

Las Reformas de Salud en América Latina

Jesús Lechuga Montenegro¹

Introducción

A inicios de los años noventa, en el diseño de las políticas para reformar los programas de salud, se mencionaban problemas que podemos calificar de estructurales como la falta de cobertura e inequidad de los servicios sanitarios provistos, así como la ineficiencia en el uso de los recursos para tal fin. Sin haber resuelto esta problemática, hoy día se agregan nuevos factores que han devenido estructurales como la transición demográfica y la epidemiológica. Como se verá, la recuperación de los planteamientos originales y su comparación con los actuales deja serias dudas respecto a la eficiencia gubernamental en este ámbito. Si bien puede constatarse el éxito en ciertos aspectos, la provisión de salud como bien público en lo general sigue siendo un gran pendiente en América Latina. Para los propósitos de este trabajo se seleccionaron cinco países de acuerdo a los siguientes criterios: Argentina, Brasil y México como las economías más grandes de la región; Colombia por su situación política interna y Venezuela por haber iniciado reformas que el propio gobierno presenta como revolucionarias. A fin de facilitar la comparación entre propuestas iniciales y actuales, se hace referencia preferentemente a Colombia y México dado que estos países tienen los planes de salud más recientes.

1. Las políticas generales

1.1 Antecedentes

Las reformas de salud realizadas en América Latina en los años noventa, son el seguimiento de las políticas de ajuste neoliberales encaminadas al fortalecimiento del mercado dentro del sector y a orientar la intervención del

¹Departamento de Economía. Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapotzalco.
jlmo@correo.azc.uam.mx

estado a funciones de ente regulador;² dichas políticas asumían que la reforma era necesaria porque los sistemas de salud eran a su vez en general inequitativos e ineficientes. Por esta razón se declararon como objetivos generales el elevar el nivel de atención a la población, aumentar la cobertura, equidad y efectividad en la atención médica, así como mejorar la calidad y eficiencia de los sistemas y servicios en este campo.

Los argumentos de orden económico para promover las reformas hablaban de la necesidad del equilibrio financiero ante el aumento de costos de los servicios sanitarios y Mesa-Lago menciona con claridad como fines, entre otros, “la desmonopolización del subsector público y del seguro social y su sustitución, al menos parcial, por el subsector privado en la provisión y financiamiento, así como la separación de estas funciones de las de regulación y supervisión que quedan a cargo del Estado; [así como] el desarrollo de mercados de aseguradoras y/o proveedoras de salud que compiten entre sí.”³

También, en la literatura de referencia se menciona la existencia de sistemas segmentados o no estructurados que llevaron a las primeras reformas de los programas de salud, segmentación en el sentido de multiplicidad de proveedores de la oferta sanitaria, sin coordinación entre ellos propiciando duplicidades y con ello aumento de costos.⁴ Por ejemplo, desde 1993 en Colombia se reformó el sistema de seguridad social y entre la problemática detectada se hablaba de la “iniquidad e ineficiencia del sistema derivadas de la fragmentación institucional que incluía mas de mil entidades con diferentes esquemas y beneficios.”⁵

Los sistemas de salud integrados son definidos como aquellos en los que aún cuando hay fragmentación, la coordinación institucional y administrativa evita

² Carmelo Mesa-Lago. *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. CEPAL-Documentos de proyectos. [<http://www.ensp.fiocruz.br>].

³ Ibidem.

⁴ Julio Frenk y J. L. Londoño. *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo. Documento de Trabajo 153. 1997.[<http://www.revmed.unal.edu.co>]

⁵ Cándido López Pardo. *La reforma sanitaria en América Latina y el Caribe*. Revista Cubana de Salud Pública. V. 23 n.1-2. Ciudad de La Habana. ene.-dic. 1997.

la duplicidad, disminuye costos y favorece la igualdad en la provisión de servicios estructurada por las múltiples instituciones.⁶

Aunque se reconoce la participación indelegable del estado, en los cambios propuestos para alcanzar los objetivos de cobertura, equidad y eficiencia se pueden mencionar:

- Contratación de servicios privados en servicios públicos
- Promoción de la competencia entre los proveedores de atención sanitaria
- Descentralización de las funciones y transferencia de recursos y capacidad de gestión a entidades estatales y municipales de acuerdo a un análisis de costo-beneficio.
- Determinación de una canasta básica de prestaciones y actividades de salud regulada por el estado que puede ser ofrecida por prestadores públicos o privados.⁷

Las reformas de los años noventa tuvieron éxito en varios aspectos como mortalidad materna e infantil y enfermedades infecciosas, entre otros.⁸ El caso paradigmático es el de Colombia pues el *Informe sobre la salud en el mundo, 2000* de la Organización Mundial de la Salud, ubicó este país en el primer lugar de América Latina en cuanto al desempeño de los sistemas de salud. Para Mario Hernández la explicación radica en que ahí se incorporaron “de la manera más sistemática, entre los países latinoamericanos, los criterios centrales del modelo hegemónico de las reformas sanitarias impulsado desde el Banco Mundial”⁹. El

⁶ André Cezar Medici. *Las Reformas incompletas de salud en América Latina: algunos elementos de su economía política*. Bienestar y Política Social. Vol. 2, No. 1. Primer semestre 2006 [Conferencia Interamericano de Seguridad Social] www.bienestar.ciss.org.mx

⁷ Cándido López Pardo. Op cit.

⁸ Decremento de la mortalidad materna. Situación de salud en las Américas – Indicadores básicos 2006. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Análisis de salud y sistemas de información sanitaria. [<http://www.nacerlatinoamericano.com>]

⁹ Mario Hernández. *El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, enero-junio, 2001. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín. Colombia. [<http://redalyc.uaemex.mx>].

modelo hegemónico es el llamado de pluralismo estructurado, o bien de competencia regulada o administrada.¹⁰

Sin embargo, en el balance también se registran deficiencias. Por ejemplo, en cuanto a las críticas a las reformas de salud implementadas en Colombia en los años noventa, Mario Hernández señalaba el deterioro del control de enfermedades prioritarias y de la red hospitalaria pública; así como atención médica más costosa para la población pobre; persistencia de seguros privados o de medicina prepagada con lo cual todo apuntaba “hacia una nueva fragmentación del sistema que legitima(ba) las inequidades del mercado. Esto es, servicios para ricos, para trabajadores asalariados y para pobres, con diferencias indeseables desde el punto de vista de oportunidad, eficacia y calidad”.¹¹

Y como un primer balance regional negativo respecto a las deficiencias de las políticas de salud para América Latina en la época, no puede dejar de mencionarse el problema de cobertura, pues aun hasta el año 2000 unas 218 millones de personas (cerca del 40% de la población) carecían de cobertura de seguridad social.¹²

1.2 ¿Nuevas políticas?

¿Qué ha pasado en América Latina después de dos décadas de reformas en salud y de políticas de apertura y liberalización? No obstante las críticas vertidas, el mismo discurso oficialista es retomado en Colombia casi quince años después de la Ley 100 de 1993. Así por ejemplo, en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 (PNSP) se declara que los principios rectores son los de

¹⁰ Frenk y Londoño. Op cit.

¹¹ Hernández, Mario. Op. Cit.

¹² Hernán Rosenberg y Bernt Andersson. *Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe*. [en] Revista Panamericana de Salud Pública. año 79, Vol. 8, No. 1/2, julio – agosto de 2000. [<http://www.scielosp.org>]. En el caso de México, 55.1 millones de personas carecían de cobertura en el año 2000 y disminuyó a 52 millones en el año 2005, cifra que aún es de suyo considerable en una población total de 105 millones de personas. Seguridad Social. México. [En] <http://archivos.diputados.gob.mx>.

equidad, calidad y eficiencia buscando una cobertura total. Al mismo tiempo se consignan logros tales como el decremento de la mortalidad materna, de 105 a 68 por cien mil nacidos vivos del año 2000 a 2005,¹³ erradicación del polio y eliminación del sarampión.

En el PNSP se consignan, con lenguaje renovado, principios presentes desde las primeras reformas: Universalidad (derecho a la salud con calidad para todas las personas); Equidad, Calidad, Eficiencia, Responsabilidad (garantía del acceso a las acciones individuales y colectivas en salud pública); Respeto por la diversidad cultural y étnica. Las políticas que se establecen son, entre otras, las de prevención del riesgo como actividad compartida por el Estado, la comunidad, entidades promotoras de salud, administradoras de riesgos profesionales e instituciones prestadoras de salud. De nueva cuenta se trata de mercados fragmentados y se fomenta la participación del sector privado en la atención sanitaria.¹⁴ Implícitamente se reconocen problemas graves de distribución del ingreso pues la mitad de la población está bajo la línea de pobreza y 14.7% bajo la línea de indigencia.¹⁵ De ello derivan problemas igualmente graves como el que la mortalidad infantil entre los hijos de mujeres con educación superior es tres veces inferior a la de las mujeres sin educación, es decir de 14 contra 43 por mil personas. El PNSP incorpora el nuevo perfil de salud, en donde se consignan tanto problemas asociados a la transición demográfica con tasas decrecientes de mortalidad, natalidad y crecimiento; así como los de la transición epidemiológica con la reducción de las enfermedades transmisibles y al aumento de las crónicas no transmisibles. Y se reconocen “condiciones de salud de extrema pobreza con riesgos asociados a la industrialización y globalización” y el impacto del conflicto armado.¹⁶

¹³ En México, la mortalidad materna entre 1990 y 2003 pasó de 89.0 a 65.2 por cien mil nacidos vivos. [en] Estrategia de cooperación. Organización Mundial de la Salud. [<http://www.who.int.2006>].

¹⁴ La fragmentación se consigna como la existencia de diferentes agentes para la provisión de servicios sanitarios, así el sector público atiende a la población no asegurada, pobre y de bajos ingresos; la seguridad social al sector formal y el sector privado atiende a la población de altos ingresos.

¹⁵ En México, los datos consignados en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 señalan que aproximadamente el 18% de la población vive en condiciones de pobreza y el 47% en situación de pobreza patrimonial.

¹⁶ Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. República de Colombia. Agosto de 2007.

Excepto la última circunstancia, las demás consideraciones aparecen en forma parecida en la definición de las políticas sanitarias en Argentina,¹⁷ Brasil,¹⁸ México¹⁹ y Venezuela²⁰. En suma el diseño de las políticas públicas actuales contiene prácticamente los mismos objetivos de hace dos décadas en el nuevo escenario de transición demográfica y epidemiológica –con los problemas que de ello derivan - ²¹ y de mayor presencia del sector privado en este campo.

2. Las reformas en salud.

Cada país de América Latina es diferente en varios aspectos, y la salud no es la excepción; sin embargo, existen cuestiones generales en dicho sector que vale la pena reconsiderar pues es la baja calidad de los servicios, ineficiencia y poca efectividad de las políticas de salud que han llevado a los países a una reestructuración del sistema.

En sí, los objetivos siguen siendo los mismos mas no los mecanismos para lograrlos. Por ejemplo, Argentina en su Programa Federal de Salud 2004-2007 planteó como objetivo el reformar los modelos de atención, gestión y financiamiento de los servicios de salud. El mecanismo tiene dos vertientes, una es el Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud y el otro denominado Medicamentos esenciales (REMEDIAR). El primero se basa en objetivos específicos como aumentar la cobertura, promover la equidad y mejorar las condiciones de salud en las Provincias, buscando aumentar su eficiencia y efectividad.²² Asimismo, se busca reconvertir los sistemas de provisión de servicios organizados con base en la oferta pública hacia sistemas guiados fundamentalmente por las necesidades y preferencias de los usuarios. Además de adoptar modelos de salud de la familia y sistemas de gestión de servicios costo-

¹⁷ Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. Enero de 2006.

¹⁸ Perfil del Sistema de Salud de Brasil. Organización panamericana de la Salud. Brasilia. Marzo de 2005.

¹⁹ Programa Nacional de Salud 2001-2006. Secretaría de Salud. México.

²⁰ Misión Barrio Adentro. Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007. Venezuela. Diciembre de 2003.

²¹ Pablo Durán. *Transición epidemiológica nutricional o el “Efecto mariposa”*. Archivo. Argentino. Pediátrico. Vol. 103. No. 3. Buenos Aires, mayo-junio de 2005. [<http://www.scielo.org.ar>]

²² Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS) [<http://www.proaps.cba.gov.ar>]

efectivos, al considerar un análisis de costo-beneficio implícitamente el programa está pensado para la inclusión del sector privado como prestador de servicios, sujeto a la libre elección del paciente. REMEDIAR es un programa de provisión gratuita de medicamentos ambulatorios, efectuada desde octubre del 2002 y hasta finales de 2006, con la peculiaridad de que el financiamiento proviene del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).²³ Y aunque los países latinoamericanos acepten aportaciones de organismos internacionales como el BID, también es cierto que la definición y determinación de las políticas sanitarias, así como el control de todo el sistema constituyen una responsabilidad indelegable del Estado, según lo explicitan las autoridades de Argentina, Brasil, Colombia, Venezuela y México.

La formulación de los programas tiende a asegurar, por un lado, un papel activo de un “Estado garante” del bienestar; y por otro, la descentralización administrativa y financiera, es decir, un sistema de salud organizado en redes regionales de servicios, de gestión pública y privada, cuyos distintos componentes son instituciones organizadas según niveles de atención. Así, dichos niveles se expresan en una fragmentación del sistema en subsectores (público, de la seguridad social y privado), en jurisdicciones (nacional, estatal, provincial y municipal) y en niveles de atención (primer, segundo y tercer nivel); Todo lo cual genera un uso ineficiente de los recursos disponibles al duplicar innecesariamente ofertas y servicios, y, por tanto, los gastos. Por esta razón, de nueva cuenta las reformas tienden a articular los servicios públicos con los privados como una sola entidad, la capital con las provincias y éstas con los gobiernos locales o municipales. Brasil por ejemplo, lleva casi dos décadas de la institucionalización del Sistema Único de Salud (SUS) y asegura que su implantación como un proceso de descentralización se debe a la realidad social, política y administrativa del país con el fin de lograr una mejor organización y una mayor estabilidad

²³Presidencia de la Nación Argentina. Programa REMEDIAR. [<http://www.presidencia.gov.ar>]

financiera.²⁴ Se habla incluso de que la municipalización del sistema de salud es una realidad.²⁵

En el caso de Venezuela se plantea la construcción de un nuevo modelo de salud en el cual el Estado asume la rectoría del sistema sanitario a fin de sustituir al modelo privatista liberal. El sistema de salud se rige por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. Se considera la existencia de una deuda social acumulada en la cual la mayor esperanza de vida se da a la par de una menor calidad de vida. En el año 2005 se reconocía la falta de un cincuenta por ciento de camas según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, por lo cual se habla de la necesidad de una revolución hospitalaria.²⁶

El objetivo de cobertura total parece ser una bandera política obligada, mas su cumplimiento cabal requiere un gran esfuerzo social y una firme decisión política que en condiciones de subdesarrollo se antoja utópica, máxime si se tiene presente por ejemplo que en Estados Unidos en el año 2006, la cantidad de personas sin seguro social fue de 47 millones.²⁷ O también que los más pobres en Estados Unidos tienen las mismas infecciones parasitarias que afectan a los pobres de África, Asia y América Latina. Se reporta que 23% de los niños negros en zonas urbanas podrían estar infectados con nemátodos intestinales.²⁸

El caso más sobresaliente de accesibilidad basada en principios de universalidad y equidad es el de Venezuela, con políticas específicas como Barrio Adentro I, II, III y IV, cuya característica principal es la gratuidad. Barrio Adentro I se refiere a la generación de consultorios populares con ayuda de médicos cubanos que brindan atención a la ciudadanía; Barrio Adentro II se divide en la generación de Centros de Diagnóstico Integral y Salas de Rehabilitación Integral para el diagnóstico y tratamiento de padecimientos; Barrio Adentro III es un

²⁴ Sistema Único de Salud. [en] Pactos para la Salud 2006. [www.dgplades.salud.gob.mx/2006].

²⁵ M. H. Machado y S. Pereira. *Los recursos humanos y el sistema de salud en Brasil*. Gaceta Sanitaria. V.16 n.1. Barcelona. Ene.-feb. 2002.[<http://scielo.isciii.es>]

²⁶ Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010. 28 de junio de 2006. [www.paho.org].

²⁷ Instituto de Política Económica. Washington.[La Jornada. México. 2 de noviembre de 2007.]

²⁸ Peter Hotez. Universidad George Washington. Revista Académica Plos Neglected Tropical Diseases. Ciencia y Tecnología. BBC MUNDO. [<http://news.bbc.co.uk>]

proyecto de modernización de equipos médicos y electromecánicos.²⁹ Y Barrio Adentro IV comprende los quince hospitales especializados existentes en el país.³⁰

México, aunque en menor medida, también invierte anticipadamente en servicios de salud con la creación de un Seguro Popular de Salud que consiste en un sistema de prepago subsidiado con fondos públicos, dirigido a la población de bajos recursos. De acuerdo a la información oficial la cifra de familias afiliadas pasó de 295 mil en el año 2002 a 3.5 millones de familias en el año 2005 y se pronostica de manera ambiciosa en extremo una cobertura total para el año 2010 a la población sin seguridad en salud.³¹ Y en 2007 se hizo una profusa publicidad a las políticas de cobertura total en maternidad con servicios gratuitos en parto y hospitalización por medio de spots de televisión y radio como parte de la campaña nacional del Seguro Popular y del Seguro Médico de Nueva Generación,³² el cual operará con la misma estructura asistencial existente en el país y a lo largo de veinte años será ampliada, todo ello pese a que aún existen graves carencias en la cobertura de salud, como por ejemplo el gran déficit en camas de hospital.³³

Estado versus Mercado

La discusión a la que nos enfrentamos es si en verdad la mayor participación del sector privado cumple los objetivos propuestos por los programas de salud o si, por el contrario, los servicios prestados actualmente son más

²⁹ Misión Barrio Adentro III. Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007. Octubre de 2005. [<http://fegs.gerenciasocial.org.ve>]

³⁰ Misión Barrio Adentro: Salud al servicio de todos los venezolanos. Octubre de 2007. [<http://www.vive.gob.ve>]

³¹ Sistema Único de Salud. Op cit.

³² El Seguro Médico de Nueva Generación contó con un presupuesto de 3 mil 200 millones de pesos en el año 2007, para beneficiar anualmente a 743 mil niños que no tienen ningún tipo de servicio de seguridad social. El paquete que se ofrece es un catálogo de servicios básicos, resumidos en 10 tipos de atenciones, como pruebas de sangre, de tipo congénito, auditivo o de deformaciones, así como un paquete de gastos catastróficos. [<http://fecal.org.mx/index.php?blog/show/938>]

³³ En México, se cuenta con 0.7 camas de hospital por cada mil habitantes para el año 2006, mientras en Estados Unidos la cifra es de 3.2 camas hospitalarias por cada mil habitantes. [<http://websie.eclac.cl>] y [<http://www.paho.org>]

inequitativos e ineficientes pues no cubren el acceso a toda la población, sino que se trata de una atención más selectiva y menos incluyente.

Se ha observado una redefinición de los roles del sector público y el privado en un contexto de transición demográfica y epidemiológica, graves problemas de distribución del ingreso –inequidad social- y reformas neoliberales que impulsan la preeminencia del mercado como mecanismo idóneo de asignación de recursos. La discusión de fondo se ubica en la contradicción entre maximización de la tasa de ganancia versus una tasa de rentabilidad social. En el primer enfoque el Estado es un simple regulador de la competencia como árbitro de última instancia que complementa al sector privado en aquellos sectores donde la baja capacidad adquisitiva de la población no le permite el acceso a los servicios de salud. En el segundo enfoque el Estado asume la responsabilidad total en la provisión de servicios de salud, con un segmento de la población con altos ingresos que prescindiría de la acción pública creando su propio espacio de atención sanitaria.

Estos ejemplos polares no existen en forma pura y las estrategias de salud, en tanto que bien público, hacen de la intervención del Estado una condición estructural para avanzar en la construcción de una sociedad democrática. Sin embargo, al tratarse de economías de mercado y dado el control oligopólico de patentes y la producción de medicamentos, sector público y privado coexisten con visiones diferentes de la misma problemática. El Estado no puede guiarse por la lógica del mercado y se han dado acciones reivindicativas de la intervención gubernamental en claro enfrentamiento con el sector privado en busca del bien público; a tal efecto puede citarse el caso de Brasil en la producción de retrovirales para atender el problema del VIH como una decisión de Estado, contrariando no solo las leyes del mercado sino primordialmente enfrentando el poder oligopólico de las grandes empresas farmacéuticas internacionales.³⁴ Se trata de una

³⁴ En 2002 el gobierno de Brasil enfrentó al laboratorio suizo Roche y produjo el medicamento genérico Nelfinavir y al laboratorio Merck obteniendo reducciones de 66 a 59 % en los medicamentos Indinavir y Efavirenz . En 2005 se logró un acuerdo con el laboratorio Abbott para reducir el costo del medicamento Kaletra. Y la empresa se comprometió a proporcionar tecnología al laboratorio estatal Farmanguinhos para producirlo a partir del año 2009.

decisión de Estado, no de asignación supuestamente eficiente de recursos a través del mercado.

Para la región latinoamericana en su conjunto, en la década actual se ha acentuado la entrada de capital privado al campo de la salud, fomentando la expansión de compañías aseguradoras, sobre todo de capital estadounidense.³⁵ Lo anterior puede explicarse como una respuesta a la creciente demanda de atención médica de calidad de la población de mayores ingresos, la cual usualmente supera la infraestructura y la capacidad de atención de las instituciones públicas de salud.³⁶ Empero la pretendida mayor eficiencia derivada hipotéticamente a su vez de una mayor competencia, lleva también a prácticas no deseadas de selección adversa de pacientes y de procedimientos por parte de proveedores y asegurados, respectivamente.

La característica de mercado de la atención a la salud en el ámbito privado, sujeta a distintos tipos de calidad y a una serie de servicios diferenciados de acuerdo a la capacidad de pago, opera en el sentido de reforzar la brecha sanitaria de los mercados segmentados.

3. Nuevo paradigma de salud

El nuevo paradigma de salud tiene ahora dos componentes estructurales que vertebran las políticas del sector: la transición demográfica y la epidemiológica. En la clasificación usual de la transición demográfica se consideran cuatro etapas: incipiente, moderada, plena y avanzada. Brasil, Colombia, México y Venezuela se ubican en la etapa III, en plena transición; en tanto que Argentina se ubica en la etapa IV de transición avanzada.³⁷ En el caso

³⁵ En México, de 1997 a 2003, el desarrollo del sector privado de seguros llevó la cobertura de 2.1 a 3.8 millones de asegurados en el plan de gastos médicos mayores, con 35 compañías registradas. Sin embargo ello representaba únicamente el 4% de la población. [Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros. 23 de agosto de 2004.] Para el año 2006, la cobertura del sector privado fue de 2%, el servicio de Seguridad social atendió al 40% de la población, mientras el 58% representa los servicios para población sin cobertura. BBCMundo.com. 7 de agosto de 2006.

³⁶ Por ejemplo en México el 5% de la población más rica concentra el 30% del Ingreso total.

³⁷ Bayarre et al. Op cit.

de Brasil desde la segunda mitad de los años noventa se confirmó “una población de cada vez mayor edad, y aproximándose rápidamente a los patrones reproductivos de los países europeos.”³⁸

Respecto a la transición epidemiológica, las cifras revelan con claridad que se está en presencia de un nuevo perfil sanitario, pues en 1985 de cada diez muertes por enfermedades transmisibles se tenían quince por enfermedades no transmisibles; en tanto que la última cifra para el año 2015 es de setenta (Cuadro 1).

Cuadro 1
Causas de mortalidad en América Latina

Años	Muertes por enfermedades transmisibles	Muertes por enfermedades no transmisibles
1985	10	15
2005	10	34
2015	10	70

Fuente: Elaboración propia en base en Orlando Landrove y Ana Ibis Gamez. *Transición epidemiológica y las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en las Américas y en Cuba: el Programa de intervención cubano*. Reporte Técnico de Vigilancia. Vol.10 No. 6 Noviembre-Diciembre de 2005. [<http://www.sld.cu>]

De acuerdo con Bayarre et al, la transición epidemiológica supera al concepto de transición demográfica pues comprende tanto los cambios en mortalidad como en morbilidad, con lo cual el significado de enfermedad se modifica radicalmente al convertirse en un estado crónico padecido por un gran número de personas en su mayoría de edad durante un largo periodo, “de este modo se hace posible la combinación, aparentemente paradójica, de una mortalidad descendente junto con una morbilidad creciente”.³⁹

³⁸ Simon Schwartzman. *La transición demográfica brasileña*. Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. 1997. Brasil.

³⁹ Héctor D. Bayarre Vea, Julia Pérez Piñero, Jesús Menéndez Jiménez. *Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad*. Publicación de Gerontología y Geriatria. GEROINFO. RNPS. 2110. Vol. 1 No. 3. 2006. Cuba [<http://www.sld.cu>.] En el PNSP de Colombia se señala un progresivo cambio en la estructura de las causas de mortalidad infantil, erradicación del polio y eliminación del sarampión; descenso de la fecundidad, disminución de la población joven respecto a aquella en edad de laborar y aumento de la de tercera edad.

Los datos desagregados de enfermedades en crónico degenerativas, infecciosas y causas externas para los países seleccionados muestra la alta prevalencia del primer grupo con una participación en un rango del 62% a casi el 80%; en el segundo grupo (infecciosas) Brasil se dispara notablemente de la media; y en el tercer grupo (causas externas) Colombia es el caso extremo (Cuadro 2).

Cuadro 2⁴⁰
Enfermedades

País	Crónico Degenerativas (i)	Infecciosas (ii)	Causas Externas (iii)
Argentina ¹	71.7%	8.4%	5.2%
Brasil ²	66.3%	23.5%	10.2%
Colombia ³	62.6%	11.3%	23.9%
México ⁴	77.8%	10.1%	12.1%

Fuente: ¹ Susana Isabel Curto, Yola Verhasselt, Rolando Boffi. La transición epidemiológica en la Argentina. 2001[<http://www.epidemiologia.anm.edu.ar>]

² Schramm, J. M. a. et al. Epidemiological transition and the study of burden of disease in brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):897-908, 2004.

³ Plan Nacional de Salud Pública (decreto 3039) 2007-2010. Colombia

⁴ Programa Nacional de Salud 2001-2006. La Democratización de la Salud en México.

La transición epidemiológica puede constatarse en Argentina,⁴¹ Brasil,⁴² Colombia, México y Venezuela⁴³ en el sentido descrito en el Cuadro 2. México en particular es un “país en transición demográfica con un perfil epidemiológico complejo, con incremento de enfermedades no–transmisibles, accidentales y estilos de vida no saludables. Persisten marcadas inequidades estructurales

⁴⁰ Los datos disponibles para Venezuela no están agregados en los tres grupos señalados sino de la siguiente manera: Enfermedades del aparato circulatorio; Neoplasias malignas; Suicidios y homicidios; Accidentes de todo tipo; Enfermedades cerebrovasculares; Diabetes; Ciertas afecciones originarias en el período perinatal; Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores; Influenza y neumonía y Enfermedades del hígado. Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010. Organización Panamericana de la Salud. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Ministerio de Salud. Caracas, Venezuela. 28 de junio de 2006.

⁴¹ Susana Isabel Curto, Yola Verhasselt, Rolando Boffi. *La transición epidemiológica en la Argentina*. 2001. [<http://www.epidemiologia.anm.edu.ar>]

⁴² Schramm, J. M. A. et al. *Epidemiological transition and the study of burden of disease in Brazil*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):897-908, 2004.

⁴³ Anitza Freitez. *Disparidades en la transición demográfica: ¿cuál es la situación de Venezuela a inicios del tercer milenio?*. Instituto de Investigaciones Económicas y sociales. 2004. Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010. Caracas, 28 de junio de 2006.

históricas y una concentración del ingreso que han determinado inequidades en el acceso a servicios básicos.”⁴⁴ Así mismo en México, como referencia de transición epidemiológica plena en un lapso inferior a un periodo generacional, se tiene que en el año 2000 las enfermedades no transmisibles representaron el 73.3% de la mortalidad proporcional contra 49.8% en 1980. Y hoy día la diabetes mellitus es la primera causa de muerte.⁴⁵

Venezuela tiene un perfil de acumulación epidemiológica que se expresa en la superposición de enfermedades infecciosas, crónico-degenerativas y lesiones por causas externas. La morbilidad en la demanda atendida es centralmente por infecciosas y la mortalidad es centralmente por enfermedades crónico degenerativas.⁴⁶

En suma, hay una amplia documentación de la Organización Panamericana de la Salud que ubica a las enfermedades cardiovasculares como principal causa de defunción en América Latina.⁴⁷ La Comisión Económica para América Latina corrobora igualmente esta situación.⁴⁸

De lo anterior, dado que la principal preocupación ha sido el decremento de las tasas de fecundidad y mortalidad infantil, ahora han surgido nuevos problemas asociados y/o derivados de la nueva estructura poblacional y, en lo que aquí interesa, nuevas prioridades en salud. En un lapso de veinte años se han consolidado ciertas tendencias observadas y se ha configurado un nuevo perfil de demanda sanitaria.

El nuevo modelo de salud tiene las siguientes características:

- i) La persistencia de los factores estructurales relativos a cobertura, equidad y eficiencia.

⁴⁴ Estrategia de Cooperación. Organización Mundial de la Salud. www.paho.org.

⁴⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social. [www.imss.gob.mx]

⁴⁶ Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2006-2008. www.paho.org.

⁴⁷ Orlando Landrove y Ana Ibis Gamez. *Transición epidemiológica y las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en las Américas y en Cuba: el Programa de intervención cubano. Reporte Técnico de Vigilancia*. Vol.10 No. 6 Noviembre-Diciembre de 2005. [<http://www.sld.cu>]

⁴⁸ Irma Arriagada, Verónica Aranda y Francisca Miranda. *Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas*. Serie Políticas Sociales. CEPAL. diciembre del 2005.

- ii) La transición demográfica implica a su vez la transición hacia la provisión acrecentada de servicios sanitarios para las personas de tercera edad.
- iii) La transición epidemiológica con el cambio correspondiente en el perfil de la demanda de salud.
- iv) Aumento en los costos de la atención sanitaria por las nuevas tecnologías y en medicamentos en mercados oligopólicos que dan al oferente la ventaja de fijar precios.⁴⁹
- v) Factores culturales de cada vez mayor importancia por el conocimiento e información de la población acerca de la salud como bien público.

Salud y política: ¿una antinomia?

Es claro que las reformas se plantean como objetivos de largo plazo, mas si se parte de las fechas iniciales de las mismas, el tiempo transcurrido ya ha sido suficiente como para haber logrado los objetivos planteados. Sorprende que en literatura reciente se exprese que lo político, por su carácter de corto plazo, sea un obstáculo per se a las reformas. Por ejemplo, en opinión de Cezar “buena parte de las reformas se interrumpieron y pasaron por debates y cambios de opinión antes de completarse o de que avanzasen sustancialmente en su implementación, llevando a los países que las iniciaron a incurrir en enormes costos de transacción y alimentando la resistencia social a dichos procesos. Como resultado, actualmente las clases políticas en América Latina temen mencionar el tema de las reformas de salud, las cuales acaban por generar dividendos políticos negativos y amenazar su gobernabilidad”.⁵⁰

Cabe preguntarse si es la política en sí otro componente estructural de la ineficiencia e inequidad sanitarias. En nuestra consideración la gobernabilidad se ve amenazada por un conjunto de factores políticos, sociales, culturales, etc., que van más allá de la mera discusión de las reformas de salud. Todo el espectro

⁴⁹ Un resultado tecnológico importante no referido al instrumental médico o a los fármacos es la administración y al almacenamiento de información en medios digitales, que a dado lugar al expediente clínico electrónico, con el cual hay un ahorro considerable de tiempo y de recursos para diagnóstico, solicitud de análisis, provisión de recetas, etc. [www.politicadigital.com.mx]

⁵⁰ André Cezar Medici. Las reformas incompletas de salud en América Latina: algunos elementos des u economía política. [en] <http://bienestar.ciss.org.mx>

anterior no puede obviarse el impacto negativo que ha tenido el débil crecimiento económico en Latinoamérica que afectó los ingresos públicos y, por lo tanto, los recursos destinados al rubro de salud en condiciones de suyo adversas con una población no solo mayor en número y más longeva, sino también más demandante de servicios sanitarios por los procesos de urbanización y desarrollo de una cultura de salud. Y en cuanto a los países seleccionados cuyos datos de desempeño económico se muestran en el Cuadro 3, hay que agregar severos episodios de crisis que han tenido un efecto colateral en cuanto a la cobertura dado el crecimiento explosivo de la informalidad en el empleo.⁵¹ Para los propósitos de este trabajo el resultado es el aumento en la desprotección sanitaria de la población, la cual tiene que cubrir esta necesidad con gastos de bolsillo que en buena medida son catastróficos.⁵² En México se estima que entre 2 y 3 millones de familias se empobrecen al año debido a que emplean más de la tercera parte de su ingreso para solventar sus gastos de salud. El 57.8% del total de la población no está asegurada por alguna institución de seguridad social.⁵³

Cuadro 3
Tasas de Crecimiento del PIB
1990-2006

(a precios constantes de mercado dólares de 2000)

País	Inflación promedio
Argentina	3.7%
Brasil	2.7%
Colombia	3.2%
México	3.0%
Venezuela	2.7%
América Latina	3.2%

Fuente: Elaboración propia con base en Estadísticas e indicadores económicos de CEPAL. 2007. [<http://websie.eclac.cl>]

Por último, a fin de despojarnos de subjetividad interpretativa respecto al temor de las clases políticas en el tema de salud, es conveniente analizar

⁵¹ A título de ejemplo, en México la informalidad explicaba el X% del empleo total en 2007. [Fernando]

⁵² Jesús Lechuga Montenegro y Ernesto Mayen Herrera. El gasto en salud en América Latina. Reporte de Investigación. Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco. 2007

⁵³ Seguro Popular de Salud 2007. <http://www.ssa.gob.mx>

información estadística precisa a fin de tener una imagen más definida de las similitudes y diferencias en salud pública en el universo de estudio.

4. Indicadores de salud

Se han seleccionado algunos indicadores para tratar de evaluar la eficiencia de las reformas de salud en los países de estudio, comparándolos con los de Estados Unidos. La comparación no puede considerarse ociosa ni odiosa pues muestra con claridad que, a la persistencia de la brecha sanitaria interna con mercados fragmentados, se agrega la brecha sanitaria con el centro.

En el Cuadro 4 se observa que, excepto en Venezuela, con respecto a Estados Unidos se habían logrado cifras similares de vacunación hasta el año 2003. Lo mismo se observa en cuanto a la cobertura de la atención prenatal y partos atendidos por personal de salud calificado (Cuadro 7). Por lo cual pudiera considerarse un éxito de las reformas en salud en estos aspectos.

Cuadro 4
Estadísticas de la cobertura de los servicios de salud

País	Una dosis de vacuna contra el Sarampión [2005]	Tres dosis de vacuna contra la Hepatitis B [2005]	Tres dosis de vacuna contra la Difteria, la Tosferina y el Tétanos [2005]
Argentina	99%	87%	92%
Brasil	99%	92%	96%
Colombia	89%	87%	87%
México	96%	98%	98%
Venezuela	76%	88%	87%
Estados Unidos	93%	92%	96%

Fuente: OMS. Statistical Information System (WHOSIS). 2007. [www.who.int/whosis/database]

Sin embargo en el caso de la tuberculosis, enfermedad asociada a condiciones precarias de higiene, las cifras se disparan por completo aun cuando el caso de México sea el menos desfavorable (Cuadro 7). Y las tasas de mortalidad infantil y neonatal (Cuadro 8) desdibujan la situación observada en cuanto a vacunación y cobertura prenatal y partos atendidos; y de manera destacada la mortalidad materna por parto tiene para Argentina una incidencia

mínima pero para el resto de los países la situación es muy desfavorable al compararla con E. U. particularmente en el caso de México.

Cuadro 7
Estadísticas de la cobertura de los servicios de salud

País	Cobertura de la atención prenatal (1997-2005)	Partos atendidos por personal de salud calificado (1997-2005)	Incidencia de la tuberculosis con baciloscopía positiva (por 100,000) [2005]
Argentina	99%	99%	41.0
Brasil	97%	97%	59.6
Colombia	94%	96%	44.9
México	86%	83%	22.7
Venezuela	94%	95%	41.6
Estados Unidos	100%	99%	4.5

Fuente: UNICEF. Información por país y por región. [<http://www.unicef.org>]

Cuadro 8
Estadísticas del estado de salud: mortalidad

País	Probabilidad de morir (por 1000 nacidos vivos) menores de 5 años. Niños y niñas. Tasa de mortalidad infantil [2005] ^a	Tasa de mortalidad neonatal (por 1000 nacidos vivos, cumplidos los 28 días de vida). Niños y niñas. [2004] ^b	Razón de mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos) [2000] ^b
Argentina	18	10	(2004) 4.0 ^c
Brasil	33	13	(2005) 73.0 ^d
Colombia	21	13	(2005) 68.0
México	27	11	(2005) 92.3 ^d
Venezuela	21	11	(2005) 51.0 ^e
Estados Unidos	7	4	(2003) 32.7 ^f

Fuentes:

a UNICEF. Información por país y por región. [<http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/index.html>]

b OMS. Statistical Information System (WHOSIS). 2007. [www.who.int]

c Ministerio de Salud de la Nación. Indicadores básicos. Argentina 2006. [www.deis.gov.ar]

d 10° Encuentro feminista latino-Americano y del Caribe. Octubre 2005. [<http://www.10feminista.org.br>]

e Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela. 2005 [<http://www2.scielo.org.ve>]

f Rev. Chil. Obstet. Ginecol. v.68 n.6 Santiago 2003

En cuanto a personal calificado las diferencias con Estados Unidos son muy notorias. Así, se tiene que en cuanto al número de médicos las cifras son igualmente favorables en Argentina y en el caso del número de camas hospitalarias la situación en Argentina y Brasil no es tan dispar con respecto a E. U; en tanto que en los indicadores de enfermeras y parteras, razón entre

enfermeras y parteras y médicos; y trabajadores sanitarios, las diferencias son muy marcadas. (Cuadro 9)

Cuadro 9
Estadísticas de los sistemas de salud

País	Número de médicos (por 10 000)	Número de enfermeras y parteras (por 10 000)	Razón entre el número de enfermeras y parteras y el número de médicos	Número de trabajadores sanitarios (por 10 000)	Número de camas hospitalarias (por 10 000)
Argentina ^b	32.1	3.8	0.1	35.9	20
Brasil	20.6 (2001)	5.2 (2001)	0.3 (2001)	25.8 (2001)	26 (2002)
Colombia	12.7 (2003)	6.1 (2003)	0.5 (2003)	18.8 (2003)	12 (2004)
México	17.1 (2001)	10.8 (1999)	0.6 (2001)	27.9 (2001)	7 (2006)
Venezuela	20 (2001)	7.9 (1999)	0.4 (2001)	27.9 (2001)	9 (2004)
Estados Unidos	25.6 (2000)	9.3 (2000)	0.3 (2000)	125.1 (2000)	32 (2006)

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2007. [www.who.int]

^b Ministerio de Salud de la Nación. Indicadores básicos. Argentina 2006. [www.deis.gov.ar]

Por último, respecto al gasto en salud si bien el indicador del gasto del gobierno general es en la media ligeramente superior al de Estados Unidos, destacando con mucho el caso de Colombia; respecto al gasto sanitario como porcentaje del PIB y per capita las cifras ya no admiten comparación. (Cuadro 10)

Cuadro 10
Estadística de los sistemas de salud

País	Gasto sanitario total (% del PIB) [2004]	Gasto sanitario total per cápita (dólares internacionales) [2004]	Gasto del gobierno general en salud (% de los gastos totales del gobierno) [2004]
Argentina	9.60%	1274.3	45.30%
Brasil	8.80%	1519.7	54.10%
Colombia	7.80%	570.0	86.0%
México	6.50%	655.4	46.40%
Venezuela	4.70%	284.8	42.0%
Estados Unidos	15.40%	6096.2	44.70%

Fuente: OMS. Statistical Information System (WHOSIS). 2007. [www.who.int]

Las cifras anteriores no dejan lugar a dudas respecto a la brecha sanitaria, una más, con el centro, aún cuando se trata de las economías de mayor desarrollo relativo de la región. Es claro que la deuda en salud sigue siendo un gran pasivo no solo al interior de cada país, sino que también expone la ineficiencia de las políticas sanitarias que a lo largo de dos décadas han pretendido superar el atraso social en esta materia.

Conclusiones generales

Los argumentos actuales para promover reformas a los programas de salud no difieren mucho de los esgrimidos a principios de los años noventa. Las políticas que en un principio buscaban disminuir las brechas existentes entre los distintos niveles de la población, abatir el rezago y atenuar las discrepancias en la atención, solo segmentaron aun más la provisión de atención sanitaria en los tres niveles de atención: pública, privada y social (asistencial); encareciendo en muchos casos los costos de atención médica y generando la búsqueda de alternativas por parte de la población más pobre. Incluso a esta problemática se suman cuestiones de índole cultural pues la población perteneciente a etnias está propensa a sufrir rechazos, o por el arraigo tan profundo de sus costumbres prefieren buscar alternativas en la medicina herbolaria o en otros tipos de medicina alternativa.

Lo anterior ha generado que la atención médica puede llegar a considerarse un servicio de lujo dado la dificultad y el costo que suponía -aún actualmente- acceder a servicios médicos de calidad y con tecnología de punta.

La paradoja es que sin haber resuelto los problemas estructurales que dieron origen a las primeras reformas de los programas de salud, ahora se agregan los factores de transición demográfica y epidemiológica, culturales, de urbanización y de tecnología sanitaria. El resultado es el aumento de la segmentación – fragmentación del sistema de salud como un todo.

Bibliografía

- Arriagada, Irma; Aranda, Verónica; Miranda, Francisca. (2005). *Políticas y programas de salud en América Latina*. Problemas y propuestas. Serie Políticas Sociales - CEPAL. diciembre.
- Bayarre Veá, Héctor D.; Pérez Piñero, Julia; Menéndez Jiménez, Jesús. (2006). *Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad*. Publicación de Gerontología y Geriatria. GEROINFO. RNPS. 2110. Vol. 1 No. 3. Cuba.
- Cándido López Pardo. (1997). *La reforma sanitaria en América Latina y el Caribe*. Revista Cubana de Salud Pública. V. 23 n.1-2, enero–diciembre. La Habana, Cuba.
- Cezar Medici, André. (2006). *Las Reformas incompletas de salud en América Latina: algunos elementos de su economía política*. Bienestar y Política Social. Vol. 2, No. 1. primer semestre. Conferencia Interamericano de Seguridad Social.
- Curto, Susana Isabel; Verhasselt, Yola; Bofia, Rolando. (2001). *La transición epidemiológica en la Argentina*. Argentina.
- Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Análisis de salud y sistemas de información sanitaria. *Decremento de la mortalidad materna. Situación de salud en las Américas – Indicadores básicos 2006*. Organización Panamericana de la Salud.
- Departamento de comercio de los Estados Unidos; Administración de Economía y Estadística; Instituto Nacional de Envejecimiento OPS/OMS.(1999). *Envejecimiento en las Americas proyecciones para el siglo XXI*. Washington D.C.
- Durán, Pablo. (2005). *Transición epidemiológica nutricional o el “Efecto mariposa”*. Buenos Aires, Argentina. *Pediátrico*. Vol. 103. No. 3, mayo-junio.
- Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2006-2008.[www.paho.org/spanish/d/csu/ccsven-informefinal.pdf].
- Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010. 28 de junio de 2006. [www.paho.org/spanish/d/csu/CCSVEN-InformeFinal.pdf].
- Ffrench-David, Ricardo. (2005). *América Latina después del consenso de Washington*. CEPAL.
- Freitez, Anitza. (2004). *Disparidades en la transición demográfica: ¿cuál es la situación de Venezuela a inicios del tercer milenio?*. Caracas, Venezuela. Instituto de Investigaciones Económicas y sociales.
- Frenk, Julio; Londoño, J. L. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo. Documento de trabajo 153.
- Hernández, Mario. (2001). *El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, enero-junio. Medellín, Colombia.
- Landrove, Orlando; Ibis Gamez, Ana. (2005). *Transición epidemiológica y las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en las Américas y en Cuba: el Programa de intervención cubano*. Cuba. Reporte Técnico de Vigilancia. Vol.10 No. 6 noviembre-diciembre.
- M. H. Machado; S. Pereira. (2002). *Los recursos humanos y el sistema de salud en Brasil*. Gaceta Sanitaria. V.16 n.1. Barcelona, España. enero-febrero.

- Mesa-Lago, Carmelo. (2005). *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. Santiago de Chile. Diciembre. CEPAL-Documentos de proyectos.
- Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. Enero de 2006.
- PDESN. Misión Barrio Adentro III. Octubre de 2005.
- Misión Barrio Adentro. Venezuela. Diciembre de 2003.
- Misión Barrio Adentro: Salud al servicio de todos los venezolanos. Octubre de 2007.
- Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2005.
- Perfil del Sistema de Salud de Brasil. Organización panamericana de la Salud. Brasilia. Marzo de 2005.
- Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. República de Colombia. Agosto de 2007.
- Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS)
- Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México.
- Programa Nacional de Salud 2001-2006. Secretaría de Salud. México.
- Rosenberg, Hernán; Andersson, Bernt. (2000). *Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe*. Revista Panamericana de Salud Pública. año 79, Vol. 8, No. 1/2, julio – agosto.
- Schramm, J. M. a. et al. (2004). Epidemiological transition and the study of burden of disease in brazil. Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):897-908.
- Schwartzman, Simon. (1997). *transición demográfica brasileña*. Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. Brasil.