

Las reformas estructurales en América Latina y el derecho a la salud

MARÍA ESPERANZA ECHEVERRY LÓPEZ*

RESUMEN: Este artículo intenta una caracterización del derecho a la salud, en el marco de las reformas sectoriales puestas en marcha en la región latinoamericana en las dos últimas décadas. Primero se hace una reflexión sobre los derechos sociales en los que se inscribe el derecho a la salud; luego se describe el marco jurídico internacional para mostrar el contenido del derecho a la salud y su potencialidad para avanzar en la construcción de alternativas para lograrlo y, finalmente, se hace referencia a las transformaciones estructurales en las que se asigna un nuevo papel al Estado en relación con la salud de la población y el cambio en el contenido de los principios de universalidad y equidad y en la arena política sectorial.

ABSTRACT: This article seeks to describe the right to health, as part of the sectoral reforms implemented in Latin America over the past two decades. It begins by reflecting on the social rights comprising the right to health and goes on to describe the international legal framework to show the contents of the right to health and its potential for advancing towards the construction of alternatives to achieve this and ends by referring to the structural transformations in which a new role is assigned to the state regarding the population's health and the change in contents of the principles of universality and equity in the sectoral political arena.

Palabras clave: derechos sociales, derecho a la salud, reformas estructurales.

Key words: social rights, right to health, structural reforms.

* Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco; magíster en Salud Pública y magíster en Ciencia Política; profesora de la Universidad de Antioquia en Medellín, Colombia. Correo electrónico: <esperanzaecheverry@yahoo.com.mx>.

EL ORIGEN Y LA FUNDAMENTACIÓN DE LOS DERECHOS SOCIALES

La salud es uno de los derechos económicos, sociales y culturales (en adelante DESC), los cuales refieren a la provisión del bienestar¹ y son considerados tanto un espacio de lucha social como una conquista de la humanidad para disminuir las desigualdades a través de la provisión de servicios por parte del Estado. Éstos empiezan a tener visibilidad internacional y formalización jurídica a partir de la segunda posguerra, en el marco de la construcción del Estado de bienestar.

Los derechos sociales en general, entendidos como garantías individuales y colectivas del Estado hacia los ciudadanos, son el principio fundacional de la sociedad moderna;² este vínculo histórico remite a su formalización normativa en la figura del Estado de derecho. Sin embargo, todos los derechos tienen, además de una expresión jurídica, una dimensión histórica, ética y política. Por eso se han configurado o consolidado en coyunturas históricas específicas en las que concurren transformaciones en el desarrollo socioeconómico de la sociedad y en el papel de Estado, en las luchas sociales y políticas y en las aspiraciones sobre la justicia, la libertad y la igualdad.

¹ El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, derivado de la carta de principios de las Naciones Unidas y suscrito por la mayoría de los países latinoamericanos, entró en vigencia en enero de 1976, y establece como tales el derecho al trabajo, la libertad sindical, la seguridad social, un nivel de vida adecuado —que incluya seguridad alimentaria, vestido y vivienda—, la salud, la educación y la participación en actividades científicas y culturales.

² Lo moderno refiere a un proceso histórico real y universal en el que concurren —no necesariamente en forma paralela, ya que puede ser disociada— dos elementos: *la modernización*, asociada al desarrollo del capitalismo de la ciencia y de la técnica, y *la modernidad*, considerada como el proceso histórico de construcción de actores sociales seculares —liberados de una visión sacralizada— del mundo y por tanto capaces de actuar sobre él. Una ampliación de esa discusión puede verse en Corredor (1997).

Además, los derechos pertenecen al ámbito de lo público, entendido en dos sentidos: el de la responsabilidad estatal y el de la construcción del interés colectivo, así tengan una esfera de disfrute, exigibilidad y garantía individual.

El origen y reconocimiento de los derechos y de las luchas sociales asociadas a su conquista transcurren, fundamentalmente, en el marco de los sistemas capitalistas y el pensamiento liberal, aunque el marxismo y el pensamiento socialista han enriquecido el debate alrededor de éstos. Destaco que no hay, entonces, un núcleo político único en la concepción y en la concreción jurídica de los derechos y que en el devenir del capitalismo, sin renunciar a su característica esencial de centralidad de la libertad y la supremacía de ésta sobre la igualdad, se han gestado luchas y avances significativos en el reconocimiento de aquéllos; aunque a juicio de algunos autores, para el caso de los DESC y a diferencia de los derechos civiles y políticos,³ hay una tensión manifiesta entre igualdad y libertad.

Algunos de los DESC, no obstante que tienen antecedentes desde finales del siglo XIX —emergen en la revolución industrial y en los sistemas de seguridad social de Alemania en 1881 y posteriormente en 1942 en Inglaterra—, se afirman fundamentalmente a partir la segunda mitad del siglo XX, en la posguerra y en el contexto de los Estados de bienestar keynesianos de amplio gasto público e intervención en la economía, provisión estatal de servicios sociales y estructura tributaria redistributiva (Uribe, 2000: 13; Uprimny, 1991: 6). Este proceso se concreta

³ Los derechos civiles son los asociados a la libertad: física, de palabra, de pensamiento, de culto; el derecho a la propiedad y a firmar contratos y el derecho a una justicia independiente por parte del Estado, con base en el principio de igualdad ante la ley; su constitución y reconocimiento ocurrió fundamentalmente durante el siglo XVIII. Los derechos políticos se desarrollaron en el siglo XIX y son el derecho al ejercicio del poder político, a elegir y ser elegido, al sufragio y a la participación política. Con base en Bustelo y Minujin (1998).

en el desarrollo de diversos instrumentos jurídicos nacionales e internacionales y en la institucionalidad del Estado para proveer y administrar las políticas sociales.

En cuanto a la fundamentación de los derechos, algunos autores, aunque comparten la perspectiva del vínculo histórico entre el desarrollo del Estado-nación moderno y el uso progresivo del derecho como instrumento de unificación y reforma, consideran que no existe una sustentación teórico-social del derecho más allá de esa concreción jurídica producto del desarrollo (Luhmann, 1998: 61; Torres, 1998: 74), la cual expresa aspiraciones y formaliza normas pero no garantiza su cumplimiento. Bobbio (1992: 121), refiriéndose a los derechos humanos, considera que la sustentación más fuerte es moral, en tanto son condiciones para la realización de valores últimos y precisamente por eso no se justifican, sino que se asumen, pero requieren la fuerza de la ley para superar el carácter exhortativo del argumento moral.

Aunque para los DESC se apela a la misma fundamentación moral de los derechos humanos, es decir, el derecho a la igualdad en la dignidad humana (Gosepath, 2001: 17-21), interesa destacar dos categorías para esa sustentación: el concepto de *ciudadanía social*, propuesto por Marshall,⁴ y el del *Estado social de derecho* (en adelante ESD) referidos, respectivamente, a la titularidad y a la responsabilidad y garantía de esos derechos.

Para Marshall, la ciudadanía en general es la pertenencia —articulada por un sentido compartido de justicia— a una comunidad política en donde todos tienen el mismo estatus, independientemente de la igualdad socio-económica, constituida por derechos y deberes y por una estructura institucional para

⁴ Thomas H. Marshall, en su ensayo “Ciudadanía y clase social”, según Bustelo y Minujin (1998: 71), establece el concepto de ciudadanía como el eje de la formulación de derechos.

ponerlos en marcha, que forma parte de la construcción histórica de cada sociedad y es producto de procesos protagonizados por diferentes grupos sociales (Bustelo y Minujin, 1998: 74). La ciudadanía social es portadora del derecho a tener un nivel adecuado de educación, salud, vivienda y seguridad social, según los estándares de la comunidad política de referencia (*Ibid.*: 72).

Así, la ciudadanía social tiene, a juicio de Marshall, tres implicaciones: la superación de la pobreza, entendida ésta a partir de la disminución de las restricciones materiales y de la dependencia de la asistencia estatal; la titularidad de derechos sociales para resolver no sólo necesidades humanas, sino como habilitaciones para el desarrollo y ejercicio de las capacidades, lo cual se concreta en un “piso” o conjunto de bienes y servicios esenciales para todas las personas, independientemente de su nivel de ingresos, y la constitución de sujetos o actores emancipados de la pobreza y la dependencia, potencialmente capaces de ganar espacio político o conquistar esos derechos (*Ibid.*: 75).

A juicio de algunos autores (De Souza, 1995: 296; Bustelo y Minujin, 1998: 73-75), el aporte de Marshall es el de hacer evidente la tensión entre igualdad y libertad en el capitalismo porque la construcción de derechos sociales —para garantizar el “piso” mencionado— apunta a mejorar universal y progresivamente la calidad de vida, es portadora del principio de igualdad y limita el sistema de estratificación social y la acumulación de capital, así no lo modifique estructuralmente, porque obliga a realizar acciones concretas para redistribuir el ingreso y la riqueza.

En cuanto a la categoría Estado social de derecho, su fundamentación descansa en que es condición necesaria pero insuficiente que el Estado garantice la libertad y la igualdad ante la ley, incluso con base en la tradición democrática de la soberanía popular y la voluntad mayoritaria; se requiere, además, la provisión y garantía de un nivel de igualdad social y de satisfacción de necesidades vitales para asegurar la dignidad humana y evitar que

la desigualdad vulnere la libertad individual y que las carencias materiales y la pobreza limiten o nieguen la participación política. Así, el escenario político e institucional para la realización de los DESC sería el Estado social de derecho,⁵ en tanto reconoce y concreta en bienes y servicios —provistos por el Estado— la dignidad humana y provee la base material para que las personas desplieguen sus capacidades como ciudadanos autónomos.

En las dos categorías teóricas enunciadas se destacan algunos elementos para pensar y contextualizar el derecho a la salud:

- a) Ciudadanía social y ESD mantienen la dimensión ética que fundamenta los derechos; además, articulan la dignidad a las necesidades humanas, cuya resolución no puede hacerse en el mercado o por la vía de sentimientos privados de compasión o caridad; esto sitúa el debate en el terreno político y abre otro camino para las alternativas frente a las actuales reformas en la provisión de servicios para la salud en América Latina.
- b) Recuperan la dimensión política de las políticas sociales y de los DESC no sólo desde el papel del Estado, sino de los actores sociales en tanto les reconoce la posibilidad de conquistar, ampliar o replantear esos derechos mediante la acción pública y el debate democrático, y la de controlar al Estado.

⁵ Según Rodrigo Uprimny (2001: 6), el Estado social de derecho proviene de una base ideológica llena de tensiones porque es el resultado contradictorio de tres tradiciones diversas: *la liberal*, que recoge las aspiraciones del Estado de derecho clásico del siglo XIX, el control constitucional y la división de poderes para limitar el poder del Estado y garantizar la libertad individual, la ley al servicio de la libertad; *la democrática*, basada en la soberanía popular y en la voluntad mayoritaria, en la cual la libertad es la participación en los destinos colectivos del orden político, y la del *Estado social*, sustentada en una base material provista por el Estado y abierta a la acción pública para garantizar un nivel de igualdad social para todos los asociados, pues aquí la libertad y la democracia derivan de prestaciones por parte del Estado.

- c) Remiten a pensar teórica y políticamente la tensión libertad-igualdad en sociedades capitalistas. Así, la pregunta de Amartya Sen (“¿igualdad de qué y para qué?”) pone en el centro de los proyectos de sociedad la aspiración a la redistribución de la riqueza y del ingreso y su viabilidad real en los escenarios socio-económicos del continente atravesados por la impronta o por la secuela neoliberal y la mercantilización de las políticas públicas que concretan los DESC, y en los que también un ESD por construir en tiempos de globalización no pueda ser puesto en marcha con los parámetros del anterior Estado de bienestar, y tampoco puede ni debe —por razones éticas y de seguridad política— ignorar las demandas de justicia social en América Latina, por cierto, una de las regiones más desiguales del mundo.

El concepto de “piso” universal, propuesto por Marshall para concretar la ciudadanía social, permitiría la definición de un contenido irreductible para el derecho a la salud y abriría el espacio para su ampliación de acuerdo con la acción política y la complejidad o las particularidades culturales o nacionales para delimitarlo.

EL MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL Y EL CONTENIDO DEL DERECHO A LA SALUD

Las primeras leyes de protección a la salud se originaron en Inglaterra, en el siglo XVIII, durante la revolución industrial,⁶ pero

⁶ Uribe (2000: 11-12). El autor señala que las condiciones de trabajo y de explotación dieron lugar en el siglo XIX a la intervención del Estado para enfrentar la proliferación de indigentes, desempleados y excluidos del naciente

el derecho a la salud —como expresión normativa y continuidad en las políticas de salud y en los planes de desarrollo—, siguiendo la línea de los otros DESC, se reconoce y consagra en el siglo XX, después de la segunda guerra mundial, y se le incluye específicamente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en 1948, en el marco de la construcción del Estado-nación y de una concepción de desarrollo sustentada en el Estado de bienestar. Su fundamentación recurre más a la moral que a la política, en tanto que el derecho a la salud invoca la igualdad en la dignidad humana.

Diversos autores (Uribe, 2000: 12-13; Paredes, 2003: 14-15; Uprimny, 2001: 6-8) reconocen la influencia del socialismo en ese proceso de construcción de los DESC, y dentro de éstos el derecho a la salud. Pensados inicialmente para los trabajadores, se fueron extendiendo en su formulación normativa, y como objetivo del desarrollo, a la sociedad en su conjunto.

A pesar de las dificultades teóricas para definir operativamente el derecho a la salud, hay una tradición en el derecho internacional al reconocimiento de la salud como derecho fundamental,⁷ desde la Declaración Universal de los Derecho Humanos, los

capitalismo industrial, y a leyes sobre la salud de los aprendices en 1802 y a la Ley de Salud Pública en 1848, ambas en Inglaterra.

⁷ La definición de la salud como derecho humano fundamental implica, de acuerdo con la fundamentación jurídica internacional y las propuestas de organizaciones de la sociedad civil, acoger y traducir en políticas públicas *las características y los principios rectores de los derechos humanos: universalidad y accesibilidad* en la asistencia sanitaria para todos sustentada en la condición de ser humano; *indivisibilidad e interdependencia*, que supone el reconocimiento en la práctica a la salud como componente del bienestar y la integralidad de las políticas sociales; *dimensión individual y colectiva*, porque la salud individual depende y afecta a otros, y porque la prestación de servicios debe garantizar la asistencia individual y la salubridad pública; *progresividad e irreversibilidad*, que implica una inversión estatal sistemática en la vía de la universalidad y el no retroceso en los logros alcanzados; *irrenunciabilidad*, porque ningún ser humano puede renunciar a sus derechos fundamentales y ninguna organización social puede arrebatárselos; *gratuidad*, asumida como la no sujeción a restricciones económicas para el acce-

principios constitutivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), hasta el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966, pasando por los instrumentos regionales para América, las declaraciones específicas para salud, como la de Alma Atta, y las convenciones de protección a grupos específicos⁸ (Provea, 2000: 33-51).

Pese a la dificultad para definir operativamente el derecho a la salud, los instrumentos descritos avanzaron en la articulación de la salud, el desarrollo y la calidad de vida, y en algunos casos lograron la inclusión de contenidos de la ciudadanía social en las políticas públicas, precisamente porque fueron formulados durante la construcción del Estado de bienestar.

so, y *equidad*, basada en el principio de justicia distributiva de “a cada cual según su necesidad y de cada cual según su capacidad”; “*un piso*”—no un techo— en el alcance, contenido y características de los servicios, por debajo del cual la trasgresión del Estado significaría inconstitucionalidad; y *provisión de recursos jurídicos*, rápidos, eficaces y sencillos al alcance de la población para reclamar ante el Estado el cumplimiento de ese derecho (Provea, 2000: 27-132).

⁸ La Declaración Universal de los Derechos Humanos, formulada después de la segunda guerra mundial con la constitución de la Organización de Naciones Unidas, reconoce en su artículo 25, parágrafo 1, el derecho a la salud. Los principios constitutivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) le otorgan en 1946 el carácter de derecho fundamental (OPS, 1991: 23). El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptado por la Asamblea General de la ONU en 1966, que entra en vigencia en 1976, establece en el artículo 12 como compromiso de los Estados: la reducción de morbi-mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento de la higiene en el trabajo y en el medio ambiente; la prevención, lucha y tratamiento de enfermedades y las condiciones para asegurar servicios médicos universales en caso de enfermedad. En cuanto a instrumentos regionales, la Declaración Americana de los Deberes y Derechos del Hombre —aprobada en 1948— y la Convención Americana sobre Derechos Humanos —aprobada en 1969— reconocen la interdependencia de la salud con las condiciones de vida y aluden a la cooperación técnica y económica para el logro progresivo de los derechos sociales. Otros convenios formulados desde entonces establecen la protección de la salud de grupos específicos de población.

A partir de los años ochenta, con el tránsito hacia reformas pro-mercado y el consecuente recorte de la financiación y regulación estatal en el ámbito del bienestar en América Latina, los contenidos y alcances de los DESC se reducen, pero precisamente por el balance social regresivo de las reformas en curso, estos instrumentos mantienen y renuevan su valor simbólico, ético y político y son la base para avanzar en la búsqueda del reconocimiento internacional de la salud como derecho humano fundamental, y evidencian que el derecho también es un espacio político de construcción de alternativas. No obstante, ese marco jurídico aun antes del proceso de ajuste estructural no tuvo la fuerza suficiente para dejar incluido en la normatividad de los Estados, aunque sea en parte, el cumplimiento de los principios de universalidad y equidad, y en el imaginario colectivo la conciencia para su defensa.

EL DERECHO A LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA AL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA

La situación del derecho a la salud en América Latina requiere examinarse hoy a la luz de la transición a un modelo de desarrollo —el neoliberal— que se inicia en el mundo a finales de la década de los años setenta, inscrito en un reordenamiento mundial del capital, el cual se propone, desde la línea de pensamiento de la Escuela de Chicago, una solución a la crisis mundial del capitalismo a través de una nueva forma de acumulación de capital con crecimiento hacia fuera, en donde todos los sectores sociales deben volverse rentables. De ahí la necesidad de redefinir la política social a través de una reforma del Estado que garantice el funcionamiento del mercado con el mínimo posible de obstáculos.⁹

⁹ Para una explicación más amplia, véase Laurell (1997). La autora sostiene que el interés en convertir los servicios y beneficios sociales en ámbito de ganancia

Algunos especialistas (Tetelboin, 1998a: 502-507; 1998b: 39-59; Laurell, 1997: 13) consideran ese proceso de transición como una transformación estructural, por cuanto representa la emergencia y consolidación de un nuevo proyecto de sociedad, con una profundización del desigual orden económico mundial, un fuerte componente político e ideológico sustentado en la crítica al Estado de bienestar, en la exaltación del mercado y del individualismo, y una nueva correlación de fuerzas, que en lo económico se produce a través de la formación de bloques económicos y tratados de libre comercio, y en las decisiones de gobierno a través del crecimiento del poder de la tecnocracia.

En este contexto se configura también otra transformación estructural: la del derecho a la salud, su mercantilización y reducción de su dimensión pública.

A continuación se traza un perfil de esa transición con base en el nuevo papel del Estado, en el cambio en el contenido y en las implicaciones de política pública de los principios de universalidad y equidad, y en la transformación de la arena política sectorial.

El nuevo papel del Estado

La reforma del Estado, uno de los pilares del reordenamiento del capitalismo hacia la consolidación del proyecto neoliberal, es, según Almeida (2001: 29-30), un proceso mundial a partir de los ochenta, que como ningún otro tiene una agenda amplia, homogénea y difundida, y supone profundas transformaciones jurídicas, institucionales y políticas de mediana duración. Por eso,

y generación de capital obedece a que la administración y producción del bienestar social representaba en los años noventa del siglo XX entre 20 por ciento y 45 por ciento del PIB mundial, mientras que los servicios de salud representan entre el 5 por ciento y el 13 por ciento del PIB.

a pesar de dos etapas cuyo límite diferenciador se identifica en la década de los noventa, su esencia estratégica se ha mantenido (Laurell y López, 1996).¹⁰

El centro de ese amplio proyecto de reforma es la crítica neoliberal al Estado de bienestar, según la cual la intervención estatal, en general, no es conveniente en tanto genera dependencia, desestimula la inversión productiva, el trabajo y la iniciativa individual, además de que requiere de un gasto considerable, responsable en gran medida de la crisis fiscal. En el ámbito social, la acción estatal es especialmente ineficiente porque no se compensa con los resultados obtenidos y se caracteriza por bajas coberturas y segmentación en la provisión de servicios sociales (*Ibid.*: 17).

Se plantean, entonces, dos argumentos para sustentar el papel activo del mercado: *a)* corrige las fallas y la ineficiencia de la intervención social del Estado, y *b)* responde al hecho de que los recursos públicos son escasos e insuficientes para financiarla. Se configura así una nueva concepción y práctica del bienestar, como un asunto privado que se resuelve en buena medida en el mercado, con la participación de la familia y la comunidad, y en el cual el costo de los servicios debe ser asumido por la población, parcialmente en el mejor de los casos, en un contexto de flexibilización laboral y de reducción de ingresos reales. Quienes discrepan sólidamente de estos argumentos y justificaciones

¹⁰ Se habla de dos momentos distintos en el proceso de reforma del Estado; el primero en los años ochenta, de “hegemonía neoliberal, más ideológico que técnico con una crítica radical al Estado de bienestar y con políticas centradas en la contención de costos, en un duro ajuste fiscal y en una exaltación del individualismo”. En los noventa, los procesos de reforma intentan remediar los problemas exacerbados por las políticas del periodo anterior y buscan la fundamentación técnica de las propuestas, pero en esencia mantienen la perspectiva del Estado mínimo. Para el caso del sector salud, Laurell y López (1996: 2-3) también dan cuenta de esos dos momentos de expresión sectorial de la reforma del Estado, pero afirman que el segundo fue consensuado con organismos internacionales, ONG e importantes actores sociales.

muestran que lo que realmente se proponen las transformaciones estatales es garantizar el pago de la deuda externa de los países en donde se implementan y la transferencia de recursos de los más pobres a los más ricos vía la mercantilización de servicios (Navarro, 2001: 35-36; Laurell y López, 1996: 3).

La nueva política social cumple dos objetivos: contribuir desde el Estado a la reestructuración del mercado, volviendo rentable el bienestar, e incorporar las transformaciones institucionales necesarias para adecuar el papel de los sectores sociales a las nuevas exigencias de modernización y funcionamiento del mercado. Las estrategias para hacerlo son las reformas a los diversos sectores, la privatización, la desregulación, la focalización y la flexibilización laboral (Breilh, 1994: 23), con la consecuente reducción o eliminación de mecanismos de negociación colectiva de intereses y derechos sociales.

Las reformas a la salud en América Latina están, entonces, vinculadas a ese proyecto más amplio de reordenamiento de la sociedad y de refundación de la política social, con los lineamientos de los organismos multilaterales de crédito.

Pese a las diferencias y reelaboraciones entre países, la agenda promovida por el Banco Mundial para el continente es en esencia la misma y se concreta en: *a*) la focalización —estrategia para identificar a la población en extrema pobreza, en la cual se concentra el gasto estatal vía subsidios—; *b*) la provisión estatal de acciones de salud que no son rentables para el mercado —es el caso de los servicios de salud pública—, y *c*) la regulación selectiva del mercado de salud y de las nuevas reglas de juego sectoriales determinadas por la competencia.

De ahí se deriva la *transformación en el financiamiento, en la composición público-privada* y en la prestación de servicios con un fuerte componente de *traslado de costos a la población* y de racionalización del gasto (Laurell y López, 1996: 3-5; Almeida, 2001: 41).

También en algunos países —es el caso de Colombia, Chile y más recientemente México— se ha implantado *el aseguramiento en salud*.

En las reformas latinoamericanas concurrieron varias situaciones: la profundización de la pobreza y de las desigualdades en salud, la disminución del gasto sectorial y la emergencia de nuevos actores y demandas, en un escenario de presiones por el pago de la deuda y de adecuación sectorial, prioritaria para los planes de ajuste y estabilización macroeconómica.

En síntesis, el nuevo papel del Estado en materia de salud transita de las necesidades de la población a la recomposición de políticas de salud y sistemas de prestación de servicios para hacer funcional el sector a las demandas del capital. Es cierto que un nivel de salud que redujera las desigualdades socio-sanitarias o garantizara el acceso universal a los servicios no se logró alcanzar en la región durante el Estado de bienestar, pero se mantenía la vigencia de los principios de universalidad y equidad, insuficientes pero en alguna medida coherentes con objetivos concretos —inclusión social vía aumento de coberturas y planeación con base en necesidades, por ejemplo— y además vinculados a una representación colectiva de la salud como necesidad vital humana.

De la universalidad a la focalización

La estrategia de focalización —centro de la nueva política social— consiste en identificar y seleccionar de entre la población pobre, mediante instrumentos y criterios establecidos por los gobiernos nacionales, a los extremadamente pobres para concentrar ahí la inversión social; en el caso de la salud, para definir quiénes deben recibir servicios de salud subsidiados por el Estado. Para algunos autores (Hernández, 1997: 65-67; Vega, 2002: 55), la focali-

zación significa no sólo un mecanismo para atenuar en los sectores sociales más pobres el impacto de la inequidad generada por las políticas económicas, sino un cambio en el sustento ético-político de los sistemas de salud, con base en el principio utilitarista¹¹ de justicia distributiva del “Estado mínimo decente”,¹² según el cual el Estado otorga un mínimo de servicios, que aparecen más como concesiones que como derechos, para “igualar” un punto de partida que permita a los individuos competir en el mercado.

Es así como la universalidad, antes de la reforma fundamentada en el principio de justicia socialdemócrata de “dar a cada cual según su necesidad y recibir de cada quien según su capacidad” (Hernández, 1997: 64), se reduce a ofrecer “paquetes básicos” de servicios para los más pobres, establecidos con criterios de costo-eficiencia que desconocen o desplazan las necesidades de la población.

Por otro lado, la focalización en los países latinoamericanos con altos niveles de pobreza y desigualdad representa más una estrategia de exclusión que de inclusión por dos razones: en primer lugar porque, como los criterios de identificación y selección

¹¹ El utilitarismo es una concepción filosófica inscrita en la teoría liberal de la justicia distributiva, según la cual las decisiones sociales deben guiarse por los efectos prácticos y la utilidad que producen. En el ámbito de la justicia sanitaria supone la maximización del principio de costo-eficiencia, “lograr el mayor bien para el mayor número posible de personas”, e implica determinar el valor de las intervenciones sanitarias en términos de consecuencias mensurables. Así, algunas personas podrían no recibir servicios porque esa inversión no aporta a la utilidad global. Esta discusión puede verse en Álvarez (2001), Hernández (1997) y Vega (2002).

¹² La justicia distributiva es un concepto que se refiere a los criterios con los cuales el Estado y la sociedad reparten lo que se considera el “bien común”; así, cada quien recibiría lo que se merece. La justicia sanitaria es la aplicación de la justicia distributiva al campo de la salud, pero tanto la definición de qué es lo que cada quien merece como la de los criterios de asignación pasan por la valoración social de lo justo y por el debate político. Hernández (1997: 62) menciona cuatro corrientes en la filosofía política de occidente que se han ocupado de la justicia distributiva: el naturalismo, el liberalismo, el socialismo y la socialdemocracia.

de la población y los puntos de corte para alcanzar la condición de beneficiario son minimalistas, dejan fuera a la mayoría de los pobres, y en segundo lugar porque desde su diseño los instrumentos de medición no dan cuenta de la heterogeneidad y complejidad de la pobreza urbana, más ligada en algunas regiones a los ingresos y al empleo que a la tenencia o disponibilidad de vivienda y servicios públicos básicos.

De la equidad a la imparcialidad financiera

El principio de equidad garantizado por el Estado, ahora vía focalización, se circunscribe a satisfacer un nivel mínimo de necesidades, definido técnicamente como punto de partida para competir en el mercado. Por eso en el lenguaje de las políticas sociales se habla de “salud básica”.

Pero además del cambio descrito en la fundamentación de la justicia distributiva, la concepción de equidad, considerada antes de la reforma como un nivel de igualdad en las condiciones socio-sanitarias y en el acceso a los servicios de salud con carácter universal, se ha visto reducida y homologada a la de imparcialidad financiera —vaciándola de su contenido ético-político—, en especial después del informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2000 sobre el desempeño de los sistemas de salud, en el cual esta imparcialidad, según González (2001: 39-47), privilegia la proporcionalidad en el financiamiento de los sistemas de salud y en el gasto en salud de los hogares y es incompatible con la equidad, porque ésta implica incorporar los conceptos de justicia y no discriminación, los cuales superan la proporcionalidad.¹³

¹³ Siguiendo el informe de la OMS, el autor describe los conceptos del informe: el aseguramiento y la universalidad se refieren a la provisión de un seguro de salud para todos; el umbral de subsistencia se refiere a que deben participar en la financiación de

Del nuevo concepto de equidad promovido por la OMS cabe destacar dos implicaciones para concretar el derecho a la salud: en primer lugar, el gasto de bolsillo en salud representa los pagos que los hogares realizan directamente a los proveedores de servicios de salud; no incluye los aportes obligatorios al sistema de salud, como son los impuestos a la nómina, ni los pagos por seguros privados de salud y se le considera una de las fuentes más inequitativas de financiamiento de un sistema de salud (Castaño, Arbeláez, Guideón y Morales, 2001: 6). Un estudio reciente muestra que los pagos de bolsillo en la mayoría de los países con los cuales el Banco Mundial tiene convenios de cooperación son regresivos porque absorben, proporcionalmente, una mayor parte de los ingresos de las familias pobres respecto a los de las familias ricas (Wagstaff, 2002: 321). Otros estudios en Colombia, país al que la OMS otorgó el primer lugar en equidad financiera en el año 2000, muestran los mismos resultados (Castaño, *et al.*, 2001: 30; DANE, 2001: 130). Estas evidencias confirman la tesis de López y Laurell (1996: 3) sobre la transferencia de recursos de los más pobres a los más ricos, como verdadera intencionalidad de la reforma y la muestran como factor de empobrecimiento de la población, invirtiendo el principio de equidad.

En segundo lugar, las contundentes interrelaciones entre salud y condiciones de vida demuestran que no es posible construir equidad sectorial apelando sólo al diseño técnico, en especial en sistemas sociales y políticos profundamente desiguales, como los de América Latina. En ese sentido, la propuesta de la salud como derecho humano fundamental, en tanto articula el derecho a la salud con un nivel de bienestar definido en cada sociedad, es una alternativa en la búsqueda de la equidad.

un sistema de salud sólo aquellos hogares cuyos ingresos sean superiores a los requerimientos alimenticios, y la proporcionalidad a que el gasto en salud de los hogares, como porcentaje del ingreso, se mantenga constante.

Del acceso universal como aspiración frustrada a la profundización de las desigualdades y a la legitimación de la exclusión en el acceso a los servicios

Otro de los ejes centrales de las reformas a la salud promovidas por el Banco Mundial para América Latina es el de la reestructuración de la organización y prestación de los servicios de salud, con base en una visión económica en la cual los servicios clínicos son considerados bienes privados porque satisfacen necesidades individuales, se consumen en cantidad variable y también individualmente y por tanto es injusto que sean financiados con fondos públicos, se agotan en el consumo y por eso las personas estarían dispuestas a pagar por ellos. Es así como, en la reorganización introducida por las reformas, estos bienes se ofertan y compran en el mercado bajo el principio de libre elección.

Los bienes públicos, por el contrario, no generan rivalidad entre consumidores, es decir, su consumo por una persona no impide o compite con el consumo de otras; no son excluyentes, el no pago o el disfrute por algunos consumidores no impide los beneficios para todos, por eso son universales y tienen alto impacto colectivo por sus externalidades negativas o positivas (por ejemplo, un programa de vacunación protege de epidemias a toda la población y no sólo a los vacunados); ni, finalmente, son atractivos para el mercado porque la gente no estaría dispuesta a pagar por ellos de manera directa, en tanto no derivan un beneficio personal tangible o expreso, por eso el Estado debe proveerlos. En materia de salud, los bienes públicos los constituyen las acciones de control y prevención de enfermedades, la salubridad pública —control de vectores y contaminación ambiental—, la provisión de información y la vigilancia epidemiológica.¹⁴

¹⁴ Una ampliación de la definición de bienes públicos y privados en salud y de sus efectos en la reorganización de los sistemas de salud puede verse en Hernández y Vega (2001).

La reestructuración implementada de lo público y lo privado tiene efectos que producen un aumento de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud. Profundiza dos características crónicas de los sistemas de salud latinoamericanos: la segmentación, que se manifiesta en servicios diferenciales y excluyentes para los distintos grupos de población, en detrimento de los pobres y los trabajadores, y en las barreras económicas de acceso a los servicios, las cuales, paradójicamente, fueron utilizadas como argumento sólido a favor de las reformas con la promesa de corregir este problema.¹⁵ La profundización de la segmentación entre lo público y lo privado se concreta en dos estrategias complementarias: el Estado subsidia un paquete de servicios básicos para los más pobres, en una versión moderna de la asistencia pública, mientras otro segmento de la población, para el cual la estrategia es la privatización selectiva, compra servicios como “cliente”, de acuerdo con su capacidad de pago. Además, es posible agregar otros sectores: la población pobre excluida de la focalización y sin capacidad de pago y los trabajadores empobrecidos con escaso poder de compra de servicios más allá de los planes de seguros.

Por otro lado, si el centro de esta reorganización es el pago por los servicios es posible que en la situación de empobrecimiento, y de aumento de la brecha de ingresos y la reducción de los mismos en la región, las barreras económicas de acceso a los servicios hayan aumentado.

¹⁵ Almeida (2001), *op. cit.*, p. 41. Véase también Frenk y Londoño (1998). Los dos trabajos, desde perspectivas analíticas distintas, plantean como razones para sustentar la necesidad de las reformas a la salud en América Latina las inequidades no resueltas evidentes en la segmentación de los sistemas de salud y las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, especialmente por barreras económicas. La reforma —según Frenk y Londoño— ofrecía una solución técnica, factible y de corto plazo para resolver estos problemas.

Con las reformas, la acción estatal se ha concentrado en la focalización y en la regulación del mercado, y en muchos casos ni siquiera ha cumplido con las metas trazadas desde esta perspectiva minimalista. Sus efectos más sensibles se han dado en las condiciones de salud de la población, a través de la re-emergencia de enfermedades prevenibles, el aumento de incidencia de enfermedades antes controladas y el descenso significativo en las coberturas de inmunizaciones.¹⁶ También el nuevo contenido de la promoción y la prevención en salud con énfasis en el autocuidado expresa el individualismo promovido por las reformas.

CONCLUSIÓN

El origen y la construcción de los derechos sociales, y en particular el derecho a la salud, muestran, por una parte, que el marco jurídico internacional, aunque reconoce y concreta en pactos y en normas la relación entre salud y calidad de vida, no ha tenido la fuerza suficiente ni ha generado mecanismos de presión y exigibilidad jurídica para la realización concreta de ese derecho. Esta situación es anterior a la reforma. Viene desde el periodo posterior a la segunda guerra mundial y se inscribe en los precarios Estados de bienestar que se construyeron en el continente; por esta razón, la reforma a la salud se despliega sobre un trasfondo históricamente no resuelto de inequidades socio-sanitarias y de exclusión y segmentación del derecho a la salud, y representa, por la vía de los cambios estructurales en la concepción y contenido de la política social, orientados a la mercantilización, privatización y desregulación estatal, una profundización de esas inequidades y exclusiones inscritas en la transición a un nuevo modelo de desarrollo, el

¹⁶ Una ampliación de los efectos de las reformas en salud sobre la salud pública latinoamericana puede verse en Breilh (1994).

cual privilegia la búsqueda de rentabilidad sobre el bienestar y la garantía de derechos universales para la población.

Por otra parte, los actores sociales también han jugado un papel importante en la configuración histórica del derecho a la salud, aunque la acción de los que más poder e incidencia tienen no recoja las aspiraciones formuladas en los pactos internacionales. La reforma hace evidente dos realidades nuevas: el derecho a la salud como un asunto de interés público y de creciente importancia en la agenda de los gobiernos, ya no por la vigencia de las normas internacionales y de los compromisos pactados por los Estados, sino por su disminución en el contenido del derecho a la salud, en especial para los más pobres, que es expresión de un cambio en los principios de universalidad y equidad y en los fundamentos morales del sistema de salud. La otra realidad es la emergencia de nuevos actores, algunos de ellos apuntando al reconocimiento del derecho a la salud como un derecho fundamental, desplegando su acción, entre otros espacios, en los de la globalización, pero en todo caso aportando una nueva configuración de la arena sectorial como lugar de lucha por ese derecho.

Sin embargo, en el escenario actual sigue pendiente la respuesta a la pregunta acerca de cómo repensar y reconstruir los derechos sociales y el papel del Estado —diseñados para Estados nacionales y para una concepción del desarrollo articulada por la relación capital-trabajo, en el horizonte de una globalización justa. Si bien habría que sopesar algunas críticas al Estado de bienestar, tampoco puede decirse que la intervención social y la regulación estatal hayan desaparecido como opción en el debate político contemporáneo. Un escenario posible para la realización progresiva de la ciudadanía social es un Estado social de derecho, que aún está por construirse, en la vía de globalizar y universalizar la justicia social.

BIBLIOGRAFÍA

- ALMEIDA, Celia. “Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud”. *Cuadernos Médico Sociales*. Rosario, Argentina, 79 (1) (2001).
- ÁLVAREZ C. Luz Stella. “Introducción”. En *Pensamiento en salud pública. El derecho a la salud. Facultad Nacional de Salud Pública*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, 2001.
- BOBBIO, Norberto. *El problema de la guerra y las vías de la paz*. Barcelona: Gedisa, 1992.
- BREILH, Jaime. “Las ciencias de la moderna salud pública y la defensa y promoción de la vida”. En *Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1994.
- BUSTELO, Eduardo, y Alberto Minujin. “Política social e igualdad”. En *Todos entran. Propuesta para sociedades incluyentes*, Santafé de Bogotá: UNICEF/Santillana, 1998.
- CASTAÑO, Ramón, José Arbeláez, Úrsula Geidión y Luis Gonzalo Morales. *Evolución de la equidad en el Sistema Colombiano de Salud*. Santiago de Chile: CEPAL, 2001 (Financiamiento del Desarrollo, 108).
- CORREDOR, Consuelo. *Los límites de la modernización*. Bogotá: Centro de Investigación y Educación Popular. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia, 1997.
- DANE. “Departamento Nacional de Planeación-Misión Social. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Una evaluación de la Ley 100 como herramienta de cumplimiento del derecho a la salud”. En *Desarrollo humano*. Colombia: Alfaomega Ediciones, 2001.
- DE SOUZA, Boaventura. *De la mano de Alicia, lo social y lo político en la posmodernidad*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 1995.
- FRENK, Julio, y Juan Luis Londoño. “El costo de no reformar”. *Cuestión Social. Revista Mexicana de Seguridad Social* (42) (abril de 1998): 29-35.

- GONZÁLEZ, Jorge Iván. “Imparcialidad financiera y equidad. Otra lectura del Informe de la Organización Mundial de la Salud-Año 2000”. *Gerencia y Políticas de Salud*, núm. 1. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia (2001).
- GOSEPATH, Strefan. “Consideraciones sobre las fundamentaciones de los derechos sociales”. En *Ciudadanía y derechos humanos sociales*, editado por Manuel Alberto Alonso y Jorge Giraldo. Medellín, Colombia: Escuela Nacional Sindical, 2001.
- HERNÁNDEZ, Mario. “Preguntas a las bases morales de la reforma a la seguridad social en Colombia”. *Cartilla de Seguridad Social*, núm. 2. Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia (agosto de 1997).
- _____ y Román Vega. *¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud*. Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo/Ediciones Anthropos, 2001, pp. 11-15.
- LAURELL, Assa Cristina, y Oliva López. “Market commodities and poor relief: The World Bank proposal for health”. *International Journal of Health Services*, vol. 26, núm. 1 (1996).
- LAURELL, Assa Cristina. *La reforma contra la salud y la seguridad social*. México: Ediciones Era/Fundación Friedrich Ebert, 1997.
- LUHMANN, Niklas. “La paradoja de los derechos humanos y sus tres formas de desarrollo”. *Sociología y Política*. Departamento de Ciencias Sociales y Políticas. Universidad Iberoamericana. México, año V, núm. 10 (1998).
- NAVARRO, Vicente. “Evaluación del Informe sobre la Salud en el Mundo, 2000”. *Gerencia y Políticas de Salud*, núm. 1. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia (2001).
- OPS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En Documentos Básicos. Documento oficial 240. Washington.
- PAREDES, Natalia. *Derecho a la salud, su situación en Colombia*. Bogotá: GTZ/Centro de Investigación y Educación Popular, 2003.
- PROVEA. PROGRAMA VENEZOLANO DE EDUCACIÓN-ACCIÓN EN DERECHOS HUMANOS. “La salud como derecho. Marco nacional

- e internacional de protección al derecho humano a la salud”. En *La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos*. Santafé de Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, 2000.
- TETELBOIN, Carolina. “Problemas en la conceptualización de la práctica médica”. *Estudios en Antropología Biológica*, México (1998a).
- _____. “Estado, políticas sociales y ciudadanía”. *Sociología y Política*. Departamento de Ciencias Sociales y Políticas. Universidad Iberoamericana. México, año V, núm. 10 (1998b).
- TORRES, Javier. “Comunicación moral y derechos humanos”. *Sociología y Política*. Departamento de Ciencias Sociales y Políticas. Universidad Iberoamericana. México, año V, núm. 10 (1998).
- UPRIMNY, Rodrigo. “Constitución de 1991. Estado social y derechos humanos: promesas incumplidas. Diagnósticos y perspectivas”. Medellín, Colombia. Seminario Balance de los DESC a 10 años de la Constitución de 1991. Inédito, 2001.
- URIBE, M. Alirio. “Presentación”. *La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos*. Santafé de Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, 2000.
- VEGA, Román. “Dilemas éticos contemporáneos en salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social”. *Gerencia y Políticas de Salud*, núm. 2. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá (septiembre de 2002).
- WAGSTAFF, Adam. “Pobreza y desigualdades en el sector de la salud”. *Revista Panamericana de Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud*. Washington, vol. 11. núms. 5 y 6 (mayo-junio de 2002).