



Revista Peruana de Medicina Experimental y
Salud Pública
ISSN: 1726-4642
revmedex@ins.gob.pe
Instituto Nacional de Salud
Perú

De Vos, Pol; Van der Stuyft, Patrick
DETERMINANTES SOCIPOLÍTICOS DE LAS POLÍTICAS INTERNACIONALES DE SALUD
Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 30, núm. 2, 2013, pp. 288-296
Instituto Nacional de Salud
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36328562021>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

DETERMINANTES SOCIOPOLÍTICOS DE LAS POLÍTICAS INTERNACIONALES DE SALUD

SOCIOPOLITICAL DETERMINANTS OF INTERNATIONAL HEALTH POLICIES

Pol De Vos^{1,a}, Patrick Van der Stuyft^{1,a}

¹ General Epidemiology and Disease Control Unit, Public Health Department, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium

^a MD, PhD in Medical Sciences

Recibido: 26-03-13; Aprobado: 08-05-13

RESUMEN

Desde hace décadas, dos lógicas opuestas dominan el debate político de la salud: el enfoque de atención integral de salud, con la Declaración de Alma Ata de 1978 como piedra angular, y la lógica de la competencia privada, haciendo hincapié en el papel del sector privado. Presentamos este debate y su influencia en las políticas internacionales de salud en el contexto de las relaciones de poder económicas y sociopolíticas globales. Se ilustra el enfoque neoliberal de la reforma del sector salud de Chile en la década de 1980 y de la reforma colombiana desde 1993. La lógica pública integral se ilustra a través de los modelos de seguridad social en Costa Rica y en Brasil, y a través de los sistemas nacionales de salud pública en Cuba vigentes desde 1959, y en Nicaragua, durante la década de 1980. Estas experiencias ponen de relieve que los sistemas de salud no gravitan naturalmente hacia una mayor equidad y eficiencia, sino que requieren de decisiones políticas explícitas.

Palabras clave: Políticas públicas de salud; Reforma de la atención de salud; Atención primaria de salud (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

For decades, two opposing logics dominate the health policy debate: A comprehensive health care approach, with the 1978 Alma Ata Declaration as its cornerstone, and private competition logic, emphasizing the role of the private sector. We present this debate and its influence on international health policies in the context of changing global economic and sociopolitical power relations. The neoliberal approach is illustrated with Chile's health sector reform in the 1980s and the Colombian reform since 1993. The comprehensive 'public logic' is shown through the social insurance models in Costa Rica and in Brazil, and through the national public health systems in Cuba since 1959, and in Nicaragua –during the 1980s. These experiences emphasize that health (care) systems do not naturally gravitate towards greater fairness and efficiency, but that they require deliberate policy decisions.

Key words: Health public policy; Health care reform; Primary health care (source: MeSH NLM).

Los cambios sociales y políticos en el nuevo milenio han impulsado un renovado debate, en Latinoamérica y a nivel global, sobre la necesidad de fortalecer los sistemas de salud con la lógica de la atención primaria integral, basada en el derecho a la salud. Con el objetivo de contextualizar la situación actual, el presente artículo presenta una mirada retrospectiva analizando cómo las tendencias sociopolíticas y económicas durante la última mitad del siglo XX han influido los paradigmas relacionados a los sistemas de salud en Latinoamérica.

LA DECLARACIÓN DE ALMA ATA

Bajo la definición de salud como "un derecho humano fundamental" en su constitución, la Organización Mundial

de la Salud (OMS) fue creada en 1948 para apoyar en sus países miembros, acciones que condujeron a la realización de dicho derecho ⁽¹⁾. Pero no fue sino hasta 1978, con la conferencia de la OMS en Alma Ata, que emergió la esperanza por un cambio real ⁽²⁾. El concepto de una aproximación integral hacia la salud y los servicios de salud de la Declaración de Alma Ata (DAA) es un hito en la concepción actual de la política sanitaria. La salud fue definida en dicha conferencia como: *Un derecho humano fundamental (...) cuya realización requiere de la acción de varios otros sectores sociales y económicos, en adición al sector salud*. La declaración fue basada en – y con la intención de reforzar – la visión política dominante de los sistemas de salud pública en desarrollo de la época, complementando la implementación de servicios de salud accesibles,

equitativos y de calidad, con políticas económicas y sociales correspondientes, y considerando un amplio espectro de determinantes de la salud. La DAA plantea una aproximación integral a los determinantes políticos, sociales, económicos y ecológicos de la salud, y afirma que los “gobiernos son responsables por la salud de su población”, mientras que la población “tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en el planeamiento e implementación del cuidado de su salud”⁽²⁾.

La DAA fue el resultado de una negociación entre corrientes de pensamiento conservadoras y progresistas, y reflejó el equilibrio de las fuerzas globales correspondientes a su época⁽³⁾. En 1974, los países del G-77 –mayormente países en vías de desarrollo, muchos de ellos recientemente independizados– fueron capaces de colocar un nuevo orden económico internacional (NOEI) en la agenda de las Naciones Unidas. Este concepto de NOEI, mencionado explícitamente en la DAA, ilustró su creciente unidad y su oposición frente a la dominación política y económica occidental en el plano mundial^(4,5). La conferencia también reflejó la importancia del mundo socialista de aquel entonces. China y la Unión Soviética, donde la conferencia se llevó a cabo, cumplieron un papel clave en la génesis de la declaración⁽⁶⁾. En un periodo donde las organizaciones de las naciones unidas como la UNCTAD, UNESCO, FAO, OMS, el Instituto de Corporaciones Transnacionales, etcétera, fueron reorientadas para promover y ayudar a la implementación de “contratos sociales” en favor del ‘Tercer Mundo’, la DAA fue la expresión de la agenda progresista en el campo de la salud, a pesar de tener serias limitaciones⁽⁷⁾.

LOS 80: LA DÉCADA PERDIDA

Los tiempos, sin embargo, ya habían cambiado. El boom económico posguerra había llegado a su fin. Durante la década de 1950 y los “dorados sesentas” – un periodo de desarrollo económico sostenido y de crecimiento productivo – las corporaciones transnacionales se habían convertido en un poderoso sector de la economía mundial, con inversiones y producción expandida en docenas de países. Este periodo prolongado de estabilidad menguaba en los inicios de los 70. El crecimiento de la productividad disminuía y la capacidad de producción era subutilizada. Las inversiones no eran optimizadas y las utilidades disminuían. Los mercados se encontraban saturados y aparecían los primeros signos de una crisis de sobreproducción. La decisión de la OPEC de incrementar drásticamente el precio del petróleo (de \$ 2 a \$ 9 por barril), exacerbó las tensiones, desencadenando una crisis económica plena⁽¹⁾. Desde la recesión de 1974-75,

la tendencia económica general fue de una declinación a largo plazo, con tasas de crecimiento reales en las economías industrializadas cayendo desde un promedio de 4,9% por año en los 60 a un 3,8% en los 70 y a 2,7% en los 80. La paralización de inversiones en el área productiva durante los primeros años de la década de los 70 llevaron a los bancos occidentales a realizar préstamos de billones de dólares a países del tercer mundo, en la medida en que las tasas de interés comenzaban a caer en picada. El aumento del precio de las materias primas, la mayor fuente de exportación de los países en vías de desarrollo, generó un crecimiento económico aun por encima de sus contrapartes industrializadas en los últimos años de la década del 70⁽²⁾.

En los inicios de los 80 se produjo una recuperación de las economías de los países industrializados. Sin embargo, las tasas de interés en incremento y la caída de los precios para las exportaciones hacían imposible el pago de las deudas para los países del hemisferio sur. En 1982, México abandonó el pago de sus deudas, un evento que amenazó seriamente el sistema internacional de créditos⁽¹⁰⁾.

Más aun, para asegurar su recuperación y crecimiento económico, los Estados Unidos de Norteamérica (EUA) impusieron drásticos esquemas de liberalización. El presidente Ronald Reagan y la primera ministra Margaret Thatcher llevaron a técnicos neoliberales a ocupar los cargos de mayor jerarquía, y fueron los exponentes más beligerantes para impulsar estas políticas a nivel global a través del Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial. Durante los 80 el neoliberalismo se convirtió en el paradigma económico dominante a nivel mundial⁽¹¹⁾.

En nombre de una gobernanza financiera inteligente, el FMI y el Banco Mundial condicionaron los nuevos créditos a una reducción del sector público, disminución del financiamiento social, etc., en línea con el pensamiento neoliberal⁽¹²⁾, llevando a una espiral de endeudamiento progresivo a fin de poder pagar los servicios de la deuda. La dependencia de préstamos externos se incrementaba, profundizando las crisis de los países endeudados⁽¹³⁾.

Estas “soluciones” lograron el objetivo de proteger el sistema monetario internacional, pero dejaron al sur en la miseria⁽¹⁴⁾. El “Plan Marshall” estadounidense para Europa luego de la Segunda Guerra mundial fue de alrededor de 90 billones de dólares americanos actuales. Solamente entre 1983 y 1992, el flujo de capital neto del sur al norte fue de seis veces ese monto⁽¹⁵⁾. Sin embargo, mientras que en 1980 los montos correspondientes a las deudas del sur totalizaron \$ 540 millones, en el 2004

dicho monto se había incrementado a \$ 2600 billones, casi cinco veces más⁽¹⁶⁾.

La muy necesaria implementación de las políticas de “salud para todos” de la DAA no podía ser realizada en el sur, porque las políticas de ajustes estructurales limitaban dramáticamente los recursos humanos y materiales en salud. Ya en 1979, Walsh y Warren habían lanzado su propuesta para una “atención primaria en salud selectiva”⁽¹⁷⁾. Esta aproximación se planteaba como una alternativa más realista y costo-efectiva, que la atención primaria en salud integral calificada como “costosa y no realista”⁽¹⁸⁾. Ello sustraía a la atención primaria en salud de su compromiso comunitario, cambio social amplio y visión redistributiva⁽¹⁹⁾, limitando su contenido a intervenciones selectivas y “paquetes mínimos” de bajo costo a nivel primario. Además de su potencial para el recorte presupuestal, las agencias internacionales también apreciaban el potencial de la “participación comunitaria” para neutralizar la resistencia a las reformas socioeconómicas impuestas⁽²⁰⁾. Asimismo, el sistema de salud experimentó una serie interminable de reformas: el financiamiento del sector público debía ser reducido gradualmente, llevando a un deterioro de los servicios públicos y la introducción de pagos por los usuarios se convirtió en el mecanismo para el financiamiento de los servicios a todos los niveles del sistema de salud. Estas barreras financieras han sido identificadas como importantes fuentes de exclusión para el acceso al cuidado en salud⁽²¹⁾, y lo que logran es hundir económicamente de manera rápida a las familias de los afectados que viven en la pobreza⁽²²⁾.

LOS 90 – INVIRTIENDO EN SALUD

Luego del colapso de la Unión Soviética y el bloque europeo del este, se impuso un “nuevo orden mundial” en el que las relaciones de poder a nivel global se volvían cada vez más unilaterales. A partir de 1990, las instituciones financieras cambiaron dramáticamente la definición de su misión, acelerando la reforma de las estructuras económicas nacionales. Las políticas de estabilización “temporales” evolucionaron a reformas estructurales impuestas, en términos de liberalización del comercio, de reformas financieras y del mercado laboral, reducción del sector público y privatización de sus organismos, y drásticos cambios en las políticas sociales⁽²³⁾. Las metas cualitativas, planteadas en términos de nuevas legislaciones, reformas estructurales y privatización, incluso las referentes a los servicios de salud y sistemas de seguridad social, se convirtieron en demandas rutinarias^(24,25). Estas políticas llevaron a un incremento en la desigualdad del ingreso y el bienestar entre grupos socioeconómicos⁽²⁶⁾. Hacia el final de la

década, la OMS reconoció que si el financiamiento público para los programas sociales no se incrementaba, la situación se deterioraría aun más⁽²⁷⁾.

Desde los inicios de los 90, se introdujeron cambios políticos, estructurales y de manejo en la mayoría de los sistemas de salud a nivel mundial, que resaltaban el rol de los mercados, el crecimiento de la competencia y mayor importancia del sector privado. Estos cambios tuvieron lugar tanto en el mundo industrializado como en los países en vías de desarrollo. Pero estas reformas fueron guiadas por consideraciones financieras, políticas e ideológicas de los gobiernos e instituciones internacionales, más que por las necesidades de salud de la población⁽²⁸⁾. Entre 1990 y 1997, el crecimiento económico anual en los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) disminuyó aun más, hasta un magro 2,4%⁽²⁹⁾. En la medida en que la saturación de los mercados industrializados se convertía en una limitante para el desarrollo subsecuente, incluyendo a los servicios y el sector salud, la intensificada competencia entre las corporaciones internacionales las forzaba al recorte de costos y la búsqueda de nuevos mercados. Localmente, las reducciones de impuestos y los programas de privatización brindaban una salida a estas corporaciones. En el exterior, las economías en desarrollo eran forzadas a aceptar mayores liberalizaciones, desregulaciones y privatizaciones, brindando a las corporaciones transnacionales una salida para su exceso de capital⁽³⁰⁾. El sector salud latinoamericano no era la excepción, y sus componentes lucrativos eran infiltrados de modo creciente por las empresas de atención gerenciada (EAG) [Health Management Organizations]⁽³¹⁾. El Banco mundial y otras instituciones internacionales, estimulaban y sostenían las reformas del sector salud en las cuales las EAG obtenían oportunidades de inversión a través de la privatización de los servicios públicos y los fondos de seguridad social^(32,33).

Con su informe “Invirtiendo en Salud” de 1993, el Banco Mundial tomó temporalmente el liderazgo frente a la OMS, como la institución internacional de mayor influencia en el replanteo de políticas nacionales sanitarias. Basada en argumentos que tendían a igualar el sector público con inefficiencia y desperdicio de recursos, la institución imponía sus recetas a los gobiernos de todo el orbe⁽³⁴⁾. Estas políticas internacionales exacerbaban las contradicciones entre las cada vez mayores necesidades de salud no atendidas, y las crecientes ganancias^(35,36). Mientras que la privatización respondía a las necesidades de los mercados de la industria médica de las EAG para asegurar sus ganancias, la accesibilidad financiera se convertía en una barrera para un creciente número de

personas necesitadas de un cuidado médico adecuado con servicios de calidad⁽³⁷⁾. Como el Dr. Mahler, ex director general de la OMS y promotor de la conferencia de Alma Ata, mencionara en el año 2008 a propósito del 30.^º aniversario de la declaración en el marco de la 61.^a Asamblea Mundial de la Salud: Cuando las personas son meros peones en el juego del crecimiento económico y sus ganancias, el juego está perdido para los no privilegiados⁽³⁸⁾.

En América Latina, durante los 90, los procesos de reforma neoliberal impuestos por organizaciones multilaterales habían profundizado la inequidad y reforzado la polarización financiera y sanitaria. Las políticas de reforma del estado y de los sistemas de salud se convirtieron en un obstáculo mayor para el desarrollo^(39,40). El discurso oficial se refería a equidad, participación, aproximación intersectorial, prevención y promoción de la salud, y descentralización⁽⁴¹⁾. La realidad era distinta: los programas de recuperación de costos, la introducción de la competencia, y las iniciativas de privatización, llevaron a una transformación gradual hacia un sistema basado en el “mercado de la salud”, mientras se producía el viraje de “el derecho a salud para todos” (el máximo estado alcanzable) a “el cuidado de la salud” como una mercadería para los ricos y una caridad –basada en una red de seguridad mínima- para los pobres⁽⁴²⁾.

EL MODELO DE REFORMA NEOLIBERAL

En línea con la tendencia global, el contexto socioeconómico en Latinoamérica impedía la realización de las propuestas de la DAA. Sin embargo, la discusión sobre el derecho universal a la salud, garantizada por el estado a través de un sistema público integral, permanecía vívida⁽⁴³⁾.

Durante los 70 y 80, en un contexto en el que la lucha popular por los derechos económicos o sociales era vista a través del lente de la Guerra Fría, Latinoamérica vivía una serie de dictaduras feroces. Contrarios al carácter oligárquico y nacionalista de las dictaduras durante el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, desde el golpe del general Branco en Brasil (1964) hasta la renuncia de Augusto Pinochet en Chile en 1990, el aspecto esencial en casi todos los países fue asegurar la integración de la región en una economía dominada por los EUA. Ello bloqueaba el desarrollo de los sistemas de salud pública integrados a nivel nacional, y en la mayor parte de la región se mantenía una combinación clásica que consistía en sistemas privados de salud para los ricos, un sistema de seguridad social para el segmento relativamente estrecho de trabajadores asalariados

(provenientes primariamente de compañías estatales) y un sistema de salud pública subfinanciado para la mayoría de la población.

Durante los 80, el Chile de Pinochet se convirtió en el laboratorio mundial y pionero de la reforma neoliberal del sector salud. Entre 1952 y 1981, el sistema nacional de salud pública chileno ofrecía cobertura universal y acceso libre a los servicios de salud financiados por el estado. A partir de 1981, el gobierno de Pinochet empezó a quebrar este sistema público, disminuyendo su financiamiento de manera dramática. Se crearon las “instituciones de salud previsional” (ISAPRE), algunas de los cuales estaban ligadas a empresas de atención gerenciada (EAG) estadounidenses, las que recibían financiamiento en base a los pagos de los asegurados a través de un Fondo Nacional de Salud (FONASA). Los copagos a nivel del punto de atención se incrementaron dramáticamente y dependían del tipo y costo del esquema seleccionado, diversos paquetes de aseguramiento (denominados “planes de salud”). Anualmente, ISAPRE podía modificar el contrato en función del perfil de riesgo o enfermedades del trabajador. Esta estrategia de financiamiento aseguraba márgenes de ganancia de alrededor de 20% para las EAG, mientras que los costos administrativos representaban otro 20%. En el 2002, ellas solo cubrían al 22% de la población, representando el 43% del gasto nacional en salud. El resto de la población, los más pobres y con mayor necesidad de cuidado de salud, tenían solo una cobertura parcial en el sistema de salud público, financiado a través de FONASA⁽⁴⁴⁾. Actualmente Chile está dando marcha atrás drásticamente en esta errónea política.

La experiencia chilena sirvió como vitrina para las iniciativas de reforma del sector salud de los 90 cuando la mayor parte de sistemas de salud de Latinoamérica fueron modificados drásticamente. Con el soporte financiero del Banco Mundial, se promovieron todos los tipos de alianzas público-privadas y otros esquemas de privatización^(45,46). Empezando los 90, con una importante influencia y el apoyo financiero de los organismos financieros internacionales, Colombia estableció una reforma del sector salud a largo plazo, difundida como una versión moderna y democrática de la experiencia chilena concerniente a la reforma sanitaria⁽⁴⁷⁾. Se organizó una separación proveedor/consumidor, con entidades públicas y privadas compitiendo en un mercado regulado tanto del lado del proveedor como del consumidor. En el año 2000, la OMS calificó la reforma de salud colombiana como la más justa en el mundo⁽⁴⁸⁾. Sin embargo, una serie de estudios cuestionaron esta afirmación. La reforma colombiana no había sido capaz de materializar sus promesas de universalidad, equidad, eficiencia y mejora global de la calidad⁽⁴⁹⁾. Mientras que el aseguramiento

de la salud se convertía en una de las industrias más lucrativas en Colombia, en áreas urbanas pobres y rurales para los servicios públicos que se quedaban sin recursos era cada vez más difícil subsistir. Para el 2004, cinco de los hospitales públicos más importantes habían cerrado y diez más se encontraban en proceso de liquidación⁽⁵⁰⁾. El gasto de bolsillo se incrementaba drásticamente, sobre todo en el quintil poblacional más pobre. Hoy en día, los gastos de administración y publicidad de las aseguradoras colombianas de salud se encuentran entre el 15 y 25% del costo global, similar a lo encontrado en EUA, y son mucho mayores a los gastos administrativos de sistemas de cuidado de la salud, sin planes competitivos de aseguramiento⁽⁵¹⁾. El papel del estado como regulador y líder de la salud pública se ha perdido tanto a nivel nacional como municipal. La salud pública fue también una importante víctima de la reforma^(52,53). El modelo neoliberal colombiano no incluyó los problemas expuestos y, más aun, generó consecuencias dañinas. Los mecanismos de funcionamiento del mercado acentuaron la inequidad social en Colombia⁽⁵⁴⁾. Estas serias contradicciones entre los objetivos teóricos de la ley de la reforma y su implementación real serán analizadas posteriormente.

ALGUNAS EXPERIENCIAS ALTERNATIVAS

Aun durante estas décadas de reforma neoliberal del sector salud, coexistían modelos alternativos en la región. En general, la voluntad política para el desarrollo de un modelo integrado de seguridad social – en Costa Rica y Brasil – o un sistema nacional de salud pública – en Cuba y Nicaragua – se ligaba tanto a procesos democráticos como de emancipación.

Construido a partir de 1941, el sistema de salud de Costa Rica se desarrolló hacia un sistema de seguridad social integrado al estilo europeo (Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS), aplicando los principios de equidad y solidaridad para fortalecer el acceso al cuidado de la salud a través de los servicios de salud pública y un aseguramiento universal⁽⁵⁵⁾. En 1973, este sistema de seguridad social absorbió a los hospitales gubernamentales y privados sin fines de lucro. Más adelante, los servicios de salud primarios fueron también integrados. Al mismo tiempo, se lanzaba un programa integral de salud rural para la atención primaria, el que fue posteriormente extendido a las áreas urbanas a través del Programa de Salud Comunitaria. El primer nivel era responsable de la provisión del cuidado integral de la salud a través de una red de equipos de cuidado integral básico de salud⁽⁵⁶⁾, respaldados por un nivel de referencia y un nivel de cuidado terciario especializado.

Las necesidades del país eran aparentemente cubiertas adecuadamente por un grupo relativamente modesto de médicos debido a la contribución de un gran número de enfermeras auxiliares y asistentes sanitarios trabajando en las postas de salud rurales, centros de salud, y hospitales⁽⁵⁷⁾.

El sistema de salud costarricense se desarrolló a través de sucesivas olas de retos y reformas⁽⁵⁸⁾. Paso a paso se impuso la liberalización. Desde 1990 se desarrolló un sistema de contratos en coordinación con el Banco Mundial, basado en acuerdos relacionados al rendimiento⁽⁵⁹⁾. Durante la última década, Costa Rica también se involucró en estrategias de privatización más profundas.

Bajo el régimen dictatorial de los 60 y 70, Brasil tenía una de las más sofisticadas industrias privadas de la salud, con una marcada inequidad en el acceso. Cuando la democracia representativa se restauró hacia mediados de los 80, un amplio movimiento en salud tuvo un impacto decisivo en la inclusión de una reforma progresiva del sector salud en la constitución de 1988⁽⁶⁰⁾. Se desarrolló un “Sistema Único de Salud” (Sistema Único de Saúde - SUS), modelado en el marco conceptual de la seguridad social europea, con acceso universal y equitativo a servicios integrados. El SUS poseía una estructura gerencial única mientras que el control social se organizaba a través de los consejos de salud a nivel nacional, estatal y municipal con representantes del gobierno y los usuarios. En los 90 se inició el Programa de Salud Familiar (Programa Saúde da Família - PSF), un nuevo modelo en la manera de brindar el cuidado, en el cual los equipos interdisciplinarios realizaban el seguimiento de una población definida en un área geográfica específica. Uno de los logros más notorios fue la provisión de cuidado para todos los pacientes con SIDA en el sector público. Actuando sobre el derecho constitucional al cuidado de la salud, esto fue un punto de quiebre a nivel internacional^(61,62). Sin embargo, la integralidad permanecía como un reto, y la equidad se veía comprometida por la existencia del sistema médico privado en el país. Mientras que en el 2007, 23,4 billones de dólares de impuestos fueron gastados en 143 millones de beneficiarios potenciales del SUS, este monto no fue suficiente para cubrir las necesidades históricas. En el mismo año, 40 millones de personas con seguros privados gastaron 35 billones de dólares⁽⁶³⁾.

También dentro del sistema en sí, no se garantizó la igualdad en oportunidad de acceso para necesidades equivalentes. A pesar de las medidas regulatorias para incrementar la eficiencia y reducir inequidades, la entrega de servicio de salud permanecía extremadamente inequitativa a lo largo del país. Las tasas de utilización variaban de acuerdo al tipo de servicio entre los grupos

de acuerdo a sus ingresos, posición en el mercado laboral y nivel de educación⁽⁶⁴⁾. El SUS está fuertemente insertado en la sociedad, y la representación de los intereses de los pobres lo hacía muy resistente a las interferencias de intereses privados. Sin embargo, la integración sucesiva hacia un sistema público unificado continúa siendo poco realista⁽⁶³⁾.

En Nicaragua, la revolución sandinista de 1979 creó el “Sistema Unificado Nacional de Salud”, en el cual se combinaron el sistema público, la seguridad social y una serie de programas municipales y no gubernamentales. Se extendieron gradualmente servicios gratuitos de atención primaria basados en el concepto de salud integrada⁽⁶⁵⁾. La salud materna e infantil recibía particular atención. Se desarrollaron programas de prevención y promoción de la salud con un enfoque participativo amplio, los que tuvieron –en conjunto con importantes medidas sociales, incluyendo una amplia reforma agraria nacional – un importante impacto en la salud poblacional. La movilización popular en campañas de vacunación masivas fue altamente exitosa en la erradicación de la poliomielitis, y también se redujeron drásticamente otras enfermedades inmunoprevenibles^(66,67).

A partir de 1983, la “contra” financiada por los EUA y el embargo económico en contra de la revolución sandinista agravaron la situación económica. Mientras que las políticas públicas gubernamentales eran capaces de limitar los daños de estas circunstancias adversas, el soporte popular para el gobierno sandinista fue minado paso a paso, llevando a profundos cambios políticos después de las elecciones de 1990^(68,70). Las políticas de ajuste estructural impusieron virajes radicales en la política social y la reforma del sector salud, llevando a la desintegración del modelo de salud integral^(70,71). Una inflación rampante hizo que los centros de salud y postas agotaran rápidamente sus recursos. Las tasas de utilización de servicios disminuyeron sostenidamente, dado que más y más personas requerían comprar medicinas en el mercado después de obtener una prescripción médica. Las actividades preventivas, y no orientadas a solucionar cuadros agudos, tales como la rehabilitación nutricional y la promoción de la salud infantil, empezaron a declinar. El presupuesto para recursos humanos fue dramáticamente reducido a fin de pagar mayores salarios a menos personal y asegurar los insumos básicos⁽⁷²⁾. En consecuencia, se generó un boom de prácticas privadas. En 1993, el sistema de seguridad social se separaba nuevamente del sistema nacional de salud pública, y el país regresaba al sistema “clásico” de cuidado de salud latinoamericano con un sector público para las mayorías más pobres⁽⁷³⁾. Actualmente, los sistemas de seguridad social se organizan a través de docenas de compañías médicas privadas⁽⁷⁴⁾.

Desde 1959 Cuba desarrolló su sistema de salud exclusivamente público enmarcado dentro de un proceso de reforma socialista. Desde este año, el país siguió su propio camino. Su sistema nacional de salud adoptó muchas ideas del sistema de salud Semashko que había sido desarrollado en la URSS, en el cual las actividades de salud eran en primer lugar preventivas y sociales. En esta aproximación, el policlínico desempeñaba una función central. Sin embargo, el país siempre contó con una fuerte escuela de salud pública propia⁽⁷⁵⁾, y durante años desarrolló un modelo local con énfasis en el rol participativo e integral de la comunidad. Hasta 1980, los polyclínicos de primera línea ofrecían básicamente “cuidado especializado de primera línea”, en conjunto con actividades multisectoriales de prevención y promoción de la salud. Una revisión crítica de este modelo y el estudio de los diversos sistemas de salud basados en médicos de familia, llevaron a una reestructuración fundamental del sistema de atención primaria en Cuba, en el cual una densa red de médicos familiares se convertían en la base de una atención familiar completa e integrada. Mientras que en la mayoría del mundo durante los 80 la “atención primaria selectiva” llevaba al desarrollo de una aproximación vertical a la enfermedad, en Cuba la aproximación integral era reforzada a través de la introducción y desarrollo de servicios de salud primarios basados en el médico de familia. Desde 1990, Cuba se ha mantenido bajo constante presión. Sin embargo, su sistema nacional de salud pública no solo ha sido capaz de sobrevivir sino ha continuado asegurando el derecho a la salud para la totalidad de la población, aun en los períodos más difíciles de crisis⁽⁷⁶⁾.

En el 2008, los 30 años de la DAA fueron una ocasión para discutir a nivel mundial la relevancia de los mensajes y las propuestas principales de la declaración. En un contexto global de crisis económica y social, el lugar y rol de los sistemas y servicios de salud pública fueron reconsiderados. El Reporte mundial de la Salud de la OMS 2008⁽⁷⁷⁾, el reporte de la comisión de determinantes sociales de la salud (CSDH)⁽⁷⁸⁾, y el segundo informe del Movimiento Popular para la Salud de los Pueblos⁽⁷⁹⁾ fueron todos testimonios de una evolución hacia una apreciación más crítica del paradigma neoliberal. La CSDH consideró que la tóxica combinación de malas políticas sanitarias y económicas son, en gran medida, responsables del hecho de que la mayoría de las personas en el mundo no gocen de la mejor salud biológicamente posible.

EL REFORZAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL NUEVO MILENIO

Las políticas neoliberales impulsaron una creciente contradicción entre las necesidades de salud y las

ganancias privadas. La reforma de la salud orientada al mercado en Colombia probó no ser capaz de resolver esta contradicción. Hemos resaltado la relación directa entre estas políticas de reforma y las tendencias en la economía global en las cuales la saturación de los mercados en países ricos generaba presiones para una mayor liberalización, desregulación y privatización.

Cuando durante los 90 las políticas neoliberales llevaron a una situación dramática en términos de subdesarrollo social y falta de acceso al cuidado de la salud, se incrementó la movilización social en todo el continente (80-82). Durante la última década, en muchos países la oposición popular se materializó en un amplio espectro de gobiernos progresistas. Hoy en día, la realidad política de América Latina está cambiando en términos de crecimiento económico, pero también en términos de integración regional, y de una mayor participación social en el proceso político (83-85). El importante desarrollo económico y los cambios en las relaciones de poder a través del continente, han creado la posibilidad de lograr estrategias públicas adecuadas, a efectos de conseguir la equidad en el acceso a la salud.

El reporte de Salud Mundial de la OMS 2008 evaluó críticamente la manera en la que el cuidado de la salud era organizado, financiado y brindado en países ricos y pobres. Dicho reporte enfatiza que: Las inequidades en el acceso a la salud y la carga de enfermedad son usualmente mayores en aquellos casos en los que la salud es tratada como una mercancía y el cuidado de

la salud es conducido por la rentabilidad financiera, llevando a exámenes y procedimientos innecesarios, estancias hospitalarias más frecuentes y prolongadas, mayores costos generales y exclusión de la población incapaz de pagar (86). El reporte concluye en que es el momento de regresar a una aproximación holística al cuidado primario de la salud. Añade que los sistemas de salud no gravitan naturalmente hacia una mayor eficiencia y justicia, sino que se requieren de decisiones políticas específicamente dirigidas a ese fin (87).

Además de asegurar el acceso a la salud, el derecho a la salud incluye una estrategia de aproximación adecuada hacia los determinantes sociales en salud. La comisión de determinantes sociales de salud (CSDH) hizo su parte, asegurando una renovada atención sobre la importancia de dichos determinantes y abogó por las estrategias correspondientes para mejorarlo. Su reporte final en el 2008 concluyó que debían afrontarse las inequidades en el poder, dinero y recursos (78). La CSDH se unió a la OMS en apelar a la acción política, insistiendo en que la acción de la comunidad o sociedad civil en las inequidades en salud no podían ser separadas de la responsabilidad del estado en garantizar un listado completo de derechos y asegurar una distribución justa de materiales esenciales y bienes sociales entre los grupos poblacionales (88). El desarrollo reciente de aproximaciones a la salud basadas en los derechos de la persona subraya el rol crucial del estado en el respeto, la protección, y el logro del derecho al mayor nivel posible de salud (89).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization [Internet]. International Health Conference. New York, EE UU. World Health Organization. July 22, 1946 [citado el 12 febrero del 2013]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf
2. World Health Organization. **Alma-Ata 1978. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care.** Geneva: WHO; 1978.
3. Navarro V. **Neoliberalism and its consequences: the world health situation since Alma Ata.** Global Social Policy. 2008;8(2):152-5.
4. Amin S. **Unequal development: an essay on the social formations of peripheral capitalism.** New York: Monthly Review Press; 1976.
5. Cueto M. **The origins of primary health care and selective primary health care.** Am J Public Health. 2004;94(11):1864-74.
6. Navarro V. **A critique of the ideological and political position of the Brandt Report and the Alma Ata Declaration.** Int J Health Serv. 1984;14(2):159-72.
7. Cottier J, Houben H. De systeemcrisis. In: Lerouge H (ed). De systeemcrisis. Marxistische Studies 84. Brussels, IMAST; 2008. p. 11-33.
8. Shutt H. **The trouble with capitalism. An enquiry into the causes of global economic failure.** London: Zed Books; 1998.
9. Amin S, Arrighi G, Frank AG, Wallerstein I. **Dynamics of the world economy.** New York: Monthly Review Press; 1982.
10. Boughton JM. **Silent revolution: the International Monetary Fund, 1979-1989.** Washington, DC: International Monetary Fund; 2001.
11. Cockett R. **Thinking the unthinkable: Think-tanks and the economic counter-revolution 1931-83.** London: Fontana; 1995.
12. Chossudovsky M (ed). **Policing countries through loan conditionalities.** In: **The globalisation of poverty: impacts of IMF and World Bank reforms.** New York: Zed Books; 1998. p. 72.
13. UNCTAD. **Statistical Pocket Book 1989.** In: Brown MB. **Fair Trade.** London, Zed Books; 1993. p. 61.
14. Payer C. **Lent and lost. Foreign credit and Third World Development.** London: Zed Books; 1992.
15. George S. **L'effet boomerang. Choc en retour de la dette du tiers monde.** Paris: Editions La Découverte; 1992.

16. George S. Down the great financial drain: how debt and the Washington Consensus destroy development and create poverty. *Development*. 2007;50(2):4-11.
17. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med*. 1979;301(18):967-74.
18. Newell KW. Selective primary health care: the counter revolution. *Soc Sci Med*. 1988;26(9):903-6.
19. Baum FE. Health for all now! Reviving the spirit of Alma Ata in the twenty-first century: an Introduction to the Alma Ata Declaration. *Social Medicine*. 2007;2(1):34-41.
20. Cornwall A, Brock K. Beyond Buzzwords. "Poverty Reduction", "Participation" and "Empowerment" in Development Policy. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development; 2005.
21. Bigdely M, Annear PL. Barriers to access and the purchasing function of health equity funds: lessons from Cambodia. *Bull World Health Organ*. 2009;87(7):560-4.
22. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*. 2003;362(9378):111-7.
23. Granados R. La reforma de los sistemas de salud: tendencias mundiales y efectos en Latinoamérica y el Caribe. Gerencia y Políticas de Salud. 2002;1(3):16-46.
24. Bienen H, Waterbury J. The political economy of privatization in Developing Countries. In: The political economy of development and underdevelopment. 5th Edition. New York: McGraw Hill; 1992. p. 376-402.
25. Brand H. The World Bank, the Monetary Fund, and poverty. International. *Int J Health Serv*. 1994;24(3):567-78.
26. World Health Organization. *World Health Report 1995: Bridging the gaps*. Geneva: WHO; 1995.
27. World Health Organization. *World Health Report 2000: Making a difference*. Geneva: WHO; 2000.
28. Lister J. Health Policy Reform. Driving the wrong way? Middlesex: Middlesex University Press; 2005.
29. Brenner R. The boom and the bubble: The US in the world economy. New York: Verso; 2002.
30. De Vos P, De Ceukelaire W, Van der Stuyft P. Colombia and Cuba, contrasting models in Latin America's health sector reform. *Trop Med Int Health*. 2006;11(10):1604-12.
31. Ginzberg E, Ostow M. Managed care – a look back and a look ahead. *N Engl J Med*. 1997;336(14):1018-20.
32. Armada F, Muntaner C, Navarro V. Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations. *Int J Health Serv*. 2001;31(4):729-68.
33. Iriart C, Merhy E, Waitzkin H. Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Soc Sci Med*. 2001;52(8):1243-53.
34. World Bank. *World Development Report 1993: Investing in health*. Washington: World Bank; 1993.
35. Laurell AC. Health reform in Mexico: the promotion of inequality. *Int J Health Serv*. 2001;31(2):291-321.
36. Janes CR, Chuluundorj O, Hilliard CE, Rak K, Janchiv K. Poor medicine for poor people? Assessing the impact of neoliberal reform on health care equity in a post-socialist context. *Glob Public Health*. 2006;1(1):5-30.
37. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*. 2005;71(1):83-96.
38. Mahler H. Address to the 61st World Health Assembly. 20 May 2008.
39. Stocker K, Waitzkin H, Iriart C. The exportation of managed care to Latin America. *N Engl J Med*. 1999;340(14):1131-6.
40. Iriart C, Merhy E, Waitzkin H. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cad Saude Publica*. 2000;16(1):95-105.
41. Collins C, Green A. Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries. *Int J Health Serv*. 1994;24(3):459-75.
42. Laurell AC, Arellano OL. Market commodities and poor relief: the world bank proposal for health. *Int J Health Serv*. 1996;26(1):1-18.
43. Laurell AC. Bringing Latin America's Progressive Health Reforms out of the closet [Editorial]. *Social Medicine*. 2008;3(2):54-6.
44. Homedes N, Ugalde A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gac Sanit*. 2002;16(1):54-62.
45. World Bank. Financing health services in developing countries. Washington: World Bank; 1987.
46. Ayier S, Jamison DT, Londoño JL. Health policy in Latin America: progress, problems and policy options. *Cuadernos de Economía*. 1995;32:11-28.
47. Unger JP, De Paepe P, Cantuarias GS, Herrera OA. Chile's neoliberal health reform: an assessment and a critique. *PLoS Med*. 2008;5(4):e79. doi: 10.1371/journal.pmed.0050079
48. World Health Organization. *World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: WHO; 2000.
49. De Groote T, De Paepe P, Unger JP. Colombia: in vivo test of health sector privatisation in the developing world. *Int J Health Serv*. 2005;35(1):125-41.
50. Paredes N. La salud pública: entierro definitivo. In: Borrero C, ed. *Reelección: el embrujo continúa*. Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 2004. p. 109-19.
51. Bossert T. *Privatization and payments: lessons for Poland from Chile and Colombia*. Washington, DC: U.S. Agency for International Development; 2000.
52. Ayala Cerna C, Kroeger A. La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. *Cad Saude Publica*. 2002;18(6):1771-81.
53. Kroeger A, Aviña A, Ordoñez-Gonzalez J, Escandon C. Community cooperatives and insecticide-treated materials for malaria control: a new experience in Latin America. *Malar J*. 2002;1:15.
54. Londoño E, Dario-Gómez R, De Vos P. Colombia's health reform: false debates, real imperatives. *Lancet*. 2010;375(9717):803.
55. Unger JP, De Paepe P, Buitrón R, Soors W. Costa Rica: achievements of a heterodox health policy. *Am J Public Health*. 2008;98(4):636-43.

56. PAHO. Profile of the health services system of Costa Rica. 2nd Edition. Washington: PAHO; 2002.
57. Roemer M. National Health Systems of the World – Volume I: The countries. New York and London: Oxford University Press; 1991.
58. Connolly G. Costa Rican health care. A maturing comprehensive system [Internet]. Alexandria: Global Health Council; 2002 [citado el 12 de enero del 2013]. Disponible en: www.cehat.org/rthc/paper5.htm
59. Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC). *Shaping the future of social protection: access, financing and solidarity*. Montevideo: ECLAC; 2006.
60. Elias PE, Cohn A. *Health reform in Brazil: lessons to consider*. Am J Public Health. 2003;93(1):44-8.
61. Bacon O, Pecoraro ML, Galvão J, Page-Shafer K. *HIV/AIDS in Brazil*. San Francisco: AIDS Policy Research Center, University of California; 2004.
62. Portela MC, Lotrowska M. *Health care to HIV/AIDS patients in Brazil*. Rev Saude Publica. 2006;40 Suppl:70-9.
63. Cohn A. *The Brasilian health reform: A victory over the neoliberal model*. Social Medicine. 2008;3(2):71-81.
64. Almeida C, Travassos C, Porto S, Labra ME. *Health sector reform in Brazil: a case study of inequity*. Int J Health Serv. 2000;30(1):129-62.
65. Un pueblo más sano: la salud en la nueva Nicaragua. Envío [Internet]. 1983;(23) [citado el 12 febrero del 2013]. Disponible en: www.envio.org.ni/articulo/77
66. Donahue JM. *Planning for primary health care in Nicaragua: a study in revolutionary process*. Soc Sci Med. 1986;23(2):149-57.
67. Frieden T, Garfield R. Popular participation in health in Nicaragua. Health Policy Plann: 1987;2:162-170.
68. Braveman P, Siegel D. *Nicaragua: a health system developing under conditions of war*. Int J Health Serv. 1987;17(1):169-78.
69. Garfield RM. *War-related changes in health services in Nicaragua*. Soc Sci Med. 1989;28(7):669-76.
70. Garfield R, Low N, Caldera J. *Desocializing health care in a developing country*. JAMA. 1993;270(8):989-93.
71. Lane P. *Economic hardship has put Nicaragua's health care system on the sick list*. CMAJ. 1995;152(4):580-2.
72. Garfield R, Williams G. *Health care in Nicaragua. Primary care under changing regimes*. New York: Oxford University Press; 1992.
73. Rizo Castellón S. La reforma de la seguridad social en Nicaragua. Managua: INSS; 1996.
74. Antón-Pérez JI. *La Reforma de la Seguridad Social en Nicaragua: una propuesta de pensión no contributiva*. Cadernos PROLAM/USP. 2007;6:37-66.
75. Rojas-Ochoa F. *Orígenes del movimiento de Atención Primaria de Salud en Cuba*. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003;19(1):56-61.
76. De Vos P, García-Fariñas A, Álvarez-Pérez A, Rodríguez-Salvá A, Bonet-Gorbea M, Van der Stuyft P. *Public health services, an essential determinant of health during crisis. Lessons from Cuba, (1989-2000)*. Trop Med Int Health. 2012;17(4):469-79.
77. World Health Organization. *World Health Report 2000. Making a difference*. Geneva: WHO; 2000.
78. World Health Organization. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: WHO; 2008.
79. People's Health Movement, Medact, Global Equity Gauge Alliance. *Global Health Watch 2. An alternative World health report*. London: Zed Books; 2008.
80. De Vos P. Venezuela: Anti-imperialism and socialism. Marxistische Studies. 2007;77:11-76.
81. Rodgers D. *Unintentional democratisation? The Argentinazo and the politics of participatory budgeting in Buenos Aires, 2001-2004*. London: Development Studies Institute, London School of Economics and Political Science; 2005.
82. Knudson JW. *Rebellion in Chiapas: insurrection by Internet and public relations*. Media Cult Soc. 1998;20:507-18. doi: 10.1177/016344398020003009
83. Muntaner C, Salazar RM, Benach J, Armada F. *Venezuela's Barrio Adentro: An alternative to neoliberalism in health care*. Int J Health Serv. 2006;36(4):803-11.
84. Muntaner C, Armada F, Chung H, Rosicar M, Williams-Brennan L, Benach J. *Venezuela's Barrio Adentro: participatory democracy, south-south cooperation and health care for all*. Social Medicine. 2008;3(4):232-46.
85. Laurell AC. *Health Reform in Mexico City, 2000-2006*. Social Medicine. 2008;3(2):145-57.
86. World Health Organization. *World Health Report calls for return to primary health care approach* [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [citado el 12 febrero del 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr38/en/>
87. World Health Organization. *Now more than ever. Primary care. The World Health Report 2008*. Geneva, WHO; 2008.
88. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S; *Commission on Social Determinants of Health*. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Lancet. 2008;372(9650):1661-9.
89. De Vos P, De Ceukelaire W, Malaise G, Pérez D, Lefèvre P, Van der Stuyft P. *Health through people's empowerment: a rights-based approach to participation*. Health Hum Rights. 2009;11(1):23-35.

Correspondencia: Pol de Vos
 Dirección: Nationalestraat 155-2000,
 Antwerpen, Bélgica
 Teléfono: +32 3 247 6285
 Correo electrónico: pdevos@itg.be