

VI. Las políticas de salud y la inclusión social

Mario Hernández Álvarez

La inclusión social puede ser entendida como un esfuerzo deliberado para restablecer los lazos sociales de las personas que por alguna razón los han perdido. Desde esta concepción, sólo los indigentes, las poblaciones desplazadas por la guerra, los “excluidos” literalmente de una sociedad particular, serían beneficiarios de tal esfuerzo. Si se quiere ampliar el concepto, como parece estar sucediendo en los últimos años, las políticas de inclusión social se confunden con las de disminución o superación de la pobreza y, por lo tanto, se dirigen a quienes se encuentran en esta condición. Se supone, entonces, que los excluidos son los pobres y que es posible incluirlos a través de algún mecanismo de subsidio por parte del Estado. Esta visión de la inclusión social parece derivar, de una manera obvia y casi natural, hacia una estrategia de focalización de los recursos del Estado para los que se compruebe son pobres.

Este trabajo va en el sentido contrario: en él trato de demostrar que existe una relación profunda entre la inclusión social y la vivencia de la ciudadanía en sociedades concretas, entendida como la materialización de los derechos humanos interdependientes, de manera que, en las sociedades en las que no se han materializado tales derechos, los mercados de bienes y servicios son los encargados predominantes de la distribución. De esta forma, quienes no tienen con qué comprar, no obtienen los bienes y servicios suficientes para vivir dignamente. Ellos son los pobres y la pobreza masiva es el resultado del predominio de las relaciones de mercado sobre los derechos de ciudadanía. Examinaré tal relación en el caso del derecho a la salud.

Desde esta perspectiva, pondré en debate el modelo predominante de garantía del derecho a la asistencia sanitaria denominado “pluralismo estructurado”, para mostrar sus limitaciones para la inclusión social y el ejercicio de la ciudadanía en salud, a partir del caso colombiano, país en el que más se ha desarrollado.

Posteriormente haré el balance sucinto de una experiencia de formulación y ejecución de una política pública de salud para garantizar el derecho a la salud en la ciudad de Bogotá, que pretendía corregir los problemas de un sistema de salud ordenado por el pluralismo estructurado. Con base en este balance plantearé, como reto fundamental para la inclusión social en salud, la construcción de un modelo universalista e integral para la garantía del derecho a la salud en los países de América Latina, que toma como punto central el asunto del financiamiento del sistema de servicios de salud.

La inclusión social en salud desde la dimensión ético-política

La forma como se produce la inclusión social en las sociedades contemporáneas se relaciona con la ampliación de los derechos ciudadanos y su garantía por parte de los estados nacionales durante todo el siglo XX. El alcance de la aceptación y la garantía de los derechos depende de la manera predominante según la cual se entiende y se realiza la justicia distributiva en los sistemas de provisión de bienes y servicios, con mayor o menor participación del Estado, del mercado y de las familias, en los procesos de provisión, cuidado y protección. Esta es una conclusión común entre los investigadores del Estado de Bienestar en sus varias expresiones nacionales, como se verá más adelante. Interesa, para comenzar, hacer conciencia de que tal experiencia histórica ha puesto en evidencia que la manera como se entiende lo justo en salud, en especial, la distribución justa de los bienes y servicios relacionados con la salud de las personas, sustenta la garantía del derecho. A su vez, las concepciones predominantes son resultados históricos de las relaciones conflictivas entre las fuerzas sociales y políticas de cada nación, aún en el marco de la globalización.

Siguiendo a Gracia (1991), el principio de justicia distributiva aplicado a la salud se ha entendido históricamente de muchas maneras, casi todas presentes en el debate contemporáneo. En la perspectiva clásica aristotélica, aún hoy presente, se entiende lo justo como la adecuación de las decisiones humanas a la proporcionalidad natural. Si el orden natural es equilibrado en sí mismo, la decisión más

justa será aquella que se orienta hacia la conservación o la restauración de tal equilibrio. En la perspectiva clásica, la desigualdad y la jerarquía social son naturales, derivadas de las capacidades y virtudes desiguales entre los miembros de la sociedad. De allí que no es deseable una atención igual para todos sino, por el contrario, proporcional al rango y la jerarquía de las personas.

Es posible que no se acepte abiertamente hoy una posición por el estilo para tomar decisiones públicas. Sin embargo, en familias campesinas y en sectores populares urbanos, con tradición patriarcal y jerárquica, tanto en Colombia como en varios países latinoamericanos, es frecuente encontrar que los hombres trabajadores y productores del sustento familiar reciben mejores bienes y servicios que los dependientes, esto es, mujeres, adultos mayores, niños y niñas, en función de la jerarquía masculina (Gutiérrez de Pineda y Vila de Pineda, 1988, pp. 263-282). De otra parte, la ética hipocrática, derivada de esta posición clásica, hace pensar que el médico, con base en su conocimiento del orden natural y su buen criterio derivado de la ética profesional, puede distribuir la atención según la necesidad diferente de cada individuo y la sociedad debería confiar en este criterio de distribución (Hernández, 2002a, pp. 224-225). Por esta labor honorífica, el médico no debería ser asalariado sino profesional autónomo que recibe “honorarios” (Gracia, 1991, p. 64).

La concepción clásica aristotélica perduró en occidente por más de 20 siglos, hasta el desarrollo del modelo liberal en el siglo XVIII, según el cual, lo justo no se deriva de la distribución natural, sino de la decisión moral derivada del contrato social. La justicia distributiva se entiende aquí como “libertad contractual” (Gracia, 1991, pp. 65-66), en la medida en que los ciudadanos otorgan al gobernante el poder necesario para demandar de él la garantía de los derechos naturales derivados de la condición humana. Según Locke, la garantía de los derechos a la vida, a la integridad física, a la libertad y a la propiedad sería la única justificación del poder del Estado. Ir más allá de esto sería atentar contra el contrato social constituyente.

Tal como lo ha sustentado Robert Nozick en el debate contemporáneo, siguiendo a Locke, la atención en salud de los pobres es un asunto de caridad y no de justicia, pues nadie puede pedir del Estado más que la garantía de la “justa adquisición” de bienes y servicios, en función del trabajo, de la compra o de la herencia (Nozick, 1974, pp. 149-153). De allí la utilidad de su aporte para las propuestas neoliberales presentadas por Hayek en los años sesenta y desarrolladas en los ochenta y noventa (Hernández, 2002b). En Estados Unidos o en Chile, la multiplicidad de planes de beneficios de salud según el precio de la póliza del seguro comprado es la mejor expresión de una “justa adquisición” en materia de salud. También por esta vía se justificarían los subsidios, pero sólo en función de la beneficencia estatal y no en razón de la justicia.

La crítica de Marx a la teoría liberal de los derechos naturales o primarios parte de la denuncia de su función reproductora de la desigual apropiación de los medios de producción en unos pocos, de manera que la supuesta igualdad de derechos oculta la desigualdad real de la sociedad capitalista. Una igualdad material requería la abolición de la propiedad privada y una distribución justa de la riqueza colectiva. Para resolver el asunto de la distribución Marx acudió al socialista utópico francés de comienzos del siglo XIX, Louis Blanc, quien propuso la máxima “a cada uno debe exigírsele según su capacidad, y debe dársele según sus necesidades”, como orientación para la justa distribución (Gracia, 1991, pp. 69-70). De allí que en los países del antiguo bloque socialista y en la Cuba actual no se hable de derecho a la salud, sino de necesidades en salud cubiertas por la distribución de la riqueza colectiva administrada por el Estado a través de un sistema único de salud.

En medio de la tensión entre las apuestas liberal y comunista surgió la corriente socialdemócrata con su propuesta del Estado maximalista, desde la cual se entiende lo justo como la búsqueda del bienestar colectivo, a partir de una ampliación progresiva de los derechos primarios o civiles y políticos con los derechos económicos, sociales y culturales a cargo del Estado. La asistencia

sanitaria se convierte así en derecho exigible, por lo menos, hasta las posibilidades económicas de los estados nacionales. De allí la expansión de los sistemas de seguridad social, de corte bismarkiano, y los servicios únicos de salud, apoyados en Beveridge. Mientras hubo recursos suficientes en los estados nacionales desde la posguerra, durante los “treinta gloriosos”, como ha llamado Rosanvallon (1995, p. 7) a la prosperidad de los Estados de bienestar europeos, la universalidad se veía posible en poco tiempo.

Cuando los costos de la atención en salud aumentaron y los recursos de los Estados disminuyeron a mediados de los setenta, en medio de una crítica progresiva de los Estados de bienestar, la versión utilitarista de la justicia que Bentham y Mill habían sustentado desde finales el siglo XIX fue recuperada en su máxima expresión. Para los utilitaristas, cualquier distribución debería demostrar, en sus consecuencias o resultados y frente a una cantidad limitada de recursos, la máxima satisfacción de deseos para el mayor número de personas y al menor costo posible. De otra forma, la distribución sería injustificable por parte del Estado (Mill, 1994 [1910], pp. 43-67). De allí los desarrollos de la economía para tratar de calcular, de manera prospectiva, la eficacia, la eficiencia y la utilidad de las inversiones en salud, con indicadores como los “años de vida potencial perdidos” o los “años de vida ajustados a la discapacidad”, para justificar y orientar estas inversiones (Banco Mundial, 1993, pp. 1-17; Murray, López y Jamison, 1995; Murray, Kreuser y Whang, 1995).

Al comenzar la década de los setenta, John Rawls, en debate con el utilitarismo, presentó su famoso texto titulado *Teoría de la justicia*. Rawls asumió una posición neokantiana según la cual las personas, en tanto sujetos morales, podemos concebir, como “posición original” o punto de partida, la idea de una sociedad bien ordenada en la que compartimos ciertas normas regidas por los principios de libertad e igualdad. De esta forma, los derechos primarios liberales se convierten en imperativos categóricos de tipo moral y natural. De allí que la justicia distributiva debe entenderse como “equidad”, y equidad significa para Rawls

fairness, “juego limpio” o “imparcialidad” (Rawls, 1997 [1971], pp. 17-61). La imparcialidad resulta de la aplicación de las mismas reglas para distribuir las “libertades básicas” o “bienes primarios sociales” para todos; una distribución desigual sólo se justifica si redundará en beneficios para todos, en igualdad de oportunidades, o si supone mayor beneficio para los menos aventajados de la sociedad (Rawls, 1988 [1981], pp. 12-13). De este complejo “constructivismo kantiano”, como el mismo Rawls lo denominaba (1985, p. 224), surgió el esfuerzo de varios autores por definir los contenidos de las “libertades básicas” en materia de salud, bien por la sustentación de los servicios de salud como necesarios para el mantenimiento de la organización funcional típica de la especie humana (Daniels, 1983 y 1985), o bien incluyendo la asistencia sanitaria entre los derechos positivos hasta lograr un mínimo decente de “bienes esenciales” (Fried, 1975; 1988 [1981], pp. 101-105). En cierta forma, Alain Enthoven, promotor de la “competencia administrada” como alternativa de articulación entre eficiencia y equidad en los sistemas de servicios de salud, adoptó una posición rawlsiana y al mismo tiempo utilitarista cuando entiende la equidad “como el acceso de todos los miembros de la sociedad a un conjunto mínimo y bien definido de servicios (...) con costo razonable (...) –y– por costo razonable se entiende que los beneficios marginales sean iguales al costo marginal para personas con un ingreso medio” (citado por Restrepo, 2000, p. 674).

El debate con Rawls permitió a Nozick profundizar en su posición liberal extrema que separa la beneficencia de la justicia distributiva tanto como a Amartya Sen plantear su propuesta de “capacidades” en lugar de “libertades” para justificar una inversión sostenida en materia de salud y educación por parte de los Estados pobres (Sen, 1988 [1979], pp. 148-153).

La conciencia de las diferentes posiciones sobre lo justo en salud tiene dos consecuencias importantes: primero, considerar que existen alternativas en juego en el debate contemporáneo y, por lo tanto, no es un asunto ya resuelto por los economistas de la salud; y segundo, que las sociedades construyen

históricamente sus opciones, de manera que tampoco se trata de tendencias inevitables, aunque existan hegemonías y predominios. De hecho, la aceptación de la asistencia sanitaria como uno de los derechos humanos positivos, garantizado por los Estados de manera progresiva, es también un resultado histórico del período entre guerras del siglo XX, como mostraré a continuación.

La perspectiva histórica del derecho a la salud

Para Abram De Swaan, el Estado de Bienestar europeo es el resultado del proceso de ampliación de la interdependencia y de las externalidades que de ella derivan, en un proceso de “configuración a cuatro bandas”, producto de la interacción entre los grandes empresarios, los trabajadores organizados, la pequeña burguesía y los regímenes políticos de los Estados nacionales del período entre guerras de los países centrales (De Swaan, 1992, pp. 179-254). De allí surgió la construcción de grandes capitales de transferencia para afrontar los problemas derivados de la enfermedad, del desempleo, la jubilación y varias necesidades familiares más, con Estados nacionales consolidados, instituciones y aparatos burocráticos que contribuyeron al crecimiento económico interno y produjeron una mejor distribución de la riqueza durante los treinta años siguientes a la Segunda Guerra Mundial, debido a la expansión de la ciudadanía (Hanagan, 1999, pp. 2-6).

La posibilidad de estabilizar la relación salarial y ligar al estatuto laboral una serie de derechos ciudadanos garantizados por el Estado permite afirmar a Robert Castel que el bienestarismo europeo es el resultado de la “salarización” de las sociedades durante el siglo XX, hasta finales de los años setenta; esto es, el predominio de la relación salarial regulada, estable, generalizada y garantizada por el Estado, que permitió pasar “del contrato al estatuto”. Esta es la base del Estado social del siglo XX, en contraposición al Estado de derecho contractualista del siglo XIX (Castel, 1997, p. 23).

El surgimiento del Estado de Bienestar en los países europeos es, según Polanyi, una “gran transformación” construida durante más de medio siglo, a partir de la caída del imperio inglés del siglo XIX. Tal imperio se sostuvo sobre los hombros del mercado autorregulador de los tres componentes de la generación de riqueza: la tierra, el trabajo y el capital. Este mercado autorregulador produjo la más intensa concentración de riqueza nunca antes vista y, al mismo tiempo, la máxima pobreza e indigencia concentrada en las grandes ciudades. “Su desintegración – del imperio inglés– fue más bien el resultado de un conjunto de causas muy diferentes: las medidas adoptadas por la sociedad para no verse aniquilada por la acción del mercado autorregulador” (Polanyi, 1997 [1944], p. 389). La sociedad construyó formas de protección que terminó ampliando al Estado a través de la expansión de su intervención constitucional y legal.

Desde la comparación de los Estados de bienestar en diferentes partes del mundo Esping-Andersen (1990) mostró el proceso de “desfamiliarización” de la protección social hacia la provisión estatal de bienes y servicios fundamentales, pero también, la “desmercantilización”, esto es, la disminución del predominio de las leyes del mercado para la garantía de los nuevos derechos, comenzando por el derecho al trabajo y a la seguridad social. Desde una perspectiva de derechos universales de ciudadanía, cada Estado nacional desarrolló su propio modelo de organización de servicios de salud, bien por la vía de los servicios únicos financiados por impuestos o bien por la vía de la cotización a la seguridad social. Vicente Navarro planteó en su momento que el elemento clave para la construcción del Estado de bienestar en los países centrales del capitalismo industrial fue el papel de las clases trabajadoras, en particular, su capacidad de organización, sus estrategias políticas y sus alianzas con partidos políticos y con los sectores medios para generar beneficios más allá de su propio interés (Navarro, 1989 y 1998).

Este proceso no se produjo en los países latinoamericanos. Sólo Costa Rica desarrolló un sistema de seguridad social de amplia cobertura y Chile avanzó en la

conformación de un servicio único de salud al estilo inglés en la década de los sesenta. Pero la mayoría sostuvo una fragmentación de diferentes proporciones entre el seguro social para trabajadores formales, la asistencia pública para pobres y un sector privado con diferentes formas de pago de bolsillo para los pudientes (Roemer, 1980 [1963]; Mesa-Lago, 1978; Katz et al., 1983; Fleury, Belmartino y Baris, 2000). Este resultado diferente se relaciona con las particularidades del proceso sociopolítico de configuración del Estado nacional en cada país (Hernández, 2001, 2002c, 2004), asunto que no profundizaré en esta oportunidad. El punto crucial está en que nunca se produjo una universalización de los derechos de ciudadanía en ninguno de los países latinoamericanos.

En los años ochenta y noventa, las presiones derivadas de los costos de los servicios médicos, la crisis fiscal, el ajuste estructural promovido por las agencias financieras multilaterales, condujo a un proceso conocido de reformas sanitarias en todos los países, aún en desarrollo (Infante et al., 2000). El modelo que pretendió solucionar las tensiones entre Estado y mercado, denominado “pluralismo estructurado”, se desarrolló lentamente desde finales de los años ochenta y se concretó en el planteamiento de Frenk y Londoño (1997), ampliamente difundido en diferentes medios de divulgación científica y de los organismos de la banca multilateral (Londoño y Frenk, 1995).

El pluralismo estructurado: fundamentos y límites para la inclusión social en salud

El pluralismo estructurado pretende superar los problemas de los sistemas de salud fragmentados de los países latinoamericanos, sin caer en posiciones extremas. Como sus autores lo anuncian, “se trata de un enfoque pragmático y ‘centrista’ que evita las trampas de los arreglos extremos, al tiempo que intenta encontrar un equilibrio justo entre los intereses de todos los actores” (Frenk y Londoño, 1997, p. 27). Para lograrlo, en primera instancia se separan los servicios de atención individual de enfermedades de los de salud pública, y luego se propone, para los primeros, una integración entre recursos e instituciones del

mercado y del Estado para poblaciones heterogéneas a través de la organización de todo el sistema de servicios por funciones. Las funciones bien diferenciadas son: la modulación, el financiamiento, la articulación y la prestación de servicios.

La modulación se refiere al direccionamiento legítimo del sistema en su conjunto, expresado tanto en la orientación estratégica como en la definición de reglas aceptadas por todos los actores, el manejo de la información en función de los usuarios y la inspección, vigilancia y control para hacer que se cumplan las reglas. El financiamiento que se propone es el de una ampliación de la seguridad social en la cual se combinen las contribuciones con los recursos para subsidios por parte del Estado, pasando del subsidio a la oferta hacia el subsidio a la demanda de los que no puedan aportar. La articulación consiste en una función de asegurador que media entre el prestador y el usuario, para controlar las asimetrías de información, tanto como para evitar los excesos de gasto por parte de los prestadores y los excesos de uso por parte de los usuarios. La prestación se refiere a la atención directa de los usuarios del sistema por parte de los profesionales y las instituciones de atención de enfermedades. El Estado debe asumir las funciones de modulación y financiamiento, logrando la regulación de los mercados de la salud y la concurrencia de recursos públicos y privados para la atención en salud. En la articulación y la prestación pueden concurrir instituciones de tipo privado y estatal, siempre y cuando entren en la lógica del mercado regulado.

Esta repartición y al mismo tiempo integración de funciones entre Estado y mercado se fundamenta en la aplicación a los servicios de salud de varias teorías económicas de corte neoclásico, entre las cuales están la teoría de la elección racional para diferenciar bienes privados y bienes públicos, la teoría de la agencia y la propuesta de Enthoven sobre competencia regulada (Restrepo, 2000; Hernández, 2002b).

Respecto de la elección racional y partiendo de la perspectiva de los agentes racionales económicos (productor y consumidor), se plantea una franca separación entre bienes privados y bienes públicos en materia de salud utilizada inicialmente en el Informe del Banco Mundial denominado “Agenda para la reforma” del financiamiento de los sistemas de salud (Banco Mundial, 1987, p. 697). Según esta concepción, los bienes privados puros son aquellos que satisfacen deseos individuales y se agotan en el consumo, por lo cual las personas están dispuestas a pagar por ellos. En contraste, los bienes públicos puros son aquellos que afectan a muchos individuos al mismo tiempo, de manera que tienen altas externalidades, no se agotan en el consumo y, por ello, las personas no están dispuestas a pagar por ellos. Un helado es el mejor ejemplo de bien privado y el espacio público es el mejor ejemplo de bien público.

Según esta teoría, los bienes privados funcionan bien con las reglas del mercado porque la libre elección del consumidor presiona a los productores para disminuir los precios y mejorar la calidad, mientras la libre competencia entre oferentes promueve la eficiencia y el control de costos. Sólo los bienes públicos puros deberían ser financiados con recursos de impuestos a cargo del Estado, aunque se contrate con agentes privados su producción y operación.

Aplicada esta teoría a los sistemas de salud, los servicios de atención individual de la enfermedad, con los servicios de diagnóstico y los farmacéuticos incluidos, se asimilan a bienes privados en los que la dinámica del mercado mejora la eficiencia y la calidad. De otra parte, los problemas y las acciones que tienen altas externalidades demostrables, como el control de riesgos ambientales, control de vectores, epidemias y desastres, pueden ser entendidos como bienes públicos a cargo del Estado. A esto se denomina “salud pública”. Dado que los pobres no pueden pagar por su atención individual, se propuso desarrollar el subsidio a la demanda, a partir de la identificación minuciosa de cada uno de los pobres para obtener el máximo de eficiencia en el uso de los recursos públicos. Por esta razón se transforman los modelos subsidio a través de la oferta de servicios estatales de

puertas abiertas, hacia un modelo totalmente focalizado e individual de subsidio a la demanda.

La teoría de la agencia vino de la mano del reconocimiento de que los servicios de atención individual no se comportan como bienes privados puros. De hecho, existe una gran asimetría de la información entre el consumidor, cliente o usuario, y el oferente llamado prestador. Esto hace que el prestador defina la cantidad, la calidad y la oportunidad de los servicios, sin que el usuario tenga oportunidad de decidir o defenderse de decisiones que considere inadecuadas o innecesarias. Se propuso, entonces, la existencia de un agente intermediario que cumpla una doble función: de un lado, defienda al usuario de los abusos potenciales del prestador, y de otro, controle al prestador en su tendencia a gastar más de lo necesario. El agente debe mediar en la relación, controlar la calidad y mejorar la eficiencia.

Al combinar esta teoría de la agencia con el acumulado histórico de los seguros en la protección del riesgo económico derivado de los altos costos de la atención en salud, se comprende la propuesta de buscar la mayor cobertura posible del aseguramiento en salud. De allí que se hable de un sistema de aseguramiento en salud que combine dos regímenes: uno para quienes pueden cotizar –contributivo– y otro para quienes no pueden pagar –subsidiado–.

Finalmente, dadas las inequidades derivadas de la libre competencia entre aseguradores de la salud, como se aprecia en Estados Unidos o en Chile, con planes de beneficios diferenciados según el precio de la póliza pagada, se acudió al modelo de competencia regulada propuesto por Enthoven, según el cual es necesario evitar que los agentes de mercado compitan por el precio de los servicios o de las pólizas de seguro, pero que sí haya competencia en la contratación de los servicios que ofrecen a sus afiliados. De allí surge la propuesta de definir un plan de beneficios igual para todos los cotizantes y formas de regulación del mercado como la figura del “patrocinador” y un pago per cápita ajustado a riesgos, en calidad de póliza anual (Restrepo, 2000, pp. 675-679).

En la reforma colombiana se incorporó todo el esquema de regulación y el modelo de pluralismo estructurado de manera que, si bien los cotizantes aportan el 12% de los ingresos, los aseguradores, denominados “empresas promotoras de salud” (EPS), reciben “unidades de pago por capitación (UPC)”, ajustada a las frecuencias de utilización y a los posibles costos de atención según la edad y el sexo, pagadas por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FSG), para garantizar el mismo Plan Obligatorio de Salud (POS) a sus afiliados. Los bienes y servicios por fuera del POS contributivo deben ser cubiertos por las familias con sus propios recursos, bien sea a través de un seguro privado, denominado “medicina prepagada”, o de pago de bolsillo denominado copago. El Régimen Subsidiado se financia con recursos derivados de una cuenta de solidaridad del FSG y de recursos provenientes de impuestos, y se orienta a población identificada como pobre a través del Sistema de Identificación de Beneficiarios del Estado (SISBEN). De otra parte, el Régimen Subsidiado es administrado por otros agentes denominados “administradoras del régimen subsidiado” (ARS), se paga una UPC menor y por lo tanto se ofrece un POS menor al del Régimen Contributivo. Con impuestos también se financia el Plan de Atención Básica (PAB) dedicado a las acciones colectivas y problemas con altas externalidades, y es administrado por los entes territoriales, esto es, departamentos, distritos y municipios.

Las consecuencias de la aplicación del pluralismo estructurado respecto del derecho a la salud en Colombia se pueden resumir así, con base en varios estudios (Hernández, 1997, 2000, 2002d; Céspedes et al., 2002; Rodríguez, 2002; Martínez, Rodríguez y Agudelo, 2003; Málaga, 2003; Fresneda, 2003; Restrepo Zea, 2004; Homedes y Ugalde, 2005): si bien es claro y obvio el aumento de la cobertura del aseguramiento en salud, en especial para los más pobres, respecto del anterior sistema de salud fragmentado, se consolida el predominio curativo del sistema, de manera que se entiende por salud la atención individual de las enfermedades; al mismo tiempo, se entiende la atención de los enfermos como una mercancía, y el derecho a la atención se reduce al contenido de los contratos entre agentes de mercado. Con base en lo anterior, el derecho a la salud está

ligado al derecho a la propiedad, expresada en la capacidad de pago de las personas: se tiene derecho si se paga o si se demuestra no tener con qué pagar, a pesar de la regulación del mercado de aseguramiento. No obstante, cerca de la tercera parte de la población no tiene ingresos estables para cotizar y no son suficientemente “pobres” como para recibir un subsidio. Esta población es atendida por la red hospitalaria pública en calidad de “vinculados”, con recursos provenientes de los impuestos y con tarifas de recuperación según la capacidad de pago de las personas, al estilo del viejo sistema de asistencia pública. Los pobres luchan entre ellos por el subsidio y hacen hasta lo imposible por obtener y mantener su afiliación al régimen subsidiado. En suma, las brechas de acceso efectivo, de oportunidad y calidad de los servicios de salud entre ricos, sectores medios y pobres se sostienen y en algunas regiones, han aumentado, generando una nueva forma de fragmentación.

Entre tanto, la pérdida del referente territorial frente a la dinámica del mercado ha generado una disminución del papel rector del Estado en la definición de políticas públicas y un severo deterioro de los programas de control de enfermedades de interés en salud pública, comenzando por la vacunación de niños y niñas. Se produjo un decrecimiento progresivo de las coberturas de vacunación de la población infantil entre 12 y 23 meses con biológicos trazadores (BCG, tres dosis de DPT y tres dosis de Polio) de 83% a 66% entre 1990 y 2000, según las encuestas nacionales de demografía y salud (Restrepo Zea, 2004, p. 19). En la actualidad, el país no cuenta con coberturas útiles de vacunación en la población infantil.

Se podría afirmar que los problemas son producto de las dificultades para la implantación del modelo y no del modelo mismo. No obstante, es necesario poner en cuestión la creencia sistemática en los beneficios de la competencia regulada para el caso del aseguramiento y de la atención de la enfermedad y la estrategia de focalización, como se verá en la quinta sección de este trabajo. Por ahora, es

necesario pasar por un balance sobre una experiencia territorial de política de inclusión en salud, en el marco del sistema de seguridad social colombiano.

El caso Bogotá 2004-2008: una política de salud de inclusión social en un sistema adverso

En noviembre de 2003 fue elegido popularmente como Alcalde Mayor del Distrito Capital de Bogotá el señor Luis Eduardo Garzón, ex líder sindical apoyado por una coalición de centro izquierda, para el período 2004-2008. El Plan Distrital de Desarrollo de esta administración se orientó hacia el desarrollo progresivo del proyecto constitucional de 1991 del Estado Social de Derecho, como clave de ampliación de la ciudadanía y de superación de la pobreza y la exclusión, y se convocó a la sociedad bogotana para concurrir a través de la acción colectiva y solidaria con el lema Bogotá sin indiferencia (Concejo Distrital, 2004). En este marco se formuló una política pública de salud para “avanzar de manera significativa en la garantía del derecho a la salud” (Alcaldía Mayor, Secretaría Distrital de Salud, 2004), aun en el marco estrecho del Sistema General de Seguridad Social en Salud que, como se ha planteado, está ordenado por el pluralismo estructurado.

El punto de partida para esta política fue la actualización de los diagnósticos participativos de salud de las 20 localidades en que se encuentra dividido el Distrito Capital, esfuerzo que venía adelantando la Secretaría Distrital de Salud desde el segundo semestre de 2003, con el apoyo de la Universidad Nacional de Colombia. Los diagnósticos se realizaron desde el enfoque de determinantes de la salud y lograron identificar 79 zonas de condiciones de vida y salud que permitirían priorizar la acción en las zonas de peores condiciones para disminuir las inequidades.

De otra parte, el balance general de la salud en Bogotá se organizó en dos grandes grupos de problemas. Primero, los relacionados con la calidad de vida y

la salud de la población; segundo, los referidos a la respuesta institucional y comunitaria que se venía dando a la situación de salud. Respecto de los problemas de salud y calidad de vida se encontró que, en los últimos diez años, Bogotá había entrado en un proceso de modernización sostenido por los cuatro alcaldes anteriores, expresado en una inversión sostenida en infraestructura urbana para espacio público, servicios públicos y transporte masivo, una mejor administración fiscal que había permitido mayor confianza y tributación por parte de los contribuyentes, y un esfuerzo de transformación de la cultura urbana alrededor de la adopción de normas de comportamiento preventivo como el uso del cinturón de seguridad, el uso del casco protector de los motociclistas, respeto a los cruces peatonales, entre otros. Esto, sin duda, había contribuido a mejorar los tiempos de desplazamiento en la ciudad, una disminución de 7 puntos porcentuales en el nivel de población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y una clara disminución de las tasas de morbimortalidad relacionadas con lesiones y accidentes y con provisión de agua potable y otros servicios públicos domiciliarios.

Al mismo tiempo, entre 1993 y 2002 la tasa de desempleo había pasado de 6,3 a 18,2, había aumentado el desplazamiento de población del campo a la ciudad en pésimas condiciones, y la población por debajo de la línea de pobreza de más de cinco puntos porcentuales, lo que significaba un aumento de casi un millón más de personas pobres respecto de 1993. Esta pobreza se concentraba en seis localidades de la ciudad, aunque las zonas de condiciones de vida y salud mostraban desigualdades en el interior de todas las localidades, y ya se expresaban en los resultados en salud. La expresión más cercana a estas diferencias entre localidades en materia de salud se expresó con indicadores gruesos como mortalidad materno-perinatal, mortalidad en menores de cinco años, desnutrición aguda y crónica, entre otras (Alcaldía Mayor, Secretaría Distrital de Salud, 2004).

Respecto de la respuesta institucional se encontró que, a pesar del desarrollo del sistema general de seguridad social en salud en el Distrito Capital, con las mayores coberturas de aseguramiento del país, existían serias barreras de acceso a los servicios de salud para los más pobres, tanto económicas como administrativas, geográficas y de información, derivadas en su mayoría de las formas de contratación de las administradoras de los dos regímenes (las EPS para el contributivo y las ARS para el subsidiado) con los prestadores públicos y privados de la ciudad (Alcaldía Mayor, Secretaría Distrital de Salud, 2004; Secretaría de Hacienda Distrital, 2005).

La fragmentación de los planes de beneficios producía una respuesta desigual y peor para las poblaciones con mayores necesidades, el sistema mostraba su énfasis curativo mientras se debilitaba la función rectora territorial del sistema y continuaban las dificultades para desarrollar los programas de salud pública, en especial, los de vacunación de niños y niñas. De hecho, las coberturas de vacunación habían disminuido entre 5 y 25 puntos porcentuales entre 1998 y 2002 en todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). De otra parte, la participación social se concentraba cada vez más en una defensa del consumidor individual frente a las instituciones prestadoras y aseguradoras, con escasa organización, movilización y representatividad colectiva.

En estas condiciones y en el marco de un Plan Distrital de Desarrollo con enfoque de derechos y de solidaridad, se formuló la política de salud, acudiendo al enfoque promocional de calidad de vida y salud desarrollado por Armando De Negri Filho (2004), desde su experiencia de gestión en la Secretaría de Salud de Porto Alegre en Brasil. El enfoque implica un ordenamiento de todos los procesos sectoriales y transectoriales, institucionales, sociales y comunitarios, preventivos, educativos, protectores, curativos y de rehabilitación, individuales y colectivos, hacia el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y el favorecimiento del ejercicio de su autonomía para la realización de sus proyectos de vida.

Esta perspectiva implica una visión positiva de la salud, más allá de la atención de las enfermedades, como la realización de los proyectos de vida de las personas, en relaciones sociales y condiciones favorables, aun en situación de enfermedad o discapacidad, y desde el ejercicio de la autonomía de las personas. Existen condiciones más favorables que otras a la salud o a la enfermedad y la muerte a las que puede denominarse determinantes, con jerarquías, proximidades identificables y distribución en los territorios socialmente construidos en el interior de los asentamientos humanos. Esto implica la necesaria articulación entre el sector salud y los demás sectores del Estado y la necesidad de propiciar la acción colectiva de la sociedad en su conjunto.

Además, estos determinantes se distribuyen de manera desigual entre las comunidades, generando inequidades en salud, esto es, desigualdades sistemáticas, injustas y evitables relacionadas con las ventajas y desventajas entre unos y otros, por clase social, ciclo vital, por género, raza o etnia. De allí que el norte de la política se centrara en la superación de inequidades, comenzando por las poblaciones y los territorios con mayor desigualdad desde una perspectiva de universalidad.

Por lo anterior, el enfoque promocional de calidad de vida y salud parte de considerar la salud como derecho humano fundamental, deber del Estado y responsabilidad social, con perspectiva universalista. Por ello se acudió al referente internacional más preciso en materia del contenido esencial del derecho a la salud, la Observación N° 14 del Comité Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la cual se incluyen los siguientes aspectos:

- a. Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud, sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados.
- b. Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre.

- c. Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicos, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable.
- d. Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud.
- e. Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud.
- f. Adoptar y aplicar, sobre la base de pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados y revisados periódicamente sobre la base de un proceso participativo y transparente; esa estrategia y ese plan deberán prever métodos, como el derecho a indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; el proceso mediante el cual se concibe la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos, deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados (ONU, 2001, pp. 211-212).

El enfoque promocional permitió construir una matriz compleja de intolerables para una ciudad “moderna y humana” convertidos en metas estratégicas, según ciclo vital, obstáculos para el desarrollo de la autonomía y transversalidades, como la alimentación y la discapacidad, a partir de la cual se formularon nueve políticas específicas de salud pública para la ciudad. Al mismo tiempo, se formularon tres objetivos estratégicos y un conjunto de estrategias articuladas en los territorios sociales. Los objetivos fueron: afectar significativamente los determinantes de la salud, desde la gestión transectorial y territorial; promover el ejercicio de la ciudadanía en salud por parte de la población, y ejercer la rectoría territorial del sistema de servicios de salud para orientar a todos los actores hacia la atención integral en salud y la superación de inequidades. Las estrategias presentadas desde un primer momento fueron: abogacía de políticas públicas saludables, salud en la gestión social de territorios, comunicación en salud, construcción de

ciudadanía en salud, rectoría territorial en salud y del aseguramiento, Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque familiar y comunitario, redes de servicios de salud, regulación de las urgencias e información para la decisión (Alcaldía Mayor, Secretaría Distrital de Salud, 2004). Las estrategias se expresaron en 12 proyectos de inversión ubicados en los tres ejes y el objetivo de gestión humana del Plan Distrital de Desarrollo.

La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) se convirtió en una punta de lanza para el desarrollo de la política, en tanto los balances recientes y su reformulación internacional permitían reordenar a todo el sistema de salud hacia la accesibilidad, la integralidad, la continuidad de la atención, la longitudinalidad en el ciclo vital y la participación social, principios que dialogaban muy bien con el enfoque promocional y con los contenidos del derecho a la salud (Starfield, 2001; OPS, 2003). El punto clave era acercar a los prestadores hacia el imperativo ético de responder a las necesidades sociales para superar inequidades y construir lazos con otros sectores y con las comunidades, en lugar de esperar las demandas de atención según los pagadores del sistema de aseguramiento.

Por ello se decidió adoptar el modelo familiar y comunitario de organización de servicios, mediante la conformación de equipos de salud conformados por un médico o médica, un enfermero o enfermera, un auxiliar de enfermería y dos o tres promotores de salud, para atender entre 800 y 1.200 familias, en territorios específicos, comenzando por los de mayor necesidad y desigualdad. Los equipos se ubicarían inicialmente en los 14 hospitales de primer nivel y fusionados de la red pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, con el fin de desarrollar un efecto demostrativo en todos los actores del sistema (Ministerio de la Protección Social, EPS, ARS, prestadores públicos y privados, y comunidades). A este modelo se denominó Salud a su Hogar, con la idea de mostrar la proximidad de los servicios a las necesidades de las familias y no sólo a la demanda de servicios individuales de atención de enfermedad.

Se diseñó un complejo proceso de caracterización detallada de los individuos, las familias, las viviendas y sus entornos, a partir del cual se reorientaba, de manera inmediata aunque progresiva, la respuesta institucional del hospital involucrado. Esta respuesta se ordenaría de acuerdo a los contratos establecidos entre el hospital, en su calidad de prestador, y los distintos pagadores del sistema, esto es, EPS para el régimen contributivo, ARS para el régimen subsidiado, y el Fondo Financiero Distrital de Salud administrado por la Secretaría, para el caso de los “vinculados”. En caso de no contar con contratos firmados, el hospital remitiría formalmente a las personas hacia los responsables de la atención, generando una inducción de demanda en todo el sistema, o bien iniciaría una gestión de nuevos contratos para responder a la necesidad de atención. La organización en redes de servicios vendría a reorganizar la respuesta en todos los prestadores y pagadores a partir de las necesidades, con un ordenamiento basado en territorios, tipos de servicios, líneas de atención, jerarquías o niveles tecnológicos.

En el marco de la gestión de la salud en los territorios, con perspectiva transectorial, la Secretaría Distrital reorganizó el Plan de Atención Básica (PAB) para generar un trabajo de los hospitales hacia la intervención sobre los determinantes sociales, en conjunción con los demás sectores del Estado y con una ampliación sistemática de la participación social. De allí se derivó la formulación de planes integrales de salud por localidad que pretendían articular los recursos del sector salud con los de los fondos de desarrollo local y los de otros sectores, en función del mejoramiento de la calidad de vida y la superación de inequidades. Los planes integrales de salud servirían de base para la formulación de los planes de desarrollo institucional de los prestadores de la red pública, como una manera de repensar su lugar en el sistema e ir más allá de la venta de servicios individuales.

El balance preliminar de este conjunto de estrategias, con Salud a su Hogar como punta de lanza, se realizó en noviembre de 2005 a un año de implantación efectiva de Salud a su Hogar, en el marco de los programas de seguimiento a políticas pú-

blicas liderados por la Casa Editorial El Tiempo, denominados Bogotá Cómo Vamos y Cómo Vamos en Salud. Los principales resultados pueden resumirse así (Secretaría Distrital de Salud, 2005):

- Una detección más precisa que con cualquier otro de los sistemas de información disponibles sobre necesidades en salud y sus determinantes, en los microterritorios habitados por las familias y las comunidades involucradas. Por ejemplo, de las 74.414 familias incluidas en el sistema de información, 84 reportaron antecedentes de muertes maternas y 212 muertes infantiles en el último año, 501 hospitalizaciones por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y 1.698 hospitalizaciones por Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA) en menores de cinco años en el último mes; 18,9% tenían viviendas con pisos, techos y paredes inadecuados, según los criterios de vivienda saludable de OPS/OMS; 13% sin servicio de alcantarillado y 8% sin servicio de acueducto, por encima de los reportes oficiales de servicios domiciliarios de los barrios legales de la ciudad. De las 267.018 personas pertenecientes a las familias, 43,3% se encontraban afiliadas al Régimen Subsidiado, 32,2% al Régimen Contributivo, 23,8% eran vinculados o sin aseguramiento y 0,7% se encontraban en regímenes especiales. No obstante, dentro de las familias se encontraban distintos tipos de aseguramiento, debido a las reglas actuales del sistema y la búsqueda de alternativas por parte de la población más pobre.

- La ratificación de las barreras de acceso a servicios de salud estratégicos entre las familias más pobres, de manera que 23% de las personas aseguradas tenían su prestador inicial asignado por el asegurador o administrador (IPS primaria) por fuera de su localidad, lo que implicaba más de 30 minutos de desplazamiento para el 50% y costos mayores a 2 dólares para el 24%, aspectos opuestos a la búsqueda de una atención oportuna.

- Una identificación de déficit de atención prioritaria y una adecuación de la respuesta institucional, tanto sectorial como intersectorial. Algunos indicadores muestran los cambios en un año de implantación:

- Respuesta por otros sectores: se registraron 2.664 niños y niñas con riesgo nutricional medido por perímetro braquial y se remitieron 2.000

niños, niñas y adultos a los comedores comunitarios del programa Bogotá sin Hambre; se encontraron 517 niños y niñas entre 6 y 17 años con analfabetismo y se remitieron 519 niños y niñas a programas de escolarización de la Secretaría de Educación Distrital; se remitieron 1.500 niños, niñas y adultos sin cuidador en sus viviendas a programas de cuidado del Departamento Administrativo de Bienestar Social y 787 al Instituto de Bienestar Familiar; articulación sistemática de procesos participativos con el programa de Mejoramiento Integral de Barrios, coordinado por la Caja de Vivienda Popular, entre otros procesos de participación y movilización social por la calidad de vida y la salud.

- Respuesta sectorial prioritaria: aplicación de 8.971 dosis de vacunas por parte de los hospitales involucrados y canalización e incorporación al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de 96% en promedio de niños y niñas menores de cinco años en todos los regímenes de aseguramiento; canalización e incorporación al programa de crecimiento y desarrollo a 60% en promedio de niños y niñas menores de cinco años de todos los regímenes; incremento en 11,2% de notificación y seguimiento de niños y niñas con desnutrición aguda o crónica; canalización e incorporación al control prenatal de un promedio de 70% de adolescentes en embarazo, con un incremento promedio de 8% en promedio en todos los regímenes; canalización e incorporación al programa de control prenatal de un promedio de 78% de las mujeres en embarazo, con un incremento promedio de 10% en todos los regímenes; incremento de detección y seguimiento del 28,5% de mujeres gestantes en desnutrición aguda o crónica; 8.652 nuevas citologías realizadas entre mujeres en edad fértil de los microterritorios, e incremento de 10% en promedio de incorporación al programa de cáncer de cuello uterino en todos los regímenes; detección de 39 casos de tuberculosis e incorporación al programa de control y seguimiento correspondiente.

- Algunos impactos iniciales: aunque sería prematuro hablar de impactos, es posible identificar algunas tendencias. Por ejemplo, en el marco de la APS y la

estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), se desarrolló un programa de atención integral y transectorial de la Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA) para toda la ciudad que incluía el montaje de salas de atención temprana ambulatoria denominadas “salas ERA”. En los microterritorios de Salud a su Hogar se registró una disminución de 15 a 12 muertes por neumonía de niños y niñas menores de 5 años. Esto significó 25% de reducción de un año a otro, mientras en la ciudad disminuyó en 21%. En el caso de las muertes maternas, hubo una disminución de una muerte de un año a otro, dato importante si se tiene en cuenta que son las mujeres en mayor riesgo. La dinámica política de la ciudad y de los actores del sistema de seguridad social en salud también intervino en el proceso, al punto que el Alcalde Mayor se vio obligado a cambiar de Secretario de Salud en cinco oportunidades en menos de dos años. Esto afectó la gobernabilidad y el desarrollo cabal de la política. De otra parte, se encontraron problemas en la comunicación tanto de la política de salud como de la estrategia de la APS, al punto que llegó a pensarse que se trababa de un sistema paralelo de salud, totalmente asistencialista y financieramente insostenible. Además, el sistema de información estaba diseñado para facilitar las transacciones entre los agentes de mercado del sistema pero no para verificar la trayectoria de las personas en el laberinto de relaciones contractuales, ni mucho menos para hacer seguimiento y evaluación de la política de salud y de la estrategia de APS. En estas condiciones, se requirió el diseño de nuevas herramientas y recursos de información no disponibles. La estrategia de rectoría se concentró en la administración de los recursos para el Régimen Subsidiado, separada de las funciones de autoridad sanitaria y de vigilancia y control de prestadores, de manera que a esa altura no había logrado su meta de orientar a todos los actores en la dirección de la atención integral y la superación de inequidades. Con todo, el balance sirvió para reorientar algunas estrategias, madurar otras y definir nuevos derroteros que mostrarán sus resultados en el momento en que corresponda.

Pero la intención de este trabajo es aprovechar la experiencia para ir más allá de un ejercicio de gobierno, restringido por la normatividad y la institucionalidad

existentes, con el ánimo de afrontar los retos pendientes con propuestas más sólidas y potentes para garantizar el derecho y generar inclusión social en salud.

Una propuesta universalista para la inclusión social en salud

En esta última sección es necesario poner en debate los fundamentos del pluralismo estructurado, para presentar una propuesta que pueda ofrecer alternativas a sus limitaciones, en particular, las relacionadas con la competencia regulada y con la focalización.

Para comenzar, se debe aclarar que el modelo de los dos regímenes de aseguramiento en salud adoptado por Colombia no es realmente un modelo de aseguramiento universal. Existe una franca separación de las poblaciones según la capacidad de pago. A partir de esa condición, el mecanismo de financiamiento, los fondos involucrados, las reglas de administración, el flujo de los recursos, los agentes intervinientes y los planes de beneficios son totalmente diferentes. Por esto, no puedo compartir la afirmación del profesor Restrepo cuando afirma que “el sistema de seguridad social en Colombia tiene un financiamiento totalmente estatal, y que el FSG es el gran asegurador del sistema” (Restrepo, 2000, p. 701). El FSG sólo administra los recursos recaudados de la contribución obligatoria, toma un punto porcentual para la cuenta de solidaridad y gira esta fracción a los entes territoriales para el subsidio a la demanda. Éste es realmente un puente de articulación pero, paralelamente, los recursos recaudados de los impuestos de destinación específica para subsidios de salud se transfieren de la nación a los entes territoriales por sus propias rutas (Ley 715 de 2001), tienen su propio curso en los entes territoriales, con sus reglas y sus agentes autónomos. Esto genera un sistema dual que además resulta inequitativo cuando se verifica que quienes más se enferman y necesitan atención oportuna e intervenciones preventivas de fondo, esto es, los más pobres, son menos atendidos y más excluidos que los no pobres (Céspedes et al., 2002; Homedes y Ugalde, 2005, pp. 212-213; Secretaría de Hacienda Distrital, 2005, pp. 31-33).

Aunque se pague a un agente una póliza anual (UPC) a cargo del Estado para la atención de individuos pobres, tal agente se comporta como un intermediario de la administración de los recursos públicos, la ARS, y no como asegurador, pues las reglas son las del manejo de recursos públicos y no las del aseguramiento. Más que un derecho, se adquiere un recurso estatal al viejo estilo de la asistencia pública, con la única diferencia de la focalización. Los pobres luchan por el título de pobres, porque es un recurso del que no disponen. ¿No recuerda esto la crítica a los programas asistenciales por la dependencia de los pobres al Estado? (Mkandawire, 2005, p. 15). De allí a verificar la garantía de un derecho ciudadano hay mucha distancia.

De esta forma, el Régimen Subsidiado aparece como un sistema de aseguramiento cuando es realmente un sistema de administración delegada de subsidio a la demanda individual de servicios de salud. Esta opción no ha mostrado mayor eficiencia en uso de recursos públicos, ni mayor eficacia con mejores resultados en salud, ni mejor calidad de los servicios de salud para los pobres, pero sí permite una mejor operación de las prácticas clientelistas y de corrupción en los municipios (Rodríguez, 2002, pp. 212-229). Desde el punto de vista de la eficiencia, no es posible saber si el valor de la UPC subsidiada cubre los costos del POS subsidiado (Rodríguez, 2002, pp. 179-190). Pero sí es posible verificar que existe un mayor gasto público en salud, concentración de recursos en los intermediarios y resultados poco claros en la salud de los pobres (Málaga, 2003, pp. 181-182).

Para el caso del Régimen Contributivo, a pesar de los sofisticados mecanismos de regulación y de vigilancia y control por parte del Estado, “los costos del sistema han crecido de manera paralela con los gastos de la población, de tal manera que el sistema no ha podido generar recursos necesarios para ampliar el régimen subsidiado”, debido a sus altos costos de transacción (Gorbaneff, Torres y Contreras, 2004, p. 104). Los aseguradores intentan realizar selección de riesgos, propiciar la evasión y la elusión de los cotizantes de mayores ingresos, controlar la

puerta de entrada a los servicios por parte de los usuarios, restringir las tarifas y utilizar formas de contratación que transfieren el riesgo a los prestadores y retrasar los pagos a los prestadores, todo para disminuir el gasto. Esta presión sobre los prestadores se proyecta hacia el interior de las instituciones, sobre sus unidades y su talento humano, de manera que los trabajadores de la salud terminan siendo los elementos más impactados y débiles de la cadena. Pero esto no implica la defensa del usuario frente a los desmanes del prestador ni una orientación hacia la calidad de los servicios. La razón fundamental de este conjunto de estrategias es, precisamente, aumentar la ganancia del negocio y generar rápidamente oligopolios y monopolios, allí donde hay mayor concentración de población (Restrepo Zea, 2004, pp. 21-24; Gorbaneff, Torres y Contreras, 2004, pp. 100-105; Homedes y Ugalde, 2005, p. 213). No en vano el aseguramiento en salud se ha convertido en uno de los sectores de mayor rentabilidad y crecimiento de los últimos diez años en Colombia (Revista Semana, abril 26 a mayo 6, 2004, pp. 247-248) y en varios países, con expresión transnacional (Nellis, 2003).

Con la focalización se tiene la esperanza de darle a los pobres –y sólo a ellos– el esfuerzo colectivo de un subsidio individual pagado por el Estado. Esto implica una gran eficiencia y seguridad técnica en el mecanismo de medición de la pobreza y de selección de los pobres que serán beneficiarios. Pero esto tampoco se ha podido verificar en el SISBEN colombiano. Para 1997, con base en la antigua encuesta SISBEN, la medición del error teórico de inclusión fue de 14,9%, que significaba 1.550.000 personas no pobres incluidas en SISBEN 1 y 2; mientras que el error teórico de exclusión fue de 53,1%, que implicaba dejar por fuera del subsidio a 10.550.000 de pobres aproximadamente. Así, “la ‘eficiencia’ del índice es negativa para identificar a los pobres: se lograría un mejor resultado con un método de azar, a través de utilizar una moneda, por ejemplo” (Fresneda, 2003, pp. 56-59). La operación de la encuesta también ha sido reconocida como compleja y con alta probabilidad de error, amén de la utilización del SISBEN para fines partidistas y electorales.

Desde el punto de vista de la viabilidad económica de la focalización a través de subsidios a la demanda, el estudio realizado por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional de Colombia sobre el Régimen Subsidiado es contundente en afirmar la inviabilidad financiera de pasar en el corto plazo del subsidio a la oferta para la población no asegurada a un subsidio a la demanda para todos los reconocidos como pobres, esto es, SISBEN 1 y 2, dados los cálculos de crecimiento del empleo, de control posible de evasión y elusión en el Régimen Contributivo y la dinámica de los recursos de transferencias de la nación a los entes territoriales y sus recursos propios. Con este modelo, se concluye que “a pesar de que la afiliación crece en el régimen subsidiado en valores absolutos hasta alcanzar la cifra de 21 millones de personas para el año 2014, para ese momento se espera tener aproximadamente a 12.600.000 personas en condiciones de pobreza sin afiliación a seguridad social” (Rodríguez, 2002, p. 205). En otras palabras, sería mejor focalizar en los ricos si más de la mitad son pobres y los recursos no son suficientes.

En estas condiciones, no sólo el sistema de pluralismo estructurado real y la focalización incluida en él no genera inclusión social de los pobres, sino más desigualdad y más exclusión. Para ser más precisos, esta situación perpetúa la relación excluyente implícita entre ricos, sectores medios y pobres de una sociedad jerarquizada como la colombiana y como la mayoría de las sociedades latinoamericanas.

La focalización no es un asunto natural y obvio en el manejo de recursos públicos. Como se ha tratado de demostrar en este trabajo, se trata de una opción política y no en un asunto natural. Como afirma Mkandawire (2005, p. 2), “la formulación de la propuesta de focalización fue algo del siguiente tenor: frente a recursos fiscales limitados, es mejor focalizar los recursos en los “pobres meritorios”. Esto implica una suposición: se gasta menos si se focaliza. No obstante, las evidencias en el mundo muestran todo lo contrario. El detallado balance de Mkandawire muestra que, a pesar del aumento progresivo en el gasto real, los programas focalizados

tienen bajas coberturas, tiene problemas de detección de los pobres, errores tanto de inclusión como de exclusión, altos costos administrativos, y son más propicios a la corrupción, el clientelismo y el robo (Mkandawire, 2005, pp. 9-12).

Tampoco los programas focalizados han logrado demostrar que tienen mayor costo-efectividad per cápita que los modelos universalistas. A pesar de la supuesta crisis del universalismo y de la facilidad de la identificación de la inversión por persona en los programas focalizados, Mkandawire muestra, con base en los estudios de Rothstein, que los programas universalistas logran una redistribución que implica una reducción de la desigualdad de 5 a 1 entre ricos y pobres en los ingresos, a 2,33 a 1 en la asignación. Este resultado surge de varios elementos: estos últimos combinan diferentes procesos y no sólo la provisión individual de ciertos bienes y servicios, implican pactos políticos amplios, la simultaneidad del acceso a varios bienes universales y el uso de modelos impositivos de carácter progresivo. El balance entre aportes y distribución igual de beneficios resulta favoreciendo mucho más a los más pobres (Mkandawire, 2005, p. 6).

Desde el punto de vista del financiamiento de los sistemas de salud, Hsiao y Liu (2002, p. 297) compararon las diferentes modalidades existentes –impuestos, seguro social, seguro privado, pago de directo y financiación comunitaria– para valorar la equidad que producen tanto en la movilización de recursos como en el acceso a los servicios y en la protección económica frente a los costos de la atención. Las conclusiones son claras: los sistemas de países con ingresos altos financiados por presupuesto general tienden a ser más progresivos en la movilización de los recursos, es decir, los más ricos aportan proporcionalmente más que los pobres; estos sistemas protegen del riesgo económico igual que los sistemas de seguridad social, pero logran mayor igualdad en el acceso a los servicios. Estados Unidos es la gran excepción entre los países de altos ingresos, por el predominio de seguros privados y de pago directo, los más regresivos,

excluyentes y no protectores. En el caso de los países de bajos ingresos, la fragmentación produce regresividad, exclusión y no protección.

En suma, ¿por qué no pensar en alternativas universalistas? Mkandawire se sorprende de que “mientras la literatura sobre políticas de bienestar en los países desarrollados pone considerable atención sobre los asuntos de justicia y dignidad, éste no parece ser el caso de los países en desarrollo” (2005, p. 14). Tiene razón. Donde más injusticia e indignación existe, deben surgir propuestas más profundas contra lo intolerable para la condición humana. Y esto no es otra cosa que la universalización.

En un contexto de precarización del empleo, el universalismo no podría sostenerse sobre los hombros de los aportes de quienes encuentran empleo. En las sociedades contemporáneas se perfilan tres tendencias de precarización del empleo, descritas por Castel: una desestabilización de los estables; una instalación de la precariedad, que implica la prolongación del “rebusque”; y la reaparición de un perfil de “supernumerarios” (Castel, 1998, pp. 156-157). En estas condiciones, una propuesta universalista debe encontrar nuevas formas de financiación que implique una nueva distribución de los aportes de todas las clases sociales, según sus ingresos y no según la relación salarial, aunque se proponga como eje prioritario una relación laboral estable, productiva y creativa para todos y todas.

Plantear a las sociedades latinoamericanas una propuesta de universalización de los derechos humanos interdependientes, superando todos los programas focalizados para superación de la pobreza implica, por lo menos, pactos políticos y sociales de gran envergadura. Implica una franca cesión de privilegios de quienes tienen propiedad y poder a favor de los que no los tienen. Los grandes propietarios –terratenientes, industriales y financieros– y los sectores medios –profesionales independientes de altos ingresos y medianos empresarios– tendrían que estar dispuestos a ceder algo de su riqueza acumulada y su poder en los escenarios de

decisión, para lograr una distribución simultánea de bienes y servicios para todos, comenzando por los que están en peor condición. Esto exige también una mejor distribución del poder o un proceso de democratización real, atado a descentralización efectiva. Esta última está ligada al desarrollo de procesos de participación efectiva, de control social y de representación política en decisiones públicas, en los territorios sociales más próximos y legítimos. Sin participación es muy difícil superar prácticas políticas clientelistas y de apropiación individual de lo público.

Desde esta visión de derechos humanos interdependientes es posible hablar de protección social universalista con la garantía simultánea de bienes y servicios considerados fundamentales para una vida digna: el alimento con calidad y suficiencia, la vivienda digna y saludable, el empleo estable y con proyección, la educación para el ejercicio de la autonomía, la asistencia sanitaria, los servicios públicos domiciliarios y la recreación. Desde una estructura de impuestos progresivos, con aportes proporcionales a los ingresos, es posible crear fondos unificados y asignarlos de manera descentralizada, en territorios sociales, según las necesidades, las capacidades y las aspiraciones de las poblaciones.

Estos fondos territoriales podrían contratar los servicios con agentes de tipo estatal o privado, con mecanismos que permitan estimular su compromiso con la calidad, la oportunidad y, sobre todo, la superación de desigualdades intolerables. La clave está en las potencialidades de los fondos públicos únicos para generar la solidaridad interna necesaria para dar más a quien más necesita, al tiempo que generan empleo, demanda interna y una mejor regulación del afán de lucro por parte de los agentes de mercado cuando intente ponerse por encima de las necesidades humanas consideradas derechos ciudadanos.

No se trata de lanzar utopías ingenuas. Se trata de verificar que las rutas seguidas por nuestras sociedades latinoamericanas han sido erráticas e insuficientes. En lugar de resolver el problema central de la desigualdad acumulada intolerable,

tienden a perpetuar las relaciones que las reproducen de manera sistemática. Superar ese círculo merece alternativas audaces, sometidas a debate público y a consensos suficientemente legítimos. No de otra forma se espera que la democracia contribuya a la dignidad y al bienestar de las personas.

Bibliografía

Banco Mundial (1987) *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 103 (6), diciembre: 695-709.

Banco Mundial (1993) *Invertir en salud*. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Banco Mundial. Washington, D.C.

Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud (2004) *Salud a su Hogar. Un modelo de Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá*. Bogotá, D.C. Concejo Distrital (2004)

Acuerdo número 119 de 2004 “Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2004-2008, “*Bogotá sin indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*”. Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá, D.C.

Secretaría de Hacienda Distrital (2005) *Hacia la garantía del derecho a la salud en Bogotá. Diagnóstico y políticas de salud en el Distrito Capital*. Cuadernos de la Ciudad, Serie Equidad y Bienestar, nº 6. Bogotá: Secretaría de Hacienda Distrital. Bogotá, D.C.

Secretaría Distrital de Salud. Informe de seguimiento de “Salud a su Hogar” para los programas “*Bogotá Como Vamos*” y “*Cómo Vamos en Salud*”. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud, noviembre 15 (inédito).

Castel, R. (1997) *Las metamorfosis de la cuestión social*. Una crónica del salariado. Paidós. Buenos Aires.

Castel, R. (1998) “*La lógica de la exclusión social*”, en: Bustelo, E. y Minujin, A. (eds.) *Todos entran. Propuesta para sociedades incluyentes*. UNICEF, Santillana, Bogotá.

- Céspedes, J. E.; Jaramillo, I.; Castaño, R. A. (2002) "*Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia*", *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (4): 1.003-1.024.
- Daniels, N. (1983) "*A Reply to some Stern Criticism and a Remark on Health Care Rights*", *The Journal of Medicine and Philosophy*, 8: 363-371.
- Daniels, N. (1985) *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- De Negri Filho, A. (2004) "Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transeitorialidade das políticas públicas", en: Girotti Sperandio, A.M. *O Processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis*. IPES, Unicamp, OPS/OMS. Campinas-São Paulo.
- De Swaan, A. (1992) [1988] *A cargo del Estado*. Pomarés-Corredor. Barcelona.
- Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Fleury, S.; Belmartino, S. y Baris, E. (2000) *Reshaping Health Care in Latin America. A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico*. Ottawa: International Development Research Centre (IDRC).
- Frenk, J. y Londoño, J. L. (1997) "*Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*", *Salud y Gerencia*, 15: 1 y 6-28.
- Fresneda, O. (2003) "*La focalización en el régimen subsidiado de salud: elementos para un balance*", *Gerencia y Políticas de Salud*, 2 (5): 45-75.
- Fried, C. (1975) "*Rights and Health Care-Beyond Equity and Efficiency*", *The New England Journal of Medicine*, 293 (5): 241-245.
- Fried, C. (1988) [1981] "*¿Es posible la libertad?*", en: Mc.Murrin, S.M. (ed.) *Libertad, igualdad y derecho*. Ariel, Barcelona.
- Gorbaneff, Y.; Torres, S. y Contreras, N. (2004) "*Anatomía de la cadena de prestación de salud en Colombia en el Régimen Contributivo*", *Gerencia y Políticas de Salud*, 3 (6): 88-106.

- Gracia, D. (1991) “¿Qué es un sistema justo de programas de salud? Principios para la asignación de recursos escasos”, en: *Introducción a la Bioética*. El Búho, Bogotá.
- Gutiérrez de Pineda, V. y Vila de Pineda, P. (1988) *Honor, Familia y Sociedad en una estructura patriarcal. El caso de Santander*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Hanagan, M. (1999) Introduction: Changing Citizenship, Changing States, en: Hanagan, M. & Tilly, C. (eds.) *Extending Citizenship, Reconfiguring States*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers.
- Hernández, M. (1997) Preguntas a las bases morales de la reforma a la seguridad social en Colombia. *Cartilla de Seguridad Social*, 2: 60-76.
- Hernández, M. (2000) “El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización”, *Revista de Salud Pública*, 2 (2): 121-144.
- Hernández, M. (2001) “El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, (Medellín) 19 (1), enero-junio: 57-70.
- Hernández, M. (2002a) “La bioética y el pluralismo ético”, en: Peña, B. (comp.) *Ética y bioética*. Memorias, Cátedra Manuel Ancizar, I Semestre de 2001. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.
- Hernández, M. (2002b) “Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas”, en: Restrepo, D. I. (ed.) *La falacia neoliberal. Crítica y alternativas*. Vicerrectoría Académica y Sede Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Hernández, M. (2002c) *La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946*. Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Hernández, M. (2002d) “Reforma Sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia”, *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (4): 991-1.001.

- Hernández, M. (2004) *La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina. Una comparación sociopolítica, 1880-1950*. Colección Sede nº 27, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá.
- Homedes, N. y Ugalde, A. (2005) “Las reformas neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17 (3): 210-219.
- Hsiao, W.C. y Liu, Y. (2002) “Financiación de la asistencia sanitaria: valoración de sus relaciones con la equidad en salud”, en: Evans, T.; Whitehead, M.; Diderichsen, F.; Bhuiya, A.; With, M. (eds.) *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*. Washington. D.C.: OPS/OMS, Fundación Rockefeller.
- Infante, A.; De la Mata, I. y López-Acuña, D. (2000) “Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. Situación y tendencias”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8 (1/2): 13-20.
- Katz, J.; Lanza, A.; Peña Mohr, J.; Septién González, J. M.; Testa, M. y Veronelli, J. C. (1983) *La salud en América Latina. Aspectos prioritarios de su administración*. Secretaría de Salud y Asistencia Social, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)/Universidad de Zulia/Fondo de Cultura Económica. México D.F.
- Londoño, J. L. y Frenk, J (1995) *Structured Pluralism: towards a New Model for Health System Reform in Latin America*. Washington, D.C.: Technical Department for Latin America and the Caribbean, World Bank.
- Málaga, H. (2003) *Equidad y reforma de salud en Colombia: otras evidencias*. Bogotá: Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo; Observatorio Universitario de Política Social y Calidad de Vida. Asociación Latinoamericana de Medicina Social-ALAMES.
- Martínez, P.; Rodríguez, O. y Agudelo, C. (2003) “Equidad en la política de reforma del sistema de salud”, en: Torres, M. (ed.) *¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud*. Bogotá: Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo; Observatorio Universitario de Política

Social y Calidad de Vida; Asociación Latinoamericana de Medicina Social-ALAMES.

Mesa-Lago, C. (1978) *Social Security in Latin America. Pressure Groups, Stratification, and Inequality*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

Mill, J. S. (1994) [1910] *Utilitarianism, on liberty, considerations on representative government*. London: Everyman.

Mkandawire, T. (2005) Targeting and Universalism in Poverty Reduction. Social Policy and Development Programme. Paper Number 23. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development.

Murray, C. J. L.; López, A. D. y Jamison, D. T. (1995) "La carga global de enfermedad en 1990: resumen de los resultados, análisis de la sensibilidad y orientaciones futuras", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 118 (5): 510-527.

Murray, C. J. L.; Kreuser, J. y Whang, W. (1995) "El análisis de la efectividad en función del costo y la elección de políticas: la inversión en los sistemas de salud", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 119 (1): 28-51.

Navarro, V. (1989) "*Why some Countries have National Health Insurance, others have National Health Services, and the U.S. has neither*", *Social Science and Medicine*, 28 (9): 887-898.

Navarro, V. (1998) *Neoliberalismo y el Estado de Bienestar*. 2ª ed. ampliada. Ariel. Barcelona.

Nellis, J. (2003) *Privatization in Latin America. Working Paper 31*. Center for Global Development: http://www.cgdev.org/wp/cgd_wp031.pdf. consultado en noviembre de 2003.

Nozick, R. (1974) *Anarchy, State and Utopia*. New York: Basic Books.

ONU-Organización de las Naciones Unidas (2001) *Derechos económicos, sociales y culturales*. Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Bogotá.

- OPS-Organización Panamericana de la Salud (2003) *A 25 años de la conferencia de Alma-Ata: ¿qué fue del lema "salud para todos"?* Comunicado de Prensa, Washington D.C., 28 de Agosto. En: www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps030828.htm. consultado en febrero de 2004.
- Polanyi, K. (1997) [1944] *La gran transformación. Crítica del liberalismo económico*. La Piqueta. Madrid.
- Rawls, J. (1997) [1971] *Teoría de la justicia*. Trad. María Dolores González. Fondo de Cultura Económica. México D.F.
- Rawls, J. (1985) "*Justice as Fairness: Political not Metaphysical*", *Philosophy and Public Affairs*, 14 (3): 223-251.
- Rawls, J. (1988) [1981] "Las libertades fundamentales y su prioridad", en: McMurrin, S.M. (ed.) *Libertad, igualdad y derecho*. Ariel, Barcelona.
- Restrepo, M. (2000) "La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada", en: Titelman, D. y Uthoff, A. *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de: Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia*, vol. 2. CEPAL, Fondo de Cultura Económica, Santiago de Chile.
- Restrepo Zea, J. H. (2004) "*¿Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud?*", *Gerencia y Políticas de Salud*, 3 (6): 8-34.
- Revista Semana (2004) "*Reenfocando el negocio*", nº 1.147, abril 26 a mayo 6: 247-248.
- Rodríguez, O. (comp.) (2002) *Los avatares del servicio de salud para pobres*. Tomo 2. Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Roemer, M. (1980) [1963] "Los modelos de servicios de salud en América Latina: Perú, Costa Rica, México, Brasil y Chile", en: *Perspectiva Mundial de los Sistema de Salud. Siglo XXI*, México D.F.
- Inclusión social: dimensiones, retos y políticas 13
- Rosanvallón, P. (1995) *La nueva cuestión social. Repensar el Estado providencia*. Manantial, Buenos Aires.

Sen, A. (1988) [1979] “¿Igualdad de qué?”, en: Mc Murrin, S. M. (ed.) *Libertad, igualdad y derecho*. Ariel, Barcelona.

Starfield, B. (2001) *Atención Primaria en Salud. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Masson, Fundació Jordi Gol i Gurina, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. Barcelo