

## Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

# Bienestar y Política Social

Sistemas de Salud en América  
Editor invitado  
Sérgio Francisco Piola

André Cezar Medici

Tatiane Almeida de Menezes  
Bernardo Campolina  
Fernando Gaiger Silveira  
Luciana Mendes Santos Servo  
Sérgio Francisco Piola

Carlos Cruz Rivero  
Gabriela A. Luna Ruíz  
Raquel Morales Barrera  
Carlo S. Coello Levet

Rosa María Marques  
Áquilas Mendes

André Cezar Medici  
Bernardo Weaver Barros

Célia Almeida

Sección General

Germán Acevedo  
Patricio Eskenazi  
Carmen Pagés

Jorge Valero Gil

LAS REFORMAS INCOMPLETAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: ALGUNOS ELEMENTOS DE SU ECONOMÍA POLÍTICA

GASTO FAMILIAR Y DEMANDA EN SALUD: UN ANÁLISIS BASADO EN LA ENCUESTA DE GASTO DE LOS CONSUMIDORES -POF- 2002/2003

GASTO CATASTRÓFICO EN SALUD Y ELASTICIDADES INGRESO POR TIPO DE GASTO EN SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

DEMOCRACIA Y UNIVERSALIDAD: DISCUTIENDO LAS CONDICIONES DE APLICAR TALES CONCEPTOS A LAS ACCIONES Y SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE BRASIL

POLÍTICAS DE SALUD Y BLOQUES ECONÓMICOS

REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EL PAPEL DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES AL FORMULAR LAS AGENDAS Y AL IMPLEMENTAR LAS POLÍTICAS

SEGURO DE DESEMPLEO EN CHILE: UN NUEVO MODELO DE AYUDA AL INGRESO PARA TRABAJADORES DESEMPLEADOS

INFORME SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA 2006  
LOS RETOS DEL ENVEJECIMIENTO Y LA DISCAPACIDAD: EMPLEO Y ASEGURAMIENTO, Y CONVENIOS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD SOCIAL (*Reseña*)



# REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EL PAPEL DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES AL FORMULAR LAS AGENDAS Y AL IMPLEMENTAR LAS POLÍTICAS

Célia Almeida\*

Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca /Oswaldo Cruz Foundation, ENSP/FIOCRUZ;  
Departamento de Administración y Planeación de la Salud, DAPS  
Rio de Janeiro, Brasil.  
calmeida@ensp.fiocruz.br

## Resumen

**E**ste artículo examina las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe para discutir los elementos ideológicos, teóricos, y conceptuales que forman la agenda de reforma y los modelos puestos en marcha para lograr la mayor equidad en los países de la región. Su supuesto inicial es que la literatura relevante generalmente desatiende los aspectos económicos, sociales y políticos subyacentes al proceso de cambio, reforzando la idea que estos son procesos puramente técnicos y por tanto establecidos técnicamente. Se presenta una breve revisión de la literatura en ciencia política sobre el tema del Estado, su relativa autonomía y su relación con la sociedad, enfatizando los momentos de crisis y reforma. Se analiza la agenda contemporánea, el papel principal de los organismos internacionales –especialmente el Banco Mundial- y algunos resultados de su implementación. Concluye que la política debe ser restaurada como parte esencial en el proceso de reforma, dado que la tendencia es desacreditar a la política y extender la creencia de que cambios técnicos importantes a las estructuras de los sistemas de salud pueden hacerse sin contemplar los varios proyectos que compiten y la resistencia de quienes se oponen al cambio. Es por lo tanto fundamental pensar profundamente en el papel del Estado y su habilidad para formular e implementar políticas, y de analizar las opciones nacionales a la luz de las restricciones y propuestas formuladas/ inducidas por fuerzas externas, pero también por el contexto nacional, una perspectiva que se ha pasado por alto en gran parte de los estudios del sector salud.

---

— Palabra clave: reforma de salud, organizaciones internacionales y reforma de salud, equidad.  
Clasificación JEL: I18; D63, F53

---

\* MD, MPH, PhD., investigadora y profesora de la ENSP/ FIOCRUZ.

## Introducción

A comienzos del siglo XXI, las sociedades de los países de América Latina y el Caribe están fuertemente marcadas por la desigualdad y la exclusión social, resultado de un vasto programa de ajustes estructurales, que comenzaron a ser implementados hace una década, y que incluían procesos de reforma económica e institucional, así como reformas sectoriales importantes, que incluyeron el sector salud.

Estos procesos han sido influenciados por un número de fenómenos endógenos y exógenos simultáneos, incluyendo cambios en la economía mundial y la turbulencia que desencadena; las opciones de política doméstica de los Estados nacionales en un contexto de globalización; crisis fiscales del Estado y la disminución de la inversión pública; la consolidación de los regímenes democráticos restaurados a través de complicadas transiciones políticas; la necesidad urgente de redimir la enorme deuda social acumulada; y la ineficiencia y pobre eficacia de las actividades del sector salud.

Los importantes cambios que ocurrieron a través de los años 80's y 90's se tradujeron en resultados económicos y sociales desalentadores. Los datos revelan que los ajustes macroeconómicos de los años 80 trajeron serios problemas de largo plazo, tanto en el aumento de la desigualdad y en la estructura y el financiamiento del sector público. Además, los reformadores dieron poca atención a la reestructuración administrativa y no hicieron nada para prevenir la disminución de los recursos del sector público (Fanelli, Frenkel y Rozenwurcel, 1992).

De hecho, con pocas excepciones, las opciones de política que guiaron la reintegración de América Latina en el nuevo orden mundial no fueron dirigidas a establecer políticas sociales apropiadas. En su lugar, las políticas nacionales estaban sujetas a las condiciones establecidas por los bancos acreedores de deuda regional. La relación entre el desarrollo social extremadamente desigual y las dificultades de implementar reformas cruciales es ahora un consenso en la literatura, los gobiernos y los organismos internacionales.

Por lo tanto, el tema central de la agenda pública regional en los años 90's era (y continúa siendo) cómo reconstruir y, al mismo tiempo, reestructurar la capacidad del Estado (Fiori, 1993) para implementar las políticas de reforma necesarias para enfrentar los problemas que se han ido empeorando desde los años 80's. Además de sus dificultades inherentes, estos procesos problemáticos y mutuamente superpuestos de la construcción y reestructuración, requieren una inversión mayor.

Esta situación general ha hecho que el combate a la pobreza sea una prioridad y que se revisen las políticas sugeridas por las agencias multilaterales en la región. La equidad es ahora considerada esencial para el desarrollo regional sostenido en todos los sentidos.

En lo que respecta al sector salud, aunque el discurso de los principios que deben seguirse presenta la reforma de los servicios del sistema de salud como dirigida a superar las desigualdades y lograr la equidad, la evidencia disponible no confirma este resultado.

Las nociones de reforma y equidad han estado presentes frecuentemente en los discursos políticos, documentos técnicos, y literatura científica durante las décadas recientes. Como un recurso retórico, estos términos han servido un amplio espectro ideológico y han satisfecho una gama de diversas propuestas y propósitos. Como conceptos, ellos han desencadenado interminables discusiones, que nunca han alcanzado consenso acerca de cómo definirlos u operarlas.

En términos técnicos y metodológicos, han recibido mucha atención de intelectuales, de consultores y de investigadores, y diversas herramientas se han desarrollado para medir e implementar las políticas de equidad, pero éstas apoyan diferentes agendas y proyectos políticos.

Esto puede verse en discusiones generalizadas sobre el desarrollo económico y social, así como también en políticas del sector salud. En este último punto, el debate está enmarcado por las discusiones de los nuevos modelos para reorganizar los sistemas de protección social en salud y por la redefinición de los paquetes de beneficios y servicios, restableciendo dilemas falsos y confrontaciones pasadas, tales como público *versus* privado, o Estado *versus* mercado. Por otra parte, esta discusión está filtrada por el esfuerzo para producir evidencia empírica y por el reconocimiento de que existen *trade off* inherentes que las reformas al sector salud deben confrontar —especialmente entre eficacia, equidad, y calidad—. A pesar de que la implementación de los cambios y la discusión misma sobre las políticas de reforma difieren en numerosas, y extremadamente específicas maneras en cada país, ya sea en el Norte o el Sur, las agendas y discusiones han sido amplias y profundas, adaptadas a realidades muy diversas, y se han convertido en propuestas dirigidas a superar la desigualdad.

Además, el concepto de “desarrollo con equidad”, que ha ganado fuerza en décadas recientes a la luz de las crecientes desigualdades globales producidas por las políticas neoliberales, también permite construir un consenso entre diferentes campos políticos e ideológicos, porque *a priori* no daña los intereses individuales: el progreso hacia la superación de la inequidad puede ser muy lento y gradual, por lo que, de hecho, adoptar el principio de equidad puede ser totalmente inocuo y sin sentido.

Para resumir, la imprecisión conceptual y estratégica en ambas áreas temáticas — reforma y equidad del sector salud — no son materias triviales y revela los objetivos estratégicos de diferentes definiciones (Almeida, 2002b y Almeida, 2005).

Aunque está disponible abundante literatura sobre el tema de reforma del sector salud, aún hay poca discusión sobre los aspectos conceptuales y los contextos económicos, sociales, y políticos que definen y originan las reformas e influyen decisivamente su implementación. Tales omisiones refuerzan la tendencia a caracterizarlos como procesos simplemente técnicos, naturales al proceso de globalización.

Hay también una escasez de literatura del sector salud que haga análisis comparativos sobre políticas de reforma basados en enfoques conceptuales y analíticos sólidos, que permitan entender las semejanzas y las diferencias entre los procesos específicos de reforma, así como los papeles del Estado y de otros jugadores nacionales e internacionales en este proceso.

A pesar de su diversidad, los sistemas de salud en la región tienen características comunes que requieren una perspectiva regional, pero al mismo tiempo demandan mayor exactitud analítica al examinar a cada país en particular. La heterogeneidad es muy grande y las reformas implementadas fueron fuertemente inspiradas por ideas neo-liberales y siguieron una agenda con elementos comunes. Sin embargo, la experiencia pionera de la privatización en Chile y la ambiciosa experiencia colombiana permanecen lado a lado con el peculiar proceso de la reforma del sector salud de Brasil, el éxito singular de Cuba con su modelo socialista de salud y con el igualmente exitoso sistema de Costa Rica. Algunos países, sin embargo, canalizan substancial financiamiento a la salud sin lograr resultados proporcionales en términos de resultados de salud, en comparación con algunos países del Norte o aún con sus vecinos más exitosos. Esta rica diversidad regional merece la mayor atención de los analistas, de ambos tipos, académicos y de otro tipo.

Este artículo propone examinar algunos aspectos de esta serie de problemas. Ofrece un análisis de la agenda de la reforma del sector salud, de sus presuposiciones, y de la importancia de la influencia extranjera en los procesos de reforma. También examina los elementos conceptuales y teóricos que guían ese análisis. La primera sección es un breve resumen de autores seleccionados de los enfoques teóricos sobre el tema de la autonomía del Estado y sobre la formulación e implementación de las políticas de reforma. La segunda parte analiza cambios de liderazgo en el sector salud dentro de los organismos internacionales, destacando el papel principal desempeñado por el Banco Mundial en los temas de reforma, incluyendo reformas del sector salud. La tercera parte analiza la nueva agenda de reforma y sus pautas de política social y de salud. La parte final examina algunos aspectos críticos de implementar esa agenda de reforma.

## **1. Algunas Observaciones Teóricas y Conceptuales**

Se observa frecuentemente que la inclusión de principios, tales como equidad o derechos y beneficios universales en las leyes, para dirigir la formulación de las políticas sanitarias no garantiza automáticamente que la implementación de las políticas realmente mejoren los niveles de equidad en el acceso a los servicios de salud, y mucho menos en cómo los derechos sociales se cumplen en la práctica. A pesar de esto, existe poca literatura del sector salud que analice las razones de esta discrepancia usando marcos teóricos claros para ayudar a entender o a explicar esta realidad.

Algunos conceptos importantes para la ciencia política no se consideran en el análisis de la política de reforma del sector salud. La breve y preliminar revisión que se presenta a continuación tiene como objetivo contribuir a esta discusión, aun cuando no se enfoca a articular un marco analítico.

### **1.1 Agenda de reforma**

El término “agenda” puede ser utilizado con diversos significados: como una lista de obligaciones o de tareas a ser realizadas por un individuo en cierto lapso del tiempo; como una lista de temas o de problemas y soluciones a ser tratados o discutidos por una organización, institución o grupo de participantes en un evento especial o una reunión regular; como una serie de problemas y decisiones identificadas por ciertos actores y que pueden estar dirigiendo sus acciones aun sin estar claramente explícitos (una “agenda oculta”); o como una lista de objetivos o resultados que se alcanzarán dentro de un periodo de tiempo preestablecido (por ejemplo, “una agenda de desarrollo para los 2000’s”, los “Objetivos del Milenio”).

En la literatura sobre análisis de políticas se le da varios significados al término. Kingdon (1984) era uno de los autores que definieron el término como la lista de temas o problemas a los cuales los funcionarios de gobierno y la gente fuera del gobierno, pero asociada cercanamente a esos funcionarios, o interesados en el tema, están poniendo atención, o que están considerando en la toma de decisiones, en cualquier momento dado.

Desde este punto de vista, la noción de “agenda” se relaciona estrictamente a los tomadores de decisiones de políticas públicas y sus bases de apoyo, negociación, o interrelación y constituye un momento importante en el proceso de hacer política que implica la participación de diversos actores sociales nacionales e internacionales. Esto incluye no sólo los elementos específicos



introducidos en la formulación de las políticas, sino también los problemas identificados y las soluciones indicadas para tratarlos.

“Agenda” también se utiliza para referirse a un grupo de temas, incluyendo los problemas y las soluciones preferidas, que un actor discute en ciertos momentos o periodos (por ejemplo, las agendas del Banco Mundial, de la Organización Panamericana de la Salud, o la agenda de salud de un partido político particular), indicando muy a menudo que los temas en cuestión son discutibles (por ejemplo, una agenda de reducción de la pobreza o una agenda de reforma).

Obviamente la lista de los problemas o temas que hacen una agenda varía según el sector de gobierno (organización o institución), mientras que se discute extensivamente en la literatura la cuestión de cómo algún tema particular se incorpora a la agenda política en un país específico en circunstancias específicas.

Algunos modelos han sido desarrollados para explicar por qué el Estado actúa, o da prioridad a ciertos temas sobre otros; en otras palabras, cómo ciertos temas entran en la agenda pública antes que otros, que son relegados a pesar de su importancia.

Un punto fundamental en esta discusión es el tema del Estado y del proceso de toma de decisiones en la formulación e implementación de políticas públicas. Varios autores, quienes comienzan su análisis con críticas a los enfoques teóricos tradicionales y que lo basan en datos empíricos obtenidos de estudios de caso comparados, han intentado refinar algunos de los conceptos con objeto de comprender las diferencias entre las políticas públicas formuladas e implementadas por diferentes países, que aunque aparentemente han hecho elecciones similares o han sido sometidos a las mismas presiones económicas, son muy distintas cuando sus especificidades respectivas se analizan detalladamente.

Sin embargo, es a través de estas distinciones que estos autores buscan construir categorías analíticas y enfoques teóricos alternativos con mayor poder para explicar las diversas realidades. Generalmente empiezan con críticas a los enfoques teóricos reduccionistas – tanto los que se enfocan en la sociedad y los que toman al Estado como un actor aislado — y descubren que, aunque se enfoquen en diferentes problemas, varios de los estudios que, desde los años 70’s, han re-visitado el tema del Estado convergen en argumentos y estrategias analíticas complementarias.

Los autores también enfatizan la importancia de los estudios comparativos históricos en este proceso de construcción de la teoría y proponen explorar los temas más importantes tratados por varios de estos estudios, *viz.*: cómo el Estado actúa en procesos políticos y sociales formulando e implementando políticas públicas; y los modelos de articulación del Estado y la sociedad y de la interrelaciones entre grupos y actores sociales a nivel nacional e internacional.

Para los propósitos de este artículo, los temas relevantes son relativos a la autonomía del Estado en definir sus propias políticas, especialmente en relación a las ideas, ideologías y organizaciones con las que interactúa.

## **1.2 Autonomía del Estado y la política de formulación e implementación del proceso de toma de decisiones**

Desde mediados de los años 70’s, las severas crisis económicas han destacado la fuerte interdependencia global en el modelo capitalista y ha traído a la discusión el tema del Estado y sus acciones en las políticas de reforma. Conceptual y analíticamente se ha vuelto imprescindible

repensar el Estado como actor y como estructura institucional influida por la sociedad, así como globalmente interrelacionada.

Skocpol (1985) argumenta que en los años 80's estas revisiones condujeron a un cambio importante de paradigma que volvió a los conceptos de los autores clásicos bien conocidos (Weber, por ejemplo) e implicó una revisión profunda del papel del Estado en relación a la economía y a la sociedad. Ella señala dos dimensiones de la discusión que son igualmente importantes para esta conceptualización: *Autonomía* del estado como su *capacidad* como un actor independiente para alcanzar sus propias metas de política; y el *impacto de la acción* del Estado como una *estructura institucional* en el contenido y la implementación de las políticas públicas.

Estos aspectos constituyen estrategias analíticas alternativas, pero son realmente complementarias y han enfatizado el papel del Estado en el cambio social y político y en cambios en el proceso de toma de decisiones. Por un lado señalan que el Estado debe ser considerado como una organización en la cual grupos de técnicos o funcionarios de carrera o designados o electos persiguen objetivos distintos, que logran o no, dependiendo de los recursos coercitivos, fiscales, judiciales y administrativos disponibles en las coyunturas sociales y políticas dadas. Por otra parte, debe ser analizado como una configuración institucional cuya acción influye los medios y métodos políticos de todos los grupos en la sociedad.

Dar al Estado su lugar central y apropiado en la sociedad exige necesariamente respetar la historicidad de las realidades nacionales respectivas, así como también tomar en cuenta la inevitable interrelación entre el nivel nacional y el contexto histórico mundial (Skocpol, 1985).

Skocpol también enfatiza que el Estado moderno es el producto de un sistema de competencia e interrelaciones entre los Estados, donde muchas estructuras de Estado y actividades están condicionadas por los cambios históricos en contextos transnacionales. La autora por lo tanto concluye que el Estado se encuentra necesariamente en la intersección entre el orden social doméstico y político, y las relaciones transnacionales, entre las cuales tiene que maniobrar para sobrevivir.

Como Skocpol, varios autores han discutido el tema del Estado y la toma de decisiones. El concepto de la autonomía del Estado que desarrollan en el proceso coincide en gran parte en su formulación básica. Cada autor, sin embargo, acentúa diversas dimensiones de esa autonomía que se complementan mutuamente para dar una perspectiva más inclusiva y mejor adecuada a las realidades específicas de cada país. En una forma u otra, todos se engranan hacia el tema de la formulación de las políticas públicas y la implementación en tiempos de crisis y cambio.

En general, se enfocan particularmente al papel de las instituciones del Estado y las élites en la acción "autoritaria" del Estado, junto con el papel de los intelectuales y de los expertos que operan a través de la permeabilidad del Estado como una estructura organizacional y marco institucional. La "élite del Estado" se entiende por actores que tienen posiciones estratégicas en el proceso de toma de decisiones. Los "expertos" son aquellos profesionales o grupos que desarrollan el análisis técnico sobre el que se basan las decisiones en términos de políticas institucionales.

El concepto de *autonomía* se refiere a la fuerza o el poder del Estado para imponer sus propias preferencias expresadas como acciones "autoritarias" (Nordlinger, 1987 y Mann, 1986), como su capacidad para alcanzar sus propias metas (Sikkink, 1990) o como su capacidad de realizarse como un actor independiente con preferencias propias, como un *locus* de acciones



autoritarias y autónomas que no pueden ser reducidas a cualquiera de los grupos de presión en la sociedad (Skocpol y Weir, 1985; Quadagno, 1988; Grindle y Thomas, 1989; y Kitschelt, 1989).

Hay una diferencia entre la *capacidad para formular* y la *capacidad para implementar* políticas, y una no puede ser reducida a la otra. Es decir, un Estado puede formular objetivos propios sin poder ponerlos en marcha, ya que esto exige siempre el tener una estructura organizacional competente y cierto tipo de apoyo social. Tan sólo el establecer un marco institucional abre ciertas posibilidades y cierra otras, además de que ciertas opciones son desechadas debido al legado de pautas y prácticas existentes que llegaron a arraigarse y a cristalizarse en las percepciones de actores estratégicos (Skocpol y Weir, 1985).

Nordlinger (1987) construye una teoría en algunas de las dimensiones descritas basado en los análisis empíricos de los autores, planteando las siguientes preguntas centrales: a) bajo qué circunstancias el Estado actúa con base en sus propias preferencias o está en una posición para hacerlo; b) cuándo las acciones del Estado están configuradas — o reflejan — por demandas o expectativas sociales; y c) cómo deben ser explicadas las variaciones en la autonomía o restricciones que enfrenta el Estado.

Las preferencias del Estado no se entienden aquí como de consenso o unidad. Por lo contrario, son resultados de conflictos, competencia, negociación, compromisos, alianzas, y coaliciones internas. En otras palabras, dependen del peso del poder de los recursos de los actores involucrados en el proceso, que son mediados por las reglas institucionales y los estándares informales que influyen al Estado. Nordlinger también enfatiza que la capacidad del Estado de actuar autónomamente presupone una base social en apoyo de sus preferencias.

Grindle y Thomas llevan más lejos esta discusión de la autonomía del Estado, también centrándose en las élites del Estado como actores centrales, las instituciones a través de las que actúan y las arenas políticas – formulación e implementación de políticas —, en un esfuerzo para identificar los factores que influyen a los tomadores de decisiones. Los autores comienzan por la observación de que el proceso en el cual se adoptan y sostienen los cambios políticos e institucionales es poco conocido o ha sido estudiado, y las fases cruciales de la implementación y mantenimiento de políticas se miran con frecuencia como un proceso mecánico, y no político. Esto converge con el pensamiento de Quadagno (1988), quien explora esta dinámica en mayor detalle.

Estos autores anticipan tres argumentos principales, que se pueden resumir brevemente como sigue: a) el comportamiento de los tomadores de decisiones y administradores durante el proceso político no está tan restringido ni es tan independiente como se supone; b) las circunstancias específicas de una política particular – ya sea que la situación sea de la crisis o de rutina – afectan el procedimiento de toma de decisiones incluso si no determinan su resultado, y son cruciales para entender el apoyo político, el tipo de tomador de decisiones implicado en la decisión, el grado de cambio introducido, y el momento de la toma de decisión; c) las características de cualquier reforma particular — cómo se distribuyen los costos y beneficios del cambio, su complejidad técnica, el alcance administrativo, y el impacto a corto y a largo plazo — determina el tipo de conflicto y de oposición (resistencia) implicados en su implementación (Grindle y Thomas, 1989).

Los autores también enfatizan varios elementos críticos en el proceso de toma de decisiones que condicionan los criterios que los tomadores de decisiones adoptan al evaluar las opciones disponibles en una situación dada. Los factores que limitan las opciones disponibles incluyen presiones e intereses sociales, contexto histórico, capacidad burocrática, y complicidad. Por lo

menos cuatro criterios intervienen en el proceso de elegir opciones en el proceso de toma de decisiones de las políticas de reforma (Grindle y Thomas, 1989): a) análisis técnicos y opiniones de los expertos, aunque Skocpol y Quadagno señalan que el rigor técnico no es suficiente; la influencia depende de la capacidad del Estado de traer a estos expertos juntos en las posiciones de influencia construidas dentro del diseño institucional, y de la calidad de la información y de los análisis; b) el poder de la burocracia o de la capacidad y recursos de mantener a las coaliciones trabajando o de los aliados en el poder; c) estabilidad institucional y apoyo político, o en otras palabras, la importancia de mantener o de construir coaliciones de apoyo; d) presión internacional, que significa la presencia de actores internacionales (agencias y organizaciones) en el proceso de toma de decisiones a través de una gran variedad de interacciones con la burocracia, especialmente en países en vías de desarrollo. Skocpol (1985) también enfatiza este último punto claramente.

Los autores también enfatizan que la implementación de la reforma es más prolongada e involucra mucho más conflictos que el proceso de formulación y de toma de decisiones y, en muchos casos, esta fase determina cómo se consolidará. Cualquier política cambia significativamente durante la implementación y generalmente el resultado final es muy diferente del que fue planeado originalmente (Grindle y Thomas, 1989).

Sikkink (1990) discute la autonomía del Estado en lo que concierne a ideas e ideologías, y a las instituciones a través de las cuales funcionan. Ella rechaza diversos estudios comparativos que discuten la influencia de ideas como una variable “especificante” entre los intereses y los resultados. Ella se refiere a las ideas como los “cristales” sin los cuáles es imposible entender intereses, al grado que las ideas alteran la forma en cómo se perciben los intereses. Sikkink enfatiza la centralidad absoluta de los factores políticos e ideológicos, no sólo en la determinación de los resultados de política, sino también al influenciar los muchos significados e interpretaciones dadas a las ideas y a las recomendaciones que sustentan la formulación de las políticas (Sikkink, 1990).

Aunque concuerda con otros autores acerca de que la implementación y consolidación de nuevos modelos requiere instituciones capaces y amplios grupos de apoyo en la sociedad, Sikkink agrega también la necesidad de que ésta debe ser adaptable a las ideas y a las ideologías que existen en una situación histórica dada.

La estructura institucional y las normas formales e informales que gobiernan el Estado tienen un impacto decisivo en la estabilidad potencial de las instituciones del Estado y en la posibilidad de que las ideas sean incorporadas. Sin embargo, no todas las instituciones están comprometidas únicamente por las ideas: condiciones vitales previas son un nivel mínimo de continuidad institucional e individual y de infraestructura apropiada a las metas que el Estado se propone perseguir. Es esencial considerar la interacción dinámica entre las instituciones, las normas y los procedimientos del Estado y la sociedad, y gente, grupos, e ideas. Estos recursos potenciales tienen que ser movilizados a través del “juego político” que también implica un fuerte liderazgo y numerosas variables que motivan las creencias de la gente y determinan sus acciones (Sikkink, 1990).

Por otra parte, otras instituciones fuera del Estado — incluyendo las instituciones extranjeras — también desempeñan un papel importante en la comunicación de las ideas. La consolidación y la persistencia de nuevas ideas también dependen del nivel de consenso que las rodea, que son estructuradas por las ideas existentes y las ideologías formadas históricamente (Sikkink, 1990). En resumen, las opciones tomadas, su éxito o fracaso y la consolidación en la práctica del modelo favorecido y la forma en la cual las políticas son implementadas dependen fundamentalmente de varias características y factores domésticos. La interrelación entre estos dos grupos de variables

(internacionales y nacionales), si se discute cuidadosamente a la luz de la dinámica histórica específica de cada caso, provee explicaciones de cada uno de los procesos de cambio respectivos.

Con un enfoque analítico diferente, otros autores se han centrado en la difusión de ideas y las innovaciones, y han desarrollado modelos y tipologías para explicar la relación entre actores específicos al implementar políticas de reforma. Ikenberry (1990) analiza la difusión internacional de la privatización y propone una tipología que ilustra importantes aspectos de este proceso al identificar tres mecanismos responsables de la difusión de ideas de cambio: inducción externa, el efecto inercial de la política, y el aprendizaje social (Ikenberry, 1990 y Melo y Costa, 1994).

A la “inducción” se hace referencia como algo que ocurre en los procesos donde los actores externos utilizan mecanismos — incentivos, sanciones o aún coerción — para inducir la adopción de ciertas políticas. Una calificación clara, sin embargo, es que el papel del inductor externo es más complejo que la idea simplista de la coerción, donde una agencia o una organización internacional impone modificaciones a la política desde el extranjero. Lo que de hecho emerge son coaliciones formadas alrededor de estrategias o propuestas específicas, donde la presión externa encuentra suelo fértil en la burocracia nacional, y las agencias multilaterales u otros agentes externos proporcionan información y otros recursos que ayudan a establecer o fortalecer estas coaliciones para la reforma. Las presiones externas pueden ser de hecho bien aceptadas y manipuladas por las élites nacionales para reforzar su posición política doméstica. En esta conexión, las “condiciones” asociadas con los compromisos externos sirven para debilitar el control de los grupos de interés sobre políticas y agencias.

El “efecto inercial de la política” consiste en emular y proclamar el pretendido éxito alcanzado por otros países al implementar políticas similares. Las élites técnicas (o comunidades de expertos) y ejecutivos de la burocracia son principalmente responsables de este comportamiento mimético de introducir innovaciones, pero la fuerza de la conducción recae en la esfera internacional donde la regla es la competitividad y la supervivencia entre países. Ikenberry enfatiza que este movimiento de evaluación es francamente normativo, es decir, el éxito proclamado no está relacionado necesariamente con los indicadores de resultados concretos y objetivos. La búsqueda de políticas “que funcionan” tiende a ser más intenso en este contexto competitivo, y a menor disponibilidad de información crítica respecto a los efectos de las políticas, mayor la frecuencia de este comportamiento adaptativo.

El proceso de “aprendizaje social” es dinámico donde el conocimiento “relevante” para entender los efectos e impactos de políticas se acumula y distribuye en el sistema internacional. Existe un consenso relativo sobre este conocimiento en grupos específicos, especialmente en la comunidad de expertos que desarrollan los análisis para tales organizaciones. La idea de “comunidades del conocimiento” (Hass, 1992; Adler y Hass, 1992; y Melo y Costa, 1994) se trata exactamente del papel de los expertos en encontrar “evidencia científica probada” en ciertas áreas problemáticas para disminuir incertidumbre con información presumiblemente objetiva, contribuyendo a alimentar los intereses del Estado, a definir la agenda pública y las políticas sectoriales, así como las agendas para las negociaciones entre una variedad de actores. La acción de tales comunidades se basa en el consenso y la persuasión construidos con base en los conocimientos especializados.

### 1.3 La hegemonía política neoliberal y la teoría de la elección pública

En el centro de desarrollo de estas propuestas de reforma estaban las críticas a la oferta de servicios y beneficios, con especial énfasis en los asociados a la protección social. En otras palabras, se cuestionó al Estado “proveedor” o el Estado de Bienestar Keynesiano. Las premisas centrales fundamentales a esta perspectiva se relacionan, por un lado, con la sobrecarga al Estado debido a la demanda exacerbada por la crisis económica y la presión de grupos de interés. La evaluación derivada de esto enfatizó los efectos perjudiciales sobre las economías nacionales de Estados con intervención excesiva en los negocios privados y de los altos impuestos necesarios para apoyar las políticas sociales. Por otra parte, se acentuó que las decisiones del Estado generalmente reflejan las preferencias de políticos y burócratas, motivadas fundamentalmente por los objetivos privados de ganar o mantener poder. Muchas de las avenidas que han sido favorecidas por este enfoque derivan de la perspectiva institucionalista de la teoría de la elección pública<sup>1</sup> y algunos de los conceptos clave se centran en la relación del “agente principal” y los problemas derivados de los costos de transacción de las negociaciones económicas y políticas (Kaufman, 1995 y Przeworski, 1995).

A pesar de que el esfuerzo de hacer que el Estado funcione mejor no es nuevo en la historia moderna, nunca un movimiento había tenido una agenda tan homogénea, tan difundida y había registrado tal crecimiento. Desde un punto de vista positivo, este proceso busca nuevas maneras de asegurar la *res publica*, es decir, el uso del Estado para promover los intereses públicos. Entretanto, las fundaciones teóricas dan sustancia a los objetivos de estas reformas.

La teoría de la elección pública es así una variante de las teorías de las instituciones que se desarrollaron principalmente en los Estados Unidos (Meny y Thoenig, 1992). Dirige su atención a la acción colectiva y al comportamiento individual aplicando teoría económica a los actos humanos. También considera cómo las estructuras organizacionales y de toma de decisiones (reglas institucionales) afectan las relaciones estratégicas entre los participantes en “el juego” y modela el comportamiento individual. Esta perspectiva se basa en tres principios fundamentales: 1) una presuposición de que los individuos se comportan y toman decisiones de forma racional, basados exclusivamente en sus propios intereses personales y que buscan optimizar los beneficios de sus decisiones, donde la acción de grupo figura como la manera más eficaz de obtener beneficios individuales (Buchana y Tullock, 1962 citados en Meny y Thoenig, 1992); 2) la insistencia respecto a la distinción entre los bienes privados producidos para el mercado y los bienes públicos que surgen de los servicios del Estado, argumentando — en la esfera de la salud — que los cuidados de la salud no son un bien público, sino privado<sup>2</sup>; y 3) énfasis en el tema fundamental de asignación

---

<sup>1</sup> El éxito de la Elección Pública fue especialmente evidente entre 1970 y 1980, y alcanzó su cima con *Reaganomics*. Sin embargo, las implicaciones financieras y administrativas de tales postulados ya habían sido enunciados varios años antes (Tiebout, 1956, citado por Meny y Thoenig, 1992).

<sup>2</sup> La diferencia esencial descansa en el hecho de que los bienes producidos en el mercado son medibles, vendibles, y producidos en cantidades determinadas por la oferta y la demanda. Mientras que, los bienes públicos e indivisibles, están disponibles para todos (el consumo por parte de una persona no priva a otra de consumirlo), lo que es sólo posible si son provistos a través de un sistema público —entendido aquí como el sistema de Estado— además de tener externalidades benéficas y adversas (efectos en cascada), es decir, efectos que beneficiarán o perjudicarán a un grupo (Meny y Thoenig, 1992).

de los fondos que, por definición, son limitados. Estos teóricos intentan “identificar” los bienes públicos (empaquetamiento) aplicando métodos usados con bienes privados — midiendo sus costos y asignando éstos para servir a beneficiarios. De esta manera, se esfuerzan para ganar control máximo sobre las externalidades producidas por un bien público dado.

Una de las metas de la Elección Pública es transformar las administraciones de Estado (estado responsable), pero se dirigen casi exclusivamente al servicio público o a las ganancias administrativas (centrales y locales), y rechazan la organización centralizada y mecanismos de control en las sociedades modernas, prefiriendo estructuras que son descentralizadas, especializadas y pequeñas (pequeño es bello en contra de gobierno metropolitano) y proponiendo estructuras alternativas para organizar la administración pública (Ostrom, Tiebout y Warren, 1961, citado en Meny y Thoenig, 1992). Desde este punto de vista, una organización multi-facética, cambiante, plural que diferencie el tipo de distribución de servicio (cada “público” decidirá “libremente” la provisión que quisiera obtener y que está dispuesto a financiar) no se considera un problema, porque se analiza en términos de costo - beneficio, y no en términos de los valores que se promoverán, por ejemplo equidad y redistribución de la riqueza. El énfasis se pone en los méritos de la fragmentación y la superposición en vista de los problemas que se solucionarán y de los servicios que se proveerán. Una serie de criterios combinables fue propuesto para realizar este enfoque: desarrollo de la capacidad reguladora; mecanismos capaces de alcanzar economías de escala para garantizar efectividad; y cambios en la representación política. Este cambio se basa en tres elementos: una organización formal que corresponde al tamaño de la unidad que proporciona el bien; un “público” que agrupe juntos sólo a los afectados por la provisión; y una comunidad “política” constituida sólo por los que se consideran en la toma de decisiones de la provisión.

En esta visión, según Kettl (1996), la extensa ola de reformas contemporáneas toma una de las características de una “revolución global” (de ideas y políticas). Es nueva no solamente en la generalización de la misma agenda de reforma alrededor del mundo, sino también en su foco central en “gerencia administrativa”. Se alega que las estructuras burocráticas tradicionales y jerárquicas con sus procedimientos normativos y la rigidez inherente son perjudiciales a los intereses públicos, son ineficientes e ineficaces. Los reformistas construyen su “revolución” argumentando que las teorías de la autoridad burocrática jerárquica, que han sido los pilares de soporte de la administración del Estado moderno por más de un siglo, se han erosionado. Comienzan con el supuesto de que, como cualquier monopolio, las agencias del Estado son intrínsecamente ineficientes, tienden a crecer indefinidamente y como consecuencia tienen un pobre desempeño. El centro de atención se transfiere de las actividades o de “productos” de las agencias gubernamentales (producción) a los resultados de tales actividades (resultados) (Kettl, 1996).

A pesar de este enfoque universal y dinámico, sigue habiendo dos dilemas en el centro de la discusión: el primero se relaciona con construir administraciones de gobierno que trabajen mejor y utilicen menos recursos (es decir, sean más eficientes) y el segundo se relaciona con lo que se considera que deben ser las funciones propias del Estado, es decir, se refiere a la “re-fundación necesaria” de las responsabilidades del Estado con la correspondiente reestructura organizacional.

#### 1.4 Políticas sociales y políticas de salud

En la literatura hay divergencias en cuanto a cómo definir una política. Meny y Thoenig (1992) consideran a una política pública como el resultado de la actividad de una autoridad pública

invertida con poder político. Considerado analíticamente, una política es un sistema de normas y prácticas emitidas por uno a varios actores públicos, es decir, expresando un programa de gobierno (o acción) formulada por autoridades públicas. Esta definición da lugar a dos dificultades prácticas, que los autores mismos precisan: ¿cómo se tiene que definir una autoridad pública?; y ¿cuáles son las características específicas y límites de una política pública?.

Para algunos autores, el concepto de la política se refiere al “contenido” de las políticas, por ejemplo, la mejor manera de financiar los servicios y programas de salud; para otros, el concepto se relaciona con el “proceso” y el “poder”, es decir, se refiere a la entendimiento de cómo se toman las decisiones sobre un tema problemático dado, quiénes influyen en la formulación de una política y cómo un problema dado y las decisiones relacionadas se convierten en políticas (Walt, 1994).

Durante años se ha analizado la política social, o el Estado de Bienestar, en la literatura especializada. Para muchos autores, el Estado de Bienestar se puede entender como el esfuerzo del Estado para modificar condiciones de mercado con el objetivo de proteger a los individuos contra situaciones económicas adversas. Por otra parte, la literatura discute extensamente cómo la consolidación y la creciente complejidad del Estado moderno están conectadas con la acción política como un medio para construir el orden social. La creencia en un orden político fomentado por el Estado, que organiza a la sociedad, mano a mano con el desarrollo del sistema económico capitalista, proporciona la base para ampliar la capacidad reguladora social de los Estados, para crear representaciones democráticas y para desarrollar la idea de los derechos sociales que sostienen los principios de ciudadanía (Santos, 1998 y Baltodano, 1997). La sincronización de esta intervención del Estado en el reino social tendrá repercusiones específicas importantes en cada sociedad.

Para los propósitos de la discusión de este artículo, se supone que la política de salud es una política social y, como tal, la política de salud se define como el grupo de acciones tomadas por el Estado que afectan las condiciones y las oportunidades de vida y muerte de las personas, grupos y familias. Es decir, la política de salud expresa el esfuerzo del Estado por modificar las condiciones adversas que favorecen el riesgo de enfermarse de los individuos, en el esfuerzo para evitar que esto suceda y para atenuar el sufrimiento de la gente cuando se enferman. Este esfuerzo implica al Estado y sus instituciones, el gobierno y el sistema político.

Suponemos también que la formulación, la implementación y la evaluación de las políticas sociales están fuertemente dirigidas por los valores y concepciones de las realidades sociales; realidades compartidas por los principales actores implicados en los varios niveles del proceso, o por las élites burocráticas. Estos valores y concepciones proporcionan los “términos del debate” sobre políticas, delimitando y circunscribiendo la agenda pública en un momento dado (Melo, 1998). Por otra parte, el contexto político, económico e institucional en el cual ocurre el proceso de toma de decisiones, determina la gama de opciones disponibles y afecta las elecciones de los tomadores de decisiones. Además, dado que en una reforma se altera el *status quo* y por lo tanto se movilizan los actores para defender sus intereses, el proceso de formulación de política es totalmente diferente del proceso de implementación, y una propuesta de cambio conserva raramente sus características originales cuando se ponen en práctica. En general, la categoría central que emerge de tales discusiones es el poder, con sus innumerables facetas y dimensiones.

De acuerdo con esta breve revisión de la literatura ofrecemos a continuación una interpretación analítica del papel de las organizaciones internacionales en el proceso de reforma de los sistemas de salud en la región de América Latina, y algunos resultados de la implementación de la agenda de la reforma propuesta.



## 2. La Presencia de los Organismos Internacionales en el Proceso de Reforma

Los organismos internacionales, especialmente el Banco Mundial, han desempeñado un papel muy importante en la formulación e implementación de reformas contemporáneas. Para entender su papel principal en la reforma del sector salud en América Latina en décadas recientes, es necesario ir brevemente hacia atrás en el tiempo y comprender los cambios en el liderazgo en el sector salud en conexión con las organizaciones internacionales.

### 2.1 Cambio en el liderazgo a nivel internacional: Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM)

En sus primeros años, y hasta los años 60's, la OMS fue indiscutiblemente el líder internacional en este sector, “una organización estable y pragmática orientada a enfermedades y dominada en gran parte por los médicos” (Walt, 1994, p. 137), o la comunidad de expertos. Su enfoque al definir su rol y actividades de cooperación técnica institucionalizaron la perspectiva occidental (es decir, los países capitalistas centrales).

Históricamente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se estableció antes que la OMS<sup>3</sup>. La legitimidad internacional de la OPS y la OMS se vinculó a la construcción de un paradigma consensuado, teórico y conceptual basado en la autoridad científica y profesional que guiaron las prácticas y estrategias capaces de confrontar los problemas de salud del mundo. Esto fue alcanzado a fines del siglo XIX y las primeras décadas del XX con avances en tecnología médica y métodos terapéuticos. Acorde a eso la OMS fue establecida bajo el “paradigma de salud pública”, cuya base son el control de vectores y parásitos y la prevención de enfermedades infecciosas a través de la vacunación extensiva – en otras palabras, el programa clásico de salud pública que también había formado el desarrollo de la OPS (Melo y Costa, 1994) —.

A partir de los años 70's este “consenso” fue criticado debido a la ineficacia, y la crítica creciente a la salud pública tradicional en países en vías de desarrollo en lidiar con los temas estructurales que condicionan la salud y la enfermedad. “Era cada vez más evidente que el enfoque de la enfermedad a la política de salud era problemático” (Walt, 1994, p. 137) y que la agenda de la OMS comenzó a ser reestructurada para incorporar los temas de política pública no directamente relacionados con la salud. En la región de América Latina, la planeación del sector jugó un papel ejemplar en este proceso, señalando el primer cambio en la dirección de la organización. Este proceso produjo el método de Cendes/OPS que intentó introducir la racionalidad extremadamente normativa del análisis macroeconómico en la administración del sector salud, por el cual los gobiernos propusieron planear el desarrollo social y económico con un apoyo técnico permanente de la OPS. Una de las razones principales del relativo fracaso del método, y la fuerte crítica que le

---

<sup>3</sup> La OMS se desarrolló a partir de la *Paris Office Internationale d'Hygiène Publique* (fundada en 1909) y la organización de salud de la Liga de Naciones, en Ginebra en 1923 (Brockington, 1975 citado por Walt, 1994). La OMS fue formalmente fundada en Abril de 1948, con sus oficinas principales en Ginebra. La Organización Panamericana de la Salud surgió antes, en 1902, y fue incorporada a la OMS en los años 50s después de mucha resistencia y negociación (OPS, 1992).

siguió, fue la insuficiente contextualización al plantear los problemas surgidos por aspectos políticos e institucionales del proceso de toma de decisiones en la implementación de las pautas de política del sector salud (Rivera, 1989). Melo y Costa (1994) ven esta estrategia como una reiteración de la principal característica de la agenda de cooperación técnica de la OPS, es decir, se reconstruyó una gama, extremadamente no específica y multi-facética, de las intervenciones, la cual extendió y recombino elementos del enfoque anterior de salud pública, pero al mismo tiempo evitó causar conflictos con su tradición que establece que la agenda de la salud es un recurso público (Melo y Costa, 1994). El resultado fue una incorporación gradual y creciente de propuestas y programas que carecían de cualquier diferenciación clara de la agenda anterior.

En los años 70's, los "países en desarrollo" comenzaron cada vez más a presionar por una agenda más amplia, exigiendo una acción institucional más incisiva y un cambio en la perspectiva hacia las causas socioeconómicas de enfermedades y cómo tratarlas, particularmente dando prioridad a los niveles del cuidado considerados más efectivos y menos costosos que el cuidado médico hospitalario. Las experiencias de los países del "tercer mundo" que se consideraban exitosas en el campo de la salud (Chile, Cuba, Tanzania, Vietnam) fueron estudiadas y señaladas como alternativas innovadoras, estimulando la formulación de nuevos paradigmas del funcionamiento del sistema de salud. En 1975, la OMS lanzó Salud para Todos en el año 2000 (HFA 2000 por sus siglas en inglés) y para alcanzar la meta, en 1978 formuló que el foco debía ser Cuidados Primarios de Salud. Los Estados miembros fueron motivados a emprender revisiones radicales de sus políticas y sistemas de salud, y fueron aconsejados activamente para tomar un enfoque de Cuidado Primario al implementar y desarrollar niveles básicos de cuidados. A partir de entonces la OMS se convirtió en una organización más politizada (Walt, 1994)<sup>4</sup>.

Se argumentó que el Cuidado Primario de Salud (CPS) era el camino para alcanzar las metas propuestas y, en Alma Ata en 1978, representantes de 155 países se comprometieron solemnemente con estas pautas. Este enfoque interrelacionó al menos dos significados: primero, era una prescripción general que daba razones de por qué los sistemas de salud deberían priorizar el cuidado primario para anticipar y prevenir problemas de salud, para evitar el agravamiento de las enfermedades y para romper los círculos viciosos que producen enfermedades; y en segundo lugar, era un paquete mínimo de acciones y servicios de CPS que se extendieron más allá del estricto campo del cuidado médico y se enfocaron en las condiciones de vida y salud de la población, e incluyó acciones en educación, saneamiento, promoción de suministros de alimentos y nutrición apropiada, salud materno infantil (incluyendo planificación familiar), medidas preventivas, provisión de medicinas esenciales, garantía de acceso a servicios etc. (Declaración de Alma Ata, 1978). El concepto de CPS implicó una amplia acción intersectorial del gobierno como esencial para alcanzar las metas del HFA 2000. Este enfoque, también promovido por la OMS y las Naciones Unidas para la Niñez (UNICEF), a pesar de algunas discusiones importantes con la OMS, fue recibido con mucho entusiasmo por países periféricos, pero tratado más cuidadosamente por países centrales (Almeida, 1995).

Este ambicioso programa fue indirectamente opacado por las discusiones de "la crisis de salud" que datan de los años 60's a los años 70's. Las discusiones trataron un amplio espectro de

---

<sup>4</sup> La meta del HFA 2000 fue presentada por el director general de la OMS, Halfdan Mahler, quien encabezó a la organización de 1973 a 1988.

problemas que iban desde el poder dominante de los doctores, medicina y asistencia médica, hasta la influencia decisiva de los complejos industriales médicos en la dinámica del sector salud, “demonios de la tecnología”, el costo de los cuidados de salud, entre otros. La hegemonía de la política neoliberal y el diagnóstico subyacente de las causas de la “crisis de salud” han explotado estas críticas en su favor y, para finales de los 80’s, habían redefinido el problema como una “crisis en los costos de los servicios de salud”. Los servicios de salud fueron considerados como carentes de capacidad operacional y coordinación, ineficaces y derrochadores de los recursos, además de que se les atribuía una baja cobertura de la población (Almeida, 1995). El Cuidado Primario de Salud también ha sido criticado por ser un “cuidado primitivo” (para los pobres) e ineficaz debido a la manera en que fue implementado.

La arena cada vez más politizada desafió a las agencias de la ONU e introdujo un conflicto más abierto en las agencias (Walt, 1994)

La fuerza de la OMS se concentró firmemente en su capacidad para financiar las actividades técnicas de cooperación, que se suponía debían seguir sus pautas institucionales. Esta situación condujo a una “crisis de legitimidad en la cooperación internacional” en los años 80’s, en la cual los donantes eran cada vez más críticos de la organización y reclamaban que debía ser desplazado el “poder de los doctores” para incorporar a otros profesionales, tales como economistas y administradores. Estas críticas opacaron incluso los resultados valiosos obtenidos de los exitosos programas de inmunización dirigidos por la OMS en los años 70’s en países en desarrollo. Señalaron que la mayor debilidad de la cooperación técnica internacional fue que se centró excesivamente en la cultura de la salud pública y en la manera politizada y absolutamente inespecífica en que se asociaba la salud con preocupaciones como distribución del ingreso, vivienda, educación, nutrición, seguridad social, etc. (Melo y Costa, 1994). Además, cuestionaron los procedimientos burocráticos, los altos costos, la proliferación de las reuniones y los informes, la falta de transparencia y las evaluaciones de efectividad de los programas (Walt, 1994).

Con el pasar de los años, los cambios en la estructura del presupuesto de la OMS limitaron cada vez más el poder de decisión del Director General y lo transfirió a los países donantes. En otras palabras, las llamadas donaciones (o fondos extra presupuestarios) gradualmente ganaron importancia en el financiamiento institucional, las contribuciones regulares de los países miembro, que habían predominado en la composición del presupuesto, disminuían en términos relativos. En 1971, otras fuentes constituyeron aproximadamente 25 por ciento del presupuesto institucional; pero a principios de los años 90’s la cifra se había elevado hasta el 54 por ciento, los principales donantes eran, por un lado, el Banco Mundial y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), y por otro, los Estados Unidos y los países europeos (Walt, 1994). Esto debilitó el poder de toma de decisiones y el sentido de dirección de la institución, y minó la estructura descentralizada, regional, anunciando la declinación de su autoridad en la arena internacional de la salud. El financiamiento cambió de la pauta de apoyo estratégico definido por la organización a las “prioridades” que los donantes voluntarios ataron a los programas específicos. En paralelo, la participación del Banco Mundial en el financiamiento del sector de la salud aumentó.

Estructuralmente, la OMS fue la más descentralizada de las agencias internacionales especializadas y sus seis oficinas regionales constituyeron una situación única en el sistema de Naciones Unidas (Walt, 1994). Estas oficinas regionales tenían considerable poder discrecional sobre la asignación de recursos en el presupuesto regular y eran responsables de formular e implementar políticas institucionales y de definir prioridades. A pesar de que la capacidad técnica

de estos cuerpos varió significativamente de una región a otra, y los presupuestos regulares eran pequeños y destinados sobre todo a becas, seminarios y a pequeños proyectos de cooperación, a menudo había tensiones entre los niveles centrales y regionales (por ejemplo, entre la OPS - históricamente la oficina más independiente - y la OMS). Además, siempre eran más atractivos para los ministerios de salud de los países los mayores fondos proporcionados para programas específicos que cualquier proyecto de planeamiento estratégico para el sector salud; los recursos y la asistencia técnica proporcionados eran considerables y no interferían directamente con el diseño de políticas de salud nacional

Las repercusiones de las estrategias HFA 2000 en el “Tercer Mundo” – en particular respecto al Cuidado Primario de Salud y sus propuestas “subversivas” – pero en especial, la batallas hechas por la OMS sobre la nutrición infantil (leche materna contra fórmulas artificiales) a mediados de los 70’s, y el programa de medicinas esenciales lanzado en 1978 (donde el choque fue básicamente con la corporación Nestlé y las multinacionales farmacéuticas) son eventos subyacentes en este proceso<sup>5</sup>.

De hecho, el Banco Mundial comenzó a incursionar en el sector salud desde finales de los años 60’s, financiando proyectos de control de población y acciones conducidas por los Estados Unidos, tan pronto un nuevo presidente tomaba el poder. Desde mediados de los años 60’s el gobierno de los Estados Unidos había estado trabajando activamente en poner los temas demográficos en la agenda internacional. Abogó por políticas de control de la natalidad y dio incentivos a los países menos desarrollados para adoptarlas, y también motivó a otros países a participar como donantes en estos programas (hasta entonces los Estados Unidos había sido el donante más grande) y movilizó el apoyo de las Naciones Unidas en el tema de la planificación familiar (Walt, 1994). Con Robert McNamara como su presidente, el Banco Mundial adoptó esta política y, en 1968, fundó el Departamento de Proyectos de Población y amplió préstamos en esta área. Este proceso coincidió con el advenimiento de los contraceptivos orales, que fueron probados en varios “países en desarrollo” y utilizados por más de cuatro millones de mujeres en los Estados Unidos desde 1965 (Walt, 1994).

Las críticas del campo de la salud en ese entonces, denuncias y movilizaciones contra esta política — defendidas especialmente por las feministas y ampliamente cubierta y difundida por los medios — redefinieron el problema en términos de su conexión con cambios políticos y socioeconómicos. Como resultado, la hegemonía para conducir políticas de población de los Estados Unidos fue hasta cierto punto contenida.

Sin embargo, en los 80’s el debate en salud se intensificó y se argumentó que las actividades de cooperación técnica deberían ser transferidas de cuidados médicos a problemas relacionados con la administración de la salud, construcción de capacidades, evaluación de la política en un contexto más amplio de desarrollo económico y social y, lo más importante, se impulsó el uso de instrumentos económicos como las herramientas favorecidas para tales actividades (Walt, 1994). Los “términos del debate” de los 80’s comenzaron a cuestionar, por un lado, a los programas de cooperación y, por otro, a la idea de la salud como un activo público — una noción históricamente relacionada a la OMS —. Al mismo tiempo, con el crecimiento substancial del financiamiento no

---

<sup>5</sup> En este aspecto, ver Gill Walt (1994).

regular se empeoró la pulverización excesiva de las actividades del programa de la organización. Esto, a su vez, minó su papel de liderazgo internacional en salud, causando una falta de definición respecto a su lugar y capacidad en la arena internacional.

Exactamente en la misma década, el Banco Mundial comenzó a conceder préstamos directamente a los servicios de salud. Este proceso no ocurrió en el vacío, sino en un contexto de crisis económica, hegemonía neoliberal y crítica aguda hacia las políticas sociales globales. La hegemonía de la ideología neoliberal dio la forma y la sustancia para el desarrollo de un centralismo en el análisis económico de la política social en general y de la política de salud en particular.

Melo y Costa (1994) escribieron que “la internacionalización de las agendas inspiradas en el neoliberalismo fue tardía y conflictiva (en la OPS) debido a su cultura de salud pública (...) y a su *porosa* (en el sentido usual) estructura organizacional y a la debilidad de su sistema de objetivos epistémicos de la salud pública comunitaria (pp. 68-69). La OPS reaccionó reestructurándose en dos, eventualmente traslapadas, direcciones: por un lado, consolidó el campo de la epidemiología institucionalmente, para superar la polémica explícita acerca de la identidad institucional y para restaurar su capacidad normativa y habilidad para implementar políticas reguladoras; y por el otro lado, enfocó sus intereses en los aspectos macroeconómicos de la salud, especialmente en términos de analizar los mecanismos de financiamiento y el impacto fiscal del gasto en salud, institucionalizando el campo de la economía de la salud.

Los conflictos entre las agencias internacionales no son nuevos. Han habido numerosos conflictos en el pasado que han implicado no solamente a la OPS/OMS y al Banco Mundial, sino también a la UNICEF y el gobierno de los Estados Unidos (Walt, 1994). Walt menciona, por ejemplo, que ya habían habido otros choques entre la OMS y la UNICEF, después de que conjuntamente lanzaron el Programa de Cuidados Primarios de Salud, porque la UNICEF unilateralmente lanzó primero el programa de intervenciones primarias en salud GOBI. Y porque en 1987 la UNICEF también lanzó la Iniciativa Bamako (IB), un programa para la administración comunitaria de los fondos locales de salud, restringido a África (Melo y Costa, 1994).

La crisis de legitimidad y liderazgo de la OMS fue paralela a la creciente actividad del Banco Mundial en el campo de la salud. Propuso una nueva agenda de reforma para el sector salud que se centró extremadamente en una naturaleza con enfoque economista y caracterizada por “elecciones trágicas” que, en este caso específico, redefinieron algunas de las nociones clásicas que habían dirigido la organización del sistema salud en el siglo XX. Éstas incluyen salud como un bien público, y universalidad en el campo de la salud.

Melo y Moura (1990) describen la trayectoria del Banco Mundial en las décadas finales del siglo XX con tres importantes momentos cruciales dado su rol y estrategia de intervención en países específicos. El primer momento se relaciona al periodo de McNamara (1968-1981) cuando hubo un cambio de énfasis: el Banco pasó de ser una institución que financiaba proyectos de infraestructura (transporte y energía) a ser una agencia multilateral que luchaba contra la pobreza a una escala global — sus objetivos de desarrollo fueron primero de infraestructura a industrialización y después a desarrollo social —. El segundo es reforzado por dos marcos fundamentales (durante el periodo de Calusen, 1981): el aumento de gobiernos conservadores en países miembro hegemónicos (Estados Unidos e Inglaterra) que fueron muy críticos del desempeño del Banco, considerándolo burocrático y sumiso (a países del “Tercer Mundo”); y la crisis económica internacional (fiscal y de deuda). Esto fue cuando las acciones del Banco estaban dirigidas sobre todo hacia ajustes estructurales macroeconómicos y reformas sectoriales, y por lo tanto sus

actividades se volvieron de alto perfil y se politizaron. El tercer cambio ocurrió a finales de los años 80's cuando tomaron más fuerza las discusiones acerca de la lucha contra la pobreza, centrándose en la viabilidad política de reformas y enmarcadas fuertemente por una perspectiva institucional donde la gobernabilidad<sup>6</sup> y calidad institucional eran claves. Melo y Costa (1994) enumeran tres factores que aparentemente condujeron a que este enfoque fuera redefinido: las reformas y los programas de ajuste estructurales fallaron en varios países con consecuencias políticas e institucionales serias; los cambios en Europa del Este dieron mayor visibilidad al papel de las instituciones en estos procesos; y el devastador impacto social de las políticas de reforma patrocinadas por el Banco, como es señalado por varios autores y por agencias internacionales (tales como la UNICEF).

En resumen, el Banco comenzó a actuar en el campo de la salud como parte de una estrategia de la política de control de natalidad en países en desarrollo. Éste era parte del marco más amplio de “desarrollo sostenible” y la “necesidad de sostenibilidad global,” y más adelante, cambió a la lucha contra la pobreza, prescribiendo reformas del sector de una manera muy particular que puso en duda los principios prevalecientes de equidad y universalidad. La política de reforma social a partir de los años 80's hacia adelante fue afectada intensamente por estas redefiniciones, que “produjeron una realineación profunda de los actores en la arena internacional de salud y cuestionaron el mandato de otras organizaciones activas en el sector de la salud” (Melo y Costa, 1994, p. 85).

## 2.2 La agenda para el sector salud del Banco Mundial

La nueva agenda del Banco Mundial apoya disminuir el papel del Estado y reforzar el mercado. Incluye el sector financiero como condicionante de los ajustes estructurales, y prioriza programas específicos y actividades basadas en criterios costo efectivos, así subordina el gasto en salud a la estabilidad macroeconómica de los países bajo ajustes estructurales.

No obstante, a partir de mitad de los años 70's, este debate se llevó a cabo alrededor del mundo, conducido por el Banco Mundial, el cual enfatizó el conflicto entre eficiencia (en la asignación) y equidad, regresando al problema de crecimiento contra distribución, y extendiendo la fórmula “redistribución (solamente) con crecimiento”. El enfoque de las “necesidades básicas” también fue introducido (Melo, 1998 y Melo y Costa, 1994). Al mismo tiempo que se reconocía como importante la intervención del Estado en el sector social, fueron criticadas cada vez más su efectividad y capacidad resolutive. El tema principal cuestionado era la incapacidad de las políticas del Estado para resolver las necesidades básicas de la población, es decir, de los más necesitados. Los desafíos, han sido ahora anunciados, recaían en: problemas de focalización - es decir, el problema no era el gasto público social irrelevante, sino que por el contrario su “pobre uso” toda vez que los beneficios no eran representativos de los costos asociados con el mantenimiento de las gigantescas, costosas e ineficaces estructuras organizacionales; inequidad, entendida como la

---

<sup>6</sup> Gobernabilidad se refiere a las condiciones sistémicas más generales en las cuales el poder es ejercido en cualquier sociedad dada (Melo, 1998 y Diniz, 2001). Gobierno, en cambio, tiene que ver con la capacidad de acción del Estado en implementar políticas y conseguir las metas colectivas (Diniz, 2001).



falta de acceso de las poblaciones pobres a los servicios básicos de salud; ineficiencia y explosión de costos debido a que los médicos eran “los desencadenadores de la demanda” y fomentaban la demanda de nueva tecnología extremadamente costosa (Melo y Costa, 1994 y Almeida, 1995).

El análisis se centró entonces en la manera en que la política social era operada y en sus aspectos burocráticos, exclusionistas, ineficientes e inefectivos. La reforma administrativa y la descentralización (que, además de traer a los hacedores de política más cerca de las necesidades de sus comunidades y poblaciones, podrían superar el “gigantismo burocrático”) ocupan un lugar prominente en este debate. Se esperaba que con la “reingeniería” institucional y los cambios “en las reglas del juego” – claras influencias del paradigma neo-institucional – se lograra mayor eficiencia y equidad y, usando mecanismos que fomentan la competencia, se acompañara de una reducción del comportamiento rapaz y dañino (Almeida, 1995, 2001; Almeida *et al*, 1999 y Melo, 1998). El énfasis fue puesto en reformar la ley (Constitución) y la arquitectura legal de los programas y políticas, entendidas como estructuras de subsidios e incentivos que se redefinen para modelar un nuevo comportamiento.

Una vez más el Banco Mundial tomó el liderazgo. Al mismo tiempo que creó un fondo para aliviar las consecuencias económicas y sociales adversas de los programas de ajuste macroeconómicos, anunció su entrada activa en el proceso de reformulación de la política del sector salud.

El documento de 1987 titulado *Financiando los servicios de salud en países en desarrollo: una agenda para la reforma*, es considerado un punto de referencia para las acciones en el área de la salud. Es un Estudio de la Política del Banco Mundial preparado por tres expertos del Departamento de Población, Nutrición y Salud del Banco – John Akin, Nancy Birdsall (entonces jefa del departamento) y David Ferranti — basado en una serie de ideas que ya circulan en la institución desde mediados de los años 80’s. Aunque este documento no había sido aprobado por el consejo de directores ejecutivos del banco, ya había circulado dentro de la institución y se había discutido con la Organización Mundial de la Salud en un esfuerzo por atenuar posibles conflictos de ideas y para legitimizarlo institucionalmente atenuando algunas de las pautas políticas e ideológicas para el sector. Este documento precisó claramente las direcciones principales de la agenda de reforma del sector salud basado en un diagnóstico de los problemas de los servicios de salud, el cual indicó gasto insuficiente en programas costo-efectivos, ineficiencia de los programas internos del gobierno, e inequidad en la universalidad de los programas públicos de salud. La segunda parte del documento establece sugerencias para la reforma del sector en países en desarrollo que se enfocó básicamente en cuatro medidas: introducir co-pagos para el uso de servicios públicos de salud, especialmente del cuidado médico; establecer incentivos para desarrollar seguros de salud, reforzar la provisión de servicio privado y descentralizar. También incluyó estrategias que eran perseguidas por el Banco para inducir estas reformas, que son: tomar en consideración reformas al financiamiento de los servicios de salud al establecer los préstamos y las ayudas internacionales, ampliar los préstamos para estas reformas, y conducir investigación para sostenerlas. Esta discusión está soportada por una amplia revisión bibliográfica y presenta datos sobre países (Mattos, 2000 y Banco Mundial, 1987). Hernández (2002) indica que este documento utiliza el concepto económico de bien público y privado para todas las materias del servicio de salud, dibujando una línea clara entre las responsabilidades del mercado y las del Estado en el financiamiento de los servicios de salud.

Este documento enmarcó la reforma del financiamiento de la salud junto con el conjunto de condiciones negociadas como la base de ajustes económicos. De hecho, esta acción más incisiva del Banco Mundial en el área de la salud no fue una ocurrencia aislada. Fue uno de los resultados de un cambio cualitativo en sus acciones en la región en el cual adquirió una perspectiva más estratégica y de mayor largo plazo coherente con la más amplia “corrección del curso” que guió las prescripciones económicas (Fiori, 1993).

En su Reporte de Desarrollo Mundial 1990 (pobreza) el banco propuso una estrategia dual: promover crecimiento intensivo en trabajo abriendo las economías e invirtiendo en infraestructura; y proveyendo salud básica y servicios sociales educativos para poblaciones pobres.

Varios estudios fueron comisionados y sus resultados propusieron el rediseño de tres variables fundamentales para la organización y operación del sistema de salud: cómo se identifican los problemas de salud que dirigen la formulación de la política; cómo se define el perfil de provisión de servicios; y cómo se fijan las prioridades, o en otras palabras, qué son capaces de hacer los gobiernos (Jamison y Mosley, 1991). La interrelación de estas tres variables pone en evidencia claramente las “elecciones trágicas”.

El Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993 fue dedicado a la salud. Un equipo de expertos fue especialmente designado para hacer el borrador, como es la norma para tales informes, y procedimiento diferente al seguido en los documentos previos que eran desarrollados por iniciativa de técnicos específicos. En este documento el Banco Mundial adoptó un enfoque pragmático dirigido explícitamente a prescribir la reforma del sector salud. Fue el resultado de densas negociaciones que involucraban a técnicos del equipo encargado del borrador, otros técnicos del Banco Mundial, y administradores de las agencias donadoras, así como a otras instituciones de la comunidad internacional (Mattos, 2000). *El Informe sobre el Desarrollo Mundial: Invirtiendo en Salud* (Banco Mundial, 1993) analiza los indicadores de salud disponibles en varios países, que fueron evaluados según parámetros estrictamente económicos. Establece la escena para la reforma de la política de salud, definiendo prioridades sobre principios costo-efectivos y de focalización hacia los pobres. Introdujo nuevos conceptos e indicadores en la planeación del sector de salud, tales como paquetes de servicios médicos básicos, la Carga Mundial de la Enfermedad, y los DALY's (Años de Vida Saludable por sus siglas en inglés), como las medidas más eficientes para el establecimiento de prioridades y para la definición de los paquetes de intervención. El Banco entonces introdujo un cambio importante en su lógica de política social (incluyendo salud), haciendo explícito que el principio de equidad debía ser subordinado al principio de costo-efectividad, gasto público reducido y privatización de servicios. Estableció que las políticas sociales debían dejar de ser universales y debían desempeñar un papel simplemente compensatorio, es decir, estar dirigidas solamente hacia los grupos/sectores más pobres de la población. Esto dio lugar a la formulación de políticas selectivas y de focalización.

Este informe refleja claramente el cambio en el liderazgo internacional en el sector salud, marcando la consolidación de la hegemonía del Banco Mundial que se había estado institucionalizando gradualmente desde los años 70's. La naturaleza dual del tema de salud para la región — como un fin en sí mismo y como uno de los medios para fomentar el desarrollo — había sido señalada en documentos elaborados por la CEPAL (1990), que también sirvieron como insumo a los análisis del Banco Mundial. La opción de política compensatoria adoptada por el Banco para este dilema complejo, que emergió de la confrontación entre las agencias internacionales activas en la región, también fue finalmente apoyada por la OPS (OPS, 1995 y CEPAL/OPS, 1994).

Las condiciones establecidas por los acreedores internacionales entonces comenzaron claramente a incluir recomendaciones de reforma de política social — incluyendo salud —. En el campo de la salud abogaron por un uso mejor de los escasos recursos que se debían dirigir hacia intervenciones para disminuir la “carga de la enfermedad” y hacia intervenciones probadamente costo-efectivas (Banco Mundial, 1993).

En respuesta al informe 1993, para enfrentar esta clara amenaza de liderazgo, la OPS estableció como estrategia una alianza con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y elaboró un documento que interrelacionó la salud, la equidad y los patrones cambiantes de producción (CEPAL/OPS, 1994). Al mismo tiempo intentó un diálogo más amplio con los países, más allá de las conversaciones rutinarias con los ministros de salud, en particular con los miembros del parlamento en las nuevas democracias de América Latina.<sup>7</sup>

Las recomendaciones del Banco Mundial fueron guiadas fuertemente por los resultados de la *Revisión de las Prioridades del Sector Salud* realizada entre 1987 y 1993 (Murray y Lopez, 1994). Los DALY's fueron utilizados para planear la carga mundial de enfermedades y analizar varias intervenciones en términos costo-efectivos. Esta revisión indicó gran variación en costos por DALY en alrededor de 50 intervenciones, y fue utilizada por el Banco Mundial (1993) para recomendar las reformas y nuevos indicadores. Es decir la carga de enfermedad se estima en términos de los DALY's perdidos, y el costo-efectividad de las intervenciones es evaluado por el costo ganado por DALY. Esta combinación fue considerada ya que hace posible evaluar la carga de enfermedad evitada si las intervenciones fueran implementadas. La intervención sería considerada una prioridad solamente cuando la carga de enfermedad fuera importante y tuviera un alto costo-efectividad (Banco Mundial, 1993).

En la práctica, estas medidas fueron diseñadas para evaluar las opciones de toma de decisiones de la política social (ex-post y ex-ante) estableciendo relaciones entre los costos y “beneficios”, y para comparar los resultados obtenidos a través de diferentes maneras de alcanzar metas específicas, así como para clasificar las opciones. En otras palabras, esto significa obtener la ventaja máxima de la eficacia de acciones específicas, y maximizar su impacto al menor costo posible (Almeida, 2000a y 2000b). Este enfoque fue criticado, especialmente en lo relacionado al uso de un concepto de salud limitado (restringido a enfermedades y cuidados médicos); en lo relacionado al limitado valor de ejercicios globales a las realidades nacionales; en lo que respecta al tema de equidad, interpretada simplemente como el logro de mayor esperanza de vida en todos los países, sin referencia en absoluto a la desigualdad entre grupos sociales; y más importante, el inapropiado uso de las metodologías económicas centradas básicamente en medir la eficiencia y el costo-efectividad para identificar las necesidades de salud y establecer prioridades, mientras que ignoró el valor de cualquier otro parámetro de la formulación de política (Paalman *et al.*, 1998).

En 1997, el gobierno de Dinamarca y el Banco Mundial celebraron una reunión informal con agencias bilaterales y multilaterales para discutir el llamado Sector-Amplio de Enfoques (SWAP's por sus siglas en inglés) en el desarrollo de la salud. El objetivo de la reunión era alcanzar un cierto grado de consenso en metas y procesos en apoyo a los sectores de salud de los países a través de

---

<sup>7</sup> El programa Democracia y Salud – Proyecto de Cooperación OPS/OMS con Parlamentos Americanos fue lanzado en 1992 con la creación del Parlamento Latino de Salud (Parlatino), aunque las actividades de colaboración datan de 1990.

revisar experiencias concretas, discutiendo opciones para acciones conjuntas entre varias organizaciones, y cuestionando separadamente el enfoque de los proyectos de apoyo. El nombre SWAP indica que esta no fue una discusión sobre un nuevo programa o instrumento internacional de ayuda, sino de una estrategia de operación que incluiría una amplia variedad de enfoques basados en los que estarían siendo desarrollados en las reformas e inversiones. Esta estrategia comprometería a los países directamente a través de los esfuerzos concentrados de una diversidad de agentes con interés en el tema, incluyendo departamentos de gobiernos beneficiarios, agencias técnicas, y donadores bilaterales y multilaterales

El *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001: Lucha contra la pobreza* reitera las mismas estrategias. Indica que una política de administración de riesgos es generalmente menos costosa que corregir los efectos más tarde. Además, las mejores soluciones son generalmente las que permiten que cada individuo y cada hogar se protejan a sí mismos en vez de buscar ayuda del Estado (Banco Mundial, 2003). Sin embargo, los mercados pueden no ser capaces de proveer cobertura para los grupos vulnerables o financiar la reducción del riesgo. Por consiguiente, la protección social bajo cuidado del gobierno comenzaría donde la capacidad de contener el contexto macroeconómico terminara.

La OMS también se ha adherido recientemente a la estrategia “metodológica” del Banco Mundial, usándola para defender el “nuevo universalismo” definido en el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* (Frenk, 1999 y OMS, 2000). Es decir, puesto que no es posible tener todo para cada uno, se tiene que definir qué es “esencial” y qué puede ser ofrecido, con énfasis en la evolución del desempeño de los servicios del sistema de salud como el eje estructural de la reforma del sector salud (Murray y Frenk, 1999). Otros indicadores nuevos fueron creados (por ejemplo, Esperanza de Vida Ajustada a Discapacidad, DALE de sus siglas en inglés) además de tasas compuestas usadas para clasificar a los países sobre una metodología criticada extensamente en la literatura (Almeida *et al.*, 2001; Blendon *et al.*, 2001; Braveman *et al.*, 2001, Jamison y Sandbu, 2001; Navarro, 2000, por citar algunos). Los líderes de la OMS de esta manera se adhirieron a lo que se entiende como la *mejor macro administración*, es decir, la idea de que la eficiencia y la productividad son “meta-valores” al formular e implementar las políticas, y se deben lograr, en el corto plazo y a cualquier precio, con base en controles estrictos y de estrategias normativas globales para satisfacer las demandas externas “supranacionales”. Irónicamente, “por más de una década la *macro administración* ha estado empleando enfoques más suaves y más colaborativos y ha establecido mayores valores en la colaboración, otorgamiento de poderes, e intercambio de conocimientos” (Lerer y Matzopoulos, 2001, p. 434). Aparentemente la OMS adoptó el peor de ambos mundos: la peor administración del sector privado, según lo descrito anteriormente, y lo peor del sector público, reflejado en el autoritarismo y la falta de transparencia con la que dirigieron la formulación de sus estrategias internacionales para el sector salud (Lerer y Matzopoulos, 2001).

Al mismo tiempo — en el marco de las críticas a los resultados de los ajustes económicos y de la reflexión sobre mercados de seguro y riesgo económico y social en la región — el Banco Mundial formuló una propuesta de administración del riesgo social para América Latina, propuesta para el comienzo del milenio puesto que interrelaciona una visión específica de políticas de aseguramiento con propuestas estratégicas en política social (Banco Mundial, 2000, 2001, citado en Sojo, 2003). Esta propuesta aspira a ser paradigmática, particularmente en lo que concierne a la lucha contra la pobreza y a delimitar el papel del Estado (el domino público), reiterando la responsabilidad social mínima de enfrentar la inseguridad y vulnerabilidad económica y social de

la población. A diferencia de las ideas de focalización reduccionista de los 80's y 90's, esta propuesta da alguna importancia a las causas de la pobreza y recurre a la terminología apropiada al aseguramiento (Sojo, 2003).

De esta manera, el análisis de la administración del riesgo señala que cada uno es vulnerable a múltiples riesgos de varias fuentes, riesgos interrelacionados, exposición al riesgo y vulnerabilidad. La protección social se define como las intervenciones públicas que ayudan a los individuos, hogares y comunidades a manejar el riesgo y que apoya a los pobres. Debería también establecer relaciones mutuamente reforzadas entre educación y salud, con visión al desarrollo del capital humano. De esta manera fue introducida una propuesta de política social global que interrelaciona tres recomendaciones fundamentales, y propone una combinación público-privada específica para hacerlas funcionar: las responsabilidades del Estado sobre el bienestar social son circunscritas al combate a la pobreza, el seguro contra el riesgo es una responsabilidad individual; y se desalienta la solidaridad en la diversificación del riesgo. Las propuestas incluyen aumento del gasto social en servicios básicos y establece las garantías para el acceso, calidad, elección y seguimiento del servicio. En resumen, la propuesta fue que, más que ayudar a enfrentar los riesgos, las políticas deberían buscar reducirlos y mitigarlos.

De esta forma, la nueva estrategia de política social incluye aseguramiento individual en el mercado, y provisión de servicios para los pobres a través de “redes de protección”; focalización en oposición a universalidad; un nivel mínimo de responsabilidad pública en la protección social; financiamiento privado en la provisión de otros servicios conectados con el bienestar social; y una desaprobación al principio de solidaridad en el financiamiento (Sojo, 2003).

De este modo, no había realmente un cambio del enfoque anterior, dado que la analogía con las ofertas de focalización reduccionista defendidas de los 80's en adelante aún se mantienen. Aunque esta propuesta reconoce que los pobres están más expuestos y vulnerables, a la vez que tienen menos acceso a los bienes en general – lo que se alude a las causas de la pobreza y denota una diferencia de las propuestas anteriores de focalización centradas básicamente en los síntomas, en vez que a las causas, de la pobreza —; se percibe, no obstante, continuidad en el papel que juega el Estado en el bienestar social de sus poblaciones. Los pobres son vistos como “el grupo” objetivo por la política social, y la acción del Estado se considera sinónima a las “redes de protección social”, que se entienden como un sistema modular de programas que son flexibles, según patrones específicos de riesgo. Este sistema era para complementar, con una “mezcla apropiada” de proveedores públicos y privados, los arreglos existentes, y abarcaría esquemas e instrumentos, tales como fondos sociales, micro-aseguramiento, seguro médico, seguro de desempleo y programas de ayuda social.

En lo que concierne a América Latina, lo que sorprende es la extremadamente positiva opinión de las políticas pasadas – en contraste con las revisiones críticas por el Banco mismo en el tema (Banco Mundial, 2002 citado en Sojo, 2003)<sup>8</sup>, que coinciden en gran parte con otras críticas en la literatura—. Sin embargo, estas críticas son desechadas y la propuesta de administración del

---

<sup>8</sup> Esta revisión rechaza la oposición entre políticas orientadas a la oferta – o a la demanda - y asigna mayor importancia a la necesidad de considerar las variables institucionales específicas de cada país, de modo que los fondos pudieran ser asignados estratégicamente, en vez de basarse en consideraciones de corto plazo o en aislamiento, en un modo que es complementario a las instituciones pertinentes y sostenibles, sin desplazar a las políticas de reforma (World Bank, 2002, citado por Sojo, 2003).

riesgo social se presenta como una propuesta con las características más positivas, que no está apoyadas por ninguno de los análisis existentes (Sojo, 2003).

En el *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004: Hacer que los servicios funcionen para los pobres* (Banco Mundial, 2003) el Banco explora cómo los países pueden acelerar el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDG's por sus siglas en inglés) haciendo que los servicios funcionen para los pobres. Reitera que el éxito no depende de un desarrollo económico más rápido o de la mayor afluencia de fondos a los sectores sociales, sino que por el contrario de la "capacidad" de los gobiernos de convertir esos fondos en servicios básicos como salud, educación, agua potable y saneamiento, ya que estos servicios comúnmente no llegan a la gente más pobre. Las razones que se citan son incentivos débiles para el funcionamiento, corrupción, supervisión imperfecta (si a todos), y los atascos administrativos.

La "armonía" se puede detectar más recientemente entre las diversas agencias internacionales que trabajan en el sector de la salud. Esto ha sido motivado por la guía explícita del liderazgo global del sistema de Naciones Unidas que refleja la decisión política al "trabajo en equipo" y a la colaboración en vez del conflicto. Obviamente el Banco Mundial todavía conserva el mayor poder de financiamiento, y continúa su hegemonía ideológica y política sobre cómo se formulan y conducen las propuestas estratégicas del sector social, el cual reitera el enfoque reduccionista de la política social.

### **3. La Agenda Contemporánea de Reforma: Premisas y Propuestas**

El proceso discutido en los párrafos anteriores ha sido expresado en la formulación de una agenda de "estado de post-bienestar" que incluye el sector salud. Esta agenda de reforma se adapta cercanamente al movimiento mundial hacia la reforma del Estado, y está conduciendo a cambios significativos en la arena de la política del sector salud y cuestionando seriamente la manera en que los sistemas de salud han sido organizados y han realizado sus deberes (Almeida, 1995). Este proceso también cuestionó por qué el cuidado médico debería seguir siendo uno de los beneficios en las políticas de redes de protección social (Almeida, 1996a, 1996b, 1997).

El liderazgo del Banco Mundial fue permitido y reforzado por la hegemonía liberal en los años 80's y 90's, por la predominancia de los temas económicos en un contexto de crisis global y por las críticas al Estado de Bienestar Social y la "ineficiencia inherente" de los sistemas de salud, especialmente en la provisión pública.

Las premisas principales de esta agenda y de las propuestas que surgieron como la solución a los problemas identificados son consideradas a continuación.

#### **3.1 Premisas**

Al inicio de los años 80's, en el despertar de las crisis económicas, los países se comprometieron a sí mismos a profundizar el proceso de reforma guiados por la tecnología institucional apoyada por la ideología neoliberal hegemónica en ese tiempo. Por lo tanto, la necesidad de reducir los desequilibrios fiscales y de crear condiciones macroeconómicas más sostenibles enfocó los esfuerzos a reducir el tamaño del sector público, a aislar al Estado de intereses especiales, a



ajustar sus actividades a reglas — en lugar de a decisiones discrecionales—, y a delegar decisiones a agencias independientes que no tienen incentivos para someterse a presiones políticas. Esto significó la reducción de las actividades asignadas tradicionalmente al sector público y la limitación de sus acciones a sólo las “propias” de él, en la esperanza de que de esta manera aumentara su eficiencia.

Sin embargo, deben distinguirse dos fases separadas en este proceso de reforma. Primero vino la abrumadora hegemonía neoliberal de los años 80's, cuando el discurso ideológico defendió la reducción del Estado de Bienestar y cuando las políticas se enfocaron predominantemente a la contención de costos y control de gastos, procurando minimizar temas sociales, basados en los argumentos de la tensión fiscal (France, 1993), del bajo financiamiento y la importancia de los individuos en comparación con su “disolución” en lo colectivo. En el segundo, un período más reciente, las propuestas de reforma fueron formuladas – con el apoyo analítico y técnico de expertos, generalmente de organizaciones internacionales — con la intención de retirar la responsabilidad única del Estado en algunas actividades que hasta que hasta entonces habían formado la red de protección social construida en el enfoque Keynesiano.

Los modelos de reforma que emergieron en los años 90's ablandaron el discurso ideológico que se había intensificado en los años 80's, incluso construyendo sobre críticas a las propuestas neoliberales, sin que eso significara un regreso a los principios del Estado de Bienestar. De hecho, las reformas en curso procuran tratar los “nuevos” problemas que fueron maximizados por las políticas restrictivas de la década anterior, y restauran el enfoque de Estado-mínimo de un modo nuevo. Las principales características de esa agenda son que las preocupaciones económicas están consideradas como centrales, las mismas premisas deben ser llevadas a todos los sectores, y el foco debe cambiar, de los principios que subyacen a la formulación de la política a la operación de la política.

A pesar de la “revolución administrativa” que se ha extendido alrededor del mundo, el entusiasmo con el cual la agenda fue aceptada políticamente e implementada – pragmáticamente y sin críticas — no ha sido acompañada por un esfuerzo correspondiente para diseñar implementación, monitoreo y evaluación de programas. Por otra parte, aunque muchas de las ideas subyacentes son atractivas en el papel, no se basan en datos o evidencia empírica. La implementación de los nuevos modelos (centrados en una nueva administración pública) ha conducido con frecuencia a grandes problemas a menudo imprevistos por quienes los formulan, debido al pragmatismo de las reformas y porque chocan con prácticas existentes.

### 3.2 Propuestas

La agenda de reforma del sector salud para la región de América Latina, que forma parte de las condiciones en préstamos internacionales, se basa en la necesidad de tratar los problemas históricos (ineficiencia, ineficacia, desigualdad) que, de hecho, están presente en los sistemas de salud, pero que han sido agravados por los programas de ajuste sucesivos que redujeron la inversión en políticas sociales y degradaron las instituciones del Estado y la administración pública. También supone una aceptación pragmática de las nuevas condiciones económicas y la inexorabilidad de la escasez de recursos, mientras que defiende la selectividad y los paquetes básicos de beneficios para grupos específicos en necesidad, es decir, los pobres.

La agenda política de estas reformas contemporáneas, sin embargo, ha sido condicionada por la dinámica de construir una “sociedad de mercado” subyacente a la hegemonía neoliberal del período. La reforma administrativa, la descentralización y la introducción de mecanismos de competencia, en ese orden, eran las bases estipuladas para obtener mayor eficiencia y equidad. Como resultado de la extensión de mayor escala de la agenda para la región formulada en el exterior y asimilada internacionalmente fue menos criticada. En varios países, estos elementos formaron parte de nuevos modelos de reforma del sector salud. Los desafíos más importantes de tal reforma eran reducir el gasto del sector salud; romper los “monopolios” y redefinir los papeles (del Estado y los proveedores de salud); alterar la mezcla público-privada, para aumentar la participación del sector privado en la provisión de servicios; satisfacer las demandas de los “consumidores”; y alcanzar mayor eficiencia y flexibilidad administrativa, así como mayor eficacia. Se dijo que estas medidas rendirían mejores niveles de equidad.

Algunos mecanismos han sido implementados, significando un cambio “de la oferta a la demanda” en la orientación de la estructuración de los servicios de salud: 1) contención de costos y control del gasto (para reducir la oferta y la utilización de servicios); 2) descentralización; 3) separación de funciones, entre provisión de servicios y financiamiento, incluyendo cambios en la asignación de fondos; 4) reforzamiento de la capacidad reguladora del estado; 5) introducción de mecanismos de competencia y construcción de “mercados regulados” o “cuasi-mercados” (basados en las ideas de salud y competencia administrada), llamados “mercado interno” en la reforma inglesa, “competencia pública” en la reforma sueca y “pluralismo estructurado” en la reforma colombiana; 6) introducción de una amplia gama de subsidios e incentivos (a la oferta y a la demanda) diseñada para reestructurar la mezcla público-privada en los sistemas de servicios de salud y romper el “monopolio del Estado”; 7) privatización; y 8) priorización de actividades y focalización en los más pobres. Este proceso ha puesto en duda el derecho a la salud como derecho humano fundamental o como un beneficio social.

La inspiración (neo) conservadora de esta agenda se refleja en el hecho de que se centra en el cuidado médico, no en los determinantes sociales de la salud o en una visión más amplia de “salud” que relaciona el proceso de reforma del sector salud con estrategias multisectoriales diseñadas para superar las desigualdades. Esto es debido, por una parte, a los altos costos del cuidado médico, que dominan a los sistemas de salud y absorben gran parte de los fondos disponibles para el sector; y por otra parte, al reforzamiento del nivel ideológico, que enfatiza el aspecto económico de la agenda y guía la formulación de los modelos para el cambio.

Estas ideas fueron extendidas alrededor del mundo y reinterpretadas en propuestas de reforma en numerosos países, dando por resultado una amplia variedad de estrategias para el cambio a pesar de que la agenda es homogénea.

Los elementos de esta agenda se pueden identificar en prácticamente todos los procesos de reforma a los sistemas de salud en la región y en el exterior, introducidos (teóricamente) con el objetivo de conciliar la eficiencia y la equidad. Para este propósito, se modificaron las reglas del financiamiento y beneficios, junto con las relacionadas a la participación de agentes públicos y privados, separando las funciones de la regulación, provisión y financiamiento; se estimuló la mayor participación del sector privado en la provisión de servicios; se estableció competencia entre los proveedores de seguros y servicios, introduciendo formas de cuasi-mercados en la provisión de servicios públicos. La idea del aseguramiento predomina y hay diferencias importantes en las combinaciones entre la seguridad social (pública y solidaria) y el seguro de salud privado,

constituyendo así una complicada mezcla público-privada (Almeida, 1999, 2002; CEPAL, 2000, 2001; y Sojo, 2001).

Como estímulo explícito, un modelo ideal basado en la competencia administrada -- “pluralismo estructurado” -- fue preparado específicamente para la región de América Latina (Londoño y Frenk, 1995 y Londoño, 1996)<sup>9</sup>. ¿En qué consiste esta propuesta? En un seguro nacional de salud con financiamiento público (de contribución obligatoria para los que pueden pagar y con subsidios para los pobres), al que añade la competencia administrada o la “versión tropical” del modelo mencionado anteriormente (Londoño, 1995, 1996). Se define un paquete básico de servicios obligatorios, pero son diferentes para diferentes grupos sociales; se incorporan al sistema mecanismos de competencia, se establecen cuasi-mercados y se crean nuevas agencias (públicas y privadas) para asegurar la provisión de servicios. En este modelo, el Estado se avoca principalmente a la función de conducción del sistema, enfocada fundamentalmente en la coordinación y la regulación, y deja la provisión de servicios. Colombia es el único país en la región en donde el modelo fue formulado e implementado de forma completa (Londoño, 1996), el Banco Mundial y el BID están financiando la implementación de un modelo similar en la República Dominicana, y los elementos de propuesta teórica de la competencia administrada se pueden ver en prácticamente todas las reformas de la región (Almeida, 1996, 1999, 2002, 2005).

Estos modelos de reforma han sido criticados, especialmente por el concepto limitado de salud que usan; por la aplicación de recetas globales sin tomar en cuenta las realidades nacionales; por la escasa consideración dada a temas de equidad; por la falta de referencia a las desigualdades entre grupos sociales; por el refuerzo y consolidación de sistemas de salud duales, con segmentación perversa; y, lo más importante, por el inapropiado uso de medidas de eficiencia y costo-efectividad para identificar las necesidades de salud y establecer prioridades (Paalman, 1998).

#### **4. Breve Análisis Crítico de las Reformas del Sector Salud en la Región**

Como se discutió en párrafos anteriores, la formulación de la política social, implementación y evaluación está fuertemente guiada por valores y conceptos sobre las realidades sociales, compartidos por los actores principales implicados en el proceso, en sus varios niveles, tanto en las élites burocráticas como políticas. Estos valores y conceptos cambian en diversos lugares y coyunturas. Para entender este proceso en la región de América Latina es necesario revisar algunos hechos en el pasado.

Muy brevemente, en un largo proceso histórico a través de los siglos, el desarrollo del principio de ciudadanía, inspirado en la idea liberal de la igualdad, fue acompañado por las crecientes desigualdades generadas por la expansión del modo capitalista de producción económica. Más precisamente, en los siglos XIX y XX, la institucionalización gradual de los derechos sociales

---

<sup>9</sup> La propuesta teórica del Pluralismo Estructurado fue expuesta en un documento del Banco Mundial, por Juan Luis Londoño y Julio Frenk, y fue presentado por José Luis Londoño, el ex ministro de salud de Colombia en el periodo cuando la reforma fue formulada y aprobada, en la Reunión Especial de Ministros de Salud de América Latina y el Caribe, realizada en Washington, en 1995, y promovida por las principales organizaciones internacionales – OPS, Banco Mundial, BID, CEPAL, OAS, UNICEF, Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población y AID/USA—.

condujo a políticas públicas dirigidas a implementarlas, ya sea para enfrentar las desigualdades producidas por las dinámicas de la expansión capitalista o como un medio de cambio en el juego del poder político.

Se debe recordar, sin embargo, que estas observaciones son hechas con referencia a la historia de los países capitalistas desarrollados de Europa. Una característica central de sus Estados es “un alto grado de soberanía externa y un alto grado de dependencia doméstica” (Baltodano, 1997, p.56), en el sentido que, a un mayor o menor grado, han sido capaces de desarrollar las habilidades políticas y tecnológicas para obtener y distribuir recursos, destinando una porción considerable de ellos, al menos por un tiempo, a promover el desarrollo social. Es decir, esto ha permitido cierto tipo de confluencia entre los que hacen políticas y quienes las reciben.

Por otra parte, la evolución histórica de América Latina está marcada por la constitución de Estados económicamente dependientes; sociedades altamente segmentadas con niveles considerables de exclusión social y marginalidad; bases territoriales socialmente desintegradas; instituciones con pobre implementación de políticas y capacidad social reguladora; y estructuras extremadamente frágiles y derechos ciudadanos parciales.

Baltodano (1997) ve en América Latina Estados que disfrutaban de un alto grado (relativo) de autonomía en relación a la sociedad civil y un alto grado de dependencia en relación a las dinámicas del mundo económico, principalmente en términos de un lugar subordinado en los mercados internacionales enmarcados por endeudamiento progresivo y perverso.

A esto se agrega la lógica de la “ciudadanía regulada” (Santos, 1979) que dirige la forma particular tomada por la política social (Malloy, 1993). Esto favorece los sistemas corporativos en la sociedad, lo que permitió a las “masas ser incorporadas en la dinámica de competencia política antes de que la estabilidad fuera alcanzada por la institucionalización de las reglas de esa misma competencia” (Santos, 1993, pp. 29-30), lo que significa que originalmente la política social no fue definida como una intervención compensatoria o redistributiva ni fue dirigida a organizar el mercado de trabajo, sino que formó parte de un movimiento de “construcción de nación” e integración social con numerosas características específicas (Melo, 1998).

Este modelo también coexiste con varias formas de control social del tipo oligárquico y de coerción del Estado, lo que dificulta la formación de espacios y el desarrollo de la capacidad de la sociedad de intervenir en los temas que le conciernen. Además de esta situación, está la influencia histórica de las organizaciones internacionales en la formulación e implementación de políticas en la región, ya que las “condiciones”, impuestas por los bancos acreedores, reducen considerablemente la autonomía de los Estados nacionales para redefinir sus políticas (Gilpin, 1993; Malloy, 1993 y Kaufman, 1995).

Así, los recientes desarrollos de la globalización han intensificado la dependencia externa y la importancia doméstica de los Estados de América Latina (en muchos casos en total sumisión a las condiciones externas), previniendo cualquier relación congruente entre los que hacen políticas públicas y quienes las reciben (Baltodano, 1997).

En términos de reformas contemporáneas, la situación económica, política y social en los años 80's permitió una dinámica económica restrictiva en la región. Como resultado, América latina y el Caribe experimentaron en este periodo serios ajustes estructurales y de estabilización económica inducidos explícitamente por los organismos multilaterales. Éstos condujeron a aumentar la deuda externa e interna y a reducir la autonomía del Estado para definir sus propias políticas.

Estos procesos empeoraron las condiciones de la vida en general, y la salud en particular, de las poblaciones de la región, empeorando las ya existentes desigualdades y generando más pobreza; y coincidieron con complejas transiciones políticas hacia la democracia, en que las demandas sociales ganaron cada vez más voz y visibilidad.

Durante los años 90's se observaron recuperaciones parciales y cierta estabilidad macroeconómica; éstas se sustentaron en una fuerte dependencia de la inversión externa, básicamente dada por el capital especulativo altamente volátil (Altimir, 1998; CEPAL, 2003, 2004, 2005 y 2006).

Se puede decir que las reformas recientes implementadas en Latinoamérica han exacerbado algunos de los elementos perversos que son constitutivos de las sociedades en la región, además de crear nuevos problemas, al favorecer un enfoque económico, restrictivo y pragmático.

El balance la situación social y económica en América latina es notoriamente negativo, e incluso los esfuerzos por reparar al menos parcialmente el daño del 80's no fueron muy exitosos en los 90's (CEPAL, 2003, 2004 y 2005). Según lo resumido correctamente por Sojo (2003), el panorama externo actual en América latina y el Caribe es adverso en lo que concierne a la demanda por sus productos y a la volatilidad del capital internacional. La región puede describirse en varios sentidos como de alto riesgo social. A pesar de las tendencias positivas en algunos países — por ejemplo, la constante reducción del déficit fiscal, los perdurables balances macroeconómicos, y un renovado o incluso más alto gasto social— el crecimiento económico ha sido inestable y más lento que el histórico. En una comparación internacional, el PIB de la región es dos veces más volátil que en los países industrializados y también el consumo de los hogares, y se ha incrementado desde los 80's (De Ferranti *et al*, citado en Sojo, 2003, p. 122).

Esta vulnerabilidad social asume varias formas: en los niveles de pobreza altos, por encima del promedio en muchos países; en la caída de los indicadores de redistribución, con muy pocas excepciones; en un deteriorado mercado de trabajo, sin la seguridad social y con desempleo creciente; en la caída en el ingreso, el empobrecimiento de sectores que en lo previo detentaban posiciones formales en el mercado de trabajo; y el mantenimiento de la tendencia hacia la concentración del ingreso (CEPAL, 2006). Todo lo anterior significa que un vasto contingente de sectores medios, que no son pobres en términos de ingreso, son no obstante vulnerables. Además, el número de hogares bajo la línea de pobreza está aumentando (Sojo, 2003, p. 123).

En términos generales, la situación en el campo de la salud no alienta expectativas. Al considerar las características singulares de sus perfiles epidemiológicos y de las desigualdades en salud y en el acceso a los servicios de salud, varios países enfrentan transiciones epidemiológicas que varían en grado, y donde las enfermedades transmisibles y degenerativas se yuxtaponen una a la otra, y el bienestar de la salud se distribuye desigualmente en perjuicio de los más pobres (CEPAL, 2003, 2004 y 2005). Así mismo puede decirse que, en la década pasada del siglo XX, a pesar de la precaria situación de la salud de las mayorías y de la gran desigualdad regional, el financiamiento público ha cambiado muy poco, mientras que el gasto privado ha continuado incrementándose, con el componente directo del gasto de la familia canalizado hacia el seguro privado y arreglos prepagados en negocios y otras organizaciones. El acceso y uso de los servicios de salud han empeorado y, con algunas excepciones honorables, la capacidad instalada — particularmente público — del sector salud se ha deteriorado considerablemente, con

consecuencias serias en términos de equidad y acciones de salud pública. Esta situación de deterioro ha afectado a la mayoría de los países que históricamente no han provisto a sus poblaciones con una cobertura adecuada de salud, ya sea horizontalmente (cobertura de la población) o verticalmente (servicios eficaces a todos los niveles de complejidad) (Almeida, 2002, 2005).

La revisión de las reformas en América Latina revela que, aunque hayan sido adoptadas diferentes modalidades de reconversión y reorganización de servicios, hay elementos comunes basados en esta agenda que intentaron de un modo u otros conciliar la eficiencia y la equidad. Sin embargo, la situación es especialmente dramática, ya sea debido a los efectos de las crisis económicas y los ajustes macroeconómicos, o por la falta de capacidad regulatoria y de implementación, agravada por el desfinanciamiento y deterioro de las instituciones públicas durante las décadas recientes. Como resultado, los modelos de reforma implementados no permitieron generalmente enfrentar las grandes desigualdades existentes y agravaron la ya débil capacidad resolutoria de los servicios de salud, aumentando las desigualdades. Esta situación ha revivido la discusión sobre la equidad y cómo operar a políticas dirigidas al logro de sistemas de salud más equitativos.

Respecto a los planes del seguro nacional de salud, diseñados e implementados en la región como parte de los nuevos modelos de reforma, estos son propensos a los efectos de ciclos económicos. La expansión del trabajo informal, el desempleo y la disminución de los salarios reales limitan la capacidad redistributiva histórica de tal seguro y reducen la capacidad operacional de las instituciones de seguridad social, porque sus fuentes de financiamiento dependen de las contribuciones obligatorias de los patrones y de los empleados (CEPAL, 2006). La volatilidad característica de la macroeconomía latinoamericana, que resulta de los altos niveles de inflación o de fuertes desbalances fiscales, contribuye a una dinámica que involucra una falta de sustentabilidad del financiamiento y una reducción del cuidado de salud; es decir, la fragilidad financiera es apalancada por crisis económicas, y el gasto social reducido. En cualquier caso, los esquemas de aseguramiento social enfrentan serios déficit que, empeorados por deficiencias administrativas, coadyuban a una cobertura reducida o insuficiente; las restricciones en la provisión de servicios de salud y una mezcla de servicios más restringida, fijada por paquetes de servicios o capacidad de oferta; y decreciente calidad de los cuidados. Así, tales esquemas también pierden la sustentabilidad política, además que el número considerable de beneficiarios son desviados al sector público, que enfrenta limitaciones iguales o mayores.

En general, se puede decir que los países del norte, particularmente de Europa Occidental y Canadá, no han alterado las bases fundamentales que estructuran sus respectivos sistemas de salud. Las ideas de competencia en el sector salud fueron fuertemente criticadas y gradualmente abandonadas, mientras que las propuestas que recomendaban la separación de funciones proliferaron; consecuentemente, el Estado en su papel regulador se ha reforzado constantemente. En Europa oriental, América latina, Asia y África, mientras tanto, los modelos de la reforma han sido mucho más radicales y complejos de operar, aunque las condiciones eran mucho más precarias y las reformas estaban sujetas a limitaciones financieras considerables y a una capacidad reguladora históricamente deficiente. En algunos casos, esto condujo al desmantelamiento de los sistemas de salud existentes, sin la garantía de mejorar el cuidado de salud proporcionado al público o a la capacidad de implementación del Estado. La mayor participación del sector privado también ha sido promovida en la administración y la provisión de los servicios; junto con la libertad de



elección de los usuarios y de la competencia entre aseguradores y proveedores, introduciendo así estrategias de cuasi-mercado en la provisión pública de servicios de salud. La difusión a gran escala de las ideas y del poder para inducir o forzar a los países de estas regiones por parte de las organizaciones internacionales se ha hecho sentir con particular agudeza.

La separación de funciones fue implementada de varias formas, constituyendo cuasi-mercados, pero con varias especificidades: diversos paquetes fueron creados con diferente amplitud y cobertura para diferentes grupos sociales, segmentando así el derecho a la salud (Colombia); y algunos países que eran más subdesarrollados en términos de solidaridad, cobertura universal de las necesidades de salud de la población y que enfrentaron mayores dificultades financieras, enfatizaron la focalización a los pobres (Bolivia, Perú, Honduras). El impacto de estos cambios fue muy diverso, y dependieron de la estructura histórica de cada sistema de salud, del nivel de la organización, de la capacidad de implementación y de la capacidad reguladora; dimensiones que son generalmente muy débiles en los sistemas latinoamericanos de salud.

Más aún, la implementación de cuasi-mercados privilegió la participación de las organizaciones privadas, fomentando la creación de los mercados de seguros privados, aunque financiados con recursos públicos, donde anteriormente las empresas privadas tenían una presencia minoritaria (por ejemplo Chile y Colombia). Estos mercados son prácticamente no regulados. Una diversidad llamativa de organizaciones está comprometida en la provisión de servicios (Colombia, Guatemala, República Dominicana), lo que plantea preguntas sobre la capacidad técnica y ética real de tales cuerpos disímiles, particularmente cuando se autorizan sin ningún proceso riguroso de evaluación.

Los costos de inversión y transacción para implementar estos modelos son altos y deben ser considerados dado que la organización financiera e institucional es muy limitada. Hay poca libertad de acción para continuar dependiendo de fuentes privadas de financiamiento y es difícil progresar sin aumentar los relativamente bajos niveles de gasto público en salud y sin mejorar la capacidad de implementación y regulación.

Hay una notable desatención de los aspectos epidemiológicos y de implementación de los programas públicos de salud y de los programas de prevención y control de enfermedades endémicas, epidémicas o transmisibles; hay también una pobre integración de niveles de cuidado y dificultades para establecer redes de referencia y contrarreferencia. Mientras tanto la reestructuración del sistema no ha sido diseñada de acuerdo a las necesidades de la población ni a la oferta territorial.

Finalmente, la integración débil de los aspectos de los contratos de administración en estos mercados limita considerablemente su impacto como instrumentos reguladores. Incluso cuando los estándares están establecidos y deben seguir varios pasos para la formalización de los contratos, la falta de mecanismos de supervisión adecuados y eficaces (o capacidad), de monitoreo y evaluación (Colombia) y los intentos de regulación subsecuente (Guatemala, Chile, Brasil), han conducido a diversos problemas, porque estos nuevos, y poderosos jugadores son capaces de oponer enorme resistencia. Brevemente, la implementación de cuasi-mercados exige modificaciones que son altamente complejas en términos de recursos políticos, técnicos y humanos, y los obstáculos a su adecuado funcionamiento son formidables. Es oportuno señalar las dificultades para implementar tales complejos sistemas que requieren un alto grado de capacidad de implementación y regulación en países cuyos Estados no han tenido históricamente tales capacidades.

Algunos ejemplos son ilustrativos. En Colombia, aunque la cobertura ha aumentado con la reforma de la seguridad social, con especiales ganancias para los quintiles de más bajos ingresos

(Jaramillo, 2002), no se ha reflejado en mayor accesibilidad y uso (Céspedes-Londoño *et al.*, 2002); y más del 40 por ciento de la población pobre aún no está asegurada (Flórez y Tono, 2002). Por otra parte, el gasto en salud se ha disparado (de 4 por ciento del PIB en 1998 a cerca de 11 por ciento del 2000 en adelante), debido principalmente a los costos de transacción de la privatización del seguro (Yépez y Sánchez, 2000; Echeverri-Lopez, 2002) así como a la ineficacia. Por otra parte, la contribución al gasto en salud aumentó para el quintil más pobre (Homedes y Ugalde, 2005). Finalmente, la población asegurada bajo régimen subsidiado recibe un paquete de servicios equivalente a un quinto del paquete del régimen contributivo (Hernández, 2002).

La reforma chilena de los 80's ha implicado mayor privatización que cualquier otra en la región y es inigualable dondequiera en ese aspecto. El seguro de salud, que está claramente segmentado, ha sido dividido en dos subsistemas (público y privado); el subsistema público asegura a los usuarios de bajo ingreso y alto riesgo (Sapelli, 2004). Más recientemente, en la década pasada, se están haciendo esfuerzos importantes para implementar la “reforma a la reforma”, en términos de extender y asegurar la cobertura de la población, además de superar las crecientes desigualdades en la utilización de servicios de salud que la reforma incrementó.

Obviamente, hay excepciones, tales como los procesos de reforma del sector salud en Costa Rica, Cuba y Brasil. Cuba es una excepción en la medida que su sistema de la salud ha continuado sin cambio a pesar de los problemas económicos impuestos por las restricciones externas, pero los otros dos países, aunque notablemente diferente de los restantes países mencionados, no han escapado a esta agenda contemporánea de reforma.

En Cuba, las reformas más importantes al sistema ocurrieron en los años 70's y 80's; estuvieron dirigidas a reorganizar el sistema y, como en Brasil, implementadas sin interferencia de las organizaciones internacionales. La descentralización del sistema, que ocurrió en los años 70's, condujo a la planeación y entrega de servicios a nivel municipal y expandió la red de servicios alrededor de las unidades policlínicas (De Vos, 2005). La medicina familiar, introducida en los 80's, amplió sustancialmente el cuidado primario (el 95 por ciento de la población fue colocada con un “médico de familia” en 1995) (De Vos *et al.*, 2004). Aún a pesar de las crisis económicas de los 90's, Cuba continúa fijándose el desafío de mejorar la calidad de su sistema de la salud (Isegh, 2006).

En Brasil, la construcción de un proyecto alternativo de reforma del sector data de los 70s, aún durante la dictadura militar, y se interrelaciona con la intensa transformación de la sociedad brasileña, particularmente de los 80's, durante la transición a la democracia cuando el modelo de relaciones entre el Estado y la sociedad fue duramente criticado y se llamó a redimir la enorme deuda social acumulada en las décadas anteriores. Surgió el movimiento de reforma del sector de la salud y se consolidó en la sociedad civil organizada, ampliando y formando coaliciones que ganaron fuerza política en la transición a la democracia. Como resultado de este proceso, en 1988, el derecho fue incluido en la nueva constitución como derecho civil quedando instalado en 1990 el Sistema Único de Salud (SUS). Sin embargo, después de aprobada la reforma, la implementación del SUS fue obstaculizado porque la política social en general, y la política de salud en particular, fueron sometidas a los dictados de los ajustes macroeconómicos y a los cortes sistemáticos del presupuesto, aunque el Ministerio de Salud administra el segundo presupuesto más grande a nivel nacional. No obstante, el proceso de descentralización es estructuralmente central al SUS y la prioridad se está dando a ampliar el cuidado básico de salud en forma de mecanismos específicos de transferencia de fondos y programas especiales, tales como el programa de “Médico de Familia”.

Por otra parte, las ideas de separación de funciones y privatización también fueron incorporadas en la propuesta para la reforma administrativa del Estado, a finales de los 90's. En el campo de la salud, esto condujo a la creación de las agencias reguladoras independientes (una agencia nacional de salud y una agencia de control de salud) y a la institucionalización de las llamadas organizaciones (un modelo jurídico de organizaciones públicas no-estatales, que son entidades de Derecho privado constituidas bajo la forma de fundaciones o sociedades civiles no lucrativas). Estas organizaciones fueron creadas para prestar servicios sociales de naturaleza pública, con autonomía financiera y administrativa y nuevos instrumentos de evaluación de resultados. La relación entre estas organizaciones y el Estado debía ser regulada por acuerdos mutuos definidos en los contratos (*Organizações Sociais, Anteprojeto de Lei*, Brasília, abril de 1996; Bresser Pereira, 1998:29-30). Aunque parte de esta reforma del Estado ha sido abortada, sigue habiendo algunos elementos en el sistema, porque un país de proporciones continentales como Brasil abarca una enorme heterogeneidad. La lucha por consolidar y fortalecer el SUS, y también la batalla con el sector privado, son incesantes e implacables. Aún así, se puede todavía decir que Brasil constituye un modelo diferenciado de otros países latinoamericanos.

Costa Rica, siguiendo las reformas europeas, dejó sin cambios tanto, la estructura original de su sistema de salud – consistente en dos pilares institucionales centrales, la *Caja de Seguridad Social* (un fondo de seguridad social) y el Ministerio de Salud, anteriormente dominante — como sus principios de financiamiento. Comparado con otros países de América Latina y el Caribe, Costa Rica se caracteriza por altos niveles de inversión social en general y sus indicadores de la salud son excelentes, similares a los de Cuba y Chile y cercanos a los de algunos países europeos. Además, Costa Rica ocupa una posición alta en el cuadro del Índice de Desarrollo Humano debido, entre otros factores, a los resultados de su sistema de salud, que tiene una de las tasas más altas de cobertura en la región. Aunque Costa Rica también sufrió los efectos de la crisis económicas de los 80's, ha conservado y consolidado su responsabilidad pública y social en su sistema de seguridad social, manteniendo la longeva estructura del sistema, con seguro universal, y una estructura de administración y de financiamiento público. Como parte de la reforma, el cuidado primario ha sido extendido y se ha tratado de consolidar. Sin embargo, Costa Rica también está introduciendo mecanismos de competencia e innovaciones en la administración, separando funciones a través de contratos administrativos desde mitad de los 90's bajo reforma del sector de la salud financiada por préstamos del Banco Mundial. La propuesta es introducir una nueva racionalidad administrativa, supuestamente basada en la oferta y la demanda, y desarrollar cuasi-mercados en servicios de salud, en sintonía con la agenda de reforma dominante. El tema central era implementar la separación y especialización de funciones sin crear entidades nuevas exógenas al sistema original, constituyendo así un “cuasi-mercado interno”, y altamente regulado, según Sojo (2001). Los resultados de este proceso, que aún está en curso, tienen todavía que ser evaluados correctamente.

Para resumir, en la mayoría de los países, las élites en el poder pueden considerarse adheridas, en una forma u otra, a las propuestas de reforma aunque el aparato de Estado no tuviera la capacidad necesaria para implementarlas. Los sistemas anteriores estaban muy a menudo desestructurados (Colombia, Chile, Argentina) sin lograr las mejoras anunciadas y con incluso menor equidad en el acceso y uso de los servicios de salud, ya sea porque los procesos fueron muy radicales o por el alto grado de experimentación con las cuales las reformas fueron implementadas.

El resultado principal de estos procesos es que las reformas no han sido capaces de superar la segmentación y fragmentación en los sistemas de cuidados de salud, y frecuentemente introdujeron perversas re-segmentaciones en la preexistente segmentación estructural.

## 5. Conclusiones

Las reformas de ajuste estructural realizadas en los 80's y 90's, centradas básicamente en la privatización, que hicieron a las economías más abiertas (liberalización) y flexibles, que introdujeron mecanismos de competencia y relaciones de trabajo más precarias, en la economía y en varios sectores, incluyendo el sector salud. Fueron eficaces en desmontar las fundaciones del viejo orden, de modo que cualquier enfoque que implicara un retorno al pasado quedara obsoleto (Diniz, 2001, p. 13). Es por esto que es importante analizar las innovaciones introducidas críticamente, con objeto de identificar diversas estrategias opuestas a las intenciones restrictivas de las décadas recientes. Adicionalmente, además de las restricciones externas, es fundamental no perder de vista las especificidades históricas de cada país.

El punto de vista economista dominante, tanto en los diagnósticos como en las soluciones recomendadas, tiene varios efectos dañinos, según lo advertido por Diniz (2001), probablemente el que ha sido más serio en desenmascarar el papel de la política en el proceso de cambio. Un segundo error importante de este énfasis unilateral en los aspectos económicos es la creencia que estos procesos de reforma obedecen a una única, y sólida lógica a la cual todos se tendrán que ajustar. Esto revela una perspectiva determinista donde el nuevo orden del mundo se considera sujeto a una dinámica inexorable e ineludible. Los gobiernos nacionales son tratados como objetos pasivos de las fuerzas que no pueden controlar (...) nulificando [así] la acción política como contrapeso a la sobre-valoración de los mecanismos económicos y evitando la responsabilidad de los gobiernos por las fallas y éxitos de las políticas aplicadas (Diniz, 2001, p.14).

De hecho, este nuevo y extremadamente complejo orden del mundo está sujeto a una lógica política inminente que se relaciona con relaciones de poder asimétricas — entre estados-Nación y entre organizaciones internacionales —. Los que surge son los costos extremadamente dañinos de la globalización, que no son solamente económicos sino también, y más importante, políticos. Las más severamente afectadas son las nuevas democracias, traídas con debilidades institucionales enormes e históricas. El resultado es un estilo autocrático en la creación de política y crisis administración (O'Donnel, 1991, citado en Diniz, 2001, p.15).

Diniz (2001, p.17) enfatiza que la práctica de la reforma del Estado bajo regímenes autoritarios tuvo consecuencias que no pueden ser ignoradas. Así, en primer lugar, los largos períodos de la dictadura permitieron una forma de presidencialismo consolidada que infla a los ejecutivos fuera de toda proporción y degrada al legislativo. En segundo lugar, otros tres rasgos característicos de la acción del Estado en la región son exacerbadas: el estilo cerrado, exclusivo, tecnócrata de la administración, que reforzó la supremacía del enfoque técnico en la formulación de políticas; el valor puesto en conocimientos técnicos y racionalidad económica, con un círculo muy estrecho de hacedores de política formado por tecnócratas expertos, aunque en muchos casos está integrado en un sistema de patrocinio y clientismo; y la primacía de los valores voluntaristas y personales, que niegan legitimidad a la acción de otros actores relevantes, tales como partidos políticos. Por lo tanto, la idea de reforma y cambio puede ser asociada a un modelo de Ejecutivo fuerte y un

legislativo, por el contrario, considerando como fuerza válida al pasado y partidaria de defender intereses particulares y tradicionales (2001, p.18). El aislamiento de la burocracia, sin embargo, lejos de producir la “asepsia” deseada, ha conducido a una *burocracia altamente politizada* y defensa especial, debilitando la dimensión legal del Estado debido al marco jurídico altamente inestable, además de una carencia de responsabilidad por las acciones tomadas (Diniz, 2001, p.18).

Concomitantemente, a partir de mediados de los 80’s en adelante, la hegemonía del pensamiento neoliberal reforzó estas características: el paradigma tecnócrata, sin importar el régimen político del lugar; la eficiencia del gobierno como resultado del proceso para concentrar y cerrar el proceso de toma de decisiones; y la eficacia administrativa reducida al aislamiento burocrático.

Aunque son frágiles, las nuevas democracias latinoamericanas permitieron desenmascarar numerosos problemas — corrupción, favoritismo, nepotismo y otros — incrustados históricamente en las actividades tanto del Ejecutivo como del Legislativo, y desacreditando todavía más a la política.

Lo que puede ser visto de hecho, como advierte Diniz cuando analiza el caso de Brasil (pero lo que sirve también para pensar otros casos en la región), no es una toma de decisión hiperactiva [por el Ejecutivo] sino una débil capacidad para implementar políticas (Diniz, 2001, p.19), al mismo tiempo que algunas de las propuestas de reforma que se toman y operacionalizan demandan una fuerte capacidad de implementación y regulación. Uno de los factores responsables de esta debilidad infraestructural fue precisamente la corrosión de la capacidad del Estado de realizar sus funciones básicas que resultaron de las mismas políticas adoptadas y ejecutadas previamente. Por el contrario, el poder de la infraestructura del Estado fue altamente centralizado en el contexto internacional de un proceso cada vez más penetrante de globalización cuyos efectos económicos y políticos fueron extendidos a escala mundial (Diniz, 2001p.19). Estas contradicciones yacen en el centro de los dilemas que serán enfrentados por los países de la región.

Kaufman (1995, p.2) observa también que la reforma del Estado no es simplemente una cuestión de voluntad política para implementar las fórmulas institucionales “correctas”. Los esfuerzos para transformar el marco institucional en el cual se formulan e implementan las políticas serán afectados por la historia previa de cada sociedad, por negociaciones y conflictos entre las instancias nacionales e internacionales, políticos y burócratas, muchos de quienes dan apoyo sustancial para el *status quo* institucional.

En el caso de América Latina, las políticas macroeconómicas, los déficit de la balanza de pagos y los préstamos internacionales han afectado considerablemente las opciones para reformar políticas nacionales, así como el grado de autonomía disponible para los Estados enfrentados a una gama de opciones cada vez más estrecha (Kaufman, 1995, p.6; Gilpin, 1993). Con el enfoque de aumentar la credibilidad de los compromisos de los gobiernos a través de las políticas macroeconómicas, los líderes nacionales han recibido incentivos muy claros para priorizar e implementar ciertas agendas específicas.

Sin embargo, esta lógica política funciona con dificultades cuando sale del terreno de la administración macroeconómica e incorpora una selección más amplia de temas tales como bienestar social (Kaufman, 1995, p.11), que incluye salud. Las reformas en esta área son menos “visibles” para el sector financiero internacional, excepto como gasto nacional y como porcentaje del déficit público; exigen mayor coordinación y cooperación intersectorial entre varios grupos de la sociedad civil, incluyendo los diferentes niveles de gobierno. Además, la influencia de actores internacionales es más limitada fuera de la arena macroeconómica y hay mucho menos claridad de las que preferirían

para la reformas. No obstante, esto no evita que las agendas y “recetas” sean defendidas ampliamente, según lo descrito arriba.

En el sector salud, las reformas implementadas recientemente en América Latina y el Caribe han agravado algunas características constitutivas de las sociedades de la región y han creado nuevos problemas, favoreciendo un enfoque pragmático, restrictivo, económico. Los valores de la solidaridad e igualdad de oportunidades para todos están siendo sustituidos por un “individualismo utilitario radical” (Mateucci, 1993) más característico de los siglos pasados que del inicio del milenio; y el principio de “necesidades de salud o necesidad de servicios de salud” está dando lugar a “riesgos” monetizados y definido según la situación social y económica del individuo. Desde los 80’s, se ha creído que es posible armonizar los intereses egoístas y particulares o traer a la utilidad pública y privada en armonía aplicando — a la salud, por ejemplo — los conceptos de mercado y de la utilidad formulada para la economía.

En algunos casos, se puede decir que las reformas implementadas son de mayor alcance que en los países del norte, en el que se han extendido a varias esferas — desde el financiamiento a la reorganización del sistema de salud — y han supuesto conflictos sustanciales entre los principios de solidaridad y equidad, por un lado, y la eficiencia y eficacia, por otro, y han aumentado considerablemente la complejidad inherente a los sistemas de la salud. Además, se han aprobado los principios legales que institucionalizaron el derecho a la salud como un beneficio social, instituyendo formalmente la cobertura universal y el compromiso con el principio de equidad (en Brasil y Colombia). De hecho, sin embargo, el modo en que estos cambios fueron aplicados ha empeorado la fragmentación y segmentación del sistema de salud y no han superado las desigualdades, además de dejar mucho que desear en términos de eficiencia.

El principio de pobreza ha sido preferido sobre el de ciudadanía, y la privatización ha tomado lugar, todo en un contexto donde un poderoso sector privado de cuidados médicos está ganando fuerza a nivel internacional, donde el financiamiento para los llamados bienes públicos es escaso y donde las la autonomía para la formulación de políticas por parte de los Estado-nación es restringida, constituyendo una arena extremadamente complicada para la toma de decisiones.

A pesar de la necesidad de capacidad reguladora y de implementación, la reforma del Estado no fue llevada a cabo como se esperaba, además de lo cual esta capacidad-constructiva fue perjudicada severamente por la tensión fiscal y el prestigio declinante de las instituciones públicas y de funcionarios de Estado.

En resumen, el dilema genuino entre administrar recursos escasos (eficiencia) y superar las desigualdades (justicia social) se ha acentuado extremadamente en las décadas pasadas así como se ha puesto en duda la creencia en la posibilidad de balancear estos dos parámetros; y las políticas neoliberales acentuaron el individualismo y ligaron la política social estrictamente a los cálculos económicos, exacerbando el conflicto entre valores y revigorizando la ética contable subyacente a ellos (Santos, 1998). Este dilema es especialmente importante en la región de América Latina porque los condicionantes externos se han encontrado con fuerte aceptación nacional y la experimentación ha proliferado con poco o nada de crítica.

Parece por lo tanto necesario rediscutir las políticas sociales en general, y la salud en particular, desde otra perspectiva, como Santos (1998, p.51), por ejemplo, lo sugiere al definir las como *meta-política*, que es, como la matriz de principios que da el fundamento para el ordenamiento de cualquier otra política. Esto significa revigorizar la discusión sobre los principios y valores



subyacentes, y definir principios coherentes, y substanciales de la justicia para confiar en ellos además de operarlos con eficacia. Lo que aún queda es incluir la negociación política en esta ecuación.

Además, aunque las opciones tienen que ser hechas y las prioridades establecidas para la acción del Estado en el sector salud, la solución no recae en la transferencia del problema de la esfera política, que es significativamente indeterminada y altamente valorativa, al universo del discurso [técnico] lógico, que se supone neutral y obedece las reglas que no se pueden rechazar racionalmente (Santos, 1998, p.40), como se ha hecho. Esta dinámica requiere poner las *preferencias en orden*, que significa introducir las condicionantes (nacionales y locales) impuestas por las realidades, donde el discurso y la retórica de los tomadores de decisiones y sus críticos operan. Este ordenamiento de preferencias no puede ser deducido lógicamente, lo que significa que no puede ser resuelto solamente a través de una lógica (científica) técnica. En otras palabras, tiene que recordarse que éstas son decisiones sobre políticas que presuponen distribuir diferentes cuotas de beneficios y sacrificios entre individuos en la sociedad de la cual puede asegurarse que el conflicto social se reducen al mínimo y se mantiene cierto tipo de orden social; esto requiere procedimientos apropiados. El tema sustantivo es definir qué es la distribución justa del cociente sacrificio/beneficio entre los individuos en sociedad (Santos, 1998, p.51). Esto cae en la lógica política del “cálculo de disenso”, es decir, qué consenso es posible o qué disenso es tolerable en una sociedad y escenario dados. Se relaciona en última instancia con el grado de desigualdad (y de conflicto) que una sociedad está preparada (o maneja) para enfrentar.

Romper con el foco tecnocrático y reduccionista supone pensar sobre reformas (Estado y sector salud) basados en marcos teóricos y conceptuales más amplios. En este respecto, es esencial restaurar la política al análisis de los procesos de reforma, dado que la tendencia es descalificar a la política y extender la creencia que es posible realizar cambios importantes de cómo el sistema de salud es estructurado sin contemplar los diversos proyectos que compiten y la resistencia de los actores opuestos al cambio, además de los nuevos y poderosos jugadores que han sido creados y se han beneficiado de los cambios. Esto significa reforzar las conexiones entre el Estado y la sociedad, y para ese propósito gobernabilidad y gobierno son conceptos complementarios, porque el primero se refiere a las condiciones sistémicas generales donde el poder es ejercido y, la segunda a la acción del Estado en la implementación de políticas y garantías para lograr metas colectivas, tales como asegurar condiciones de vida decentes para su población.

De esta forma resulta fundamental pensar a mayor profundidad sobre el papel del Estado, su capacidad de formulación e implementación, y analizar las opciones internas (nacionales) disponibles para hacer frente a los apremios y a las propuestas impuestas desde el exterior. Esta perspectiva ha sido ampliamente descuidada en los estudios del sector salud.

## Referencias

- Adler E. y P.M. Hass.** “Conclusion: Epistemic Communities, World Order, and the Creation of a Reflective Research Program”. *International Organization* 46, no. 1 (1992): 390.
- Almeida C. M.** *As Reformas Sanitárias nos Anos 80: Crise ou Transição?* Tesis Doctoral. Río de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1995.
- Almeida C. M.** “Os Modelos de Reforma Sanitária dos Anos 80: Uma Análise Crítica”. *Revista Saúde e Sociedade* 5, no. 2 (1996a):3-57.
- Almeida, C. M.** “Novos Modelos de Reforma Sanitária: Bases Conceituais e Experiências de Mudança”. En *Política de Saúde e Inovação Institucional*. Editado por N R Costa y JM Ribeiro. Río de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996b.
- Almeida, C.M.** “Crise Econômica, Crise do Welfare e Reforma Sanitária”. En *A Miragem da Pós-Modernidade. Democracia e Políticas Sociais no Contexto da Globalização*. Editado por S. Gerschman y M.L. Werneck. Río de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.
- Almeida, C. M.** “Reforma do Estado e Reforma de Sistemas de Saúde: Experiências Internacionais e Tendências de Mudança”. *Ciência & Saúde Coletiva* 4, no. 2 (1999a) : 263-286.
- Almeida, C. M., C. Travassos, S. Porto y T. W. F. Baptista.** “A Reforma Sanitária Brasileira: Em Busca da Equidade”. Investigación. En *Public Health Technical Report*. Washington, D.C.: OPS, 1999b.
- Almeida, C. M.** “Reforma del Estado y Reforma de Sistemas de Salud”. *Cuadernos Médico Sociales* 79, no. 1 (2001): 27-58, 2001.
- Almeida, C. M., P. Braveman, R. G. Marthe, C.L. Szwarcwald, J.M. Ribeiro, A. Miglionico, J. Milar, S. Porto, N. Do R. Costa, V. Ortún, M. Segall, B. Starfield, C. Travassos, M.A. Ugá, J. Valente y F. Viacava.** “Methodological Concerns and Recommendations on Policy Consequences of the World Health Report 2000”. *The Lancet* 357, (2001):1692-1697.
- Almeida, C. M.** “Reforma de Sistemas de Servicios de Salud y Equidad en América Latina y el Caribe: Algunas Lecciones de los Años 80 y 90”. *Cadernos de Saúde Pública* 18, no.4 (2002a): 905-925.
- Almeida, C. M.** “Reforma del Estado y del Sector Salud en América Latina”. En *Críticas e Atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Editado por Maria Cecília de Souza Minayo y Carlos E. A. Coimbra Jr. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- Almeida, C. M.** “Equidade e Reforma Setorial na América Latina: Um Debate Necessário”. *Cadernos de Saúde Pública* 18, (2002b): 23-36.
- Altimir, O.** “Desigualdad, Empleo y Pobreza en América Latina: Efectos del Ajuste y del Cambio en el Estilo de Desarrollo”. En *Pobreza y Desigualdad en América Latina*. Editado por V. Tokman y G. O’donnell. Buenos Aires, Barcelona, México, DF: Paidós, 1998.
- Baltodano, A P.** “Estado, Soberanía y Políticas Públicas en América Latina y Estado, Ciudadanía y Política Social en América Latina”. En *Globalización, Ciudadanía y Política Social en América Latina: Tensiones y Contradicciones*. Editado por A. P. Baltodano. Venezuela: Nueva Sociedad, 1997.
- Blendon R. J., M. Kim y J. Benson.** “The Public Versus the World Health Organization on Health System Performance”. *Health Affairs* 20, (2001): 10-20.
- Banco Mundial.** *World Development Report: Investing in Health*. Washington, D. C.: Banco Mundial, 1993.
- Banco Mundial.** *World Development Report: Making Services Work for Poor People*, Washington, D. C.: Banco Mundial, 2004.
- Banco Mundial.** *Luchando Contra la Pobreza, A Través de Una Mejor Salud. Las Actividades del Banco Mundial en Salud, Nutrición y Población en América Latina y el Caribe, LCSHH, 2003*. Disponible en línea en: [http://alc.gdln.org/sectores/salud/documentos/Lavadenz\\_BancoMundial\\_mortalidad\\_i](http://alc.gdln.org/sectores/salud/documentos/Lavadenz_BancoMundial_mortalidad_i) (Consultado en Diciembre 6, 2003).
- Banco Mundial.** *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*. World Bank Policy Study. Documento Preparado por John S. Akin, Nancy Birdsall y David Ferranti. Washington, DC: Banco Mundial, 1987.
- Bobbio, N., N. Mateucci y G. Pasquino.** *Dicionário de Política*. Volumen 2, Quinta Edición. Brasília: Editora Universidade de Brasília (Edunb), 1993.

- Braveman, P., B. Starfield, y H.J. Geiger.** "World Health Report 2000: How it Removes Equity From the Agenda for Public Health Monitoring and Policy". *British Medical Journal* 323, (2001): 678-680.
- Bresser Pereira, L.C.** "Uma Reforma Gerencial da Administração Pública no Brasil". *Revista do Serviço Público* 49, no.1 (1998).
- CEPAL.** *Equidad, Desarrollo y Ciudadanía*, Santiago de Chile: Santiago de Chile: Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2000.
- CEPAL.** *Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2000-2001*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2001.
- CEPAL.** *Panorama Social de América Latina, 2002-2003*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2003.
- CEPAL.** *Social Panorama of Latin America 2004 (LC/G.2295-P)*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2004.
- CEPAL.** "Social Panorama of Latin America - 2005". CEPAL Documento Informativo. Santiago de Chile: Naciones Unidas, Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Disponible en línea en: [www.cepal.org/publicaciones](http://www.cepal.org/publicaciones) (Consultado en mayo 2, 2006).
- CEPAL.** *Shaping the Future of Social Protection: Access, Financing and Solidarity*. Montevideo, Uruguay: Trigésimo Primera Sesión de la CEPAL. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2006.
- CEPAL/OPS.** *Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y Caribe*. Washington DC: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (OPS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1994.
- Céspedes-Londoño J., I. Jaramillo-Pérez y A. Castaño-Yepes.** "Impacto de las Reformas en Sistema de Seguridad Social Sobre la Equidad en los Servicios de Salud en Colombia". *Cadernos de Saúde Pública* 18, no. 4 (2002): 1003-1024.
- De VOS, P.** "No one Left Abandoned: Cuba's National Health System Since the 1959 Revolution". *International Journal of Health Services* 35, no. 1 (2005): 534-540.
- De VOS, P., P. Mula, A. Rodriguez, A. Bonet, P. Mas, y P. Van der Stuyft.** "Shifting the Demand for Emergency Care in Cuba's Health System". *Social Science and Medicine* 60 (2004): 609-616.
- Diniz, E.** "Globalização, Reforma do Estado e Teoria Democrática Contemporânea". *São Paulo em Perspectiva* 15, no. 4 (2001): 13-22.
- Echeverri-López, E.** "La Salud en Colombia: Abriendo el Siglo y la Brecha de las Inequidades". *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 3, (2002):76-94.
- Fanelli, J. M., R. Frenkel, y G. Rozenwurcel.** "Crecimiento y Reforma Estructural en América Latina. La situación actual". En *Adonde va America Latina*. Buenos Aires: CEDES, 1992.
- Fiori, J. L.** "Sobre a Crise Contemporânea: Uma Nota Perplexa". *Síntese - Nova Fase* 20 (1993): 387-402.
- Flórez, C. y T. Tono.** "La Equidad en el Sector Salud: Una Mirada de 10 años". Documentos de Trabajo No. 6. Bogota: Fundación Corona, 2002.
- France,G.** "Mercati Interni nel Settore Ospedaliero". En *Privatizzazione e Servizio Sanitario Nazionale: Alcune Riflessione a Proposito dei Mercati Interni*. Editado por Elena Granaglia. Politeia,1993.
- Gilpin, R.** "Welfare Nazionale e Norme Economiche Internazionali". En *Stato Sociale e Mercato Mondiale*. Editado por Ferrera, M. Torino: Fondazione Giovanni Agnelli, 1993.
- Grindle, M. S. y J.W. Thomas.** "Policy Makers, Policy Choices and Policy Outcomes: The Political Economy of Reform in Developing Countries". *Policy Sciences* 22 no. 3-4 (1989): 213-248.
- Haas, P.** "Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination". *International Organization* 46, no. 1 (1992).
- Hernández, M.** "Neoliberalismo en Salud: Desarrollos, Supuestos y Alternativas". En *La Falacia Neoliberal: Crítica y Alternativas*. Editado por D.I. Restrepo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002.
- Hernández, M.** "Reforma Sanitaria, Equidad y Derecho a la Salud en Colombia". *Cadernos de Saúde Pública* 18, no. 4 (2002): 991-1001.
- Homedes, N. y A. Ugalde.** "Why Neoliberal Reforms Have Failed in Latin America". *Health Policy* 81, (2005): 83-96.

- Ikenberry, G.J.** “The International Aprad od Privatization Policie: Inducemnets, Leraning, and Policy Bandwagoning”. En *The Political Economy of Public Sector Reform and Privatization*. Editado por E. Sleiman y J. Watervury. Westview, 1990.
- ISEqH.** *Equidad y Reformas del Sector Salud en America Latina y el Caribe: Enfoques y Limitantes Durante el Periodo 1995-2005*. Reporte comisionado por la Sociedad Internacional por la Equidad en Salud (ISEqH), Capítulo de América, 2006. Disponible en línea en: www.iseqh.org (Consultado en mayo 26, 2006).
- Jamison, D. y M. Sandbu.** “WHO Ranking of Health System Peformance”. *Science* 293, (2001): 1595-1596.
- Jaramillo, I.** “Evaluación de la Descentralización de la Salud y la Reforma de la Seguridad Social en Colombia”. *Gaceta Sanitaria* 16, no. 1 (2002): 48-53.
- Kaufman, R.** “The Politics of State Reform: A Review of the Theorethical Approaches”. Mimeo, 1995.
- Kettl, D.** “The Global Revolution: Reforming Government Sector Management”. Documento Presentado en el Seminario Internacional *A Reforma do Estado na América Latina e Caribe - Rumo a uma Administração Pública Gerencial*. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado - MARE, Finaciado por el BID y ONU. Brasília, 1996.
- Kingdon, J.** *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston: Little Brown & Co, 1984.
- Kitschel T. H.** “Four Theories of Public Policy Making and Fast Breeder Reactor Development”. *Internrtional Organization* 40, no.1 (1986).
- Lerer L, y R. Matzopoulos.** “The Worst of Both Worlds – The Management Reform of the World Health Organization”. *International Journal of Health Services Research* 31, no. 2 (2001): 415-438.
- Londoño, J. L. y J. Frenk.** *Structured Pluralism: Towards a New Model for Health System Reform in Latin America*. Washington, D.C.: Banco Mundial, Departamento Técnico para América Latina y el Caribe, 1995.
- Londoño, J. L.** “Estructurando Pluralismo En Los Servicios De Salud. La Experiencia Colombiana”. *Revista de Análisis Econômico* 11, no. 2 (2001):37-60.
- Malloy, J.** “Statecraft, Social Policy, and Governance in Latin America”. *Governance: An International Journal of Policy and Administration* 6, no. 2 (1993): 220-274.
- Mann, M.** “The Autonomous Power of the State: Its Origins, Mechanisms and Results”. En *States in History*. Editado por J.A. Blackwell, 1986.
- Mattos, R.** *Desenvolvendo e Oferecendo Idéias: Um Estudo Sobre a Elaboração de Propostas de Políticas de Saúde no Âmbito do Banco Mundial*. Tesis Doctoral. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UERJ/RJ.
- Melo, M. A. y N.R. Costa.** “Desenvolvimento Sustentável, Ajuste Estructural e Política Social: As Estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a Atenção à Saúde”. *Planejamento e Políticas Públicas* 11 (1994): 50-108.
- Melo, M. A. y A. Moura.** “A Políticas públicas urbanas no Brasil: uma análise dos projetos do Banco Mundial”. *Planejamento e Políticas Pública* 4, (1990): 99-125.
- Melo, M.A.** “As Sete Vidas da Agenda Pública Brasileira”. En *Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate*. Editado por E.M. Rico. São Paulo: Cortez/IEE, 1998.
- Meny, I. y J-C. Thoenig.** “El Welfare State: Un Campo Privilegiado para el Análisis de las Políticas Públicas”. Capítulo 1 y “Políticas Públicas y Teoría del Estado”. Capítulo 2. En *Las Políticas Públicas*. Editado por Ives Meny y Jean-Cluade Thoenig. Barcelona: Editorial Ariel, S. A., 1992.
- Murray, C.J.L. y A.D. Lopez.** *Global Comparative Assesment in the Health Sector*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS). 1994.
- Navarro, V.** “Assessment of the World Health Report 2000”. *The Lancet* 356, (2000): 1598-1601.
- Nordlinger, E.** “Taking the States Seriously”. En *States in History*. Editado por J.A. Basil Blavkwell, 1986.
- OPS.** “International Health – A North South Debate”. En *Human Resources Development Series* 95. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS), 1992.
- Paalman, M.** “A Critical Review of Priority Setting in the Health Hector: the 1993 World Development Report”. *Health Policy and Planning* 13 (1998): 13-31.
- Przeworski, A.** “On the Design of the State: A Principal-Agent Perspective”. Documento Presentado en el Seminario Internacional *A Reforma do Estado na América Latina e Caribe - Rumo a Uma Administração Pública Gerencial*. Ministério da Administração Federal

e Reforma do Estado - MARE, financiado por BID y ONU. Brasília, 1996.

**Quadagno, J.** *The Transformation of the Old Age Security, Class and Politics in the American Welfare State*. Chicago: The University of Chicago Press, 1998.

**Rivera, J.U.** *Planejamento e Programação em Saúde: Um Enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: Cortez/ ABRASCO, 1989.

**Santos, W. G. A** "Trágica Condição da Política Social". En *Política Social e Combate à Pobreza*. Editado por S.H. Abranches, W.G. Santos y M.A. Coimbra. Río de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

**Santos, W. G.** *Razões da Desordem*. Río de Janeiro: Rocco, 1993.

**Sapelli, C.** "Risk Segmentation and Equity in the Chilean Mandatory Health Insurance System." *Social Science and Medicine* 58 (2004): 259-265.

**Sikkink, K.** *Ideas and Institutions: Developmentalism in Brazil and Argentina*. Ithaca y Londres: Cornell University Press, 1990.

**Skocpol, T.** "Strategies of Analysis in Current Research". En *Bringing the State Back*. Cambridge University Press, 1995.

**Sojo A.** "Vulnerabilidad Social, Aseguramiento y Diversificación de Riesgos en América Latina y el Caribe". *Revista de la Cepal* 80 (2003): 121-140.

**Walt G.** *Health Policy. An Introduction to Process and Power*. Johannesburg, Nueva Jersey, Londres: Witwatersrand University Press, 1994.

**Weir, M. y T. Skocpol.** "State Structures and the Possibilities for Keynesian Responses to the Great Depression in Sweden, Britain and the United States". En *Bringing the State Back*. Editado por Meyer Evans y Skocplo. Theda Cambridge University Press, 1985.

**Yépez, F. y L. Sánchez.** "La Reforma del Sector Salud en Colombia: ¿Un Modelo de Competencia Regulada?" *Revista Panamericana de Salud Pública* 8, no. 1-2 (2000).