosas, por criterios de coste/beneficio (en unidades monetarias), coste/efectividad (uso racional de recursos) y coste/utilidad (años de vida ajustados por calidad).

En relación con los AVISA, "se ha optado por privilegiar el valor de la vida de aquellas personas que tienen a su cargo otras personas" y que la edad de más valoración es 25 años.<sup>39</sup> Esta curva de años/valor encaja con la edad productiva de las personas. Ahora bien, el criterio de invalidez o de pérdida de vida en términos de pérdida de la capacidad productiva de las personas, sumado a la valoración de la vida según una edad preestablecida, hace pensar en el nuevo rol del sistema de salud en el marco de la lógica del mercado: renuncia como protector de los menos favorecidos y

<sup>34</sup> Sobre la capacidad de la Banca internacional para imponer las reformas y la lógica de la banca o, mejor, la ausencia de lógica, ver Stiglitz, *El malestar en...*, ob. cit.

<sup>35</sup> Basado, principalmente, en Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo...*, ob. cit.

<sup>36</sup> Para una crítica sobre la noción de hábitos de vida saludables, ver Víctor De Currea-Lugo, *El derecho a la...*, ob. cit., pp. 56-57.

<sup>37</sup> Los AVISA contemplan cuatro variables: 1) tiempo perdido por una muerte prematura, 2) valor de un año de vida saludable según la edad, 3) preferencia social por el tiempo y 4) ponderación de la incapacidad. Ver, para la versión colombiana de los AVISA, Ministerio de Salud, *La carga de la enfermedad en Colombia*, Bogotá, 1994.

<sup>38</sup> Kara Hanson, *La medición del estado de la salud*, Washington, OPS, 2000.

<sup>39</sup> Ministerio de Salud, *La carga de...*, ob. cit., pp. 8 y 9. Para otro análisis, en el mismo sentido, para el periodo 1985-1995, ver Ministerio de Salud, *Mortalidad y Años de Vida Ajustados por Discapacidad como medidas de la Carga de Enfermedad 1985-1995*, Bogotá, 1999, pp. 51-52.

retorna a lo que ya Marx llamaba el papel reparador de la mano de obra; el derecho a la salud sería, pues, como el salario.<sup>40</sup>

Los servicios clínicos mínimos permitieron avanzar en la formulación de listas cerradas de servicios y listados de medicamentos. El Estado busca entrar en gastos más allá de los servicios mínimos y cualquier gasto extra debe estar sometido a su impacto económico, pues "el número de grupos de intervenciones dependerá de los recursos financieros".<sup>41</sup>

El tercer paso fue el desarrollo de herramientas de gerencia que permitirían teóricamente que los hospitales de los países pobres, aun los públicos y en circunstancias de desabastecimiento de recursos, pudieran ser rentables, como si el problema central de las crisis hospitalarias fueran las formas de administración.

El cuarto paso fue establecer políticas financieras tendientes a la autofinanciación de los servicios de salud, en un contexto de reducción progresiva de recursos estatales para la salud y de establecimiento de formas de pago directo y/o de formas compartidas de financiación por parte del usuario de los servicios, pagos adicionales a las cotizaciones de rigor. Con tal fin, aparece un intermediario en la oferta de servicios, encargado de recolectar las cotizaciones y de contratarlos. Esto generó nuevas dinámicas, como la selección adversa de pacientes.<sup>42</sup>

Estos intermediarios financieros: Empresas Promotoras de Salud (EPS), en el caso colombiano, e Institutos de Salud Previsional (ISAPRE), en el caso chileno, excluyen de sus servicios las enfermedades que acarrearán gastos no rentables, las llamadas enfermedades catastróficas y las enfermedades terminales. Para las demás enfermedades el usuario cofinancia, más allá de su cotización mensual, la prestación de servicios. Esto se hace en un marco estrecho de servicios y de una práctica de exclusión tanto de enfermedades costosas como de personas de alto riesgo: ancianos y gente sin capacidad de pago y con condiciones de salud de difícil manejo (áreas rurales, por ejemplo), cuyos gastos en salud deberá, entonces, asumir el Estado.

Otras recomendaciones generales del Banco Mundial que tienden a la apertura de mercados han producido la desregulación del mercado laboral en la región. La

<sup>40</sup> Karl Marx, *Manuscritos. Economía y filosofía*, Madrid, Alianza, 1a. edición, 1968; Madrid, Alianza, quinta edición, 1974. Introducción y traducción de Francisco Rubio Llorente, p. 124.

<sup>41</sup> Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional, *Revista Finanzas y Desarrollo*, septiembre de 1993, citado por Sindicato Nacional de la Salud y Seguridad Social, *La privatización de la salud en Colombia*, Bogotá, SINDESS, 1996, p. 49.

<sup>42</sup> Álvaro Cardona y otros, *Impacto de la reforma de la Seguridad Social sobre la Organización Institucional y La Prestación de los Servicios de Salud en Colombia*, Medellín, Universidad de Antioquía, 1999, p. 62.

flexibilización de las relaciones laborales tiene varios impactos directos en el sector salud: a) la pérdida de empleos, en un sistema bismarkiano basado en las cotizaciones de los trabajadores antes que en la cobertura universal, implica la pérdida de cotizaciones; b) la caída general de salarios implica la disminución del monto total de recaudación por cotizaciones; c) la caída del poder adquisitivo y el aumento del empleo informal implica una disminución en la calidad de vida, hecho que se refleja en los niveles de nutrición y en el aumento de las demandas en salud; d) las nuevas políticas laborales producen un efecto en el mercado laboral del personal de salud.

En América Latina, las recomendaciones del Banco Mundial han sido más o menos homogéneas para todos los países. Además, los gobiernos las han incorporado como parte de sus reformas. Así, es claro que la causa real de los nuevos modelos no era la búsqueda de la salud sino el control del gasto público y la conversión de la salud en un producto del mercado. Luego del fracaso de la aplicación de medidas a favor del mercado, de manera extrema en el sistema de salud chileno durante la dictadura de Pinochet, y con el inicio del

proceso de transición política en Chile, se empezó a perfilar un modelo de sistema que conjugara un discurso ideológico promercado, una presentación política aceptable, un marco jurídico proteccionista, un modelo de financiación por aportes, mecanismos de participación comunitaria, conjugación de sistemas público y privado de salud, procesos de descentralización, focalización y privatización.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en materia de salud, "23 países tienen políticas de descentralización gerencial; 22, de seguro nacional de salud; 18, de recuperación de costos; 17, planes básicos de atención; 15, nuevas formas de contratación; 14, descentralización financiera; 11, gasto público focalizado; 10, autonomía hospitalaria; el mismo número, privatización selectiva, y 6, políticas de medicamentos".<sup>43</sup> Esta tendencia, vigilada muy de cerca por la banca internacional, dio a luz, en el caso colombiano, al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en 1993, que ahora se ofrece como paradigma a otros países de la región, en los que es común:

a) La disminución de la inversión y del gasto estatal en salud, a la vez que se estimula el desarrollo de sistemas privados, desplazando al servicio público de las franjas de población con capacidad de pago.

<sup>43</sup> Organización Panamericana de la Salud, citado en Iván Jaramillo, "La seguridad social en salud: análisis comparativo", en *Salud*, 3, Bogotá, 1998, p. 4.

b) El aumento del interés y de las inversiones en salud por parte del sector financiero nacional e internacional, a la par que se encarecen los servicios en esta área, en el marco de la medicina defensiva y de los monopolios farmacéuticos.

c) La justificación de racionalizar el gasto en salud aduciendo falta de presupuesto o invitando a realizar reformas administrativas. Eso produce descapitalización de la red pública de salud.

d) El establecimiento de sistemas de pago de servicios en dos vías: a través de una cotización y a través de un mecanismo de copago.

e) El culto a la gerencia, que implica, además de la implantación de la tecnocracia como discurso, la inserción de indicadores de gestión, formas gerenciales por resultados y políticas de evaluación de personal desde la utilidad económica. Más que una nueva idea sobre dirección hospitalaria, esto es una concepción del hospital como una empresa.

f) La colocación de los servicios costosos (enfermedades catastróficas) en la esfera de lo privado, mediante contratos (como en Chile) o por exclusión explícita en la norma (caso Colombia). Esos servicios quedan sujetos a los parámetros del mercado.

g) La flexibilización de políticas laborales, en el contexto del nuevo sistema: "las diferencias excesivas entre las remuneraciones del sector público y las del mercado impiden mantener y atraer a los profesionales de mayor calificación, creatividad y eficacia".<sup>44</sup>

h) La búsqueda de la neutralización de los trabajadores de la salud como grupo de presión, tanto a los trabajadores de base como al gremio médico.

Así, el sistema público transita entre su deber de garantizar un derecho constitucional y la necesidad de asegurar su supervivencia mediante procesos administrativos y financieros, en un contexto adverso por la reducción del gasto social, de búsqueda de autonomía administrativa de los hospitales y, en general, de disminución del papel del Estado social. Mientras se obliga al sector público a obedecer a unos criterios de solidaridad, esa obligatoriedad no tiene el mismo peso para el sector privado, cuya naturaleza es precisamente, más que la solidaridad, el lucro.

Céspedes afirma que el mercado no debe regular los servicios en salud, ya que la salud no cumple con los supuestos necesarios para hablar de un mercado perfecto: no hay simetrías en la información; proveedores y clientes no tienen la misma informa-

<sup>44</sup> Ana Sojo, "Posibilidades y límites de la reforma de la gestión de la salud en Chile", en *Revista de la Cepal*, 59, Santiago, Chile, 1996, p. 132.

ción y la manejan en niveles distintos; no hay independencia entre la oferta y la demanda, de modo que la primera puede inducir a la segunda; además, la salud tiene muchas externalidades: no hay competencia perfecta, hay presencia de oligopolios y de monopolios.<sup>45</sup> En general, la teoría de los mercados perfectos no se aplica a la realidad y desconocer esta verdad, ampliamente demostrada, ha significado el fracaso de muchos de los programas del FMI.<sup>46</sup>

## **El Estado y los pactos internacionales**

Dice el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas que las violaciones del derecho a la salud se pueden presentar en los tres ámbitos de responsabilidad estatal fijados para los Estados Parte en el PIDESC: respetar, proteger y cumplir. Las obligaciones de respetar son las derivadas del deber estatal de no interferir con el disfrute de la salud y de los servicios de salud en caso de necesidad. Las obligaciones de proteger son las derivadas del deber estatal de regular la conducta de terceros para prevenir que estos violen el derecho a la salud. Las violaciones de la obligación de cumplir son las derivadas del reconocimiento legal del derecho a la salud y la formulación e implementación de políticas y normas para garantizarlo.<sup>47</sup>

Son sin duda válidas algunas argumentaciones contra el antiguo modelo de salud en América Latina. Esas críticas se extienden al modelo de Estado llamado proteccionista y se refieren al desequilibrio fiscal generado por el excesivo gasto público. Pero ese argumento es insuficiente y las medidas tomadas, a favor del mercado y en materia de salud, no apuntaban coherentemente a la solución de los males que ofrecían conjurar.

Vega sostiene que: "las recomendaciones del Banco Mundial han sido asumidas por los gobiernos y fueron introducidas al sistema colombiano con la ayuda de una nueva generación de administradores públicos, administradores de salud, algunos salubristas y

otros expertos", los cuales articularon un discurso de derechos para finalizar en una tarea de búsqueda de la eficacia económica.<sup>48</sup> Ese nuevo discurso de la salud, por ejemplo, desconoció el papel de la biología, del medio ambiente y de los

<sup>45</sup> Citado en "Los retos de la seguridad social del 2000", *Seguridad Social al día*, Bogotá, octubre de 1998, disponible en <http://www.seguridadsocial.com.co/abr98a.htm>

<sup>46</sup> Ver, en general, Stiglitz, *El malestar en...*, ob. cit.

<sup>47</sup> Comité de Derechos, *El derecho al disfrute...*, ob. cit., comentarios 50, 51 y 52.

<sup>48</sup> Román Vega Romero, *Salud y Equidad* (documento preparatorio del Congreso Nacional por la Salud), Bogotá, Corporación Viva La Ciudadanía, 2001, pp. 8 y 9.

servicios de salud en el origen de las enfermedades, sosteniendo que el comportamiento humano explicaba 40% de los problemas de salud de la población colombiana.<sup>49</sup>

Lo cierto es que las muchas entrevistas, publicaciones y trabajos realizados sobre el sistema de salud en el caso colombiano<sup>50</sup> muestran que no son problemas coyunturales los que aquejan el sistema para lograr las metas de cobertura y calidad, sino que es la naturaleza misma del sistema. Las argumentaciones para transformar el sistema fueron, precisamente, la alta inequidad y las barreras de acceso a los grupos más pobres.<sup>51</sup> Sin embargo el modelo actual conserva el mismo tipo de problemas: falta de universalidad, falta de equidad, problemas de calidad, subsistemas desarticulados e ineficiencia financiera.<sup>52</sup>

Uno de los elementos de la discusión actual es la casi nula capacidad de liderazgo de los ministerios de salud frente al sistema que les corresponde liderar y el poder de decisión que han tomado otros actores. Ese cambio no busca la democratización de las decisiones, sino la descentración del Estado de su deber como rector de la política de salud y, finalmente, se deja la responsabilidad de decidir en manos de representantes de grupos de intereses.

El Estado colombiano —como otros estados de la región— considera más importantes los bancos que los hospitales.<sup>53</sup> Este comportamiento parece una constante en muchos países: "Es importante prestar atención no sólo a lo que el FMI incluye en su agenda sino también a lo que excluye [...] Hay dinero para rescatar bancos pero no para mejorar la educación y la salud".<sup>54</sup>

El sector salud no ha logrado su cometido. Un análisis comparativo de las causas de mortalidad en Colombia, realizado cinco años después de empezar la reforma en salud, muestra que el perfil epidemiológico se mantiene,<sup>55</sup> salvo por el aumento de enfermedades que no generan ganancias económicas inmediatas, como tuberculosis, malaria y dengue.

<sup>49</sup> Eduardo Díaz Uribe, "Lineamientos para la Reestructuración del Sistema Nacional de Salud", en Ministerio de Salud/ACOMPSAP, *Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Una respuesta al cambio social*, vol. 1, Bogotá, 1990, citado en Vega, *Salud y...*, ob. cit., p. 9.

<sup>50</sup> Es interesante la recopilación realizada en José Félix Patiño (editor), *Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud*, Bogotá, Academia Colombiana de Medicina, 1999.

<sup>51</sup> Henry Gallardo, "El sistema de salud en Colombia. Evolución, situación actual y perspectivas", en *Fundación Corona: Reporte Anual*, Bogotá, 1998, p. 13.

<sup>52</sup> Óscar Guerra, "Evaluación de la reforma a la seguridad social", en *Debates de Coyuntura Social*, 11, Bogotá, noviembre de 1998, pp. 32-33.

<sup>53</sup> "El colapso de la salud", *El Tiempo*, Bogotá, editorial del 5 de septiembre de 1999.

<sup>54</sup> Stiglitz, *El malestar en...*, ob. cit., p. 111.

<sup>55</sup> Cardona y otros, *Impacto de la...*, ob. cit., p. 105.

Las actuales y continuas recomendaciones del FMI aumentarán la vulneración del derecho a la salud; las últimas negociaciones entre Colombia y el Fondo Monetario Internacional obligan al país a recortar el gasto público en 3 billones de pesos en sólo un año para que la banca multilateral le conceda un préstamo de 2 mil millones de dólares.<sup>56</sup> El ex vicepresidente del Banco Mundial, Stiglitz, reconoce que en este tipo de negociaciones, "...a los países se les marcaban objetivos estrictos [...] en algunos casos los acuerdos establecían qué leyes debía aprobar el parlamento del país para cumplir con los requisitos u 'objetivos' del FMI".<sup>57</sup> Sus ejemplos ilustran que los fracasos de tales medidas son numerosos: el recorte de subsidios a alimentos en Indonesia sólo aumentó la crisis y el que se hizo a los programas de salud en Tailandia significó el retroceso de una de las mejores medidas contra el SIDA en el mundo. En cambio, cuando se desobedecieron las recomendaciones del FMI de recortar los gastos sociales en Uganda y Jordania, hubo grandes beneficios sociales.<sup>58</sup>

## Comentarios finales

Un derecho que no cuente con mecanismos que hagan posible su ejercicio y exigible su protección es un derecho incompleto. No basta, entonces, su enunciación constitucional sino que debe desarrollarse en normas que establezcan las responsabilidades del Estado, los mecanismos de reclamación, las formas de exigibilidad. Pero, obviamente, esas necesidades de regulación no pueden, de ninguna manera, volverse argumentos para recortar el derecho mismo o para reducirlo a relaciones eminentemente contractuales, en las que el marco legal supere hasta el sentido común de interpretación del derecho mismo.

Es necesario sobrepasar la reivindicación del servicio de salud para garantizar el ejercicio integral del derecho a la salud. La tarea en este sentido incluye: *a)* la convicción en la salud como derecho y el rechazo a la idea de caridad o de negocio, *b)* la puesta en común de las lecturas que se hagan sobre los nuevos modelos de salud, *c)* el entendimiento de la salud como deber exigible al Estado y cuyo núcleo fundamental no puede siempre aplazarse so pretexto de la aplicación progresiva, y entendiendo que su violación es tan o más grave que las violaciones contra los llamados derechos civiles y políticos.

<sup>56</sup> "Listo acuerdo con el FMI", *El Tiempo*, Bogotá, 25 de octubre de 2002.

<sup>57</sup> Stiglitz, *El malestar en...*, ob. cit., p. 71.

<sup>58</sup> *Ibidem*, pp. 106-111.

Los nuevos modelos de salud no son una creación que obedezca a la preocupación del Estado por la salud, sino a las reformas del sistema de salud dentro de las políticas de modernización del Estado —desentendimiento de su rol como Estado social— y a las políticas neoliberales impuestas a los gobiernos de América Latina. Esto es compatible con la disminución del Estado a su mínima expresión (y a sus mínimos deberes).

Los actuales modelos de salud florecieron gracias a la real sobredimensión del Estado, al fracaso de un modelo excesivamente proteccionista e intervencionista y, por subrayar, a la presión de la banca internacional para asegurar unas metas macroeconómicas que permitan a los países de Latinoamérica cumplir con la deuda externa; también gracias a un novedoso discurso que presenta los nuevos sistemas exactamente como lo contrario de lo que realmente son. La promesa constitucional del derecho a la salud en América Latina está desafortunadamente aún en vías de ser realizada, tanto en las leyes nacionales como en los pasillos de los hospitales.

*Este espacio en blanco intencionalmente dejado de la página*