

Algunos comentarios a las reformas sanitarias latinoamericanas desde España

Some comments on the health reforms in Latin America from the Spanish perspective

*Javier Rey del Castillo*⁵

Actualmente los servicios sanitarios no son sólo un instrumento para la protección de la salud de los ciudadanos, son también el ámbito de intereses de sectores económicos de enorme capacidad y poder. Entre ellos, la industria farmacéutica y otras tecnológicas, y la de seguros sanitarios (principalmente las norteamericanas) con vinculaciones directas con los sectores financieros que hoy dominan la economía del mundo globalizado. Esos intereses, y no tanto la extensión universal de la protección sanitaria, están condicionando en todas partes la constitución, formas de organización, niveles de protección de los servicios sanitarios y, en general, sus perspectivas de futuro.

Eso es así porque han cambiado sustancialmente las condiciones que determinaron la creación de los primeros servicios sanitarios “universales”. Las condiciones actuales son muy diferentes a las de entonces¹⁻³: en las ideas económicas dominantes, en solidaridad entre clases sociales, bases fiscales, desarrollo de tecnologías médicas, sistemas privados de seguro, y otras. En muchos casos son de sentido contrario y, por diferentes razones, poco favorables a que los países se doten de servicios sanitarios universales. Más bien al contrario: la tendencia es ir hacia sistemas de protección diferenciados para distintos grupos de población, incluso en los países que ya tenían constituidos servicios públicos y universales de salud⁴.

⁵Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, España. jrey@mspsi.es

Constatar este contexto desfavorable a la extensión de la protección sanitaria universal no impide reconocer la existencia de márgenes de maniobra en todos los países para mejorar la cobertura sanitaria y, sobre todo, para orientar la organización de sus servicios en el sentido “universalizador” al que se refiere el artículo de Ana Sojo. En esa línea, tiene un gran valor el análisis de las experiencias descritas en su trabajo, que comento a continuación.

Comienzo por referirme al caso de Colombia, donde un reconocimiento constitucional del derecho “a la salud” ha derivado en su judicialización. Sus consecuencias más adversas son, en primer lugar, hacer inviable económicamente la protección sanitaria universal. En segundo lugar, crear una profunda desigualdad, pues la posibilidad de reclamar el reembolso del gasto privado queda reservada a aquellos con recursos económicos suficientes, tanto para el pago inicial como para la posterior reclamación judicial. Los términos genéricos y amplios del reconocimiento constitucional de un “derecho a la salud” parecen favorecer las consecuencias indeseables descritas. Sería más adecuado regular este derecho en términos de “protección de la salud”, y remitir la forma de ejercerlo a leyes de desarrollo constitucional. Así es como está regulado este derecho en el artículo 43 de la Constitución Española de 1978, desarrollado posteriormente por la Ley General de Sanidad de 1986, que creó el Sistema Nacional de Salud. Esta forma de concretar el derecho a la salud, me parece una solución mucho más efectiva para avanzar en la universalización que declaraciones constitucionales de una supuesta mayor amplitud.

La segunda cuestión a resaltar es la extensión que han alcanzado en América Latina los modelos basados en la creación de mercados que se expresa en: (1) la separación de las funciones de financiamiento (preferentemente público) y provisión, que se califica como un “aspecto fundamental” en el caso de Colombia; (2) en la colaboración público-privada, a la que se alude en varios apartados del texto comentado; y (3) en un supuesto reforzamiento del papel “regulador de la calidad” por parte del Estado, al que se alude de manera también expresa en el caso de México, difícil de lograr en países en que ese papel carece de fortaleza y tradición.

La extensión de estos modelos en América Latina se ha asentado principalmente sobre programas patrocinados por el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial o el Banco Interamericano de Desarrollo. La separación de las

funciones entre financiación y provisión fue teorizada y puesta en práctica a finales de los años ochenta en el Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido y en Suecia. Su aplicación fue más cautelosa en Suecia, pero los cambios llevados a cabo en Inglaterra (no así en Escocia y Gales) han sido mucho más profundos, alterando de manera fundamental la organización y el funcionamiento del NHS inglés⁵. Esas reformas, desarrolladas por gobiernos laboristas y conservadores, han tenido principalmente un sustrato doctrinal o ideológico, en línea con las doctrinas económicas dominantes, más que una base real de análisis de los efectos de esa introducción⁶, y han derivado en la introducción de compañías de seguro y otros operadores privados en el NHS de Inglaterra. Cabe por eso poner en cuestión si estos modelos de reforma son los más adecuados para lograr el acceso universal a la protección sanitaria.

La experiencia de México permite resaltar una tercera cuestión. Como se indica en el trabajo de Ana Sojo: *... con la introducción en ese país del Seguro Popular de Salud (SPS) se amplía la cobertura del aseguramiento pero se profundiza [su] segmentación, ya que éste incluye garantías de financiamiento, pero no modifica la segmentación*. La cuestión es si con esta reforma se puede llegar a una verdadera universalización de la atención, con protección sanitaria de extensión similar para toda la población. En el propio artículo se da una respuesta al indicar que el SPS *abarca una gama de intervenciones que es menor a la cobertura global de riesgos de la seguridad social*. Es difícil pensar que para un sistema de prestaciones más reducido puedan buscarse bases fiscales que deberían ser aportadas principalmente por las clases medias, a cambio de una prestación menor. En mi opinión, la vía más adecuada y la única que garantiza la extensión universal e igualitaria es la implantación de mecanismos de acceso a servicios iguales y comunes, que no discriminen entre ciudadanos de diferente condición, con una vía de financiación común en un horizonte definido.

Hay además dos cuestiones que, a mi juicio, no están citadas con suficiente amplitud en el artículo y que considero de gran importancia al objetivo universalizador de la protección sanitaria en América Latina.

En primer lugar, el papel de la industria farmacéutica y otras tecnologías sanitarias para facilitar el acceso sostenible a los servicios de salud y no hipotecar el desarrollo de otros factores esenciales como son los recursos humanos. Respecto a esta cuestión cabe destacar el valor, para los servicios, de desarrollar un sector industrial far-

macéutico propio (Brasil ya lo está desarrollando), que pudiera establecer relaciones preferentes con el resto de los países del área. Las recientes operaciones de compra de varias empresas brasileñas fabricantes de medicamentos genéricos por algunas de las empresas farmacéuticas norteamericanas más importantes⁷ sirven para resaltar la importancia de esta cuestión.

En segundo lugar, los grados y formas de descentralización más adecuados para una protección sanitaria universal y de nivel similar en todos los territorios de un país. Diferentes países latinoamericanos han tenido procesos de descentralización que, en algunos, han sido planteados como parte importante de reformas sanitarias. Del análisis del proceso de descentralización sanitaria de España y otros países⁸ se pueden deducir experiencias de importancia para los servicios de salud: (1) el ámbito más adecuado para la protección universal sanitaria es el estatal-federal, con independencia de que la gestión de los servicios se lleve a cabo por entidades políticas subnacionales; (2) con frecuencia la descentralización se plantea como instrumento para liberar a las entidades políticas de nivel superior de las cargas económicas que suponen los servicios sanitarios, y el lenguaje de acercamiento de éstos a los ciudadanos no se acompaña del traspaso de los recursos necesarios para mantener los servicios, lo que crea dificultades para mantener niveles homogéneos de prestación; (3) son imprescindibles instrumentos de coordinación entre las entidades descentralizadas, para lo que es determinante una adecuada configuración de los órganos de coordinación, incluidos instrumentos financieros, sin los cuales la experiencia muestra que no es real la coordinación.

Referencias

1. Timmins N. *The five giants: a biography of the Welfare State*. London: Harper Collins; 1996. [Hay edición española: *Los cinco gigantes: una biografía del Estado de Bienestar*. Madrid: M^o de Trabajo y Asuntos Sociales; 2000.]
2. Rey Biel P, Rey del Castillo J. *Globalización y tecnologías sanitarias*. En: Sánchez Bayle M, Colomo C, Repeto C, editores. *Globalización y salud*. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP); 2005. p. 209-258.
3. Pollock AM, Price D. Rewriting the regulations: how the World Trade Organisation could accelerate privatization in health care systems. *The Lancet* 2000; 356:1995-2000.
4. Rey del Castillo J. *Las políticas sanitarias como parte del Estado de Bienestar*. En: Garde JA, editor. *Políticas sociales y Estado de Bienestar en España: Informe 2000*. Madrid: Fundación Hogar del Empleado; 2000. p. 225-278.
5. Pollock AM. *NHS plc: the privatisation of our health care*. London: Verso; 2004.
6. LeGrand J, Mays N, Mulligan JA. *Learning from the NHS internal market: a review of the evidence*. London: King' Fund; 1998.
7. Wharton University. Guerra de medicamentos: empresas farmacéuticas luchan por los genéricos brasileños. *Universia Knowledge Wharton. Economía de la Salud* [site en Internet]; 2011. [accesado 2011 fev. 24]. Accesible en: <http://www.knowledge.wharton.upenn.edu/category.cfm?cid=6>
8. Rey del Castillo J. *Descentralización de los servicios sanitarios: aspectos generales y análisis del caso español*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998.