

La cohesión social como mecanismo de protección

Carolina Tetelboin,
Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-X)
México

Introducción

Nuestro objetivo es analizar algunas de las dimensiones sociales y políticas que dificultan o atentan con el mantenimiento y perpetuación de relaciones de cohesión en las actuales sociedades modernas latinoamericanas. Se asume en esta perspectiva que estos mecanismos están en crisis por las grandes transformaciones de la sociedad y el Estado que han orientado las relaciones y la solución de necesidades de manera individual, afectando los mecanismos de cohesión social logrados previamente y las percepciones de la población. Es sugerente al respecto, que a la pregunta sobre el sentimiento que lo representa frente al sistema económico chileno, el 54% de la población dice sentir inseguridad y sólo el 5% manifiesta entusiasmo (PNUD, 2001). Estas tendencias se pueden ratificar en las percepciones de la población latinoamericanas. Tal es el caso del desencanto de la ciudadanía con los resultados sociales de la democracia que permite percibir que frente a la posibilidad de resolver los problemas económicos estaría dispuesta a cuestionar la democracia, en nuestra interpretación, a la democracia realmente existente (Latinobarómetro, 2004).

La cohesión social se entiende aquí como una forma de protección social que se basa en el establecimiento de relaciones solidarias entre los miembros tanto en las relaciones de proximidad (Castel, 2004), como entre los grupos sociales, para la realización de tareas colectivas o el establecimiento de redes de financiamiento para enfrentar temas de competencia y resolución social. El tema se relaciona naturalmente con dimensiones como las condiciones de desigualdad, pobreza; la inequidad y la exclusión, y el papel de las políticas y los servicios de salud.

El temario se organiza en tres puntos: el primero se refiere a la trayectoria histórica de la política social y de salud; en segundo lugar, las tendencias de las reformas en curso; y en tercer lugar la revisión de algunos conceptos y cifras oficiales.

Tal vez sirva iniciar fijando un punto de vista general respecto a lo que han sido las transformaciones de los sistemas de salud latinoamericanos. Estas se han llevado a cabo en las últimas dos décadas a través de las llamadas reformas en salud. Una primera reflexión por lo tanto es que ante la transformación de los

sistemas de salud, se requiere un posicionamiento conceptual que permita entender la lógica o el significado de la orientación de los cambios. En ese sentido, pueden señalarse dos grandes vertientes en las orientaciones, las cuales pueden tener diversas variaciones.

Una primera es la de las llamadas reformas en salud que, a diferencia de lo que las razones del discurso plantean, impulsa procesos de cambio que resuelven temas distintos a los de la transición demográfica e epidemiológica en cuyo caso sus propuestas serían distintas. Su centro es el desarrollo del mercado en la resolución de las necesidades, incluida la atención de la salud y la concepción misma sobre ella, restringidas ambas a un asunto limitado al consumo a través de procesos de mercantilización reorientado en ese sentido a las instituciones públicas y de seguridad social y las representaciones sociales sobre ella. El análisis que ampara las reformas actuales se sitúa a partir de ésta visión a partir de la cual da organicidad a las estructuras.

Por otro lado, existe un segundo eje o centro que deviene de la defensa e insistencia en preservar o recrear los mayores alcances logrados por las legislaciones, las prácticas en salud y la atención y los derechos involucrados para las sociedades latinoamericanas. Entiende el tema de la salud desde una perspectiva social y desde las necesidades colectivas, además de ser un tema a enfrentar por el conjunto de la sociedad con participación central de un Estado democrático, además de involucrar en la respuesta al conjunto de determinantes de las condiciones de salud-enfermedad. Es decir, los procesos de salud-enfermedad, además de su base biológica, tiene que ver con las condiciones de vida de los grupos, pero también de las condiciones del entorno ecológico y social. El Estado democrático debe tener una intervención central en la promoción de instituciones desmercantilizadas y la aplicación de políticas sociales universales e integrales.

La trayectoria de las reformas en salud

Si tuviéramos que reflexionar sobre la trayectoria de los sistemas de salud latinoamericanos hasta los ochentas, noventas, a sabiendas de que sus características son tan diversas como las idiosincrasias nacionales que los amparan, diríamos que avanzaron tras una tendencia histórica hegemónica vinculada a alcanzar ciertos hitos de progreso y bienestar. Por lo menos, construyeron instituciones públicas y/o de seguridad social, legitimadas socialmente, con escasa o nula articulación con el sistema privado, salvo excepciones para la atención ambulatoria de los médicos y el caso hospitalario en Brasil; instituciones altamente medicalizadas pero que concebían la atención integral; con destacables resultados en atención preventiva; que tendían a buscar la universalización a través de la extensión de cobertura de la atención primaria y de los sistemas locales de salud, SILOS; que contaron con el concurso de la educación superior y técnico para la formación de trabajadores calificados; con

empleo mayoritario en estas instituciones; con una visión pública, salubrista, con peso político en la toma de decisiones; con coordinación con las orientaciones de OPS/OMS; con estructuras centralizadas algunas de cuyas virtudes eran en algunos casos los planes nacionales; instituciones con valores de servicio público aunque autoritarias, pero que contribuyeron al impulso de las condiciones de bienestar social y en salud.

En ese sentido lo que se quiere destacar es el estado de un orden que devino de concepciones filosóficas, políticas y económicas que correspondieron a una época. Debe entenderse como la creación de un capital social y cultural que a través de la participación del Estado se expresó en un esfuerzo institucional de gran envergadura tendente a la construcción moderna de las sociedades latinoamericanas del siglo XX que entre otros aspectos, se orientó a desarrollar el Estado y la sociedad, a compensar desigualdades estructurales y a establecer parámetros básicos de vida. Lo logrado puede medirse con relación a los indicadores de salud, que no corresponden sólo a los límites de las posibilidades de la organización de la atención, sino como es sabido, sobre todo a las condiciones de salubridad general y de vida. Han sido reconocidos los aportes en Chile del Servicio Nacional de Salud, en Costa Rica de la Caja Costarricense del Seguro Social y en Cuba del Ministerio de Salud y que bien pueden ser modelos para una profunda reforma en sentido humanista. Desde luego hay situaciones más logradas que otras, aunque los rezagos se relacionaron generalmente a la precaria situación económica y política como el escaso desarrollo del Estado y estados autoritarios.

A partir de los setentas, principios de los ochentas, se produce un cambio de época con la apertura de un nuevo ciclo que reorienta las políticas y la administración de las instituciones. (Almeida, 2001). La pregunta es ¿qué motivó el cambio y cuáles fueron las alternativas posibles? ¿Es en efecto el sistema de salud el que colapsa y exige cambios o son las lógicas externas las que lo determinan? Temas críticos como el exiguo financiamiento, los costos crecientes de los insumos y medicamentos, la puja tecnológica, la excesiva centralización, la burocratización, la medicalización, la relación desigual curativa-preventiva, la escasa extensión de cobertura, los temas de organización del trabajo y representación, el trato a las personas, son temas internos que exigían una revisión y actualización que no tuvo oportunidad sino se produce un cambio de época desde afuera.

A más de dos décadas, la crítica a sus magros resultados es creciente no sólo por sus críticos, sino también por sus propios impulsores. Mientras a los primeros les preocupa la desarticulación de las instituciones construidas durante parte del siglo pasado, a otros les preocupa no haber podido concluir la fase de cambio estructural y verifican el riesgo de la falta de consensos con la población (FMI, 2005). Pero, el inicio de ese proceso de cambio histórico caracterizado por la crisis de los mecanismos de bienestar por razones inicialmente derivadas de la disminución del crecimiento de la región y posteriormente su casi detención

hacia el 2000, el desempleo, el ajuste fiscal, la contracción del gasto en salud, apostaron a garantizar la ganancia media del capital con una contracción absoluta del salario, la demanda interna, políticas sociales restrictivas que terminaron por establecer condiciones pírricas para las formas de protección y en ello hay un retroceso respecto de las formas previas.

La salud pública y la seguridad social se había vinculado históricamente a lo privado fundamentalmente a través de la realización de capitales como la industrias de medicamentos, de insumos para salud, tecnológicas, las grandes empresas constructoras de infraestructura hospitalaria. Dicha presencia, hasta los ochenta prácticamente, se agotaba en ello. Hasta ese momento tampoco existía la idea de los préstamos o las deudas al sector salud. Pero, a partir de entonces, se amplía la participación privada en la administración de recursos sociales y en la prestación de los servicios de salud.

La experiencia de Chile fue central en este cambio, y estableció un precedente que se extendió al conjunto de la región. Dadas las condiciones autoritarias y de control de las variables sociales impuestas por la dictadura, se produjo una refundación social que impactó también las políticas sociales y de salud. Entre ellas, el traspaso de los fondos de pensiones a la administración privada y la creación de un impuesto obligatorio, creciente y con capacidad de portabilidad hacia el sistema privado en lo que al sistema de salud se refiere, que habría de ser el conducto fundamental de financiamiento de un nuevo sistema privado en salud, en vez del destino previo en el sistema público. Ambos sistemas, el de pensiones y de salud, de contribución exclusiva de las personas. Esta reestructuración de la relación entre lo público y lo privado en condiciones de laboratorio, ha dado pie a notables nuevas industrias como las AFP y las ISAPRES, pero en términos de la población ha profundizado drásticamente la desigualdad de la sociedad chilena. Desde luego que esa situación se refuerza de manera muy importante con las propuestas del Banco Mundial de 1988 y 1993, ratificando por lo menos tres elementos centrales: la limitación de la participación del Estado, la separación entre bienes públicos y bienes privados y la separación de funciones, y la necesidad de participación de nuevos proveedores en pensiones y salud.

Este reordenamiento mediado por préstamos condicionados, se aplica en cada uno de nuestros países en las condiciones que sus respectivas procesos políticos lo permitieron en el marco de los procesos de democratización y de las llamadas democracias electorales. (González, 2001; Sunkel, 1999), y fuera del caso de Colombia que en sus inicios goza de un gran consenso, en todos los demás casos han debido imponerse o establecerlas en condiciones de hecho o sigilosas, muchas veces en oposición a los trabajadores. Los grados de avances están siendo incluso evaluados en muchos de los países (Vergara, 2000; Almeida, 2001) y desde los propios organismos internacionales (Infante, 2000) y sus resultados son negativos en términos de la capacidad de mejorar las condiciones de bienestar que se habían explicitado, pero exitoso en los

implícitos de las finanzas de los intereses privados involucrados en estos procesos. No se realizan más que tangencialmente evaluaciones sistemáticas sobre ello.

Frente a este fracaso de las experiencias existe un proceso de madurez social que busca salidas y que observa el comportamiento de los organismos regionales y sus propuestas. Estas diversas corrientes centran sus posiciones en torno al concepto de las necesidades sociales, distante de las formas mercadocéntricas. En ese sentido, la estrategia de “Extensión de la protección social en salud, EPSS”, parece representar un aporte en la visión y papel de la OPS, que parece retomar, en el marco de un debate interno y de los resultados en salud, su papel propositivo y avanzado, después del rezago frente a los organismos multilaterales.

La pregunta es si se trata de un cambio o sólo de una refuncionalización de la orientación vigente. Y qué clase de cambios se requieren hoy para garantizar formas de protección real. OPS nos ofrece algunas propuestas en esta estrategia, como:

1. La creación de mecanismos para garantizar el acceso a la salud en iguales condiciones para todas las personas, superando el esquema exclusivo para los pobres o de subsidios focales.
2. Aunque se sustenta en el fortalecimiento de la concepción de la salud como un bien de interés público, y en consecuencia, en el resurgimiento de la función del Estado como articulador de la justicia redistributiva, parece ser éste un segundo elemento de cambio importante, que había sido minimizado en la idea previa de las reformas de primera generación, aunque sólo sea para insistir en la modulación del financiamiento y en un papel de tutela al aseguramiento de la salud.
3. También se hace una propuesta de creación de capital humano y social que le otorgaría a la ciudadanía un papel distinto al que había tenido en estas últimas dos décadas de reforma, donde en realidad la población no participó más que con sus posibilidades de pago y en el acceso diferencial a las prestaciones de salud.
4. Para ello, se plantea revisar la arquitectura regulatoria de estos procesos basados en mecanismos efectivos de solidaridad en el financiamiento.
5. Es decir, hay una propuesta sugerente para resolver las asimetrías de poder entre los integrantes del sistema, que contrasta con las profundas asimetrías actuales, además de las históricas. Efectivamente, los sistemas funcionan segmentados sin estructuras que los supervisen.

6. También plantea el tema de la flexibilización laboral. Los procesos que garantizaban las formas clásicas de seguridad social están en cuestión y las tendencias son hacia la flexibilización que precariza y rompe las formas de protección.

Algunas tendencias en política social y salud actuales

Ustedes saben que las reformas constituyen en la actualidad una realidad que se vive, que han sido ampliamente descritas y a estas alturas suficientemente socializadas en sus características y resultados. Se puede decir que tienen voz pública, es decir, la gente sabe en general en nuestros países, a pesar del carácter profundamente antidemocrático con que se impusieron, sobre sus características. Revisemos en todo caso algunas de ellas:

1. Sitúa el mercado como lugar de resolución de los problemas sociales. Significa que el Estado pasa a ser subsidiario sólo para aquellos que no participan en el mercado. Esto tiene implicancias muy importantes respecto al tema concreto que queremos abordar, que es la pobreza.
2. Disminución del gasto social y políticas con techo financiero. Es decir, no hay una redistribución general de los recursos, equitativa entre los distintos intereses sociales porque no hay juego político suficiente. Se gasta mucho en armamentos, se gasta poco en política social, y se genera con ello una visión carente de posibilidad, de tope. Se entiende la política social fuera de la arena de la política y se restringe a la real politik. De aquí se derivan las ideas sobre el control de la gestión, cuyos limitados éxitos se deben a que se le atribuye mayores virtudes que sus reales posibilidades racionalizadoras de recursos.
3. Privatizaciones de bienes de la llamada propiedad social y administración de recursos públicos y sociales, que han limitado en poder de representación de los sectores sin propiedad, anteriormente amparados en la propiedad colectiva (Castel, 2004).
4. Descentralización y focalización de pobres en vez de políticas poblacionales. Esa es una derivación directa del tema del mercado. Es decir, cuando se plantean políticas sociales a partir del mercado, se orienta a todo aquel que pueda contribuir, digamos los no pobres que viven con salarios mínimos, a participar en el financiamiento a través de formas directas o de prepago, postergando otras necesidades. De otros los que hay que preocuparse es de los que no están en el mercado, los pobres. Consecuentemente las políticas se han dedicado a eso, olvidando una

visión colectiva, una visión global de política social vinculable a ciudadanía y a los derechos.

5. Flexibilización. Es decir, tendencia a terminar con la lógica de los acuerdos entre capital y trabajo protegidos o amparados por contratos colectivos y aquellos individuos entran en una relación directa con el capital o con el patrón, y establezcan los términos de su relación, lo cual genera problemas para la resolución de los temas de política y bienestar social.
6. En el caso que más les interesa a ustedes, las legislaciones, éstas se han formalizado después que los procesos se han establecido de hecho, con presiones intensas, o a través de programas llamados pilotos que deben formalizarse. Hay una pérdida en la concepción de derechos en las legislaciones o están hechas de tal forma que no dejan en claro o diluyen la responsabilidad para otorgar y exigir derechos concretos. Ante la pregunta de cómo se siente, pensando en el desarrollo del Chile actual, el 52% se sienta perdedor (PNUD, 2001).
7. Las tendencias en políticas de salud, crean estímulos al mercado de salud: la introducción de prestadores privados que puedan ampliar su actividad atendiendo derechohabientes o usuarios públicos, con recursos públicos, que puede encarecer los costos de la atención y, en segundo lugar, se discute la calidad de servicio que se asocia al uso de tecnologías. La idea de base es que la provisión pública y de seguridad social no se puede resolver suficientemente por esa vía, además de que no es competencia exclusiva.
8. Otra característica de las tendencias en la política social en estos veinte años, es el aumento del gasto en salud. Ha aumentado el gasto en salud en muchos de nuestros países que han introducido reformas, lo cual no quiere decir que haya aumentado el presupuesto público para salud o para la atención pública. En algunos casos, este ha disminuido. Este aumento puede provenir de mayores recursos públicos o del aumento del gasto de las familias en salud, como consecuencia del deterioro de las instituciones.
9. Aumento en los costos de intermediación. O sea, la administración privada encarece la salud y la seguridad social. Eso es clarísimo en los casos de los países que han hecho reformas, donde los costos de comercialización, administración y desde luego, las ganancias, significan una elevación de los costos.
10. Por otro lado hay desarticulación y autonomía de las partes de los sistemas de salud. Es decir, los comandos de la salud pública y de la seguridad social no respetan la lógica propia sino que se han introducido lógicas privadas, creando una serie de alteraciones de estas instituciones, aparte de que la legislación ha propiciado la separación de funciones para

premisas discutibles. Sobre los cambios en el discurso y en la regulación. El discurso de las reformas ha sido poco claro y transparente por lo que se presta para múltiples interpretaciones y confusiones que no parecen ser casuales. Se trata de un discurso donde el diagnóstico es compartido por el sentimiento popular que enuncia los problemas, pero las propuestas distan de dar solución a los temas, sino a cuestiones no mencionadas y que se vinculan a abrir el campo a los aspectos del mercado y no tiene que ver con las soluciones posibles al diagnóstico compartido.

11. Además, no han sido creadas sobre consensos amplios porque no han concitado formas de participación. Por eso, la propuesta de la estrategia que nos convoca en esta ocasión, requiere de ser discutida para salvar los obstáculos que permitan cumplir el objetivo que se propone. Traduciendo en los hechos para entender su verdadero sentido y la posibilidad de distanciarse del modelo de política social sobre cuyos efectos transitamos y que arroja datos de deterioro de las condiciones de vida y de salud a la población y pérdida de visibilidad colectiva.

Algunos conceptos y cifras.

En el marco de las políticas de primera generación el centro de la acción política era la pobreza; cómo de la pobreza se desprende el concepto de inequidad, y finalmente cómo se entiende habitualmente desde nuestros gobiernos el tema de la exclusión. Se habla de pobreza porque en efecto, las cifras de la región nos ubican de manera drástica en el tema.

AMÉRICA LATINA: INCIDENCIA DE LA POBREZA E INDIGENCIA, 1980-2004 (Porcentaje de personas)

	Pobres	Indigentes
1980	40.5	18.6
1990	48.3	22.5
2000	42.5	18.1
2001	43.2	18.5
2002	44.0	19.4
2003b/	44.3	19.6
2004b/	42.9	18.6

Fuente: Elaboración propia en base a: CEPAL, *Panorama Social de América Latina 2002-2003* y *Panorama Social de América Latina 2004*. En www.cepal.cl

a/ Estimación correspondiente a 18 países de la región más Haití.

b/ Las cifras para 2003 y 2004 corresponden

El crecimiento de la pobreza durante la llamada década perdida y las políticas a ella dedicadas no logran que en la actualidad recuperar los niveles de 1980; esto nos plantea interrogantes sobre la eficiencia de la economía y las políticas instauradas. Sobre todo si observamos que la distribución del ingreso es superior al porcentaje de pobres para el decil más rico, en tanto para el 10% más

pobre alcanza sólo alrededor del 1.8%. La conclusión es que el tratamiento por exclusión no ofreció alternativas que promovieran el bienestar, sino se concentraron en garantizar la reproducción del capital. ¿Cual fue el objetivo de las políticas, sino garantizar estos resultados? El problema de fondo se sitúa en el tratamiento de tipo casuístico que se hace de la pobreza en un marco político débil, en vez de darle el tratamiento de problema estructural. De ahí se derivan decisiones políticas que profundizan en vez de hacer frente común al desarrollo de estrategias societales inclusivas. En ese sentido sus potencialidades tienden a generar dinámicas sociales disociadoras (Lechner, 2002).

En salud, esto se expresa en el privilegio de criterios de mercado, que dirime actores y propuestas. Quienes quieran un nivel más completo de atención, deberán pagarla. Si tienen trabajo, tendrán un sistema de seguridad social también en tránsito, ¿hacia dónde? Si tienen recursos, pueden acceder a un sistema privado de salud, que también es excluyente. Pero ni una ni otra garantiza actualmente condiciones idóneas ni de calidad porque la crisis de las instituciones no sólo no se resolvió sino se profundizó a través de las políticas de contracción macroeconómicas. Las instituciones destinadas exclusivamente a los pobres, en lo general salvo las experiencias que mantienen su arraigo o inician proyectos novedosos, han establecido diversas dinámicas que incluyen sistemas de pagos diferenciales o de pre pago, paquetes básicos segmentados de diversos tamaños, focales, acciones que pueden prestar las instituciones de salud u otros, entre ellas las propias instituciones de seguridad social con programas simplificados, subsidios municipales, etc. En definitiva, se hace una simulación de nuevas formas de seguridad social y protección que poco tienen que ver con el concepto y sólo se alienta el aumento del gasto público y social, vinculado a estrategias privadas.

Estamos hablando de ver cómo se comportan poblaciones con las mismas características frente a eventos particulares. Entonces, no estamos haciendo consideraciones de equidad, y por eso, el tema de la equidad es discutible como concepto, porque depende de dónde lo situemos. Equidad social, en general, o equidad particular entre pobres, entre más pobres o menos pobres.

¿Qué pasa con esta información? ¿Para qué nos sirve? Para entender que desgraciadamente este tipo de política tiene un límite estructural. Es decir, hay cuestiones que no podemos seguir focalizando o refocalizando, para atender a nuevos grupos, sino que necesitamos y las cifras, eso indican, una política más general en términos de política social y en el campo de la salud, de la vivienda, de la educación en general.

Bibliografía

- ALMEIDA, Celia (2001), "Reformas del Estado y reforma de sistemas de salud", Cuadernos Médico Sociales 79, pp. 27-58.
- BM (1987), *Financing health services in development countries: An agenda for Reform*, Was., D.C.
- BM (1990), *Financiamiento de los servicios de salud de los países en desarrollo: Programa de Reforma*, Was., D.C.
- BM (1993), *Informe Invertir en Salud*, Was., D.C.
- CASTEL, ROBERT (2004), *La inseguridad social*, Manantial, Buenos Aires, pp.11-86.
- CEPAL (2004), *Panorama Social de América Latina 2004*, Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- SING, ANOOP, et al. (2005), *Stabilization and Reform in Latin America: a macroeconomic perspective on the experience since the early 1990's*, Occasional paper238, International Monetary Found, Was, D.C.
- GONZALEZ GARCIA, Ginés (2001), "Las Reformas Sanitarias y los modelos de gestión". *Revista Panamericana de Salud Pública* 9(6):406-412.
- INFANTE, ALBERTO, de la Mata, Isabel, y Daniel López Acuña (2000), *Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: Situación y tendencias*". *Revista Panamericana de Salud Pública* (1/2):13-20.
- LATINOBAROMETRO (2004) *Informe Resumen. Una década de mediciones*. Corporación Latinobarómetro Santiago de Chile.
- LECHNER, NORBERT (2002) *Las sombras del mañana*, LOM Ediciones, Santiago de Chile.
- PNUD (2001)*Encuesta PNUD*, Santiago de Chile.
- PNUD (2004) *La democracia en América Latina: hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos*, www.undp.org.mx/democracia
- SUNKEL, OSVALDO (1999) "La sostenibilidad del desarrollo", en Giorgio Solimano y Stephen Isaacs, Editores, *La salud en América Latina. De la reforma para unos a la reforma para todos*, Editorial Sudamericana, Santiago de Chile.

TWADLE, ANDREW, (1996), "Health system reforms. Toward a framework for international comparisons", *Social Science and Medicine* 43(5): 637-654.

VERGARA, Carlos (2000), "El contexto de las reformas del sector de la salud", *Rev. Panamericana de Salud Pública*, 8 (1-2), pp. 7-12.