

La política social y de salud en América Latina: un campo de lucha política

Social policy and health policy in Latin America: a field of political struggle

Política social e de saúde na América Latina: um campo de luta política

Asa Cristina Laurell ¹

doi: 10.1590/0102-311X00043916

La política social y de salud son partes integrales de los proyectos de sociedad, pero su lugar en ellos es diferente. Los gobiernos de derecha o neoliberales las ven como un ámbito que no pueden dejar de lado para no perder legitimidad, y como un terreno de clientelismo y de control poblacional corporativo. No obstante, su gran proyecto es constituir las en otro terreno de mercantilización y generación de ganancias para el capital.

En cambio, para los gobiernos de izquierda o progresistas la política social y, dentro de ella la de salud tienen alta prioridad al ser instrumentos para generar bienestar social y una vida digna para los ciudadanos. Sin embargo, cuando se instrumentan deficientemente o equivocadamente, no sólo se incumple su propósito, sino que pueden convertirse en una fuente importante de deslegitimación y descontento popular.

Los dos grandes patrones de política de salud, por un lado, la llamada Cobertura Universal en Salud (CUS) y, por el otro, el conocido como el Sistema Único de Salud (SUS), son expresiones de dos distintas maneras de pensar y (re)construir el Estado. De esta manera la CUS, o como se conoce en América Latina el “pluralismo estructurado” ¹, es el modelo promovido por el Estado Neoliberal, mientras que el SUS corresponde al Estado Social.

La CUS, en rigor, se refiere a la cobertura de un seguro y no al acceso universal a los servicios requeridos, ya que sólo ampara un paquete explícito y costado de servicios a la persona, dejando de lado las acciones de salud pública ². Su objetivo es introducir el mercado y la competencia, tanto en la administración de fondos/compra de servicios, como en la prestación de los servicios médicos, y en ambos casos se introducen agentes, tanto privados, como públicos. El contenido de los paquetes de servicios es variable según la prima pagada y se suelen usar fondos públicos para subsidiar el mercado. Los tres casos nacionales más conocidos de este modelo son los de Chile, Colombia y México que empero tienen algunas diferencias entre sí ³.

El SUS está encaminado a garantizar el derecho universal a la salud como responsabilidad del Estado. Se basa en el modelo inglés -original del Servicio Nacional de Salud- y tiene como características la gratuidad, la solidaridad, la redistribución, la universalidad con cobertura integral e integrada de servicios para toda la población y se financia con recursos fiscales. En los países latinoamericanos, donde este es el modelo, se encuentra inscrito en las constituciones bajo alguna modalidad ⁴.

Sin embargo, tanto los gobiernos-Estados neoliberales, mínimos o modernizados, como los gobiernos-Estados sociales de izquierda o progresistas, han tenido problemas para instrumentar la

¹ Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, Coyoacán, México.

Correspondencia

A. C. Laurell
Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.
Callejón de Chilpa 23-9, Col.
La Concepción, Coyoacán,
DF 04000, México.
laurell9998@gmail.com



Este es un artículo publicado en acceso abierto (Open Access), bajo licencia de Creative Commons Attribution, que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre que el trabajo original sea correctamente citado.

política de salud que parecería corresponder a su ideario político-ideológico. Las razones de ello son variadas y complejas y de orden económico, político, institucional e ideológico, o mejor dicho una mezcla de todas.

La noción de García Linera ⁵ de “materialidad institucional”, como una dimensión del Estado, permite acercarse a esta problemática. La existencia de instituciones, con su propia historicidad y estructuras, no se puede pasar por alto particularmente en el tránsito de una forma de Estado a otra, como es el caso tanto de la construcción del Estado neoliberal, como del Estado Social Democrático de Derecho.

En el primero la institucionalidad pública preexistente no ha podido ser sustituida por mandato con otra mercantil y privada sin graves problemas. En el caso de Colombia, donde el modelo CUS se implantó mediante la *Ley n. 100* en 1993, llevó con el tiempo a la quiebra económica del sistema en 2009, a pesar de varias reformas parciales anteriores. Con este acontecimiento se derrumbó no sólo el “caso de éxito” de este modelo, sino que se evidenciaron además problemas graves de negación de servicios y corrupción ⁶. La solución propuesta por el gobierno de subordinar el derecho a la salud a la suficiencia presupuestal fue derrotada por la movilización concertada entre distintos sectores de la población en la cual los trabajadores de la salud jugaron un papel importante ⁷.

Otro intento de implantación de la CUS en México ha fracasado en reorganizar el segmentado sistema de salud sobre los ejes de separación de las funciones de regulación, financiamiento, administración de fondos/compra de servicios y de su prestación. La razón es que el sector privado no puede sustituir al seguro social público que es el principal prestador de servicios en instalaciones y con personal propio, *so pena* de un colapso nacional de servicios. Así, la política de crear un “Sistema Nacional de Salud Universal” se encuentra estancada, a pesar presiones fuertes del sector asegurador privado, integrante poderoso del bloque en el poder. Esto se explica tanto por la imposibilidad de financiar tal sistema, como porque disminuiría drásticamente las prestaciones en salud de los derechohabientes del seguro social público -el 40% de la población-, originando un conflicto político profundo para un gobierno con serios problemas de legitimidad ⁸.

En cuanto a los SUS, sólo Cuba lo ha construido íntegramente. La mayoría de los gobiernos de izquierda ha introducido el SUS como obligación del Estado en sus constituciones, pero también han enfrentado problemas institucionales en su construcción. Son obstáculos de distinto tipo, relacionados con la debilitada estructura institucional pública, heredada de los gobiernos liberales y con el peso y poder del sector privado en salud.

Incluso las instituciones públicas de seguro social con frecuencia se han opuesto exitosamente a la integración del SUS. Paradójicamente, los grandes sindicatos han además mantenido o negociado seguros y/o servicios médicos privados como una prestación laboral, a pesar de que se esperaría que tuvieran un ideario de solidaridad, igualdad, redistribución y derecho a la salud como derecho ciudadano. Por otro lado, los intentos de *tabula rasa* han llevado a la construcción paralela de otro subsistema de salud que se erige en un nuevo obstáculo para la construcción del SUS. El caso más conocido es la Misión Barrio Adentro en Venezuela ⁹.

La permanencia o crecimiento del sector privado en el aseguramiento y/o la prestación de los servicios médicos no son un fenómeno inercial, ya que involucra intereses económicos y fuerzas con capacidad de generar o aprovechar conflictos políticos, contribuyendo activamente a deslegitimar gobiernos progresistas. Estas fuerzas han, además, ayudado a desfinanciar el sistema público con la captura de recursos fiscales directamente o vía la exención en el pago de impuestos.

A pesar de estos problemas los gobiernos progresistas que han optado por la CUS, han sido mucho más exitosos en expandir el acceso real a los servicios de salud que los gobiernos liberales. Por ejemplo, el SUS brasileño abrió el acceso a los servicios de salud a decenas de millones de personas antes excluidos de ellos ¹⁰. El gobierno chavista igualmente expandió los servicios a 17 millones de personas anteriormente carentes de ellos ⁹. Se observa, además, que hay un esfuerzo sostenido de construcción del sistema público con un enfoque de atención primaria de salud integral e integrada.

Su prioridad de una política social extensa se expresa en la inclusión de una serie de temas diversos. Destaca especialmente que abarca, tanto los bienes y servicios públicos, como la generación activa

de empleo y el incremento general de los ingresos. Las prioridades dentro de la política social varían de país a país, dependiendo de su problemática particular y los recursos disponibles.

El panorama de los países con gobiernos neoliberales es muy distinto. El gobierno mexicano ha tenido que reconocer que un 17% de la población carece de un seguro de salud (Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta intercensal México 2015. <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/default.aspx?c=33725&s=est>, accedido el Mar/2016), a pesar de que declaró la cobertura universal en 2012. A ello se añade que la cobertura de un seguro no garantiza el acceso a los servicios requeridos por dos razones. El primero es que el modelo CUS sólo garantiza el acceso a paquetes de servicios explícitos y reducidos, y el segundo que ni el sector privado, ni el gobierno, han cubierto el gran déficit de servicios, particularmente en las zonas más pobres del país. Otro tanto está ocurriendo en Colombia, donde la negación de servicios ha llevado a cientos de miles de amparos, y donde la Corte Constitucional ha declarado anticonstitucional la existencia de distintos paquetes de servicios según el pago realizado.

La política social en estos países es focalizada y minimalista y, generalmente, se realiza mediante programas de transferencia de renta condicionados a la adopción de conductas prescritas. A pesar de que el objetivo es atacar la transmisión intergeneracional de la pobreza, este no se ha verificado.

En el terreno ideológico la persistencia del modelo médico tiene mucho peso al igual que la idea de que la “buena medicina” es la que usa alta tecnología médica y medicamentos patentados de última generación. Esta ideología sigue siendo hegemónica, y no sólo es aceptada por los médicos y el personal de salud, sino también por muchos políticos y por la misma población. Tiene varios resultados negativos: encarece innecesariamente la atención médica; destruye los procedimientos clínicos, enajenan a los médicos, y provoca iatrogenias. Favorece los intereses y ganancias del complejo médico-industrial que la promueve por todos los medios.

Esta ideología se erige en un obstáculo para construir un sistema público de salud del enfoque de la salud colectiva, con su concepción de la determinación socio-histórica del proceso salud-enfermedad, y el correspondiente modelo de atención con la participación social, la intersectorialidad y la educación y promoción en el centro. Parece preciso asumir que se trata de crear otra cultura de salud que como tal se construye paso a paso, con una participación social sostenida. También se requiere de una reflexión sobre cuál es la especificidad del ámbito de salud en el conjunto de la política social.

La lucha por el derecho a la salud como un derecho ciudadano no es compatible con una concepción mercantil y restringido. Es por ello importante movilizar la participación social y combatir la idea de que el sector privado pueda jugar el papel de disminuir la presión sobre el sector público. Esta idea segmenta el sistema de salud e incrementa la desigualdad en el acceso a los servicios requeridos. Refuerza además la concepción del sistema público como un sistema pobre para los pobres.

1. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1997.
2. Heredia N, Laurell AC, Feo O, González-Guzmán R, Torres-Tovar M. The right to health: what model for Latin America. *Lancet* 2015; 385:e34-7.
3. Laurell AC, Herrera Ronquillo J. La Segunda Reforma de Salud: aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colect* 2010; 6:137-48.
4. Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2012.
5. García Linera A. Democracia, estado y nación. La Paz: Asamblea Legislativa Plurinacional; 2013.
6. Ardón N, Arévalo D, Asprilla G, Cardona A, Franco S, Fresneda O, et al. Voces críticas desde la academia sobre la emergencia social en salud. Bogotá: Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia; 2010. (Cuadernos del Doctorado, 13).
7. Torres-Tovar M. Resistencias y luchas sociales en Latinoamérica por la garantía del derecho a la salud. In: Telelboin C, Laurell AC, editores. Por el derecho universal a la salud. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2015. p. 99-120.
8. Laurell AC. The Mexican Popular Health Insurance: myths and realities. *Int J Health Serv* 2017; 45:161-87.
9. Armada F, Muntaner C, Chung H, Williams-Brennan L, Benach J. Barrio Adentro and the reduction of health inequalities in Venezuela: an appraisal of the first years. *Int J Health Serv* 2009; 39:161-87.
10. Fidelis de Almeida P. Mapeo de la APS en Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2014.

Recibido el 18/Mar/2016
Versión final presentada el 23/Jun/2016
Aprobado el 27/Jun/2016