

George A. O. Alleyne
Director, PAHO ·
17 October 1995

**LA REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD: SUS FUNDAMENTOS
Y LOS RETOS QUE PLANTEA A LA COOPERACIÓN TÉCNICA
(Santiago, Chile)**

En primer lugar, permítanme agradecerles la oportunidad de abordar este tema en este foro y ante tan distinguido grupo de personas, que han sido los artífices de la reforma que ha dado fama a Chile en toda la Región. El momento para realizar este foro no podía ser más oportuno, ya que ocurre apenas cuatro semanas después de que una sesión especial de la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud dedicó mucho tiempo y esfuerzo a examinar los procesos de la reforma del sector de la salud en las Américas.

Dicha sesión especial se llevó a cabo en cumplimiento del mandato dado a la Organización Panamericana de la Salud por la Cumbre de las Américas, realizada el año pasado en Miami, en la que participaron los jefes de Estado y de Gobierno del continente americano. En esa Cumbre los mandatarios americanos confirmaron su compromiso en favor de la preservación y el fortalecimiento de la comunidad de democracias de las Américas; la promoción de la prosperidad mediante la integración económica y el libre comercio; la erradicación de la pobreza y de la discriminación en nuestro continente y la garantía del desarrollo sostenible y la conservación de nuestro medio ambiente para las generaciones futuras.

Dentro del plan para la erradicación de la pobreza se asignó particular importancia al acceso equitativo a los servicios básicos de salud y se instó a convocar una reunión especial entre los gobiernos del continente, los donantes y los organismos técnicos internacionales interesados - que estaría patrocinada por el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y la OPS - con miras a establecer el marco de los mecanismos para la reforma de los sistemas de salud.

Los debates en la mencionada sesión especial de la reunión del Consejo Directivo permitieron constatar que casi todos los países de la Región están llevando a cabo un proceso de reforma del sector de la salud y, aunque cada uno de ellos está efectuando su reforma de conformidad con su realidad particular, ha quedado claro que hay algunos aspectos comunes a todos ellos. Considero que la OPS, además de apoyar a los países individualmente, tiene la responsabilidad de ayudarlos a que compartan sus experiencias y cooperen técnicamente entre sí, de tal manera que el intercambio recíproco los beneficie a todos.

Del documento presentado por Chile en esa oportunidad y de otros informes que he recibido puede concluirse que el proceso chileno de reforma sanitaria está muy avanzado, cosa que no nos

* **Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.**

sorprende, puesto que a lo largo de los años este país ha demostrado su liderazgo en muchos aspectos de la salud. Los indicadores de salud de Chile suscitarían la envidia de muchos países que tienen mayores riquezas nacionales. Tal como dijera recientemente el doctor Carlos Massad Abud, Ministro de Salud (en su ponencia de título "Principios orientadores para la reforma de la salud"): "Chile ha hecho bien las cosas". Pero a pesar de esta afirmación, para el señor Ministro sigue existiendo la necesidad de estudiar la realidad actual y de proponer un programa basado en los principios de equidad, descentralización y participación.

Los documentos preparados por nuestros Estados Miembros con motivo de la sesión especial me han hecho reflexionar acerca de las finalidades de la reforma del sector de la salud y, en especial, sobre las necesidades y los retos en cuanto a la cooperación técnica. Todos estamos de acuerdo con la premisa básica de que la finalidad de la reforma sanitaria es mantener y mejorar la salud y el bienestar de todos los ciudadanos.

Esta finalidad se fundamenta en un imperativo moral según el cual el ser humano es la verdadera razón de ser de la mayor parte de las actividades humanas y el bienestar es casi sinónimo del desarrollo humano. La salud de nuestra gente no es solo una manifestación de su bienestar, sino uno de los instrumentos más poderosos para lograrlo. Hay pocas metas que sean más nobles para el mundo en conjunto o para las naciones que lo conforman, y nosotros, los que tenemos una responsabilidad directa o indirecta de velar por la salud o de aportar los medios por los cuales esta se conserva o se restaura, tenemos una misión muy sagrada.

Pero el tema de la salud no puede ni debe ser abordado como una abstracción. Implícito en los esfuerzos de todos los países que han emprendido la reforma se halla el postulado de que la salud representa una función de producción de cierto conjunto de recursos que podemos definir. Estos recursos son múltiples y cada vez se hace más evidente que su modificación o manipulación de una manera sistémica es la forma de mejorar la salud de la población. Estos recursos también pueden considerarse como los factores determinantes de la salud, y algunos se modifican con mayor facilidad que otros. Resulta notable que el gasto no sea proporcional al poder de la función de producción de los diferentes recursos que producen la salud. Por lo tanto, aunque se sabe que la conducta individual y la colectiva desempeñan una función importante en determinar la salud y el bienestar, estos factores tienen muy poco peso en nuestros esquemas para la asignación de recursos. En un país grande de las Américas se ha calculado que no más de 2% del gasto en salud se dedica a cambiar para bien esos modos de comportamiento que tienen repercusiones negativas sobre la salud. Examinaremos más adelante por qué los servicios asistenciales consumen una parte tan grande del gasto y son tan importantes para el proceso de reforma del sector de la salud, a pesar de que el poder de su función de producción es relativamente bajo.

La necesidad de llevar a cabo la reforma no es nada nuevo y algunos dirían incluso, que todos los servicios de salud están en un proceso permanente de reforma; pero en este momento el interés por el tema es muy grande y cabe preguntarnos por qué. Puede haber variaciones en la importancia de las razones, pero creo que las más sobresalientes son el cambio en el clima social, el cambio en la percepción de la función del Estado y la tendencia concomitante a ser más eficiente en el uso de recursos en el sector público considerado en conjunto.

El cambio predominante en el clima social es la evolución de la economía latinoamericana, así como de la forma de organización del gobierno. Son numerosos los indicios de que los programas de estabilización y ajuste económicos han surtido efecto y, a pesar de las dificultades transitorias en algunos países, las perspectivas son buenas. La tasa de crecimiento de 3,5% en 1993 fue notable y ha habido un aumento en el consumo interno y las inversiones. En conjunto, la tendencia predominante es de entrada de capitales de inversión, y las tasas de inflación actuales son tan solo una fracción de las registradas en la sombría época de los años setenta. La posibilidad de que se formen bloques subregionales constituye una esperanza de mayor mejoramiento económico, y la reducción de las tasas de interés a nivel mundial ha reducido la carga del pago de la deuda.

Por lo tanto, hay razones para ser optimistas; pero al mismo tiempo, hay una gran preocupación de que la pobreza se haya extendido. El progreso, tal como el ocurrido a comienzos de los años noventa, se ha debido al aumento en el ingreso familiar; pero persisten las grandes disparidades en el ingreso, que en algunos casos han empeorado. Estudios recientes indican que la desigualdad en los ingresos es mayor para la región considerada en conjunto, y otros estudios revelan cuán grave es la pobreza en nuestros países a pesar del progreso económico.

La mala salud es uno de los aspectos más sobresalientes de esta inequidad económica y social. Numerosos estudios muestran cuán diferentes son las oportunidades vitales dependiendo de si la persona vive en una zona o país rico o pobre. Cálculos efectuados por la OPS muestran que, alrededor de 1990, las brechas reducibles de la mortalidad en muchos países no habían disminuido, y en algunos casos habían aumentado. Se calculaba que cada año podría haberse evitado la muerte de 1,5 millones de personas menores de 65 años de edad; indicadores tales como la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida también muestran marcadas diferencias entre los grupos. Esta relación entre pobreza y mala salud es compleja y probablemente representa una combinación de efectos individuales y estructurales. Sea cual fuere la relación, existe acuerdo general en el sentido de que el estado de mala salud es una fuerza motriz importante para la búsqueda de la equidad en los sistemas de salud.

La inequidad en los sistemas de salud también tiene dimensiones éticas. Históricamente, ha sido la profesión médica la que ha aceptado o a la que se ha confiado la responsabilidad moral de los asuntos de salud. Esto proviene de que su centro original de interés era el individuo, pero el alcance de la ética o de sus aplicaciones en el campo de la salud - es decir, la bioética - se ha ampliado. Como consecuencia, en nuestros días ya no se acude exclusivamente al profesional que puede curar, sino también a otros actores de la sociedad para tomar decisiones éticas acerca de la asignación de recursos. En el sector de la salud, donde por definición los recursos son limitados y las exigencias infinitas, la asignación de dichos recursos no es solo una cuestión económica, sino ética. Estos aspectos sociales y éticos relacionados con la reforma han recibido poca atención. Todo país interesado en la reforma sanitaria busca esta equidad y encuentra que es fácil de conceptualizar, pero difícil de cuantificar.

Creo, al igual que muchas otras personas, que hay tres manifestaciones de la equidad que son cuantificables, a saber: la igualdad en la utilización de los servicios, la igualdad de acceso y la igualdad de resultados. Igualdad en la utilización significa que, independientemente de sus características individuales, todas las personas con problemas similares deben poder usar plenamente los servicios para atender esos problemas. La igualdad de acceso implica que los

servicios deben dar la misma facilidad y oportunidad a los individuos sin que estos tengan temor a la discriminación. La igualdad de los resultados es más difícil de medir e implica que los servicios prestados deberían producir resultados idénticos.

La atención a estos problemas y los esfuerzos que se hagan para reducir la inequidad revelada por las diferencias en los resultados de salud son importantes no solo por razones éticas y morales, sino también por razones políticas. Las tensiones generadas por las desigualdades evidentes en la disponibilidad de bienes sociales pueden conducir a la inestabilidad política a tal punto que las bases mismas del Estado lleguen a tambalearse.

En nuestra Región, la forma de organización social ha cambiado y sigue cambiando. Las formas democráticas de gobierno constituyen la norma y considero que contribuyen a mejorar la calidad de vida y a crear la posibilidad de aumentar el desarrollo humano. Pero hay también pruebas fehacientes de una participación popular más activa en los asuntos públicos por intermedio de diversos actores de la sociedad civil, tales como las organizaciones no gubernamentales. Una participación más amplia de estos diversos actores ha influido en la forma y en la dinámica de la reforma del sector de la salud.

Se ha escrito mucho acerca de la transformación del Estado en América Latina y el Caribe. Hay coincidencia de opiniones en que a medida que la mayoría de los gobiernos avanzan hacia una sociedad más plural y hacia democracias liberales con economías de mercado, el papel del Estado debe cambiar. Sin embargo, no hay consenso acerca de cómo será ese Estado reformado. Una posibilidad plantea reducir la participación gubernamental en la producción de bienes y servicios y circunscribir al Estado a una función normativa mínima. La otra prevé un Estado de menor tamaño, pero con un gran poder de decisión en cuanto a la asignación de ciertos bienes públicos, entre los que se encuentran los diversos aspectos de la asistencia sanitaria.

La reforma del sector de la salud se verá muy influida por el tipo de reforma del Estado, y cada vez es mayor el acuerdo con respecto a la relación del Estado con el suministro de bienes de salud con miras a lograr la equidad. Existe coincidencia de opiniones en el sentido de que el Estado debería garantizar el acceso universal a la atención sanitaria básica. Creo que la prestación directa de servicios por el Estado debería ser proporcional al contenido de efectos externos de los mismos: A las externalidades A cuanto mayores sean los efectos externos de los servicios, mayor debe ser la responsabilidad del Estado. Además, dentro del contexto del acceso universal y la equidad, el Estado debe garantizar el suministro de un conjunto básico de servicios clínicos esenciales. La composición y costo de ese conjunto variará de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población y con la capacidad del Estado para pagar. Cuanto menores sean los efectos externos de los servicios, mayor será la posibilidad de que haya una pluralidad de proveedores.

El tercer factor de importancia que ha impulsado la reforma o influido en ella es la preocupación por el uso eficiente de los recursos. Los servicios asistenciales consumen la mayor parte de los fondos gastados en el sector. Estimamos que, en 1990, se gastaron en el sector de la salud de las Américas unos 800 mil millones de dólares, y correspondió a América Latina y el Caribe el 6,8% de dicha cantidad, cifra que representa el 6,24% del producto interno bruto. Entre los países que gastaron menos del 4% se encuentran Ecuador y Paraguay, mientras que Argentina, Costa Rica, Guyana y Jamaica gastaron más del 9%.

Las causas del aumento en el gasto sanitario son complejas, pero en general guardan relación con la demanda y, por supuesto, con la oferta. El aumento en la demanda refleja la disponibilidad de tecnología más costosa y el aumento de los años de vida de nuestras poblaciones, lo que genera cambios en el perfil de enfermedades. Este país, al igual que todos los otros de nuestro continente, tiene que hacer frente a las enfermedades crónicas y a los cambios biológicos relacionados con el envejecimiento, lo que representa un aumento de los gastos en el sector sanitario. La demanda también recibe la influencia del consumismo vinculado con la internacionalización de la cobertura de los temas de salud por los medios de comunicación. La disponibilidad de dinero también incrementa los gastos, y a medida que aumenta la riqueza de un país, sube el porcentaje que se gasta en salud. La reforma sanitaria está impulsada no solo por los gastos absolutos, sino también por la percepción del uso ineficiente de los fondos públicos.

Me he referido a la reforma del sector de la salud como si fuera un asunto meramente técnico guiado por un principio moral pero que se apoya en instrumentos y conceptos técnicamente adecuados. Sin embargo, no debemos nunca descuidar los aspectos políticos de dicha reforma. Es obvio que el clima político tiene que ser el adecuado para introducir cualquier reforma y, debido a que son tantos los interesados directos en el proceso de reforma, quienes lo inician deben forjar cuidadosamente las alianzas políticas necesarias. Incluso si hacemos a un lado el hecho de que todo cambio se percibe como una amenaza, en este caso varios de los interesados directos son algunos de los miembros más poderosos e influyentes de la comunidad. La simple posibilidad de pérdida de influencia o de ganancias por parte de la industria de la atención de salud puede bastar para provocar una reacción de tal magnitud que eche por tierra hasta la reforma sanitaria mejor concebida. En este contexto, la función de los medios de comunicación es crucial, puesto que son una fuerza importante cuando se trata de darle forma a la opinión pública.

La OPS tiene el compromiso de vigilar el proceso de reforma en los países y de prestar su cooperación técnica donde se necesite. Para cumplirlo nos regiremos por ciertos principios básicos. Concebimos el proceso de reforma como un medio de facilitar el progreso de los países hacia esa equidad social que es el principio fundamental de la meta de Salud para Todos. Invitamos a todos los países a reflexionar sobre lo que se ha alcanzado desde que acordaron buscar esa meta, a examinar lo adecuado de las estrategias que se aceptaron y, esperamos, fueron adoptadas. Les instamos a renovar su entusiasmo y sus prácticas y, por qué no, su fe en los principios que hacen de la Salud para Todos una meta noble. Seguiremos insistiendo en la importancia del Ministro de Salud en el proceso de reforma. Aunque puede ser necesario emprender otras acciones en el sector de la salud y aun cuando se acepten plenamente los enfoques intersectoriales para mejorar la situación de salud, los ministros de salud deben ser los protagonistas.

Seguiremos abogando, a los niveles más altos de los gobiernos, por que aumente el reconocimiento de la función de la salud en la sociedad. La mayoría de las acciones políticas están guiadas por la percepción popular, por lo tanto, la OPS debe ayudar a los ministros de salud para que el debate público sobre la reforma del sector se encauce apropiadamente.

Trataremos de colaborar con otros socios para prestar la cooperación adecuada en relación con los dos aspectos técnicos más importantes de la reforma del sector de la salud: la organización de los sistemas y servicios de salud y su financiamiento.

Además de nuestra cooperación técnica, fomentaremos la cooperación técnica entre los países en este campo. Los resultados del debate en la reunión de nuestro Consejo Directivo han revelado claramente la posibilidad de una provechosa cooperación entre los países. Esto puede lograrse mediante el intercambio de personal, pero también con el intercambio de experiencias. Este foro brinda una excelente oportunidad para este intercambio y confío en que todos los que están participando en él salgan de aquí no solo con mayor sabiduría, sino comprometidos a compartir su experiencia con otros. Sé que tendremos mucho que aprender porque, como bien dijera el ministro Massad Abud, "Chile ha hecho bien las cosas", y yo agregaría: "¡Ojalá siga así!"