

# **Los procesos de reforma sectorial y la formulación de marcos para la EPSS**

Mario Pichardo, OPS/OMS

---

En Medicina, desde la época de Hipócrates, se decía “diagnostica bien, curarás con agua”. Entonces, vamos a comenzar por ver y hacer un análisis un poco cronológico de los contextos y de la transición epidemiológica y demográfica que ha existido en la Región de las Américas.

A partir de la Segunda Guerra Mundial, grandes cambios estructurales en la región de la América Latina sucedieron y no solo en la América Latina, en el mundo posterior, y apareció la Organización Mundial de la Salud. También se creó lo que hoy es el Fondo Monetario Internacional y se concertaron diversas rondas económicas bajo el andamiaje del GATT. Por lo tanto, todo eso da una visión de hacia adonde se estaba estructurando el mundo, que en la década de los setenta alcanzó la cresta científico-técnica y tecnológica que determinaría, junto a otros cambios, lo que hoy se conoce como globalización.

No obstante, en ese período donde comienza toda esa etapa organizativa o de estructura, se reconoce ya que existen grandes diferencias y desigualdades en un mundo bipolar, que además trae una serie de movimientos sociales en todas las regiones del mundo, donde se evidenció que existía pobreza y abandono de sectores mayoritarios que fueron causa de una serie de decisiones que comenzaron dentro de la Organización Mundial de la Salud con el compromiso de Salud para Todos. O sea, durante las Asambleas Mundiales de los años 1975 y 1977, uno de los aspectos que se consideraron fue la situación demográfica que existía en el mundo, buscar un compromiso político donde los gobiernos miembros de la Organización trataron de alcanzar algunos resultados para universalizar la salud.

Así, en la Declaración de Alma-Ata se enuncian diez resultados, o diez puntos interesantes, como es el reforzamiento del concepto de lo que es salud y de lo que esto implica; la existencia de desigualdades; el desarrollo socioeconómico como elemento básico para alcanzar el desarrollo sostenible; el derecho de las personas; la promoción de la salud, no solo en el esquema curativo sino los elementos de prevención y de promoción salud; y la atención primaria con un elemento descentralizado de la asistencia, a nivel de base donde están los problemas, verdaderamente, fortalecerla, y prácticamente tres puntos fueron orientados hacia al reforzamiento de esta atención primaria

Diez años después, en 1988, en la ciudad de Riga, antigua Unión Soviética, lo que se le llama a medio camino, se vuelven a revisar las metas y los compromisos. Habían algunos adelantos pero no era lo que se esperaba. Después, posteriormente, en la Cumbre Mundial de la Infancia, en 1990, nuevamente se reafirman todos esos compromisos y esas decisiones políticas. En la Conferencia Internacional sobre Población en desarrollo, en el año 1994, igual.

Y es en la Cumbre de las Américas, en diciembre de 1994, celebrada en Miami, donde se comienza, junto con las agencias de apoyo financiero, una propuesta de reformas en el sector salud como una forma de poder desarrollar estas ideas que estaban comprometidas en Salud para Todos.

En 1995, la Organización Panamericana de la Salud edita un primer documento sobre el desarrollo de reformas y estimula y compromete como organismo intergubernamental a la participación de todos los países de la región en establecer procesos de reforma para tratar de su repasar los elementos de desigualdades en sectores mayoritarios de la población.

Este proceso de reforma, del que la OPS, en orden técnico, comenzó a dar señas, estaba regido por varios criterios rectores, como la equidad, la calidad, la eficiencia, la sostenibilidad y la participación social.

La cooperación en estos procesos de reforma estuvo orientada hacia tres propósitos fundamentales. Primero, la rectoría, la conducción a modernizar las estructuras del Estado. Para esto, se crearon una serie de instrumentos técnicos de manera de orientar y perfeccionar eso que se hablaba como crisis de gobernabilidad. La otra área de trabajo fueron los sistemas y servicios de salud. En estos sistemas y servicios de salud estaban comprometidos también los recursos humanos. Los recursos humanos han jugado un papel muy importante en el desarrollo de los procesos de reforma, por cuanto es un campo donde interactúan las personas. Es la persona quien ejecuta y es también la persona quien recibe la influencia de su participación. Y, por último, el financiamiento sectorial, o sea, buscar formas de financiamiento, para lo cual se crearon documentos muy interesantes, como es el análisis sectorial y los planes maestros de inversiones, que fue una iniciativa de la OPS con vistas a desarrollar dentro de los sectores de salud un análisis de la situación, tanto de recursos humanos como de infraestructura de proceso, de manera que pudieran orientar planes de inversión encaminados a los refuerzos que se estaban programando en ese período.

A fines de los años noventa, era evidente que a pesar de los procesos de reformas y las grandes inversiones, no se habían apreciado mejorías significativas, lo que hace que comiencen a realizarse una serie de reflexiones con vistas a buscar nuevas fórmulas que puedan producir cambios. Casi todos estos procesos de reforma vieron de Europa. Son procesos europeos que se iniciaron a finales de la década de los ochenta, con vistas a lo que la Comunidad Europea necesitaba, integrar y buscar formas para desarrollar procesos de reforma y buscar un

equilibrio entre los países. Y tres fueron los aspectos fundamentales a fin de lograr estos equilibrios entre los países: equilibrar las tareas con los recursos para obtener los mejores resultados; modificar las políticas de gestión y de recursos, buscando eficiencia y utilizar mejor las capacidades de personal; y mejorar la gestión financiera y la eficiencia.

De estas reformas comenzadas, la más difundida es la del Reino Unido, que es lo que se conoce en salud como “el libro blanco” del año 1991. Y a partir de aquí, junto a las agencias, se comenzó a trabajar en modelos de reforma para los países de la América Latina.

Las reformas han traído beneficios y, si evaluamos el impacto en la salud, vemos que se han obtenido resultados. Pero, pudieran haberse obtenido más resultados, o resultados mejores.

Quisiéramos hacer algunas observaciones desde el punto de vista crítico de los procesos de reforma, ya que este es el debate que nos trae aquí. ¿Qué sucedió con la reforma? Las reformas se centraron en aspectos de gestión y relacionados con la eficiencia económica, contención de gastos y bajar los costos.

De los temas claves, sobretodo para los que nos dedicamos a la salud pública, nos damos cuenta que quedaron relegados aspectos como la equidad, la protección social, la transparencia administrativa, las políticas y la formación de recursos humanos.

Se siguieron recomendaciones de los programas de ajuste (“Consenso de Washington”), dirigidos a reducir el tamaño del Estado y a promover privatizaciones. Por eso, en muchos de los países aquí de la región vemos que los modelos de reforma no son simétricos. Cada país ha utilizado un modelo de reforma adecuado a su característica.

En la década de los noventa, la tendencia general fueron las reformas generadas a partir de los procesos de dicho ajuste, y se centraron los esfuerzos en los cambios financieros e institucionales.

Las reformas no respetaron las características de cada país, ni histórica, ni política, ni de la organización sanitaria, y se vio una tendencia a adoptar patrones de moda y las recetas uniformes determinadas por los organismos internacionales, como el Fondo Monetario Internacional y como el Banco Mundial.

En conjunto, el Consenso de Washington determinó un predominio de mercado y los procesos de reforma estuvieron orientados, según esa propuesta a la disciplina fiscal, a la disminución del gasto público, a la reforma fiscal, a la liberación de las tasas de interés, a las tasas de cambio competitivas, a la liberación de comercio, a la apertura de la inversión extranjera, a la privatización, a las desregularizaciones, y la garantía de derecho a la propiedad.

¿Cuales fueron las consecuencias? Debido a la asimetría que se produjo, el 20% de la población percibe y controla el 80% de la riqueza, mientras que el 60% de la población sobrevive con solo el 7%. O sea, que la mitad del continente vive con menos que US\$2 diarios, la pobreza y la inequidad son expresión de un modelo de desarrollo redistributivo de la riqueza intrínsecamente inútil.

¿Cuál fue la magnitud del problema? En América Latina, el 27% de la población, calculada aproximadamente en 500 millones, carece de acceso permanente a servicios básicos de salud (125 millones); 46% de la población no cuenta con un seguro público o privado (230 millones); 17% de los nacimientos en América Latina no son atendidos por personal capacitado; hay 152 millones de personas sin acceso a agua potable o saneamiento básico –sin acceso por razones económicas aproximadamente 120 millones y sin acceso por razones geográficas 107 millones. La fuente de estos datos es el libro de *Condiciones de Salud en las Américas*, editado por la OPS con la participación de todos los países.

Los países menos desarrollados tienen el 84% de la población mundial y consumen menos del 11% de los gastos mundiales en salud, pero sobrellevan el 93% de la carga de enfermedades.

¿Cuál es el contexto al evaluar estos datos?

- Inestabilidad económica y social; gobernabilidad débil;
- Crecimiento de la pobreza y de la inequidad;
- Cambio de régimen regulatorio del trabajo: flexibilidad laboral, aumento del desempleo y crecimiento de la economía informal;
- Acumulación epidemiológica. Cuando hablamos de eso nos referimos a segmento de la población;
- Degradación del ambiente, y
- Deterioro de la infraestructura de salud pública.

¿Qué sucedió entonces con las metas de Salud para Todos que fue una iniciativa valiente y ambiciosa? Ahí ponemos una frase de David Tejada, que fue Subdirector de la Organización Mundial de la Salud, posteriormente Ministro de Salud en Perú, quien hace un análisis de los 25 años transcurridos y plantea que “aquellos que la concibieron en 1978 no comprendieron por completo su significado. No debe extrañar, entonces, que 25 años después, todavía estemos trabajando por ese sueño.”

¿Qué sucedió entonces con las metas de Salud para Todos? Fueron víctimas de simplificaciones conceptuales y coyunturales, condicionadas por el modelo hegemónico mundial, que confunde la salud en su cuidado integral con una atención médico-reparativa y centrada casi exclusivamente en la enfermedad.

El contenido substantivo del lema de Salud para Todos fue, en muchos casos, mal entendido, con una simple forma de programación, más técnica que social, y más burocrática que política.

La Declaración de Alma-Ata señaló que la salud era un derecho humano fundamental que constituía un objetivo social y que exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos.

La salud es, por sobretodo, una realidad compleja, un proceso social aún más complejo, y un proceso político, dentro del cual hay que tomar decisiones políticas, no solo sectoriales, sino de Estado, capaces de comprometer a todos los sectores.

A pesar de estos resultados, obtenidos a los 25 años, en 2003, en el mes de septiembre del 2000, los países miembros de las Naciones Unidas, reunidos en la Cumbre del Milenio, establecieron una serie de objetivos para el año 2015. Vamos a revisar estos ocho objetivos.

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre. Reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyo ingreso sea inferior a US\$1 diario, y las que padecen de hambre.

La situación existente:

- Actualmente en el mundo en desarrollo, alrededor de 1,200 millones de personas subsisten con menos de US\$1 por día.
- 800 millones de personas sufren de desnutrición.
- 153 millones de niños menores de cinco años tienen peso insuficiente.

2. Lograr la enseñanza primaria universal. Velar por que todos los niños puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.

La situación existente:

- 114 millones de niños en edad escolar primaria no están matriculados en las escuelas;
- Significa que uno en cada cinco está marginado de la enseñanza básica.

3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer. Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria para el 2005, y en todos los niveles de enseñanza para el 2015.

La situación existente:

- Aproximadamente 63 millones de niñas en edad escolar primaria todavía no están matriculadas en la escuela;
  - Solamente en nueve países del mundo, más de uno de cada tres escaños parlamentarios está ocupado por una mujer.
4. Reducir la mortalidad infantil. Reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años.

La situación existente:

- Casi 11 millones de niños mueren anualmente en todo el mundo.
  - Más de 1,200 por hora.
  - La mayoría por enfermedad cuyas causas pueden ser prevenidas o tratadas.
5. Mejorar la salud materna. Reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes.

La situación existente:

- Todos los años, aproximadamente medio millón de mujeres mueren en el mundo al dar a luz o por complicaciones del embarazo;
  - Una mujer muere por minuto.
6. Combatir el SIDA, el paludismo (malaria) y otras enfermedades. Detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA y la incidencia de paludismo (malaria) y otras enfermedades.

La situación existente:

- Alrededor de 40 millones de personas están afectadas en el mundo por el VIH/SIDA, y 2 millones de personas murieron en 2003 por esta enfermedad.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. Incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y programas nacionales. Reducir a la mitad el porcentaje de personas que carecen de acceso al agua potable para el 2015.

La situación existente:

- Aproximadamente 2,400 millones de personas carecen de acceso a mejores servicios de saneamiento.
- Alrededor de 1,200 millones carecen de acceso a mejores fuentes de abastecimiento de agua potable.

8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. Con base en el sistema comercial y financiero, en necesidades de los países no adelantados, en el problema de la deuda, en el acceso a los medicamentos esenciales y aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías.

La situación existente:

- Los países ricos son los responsables de asegurar el acceso equitativo a sus mercados y tecnología y de crear un medio financiero favorable.
- Deben cumplirse los compromisos asumidos de incrementar la asistencia para el desarrollo y deben redoblarse los esfuerzos por lograr el alivio de la carga de la deuda en los países pobres.

¿A dónde ir con este desafío?

Bien, la propuesta está basada en una nueva agenda para la reforma que han venido haciendo los países, adecuada a la situación y al contexto actual, centrada en la salud de la población, o sea en la evidencia médica; dirigida a la lucha contra las inequidades en salud; orientada hacia el desarrollo de modelos de atención basados en la promoción y la prevención, y no en aspectos curativos como básicamente han estado orientados en estos momentos; asegurar desempeño adecuado de las funciones especiales de la salud pública; el desarrollo integral de los recursos humanos; y el fortalecimiento de la función rectora del Estado.

Este principio de la salud como un bien público global, orientado hacia la salud para todos, tiene cuatro pilares básicos en lo que se debe trabajar: en el desarrollo de modelo de atención primaria, con un fuerte componente de promoción de salud; en una participación popular; en la salud como un derecho humano, y en la extensión de la protección social en salud. Todo esto, aprovechando hoy día el desarrollo de las fuentes de información y de conocimiento que existen.

Los procesos de reforma han estado centrados fundamentalmente en financiamiento, en provisión de servicios, en compra de servicios, en elementos de regulación con esta carga económica. El planteamiento es acercarlo a la Iniciativa de Salud de las Américas, tratando de desarrollar una cultura por la salud y desarrollar más lo que es la salud pública desde el concepto salubrista, por lo que la Organización Panamericana de la Salud ha presentado, desde hace dos años, un instrumento: las Funciones Esenciales de Salud Pública, un elemento que permite integrar los aspectos en que se ha venido trabajando con las reformas y todos los elementos conceptuales de la salud pública en las regiones.

Las Funciones Esenciales de Salud Pública son procesos o son condiciones estructurales y elementos de desarrollo institucional que permiten mejorar el desempeño del ejercicio de la salud pública. Hace dos años se hizo una evaluación del desempeño de las 11 funciones de la salud pública en los países y el umbral del 60% solamente fue sobrepasado en el aspecto de la preparación contra desastres. Sin embargo, en los otros componentes, en las 10 funciones restantes, como es el conocimiento de la situación de salud, la vigilancia, la promoción de salud, la participación de los ciudadanos, el desarrollo de políticas, el fortalecimiento de la capacidad de regulación, la evaluación y promoción del acceso equitativo, el desarrollo de los recursos humanos, la garantía de la calidad y las investigaciones en salud, se encontraban por debajo del 60%.

Creo que es este un instrumento muy importante y muy útil para todo el que se dedique a salud pública. Describe muy bien y permite evaluar el desarrollo de las acciones que se están haciendo en cada uno de los países y hoy se está trabajando mucho en aplicarlo a nivel subnacional, o sea, a nivel de territorio. Le va a resultar de una gran utilidad a toda persona que lleva una conducción en salud, lo mismo sea a nivel de territorio, a nivel de un programa, a nivel de un servicio, a nivel de una institución o de un modelo de atención primaria hospitalario, y servirá como guía para la aplicación de estas funciones esenciales.

Y queríamos presentar algunos otros instrumentos que han sido elaborados por la OPS, como el Observatorio de los Recursos Humanos, que ha sido una contribución con vistas a ver qué ha sucedido con los recursos humanos en cada uno de los países en la aplicación de los modelos de reforma. O también los Lineamientos Metodológicos para el Desarrollo de los Planes Maestros de Inversiones, que también se han aplicado en un grupo de países. Una herramienta más han sido estos cursos que durante años se han estado desarrollando para la preparación de personal que, en cada momento, actúa o tiene algún vínculo con la salud. Estos han sido instrumentos que constantemente se han estado utilizando para fortalecer y mejorar los aspectos en la aplicación de los procesos de reforma en los países.

Muchas gracias.