Las políticas de reforma sanitaria y la desaparición del derechohabiente

Edgar C.Jarillo Soto"
Ma. Gilma Arroyave Loaiza"

I ntroducción

La conformación de las políticas públicas implica distintos procesos y niveles de expresión también diferentes. En el área de la salud como parte del sector social, se sintetizan muchas de las expresiones actuales de las políticas que se impulsan como parte del reagrupamiento de los actores en la conducción del proyecto de sociedad que pretende instituirse. En México, como en muchos de los países emergentes, puede observarse una paulatina pero progresiva

* Profesor-investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana.
** Doctorado. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM.

construcción de un modelo de sistema sanitario que toma como antecedentes las reformas instauradas en muchos de los países de Europa del norte y Canadá, y en algunos países del Cono Sur americano. Simultáneamente, pueden observarse polémicas y debates sobre la pertinencia, necesidad y beneficios de transformar los esquemas de seguridad social característicos del Estado de bienestar por los modelos del Estado neoliberal que se instituyen en el mundo contemporáneo.

Con ese marco de discusión, las estructuras estatales y las organizaciones complejas tienden a desarrollar una serie de procesos de cambio para establecer un modelo sanitario acorde con los postulados de las corrientes de pensamiento que se implantan. De entre la abundante gama de opciones para analizar esta situación, es conveniente detenerse reflexivamente en una de las vertientes posibles: el concepto de derechohabiente. Debe notarse que éste es sólo uno de los elementos que están en discusión, pues a favor y en contra se esgrimen argumentos para la transformación de las estructuras de gestión, de organización, la cantidad y tipo de servicios, la optimización de sus resultados, la conveniencia financiera y sanitaria de los servicios y sistemas de salud.

Lo anterior representa una breve panorámica de los múltiples aspectos que han sido señalados como dignos de indagación. De manera especial se puede dar constancia de esta situación en el ámbito continental y para ello basta remitir al lector al Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana[1] donde se sintetizan las principales vertientes de análisis.

En este trabajo se realiza una aproximación al modo de concebir e interpretar al nuevo sujeto social que se relaciona con los servicios sociales en general y con los sanitarios en particular. El objetivo es destacar un aspecto tan aparentemente superficial, como es la denominación del sujeto social que se relaciona con los servicios de salud, que tiene implicaciones tan profundas que alteran la esencia misma de la relación prestador de servicios y receptor-demandante de los mismos. Aquí se aborda la situación desde la consideración de las personas que son sujetos de los servicios sanitarios, pero más que aludir a las normas y procedimientos que se instituyen con las acciones y leyes que se aplican, como es el caso de la nueva Ley del Seguro Social, se refiere a la denominación que se establece. De manera expresa, y a veces implícitamente, múltiples gestores públicos y pensadores sanitarios y sociales van sustituyendo el uso del concepto de *derechohabiente* o *beneficiario* por el de *cliente.*

La idea central que vertebra el trabajo es que las políticas públicas para sentar las bases de un determinado orden social producen situaciones que rearticulan relaciones, actores y

Organización Panamericana de la Salud. *Economía y Salud.* Número especial, No. 103, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1987, p. 6.

gestores sociales. El ejemplo más relevante en el caso del sector social y de la salud en concreto, son los conceptos de beneficiario o derechohabiente y el de cliente. Las consecuencias conocidas y previsibles de tal sustitución no pueden pasar desapercibidas por cuanto algunas de ellas implican la pérdida de conquistas sociales alcanzadas en el transcurso de los tres siglos últimos.

En la parte medular del trabajo se alude a algunas de las políticas de salud y las implicaciones para el concepto derechohabiente. Se muestra su trascendencia al ubicársele en las circunstancias históricas del surgimiento y desarrollo de los distintos modelos de seguridad social y sistemas sanitarios existentes hasta hoy. En su dimensión temporal sobresale su tránsito de un derecho particular, con rasgos casi de enclave, a un derecho social susceptible de ser demandado ante el poder público y detentable como parte de la existencia misma. Posteriormente se articula el concepto de cliente con las principales contradicciones que enfrenta un modo de organizar y concebir a los servicios sanitarios y las limitaciones y las dificultades para producir el efecto deseado.

Es conveniente advertir que el análisis del problema objeto de este trabajo se encuentra en un campo de fricciones en donde se trata de imponer una posición, y por lo tanto habrá que dejar claro el riesgo que implica perder un modo de equilibrio social y convivencia humana que, no por parcialmente ineficiente, pueda disolvérsele sin señalar los signos de alarma que pueden implicar su pérdida. Esto debiera dar por resultado la necesidad de crear opciones que signifiquen un relativo contrapeso y obliga a mesurar las propuestas y renovarlas en sus alcances y consecuencias.

La seguridad social y la protección de la salud: un costo prescindible

Resulta inquietante que en el sector salud la tendencia a la universalización de las prestaciones sanitarias, que había venido constituyéndose en un objetivo a alcanzar y había sido uno de los reclamos sociales más caros a todas las capas de la sociedad, esté cambiando por los ajustes y modificaciones a las leyes y a la organización de las instituciones de salud. Esto puede corroborarse con dos hechos. Por un lado la extensión de los servicios médicos ve retraído el proceso de generalización, lo que ha provocado la reducción de las coberturas al conjunto de la población. Por otro lado, el tipo de servicios a los que se tenía derecho, empieza a segmentarse y diferenciarse en cantidad y calidad.

Esos dos aspectos permiten vislumbrar la transformación de su valor social intrínsecamente positivo, a un valor de cambio regido por necesidades y circunstancias del mercado de

producción, circulación y consumo de bienes materiales y de servicios. Constituye el cambio de un derecho social por un atributo individual de consumidor y cliente de un centro de producción de servicios.

Las políticas de transformación del sector salud tienen múltiples aspectos coyunturales, pero las principales líneas arguméntales de su discurso se centran en la crisis económica y en los mecanismos de solución que se proponen. Por lo tanto se pone el énfasis en las estrategias que se promueven por el Estado y por las organizaciones sociales. En todas estas estrategias está presente el concepto de derechohabiente, que ha sido piedra angular en el sector salud para el sostenimiento de su discurso y la constitución de sus políticas.

El derecho a la protección de la salud no es un tema cuya discusión esté saldada. Por el contrario, hoy como en otros momentos cruciales de definiciones de futuro es muy importante descubrir los implícitos y las tolerancias de cualesquiera de las posiciones que tratan de imponer su hegemonía y que en todos los casos tienen consecuencias para la mayoría de la población, para las instituciones de salud, para las organizaciones que realizan actividades médicas, para las institucionesformadoras de recursos humanos, para la industria de tecnología médica y en su conjunto para el complejo médico industrial, para los compañías de seguros médicos y de vida (dos de los actores menos visibles pero más activos en las políticas sanitarias).

Todas las propuestas que se formulan tienen consecuencias profundas que inciden sobre el carácter del individuo a quien se le otorga seguridad social y asistencia médica. El solo enunciado de una palabra que denomine a la persona acreedora de servicios como derechohabiente o como cliente, representa un cúmulo de consideraciones, de límites y de posibilidades; pero especialmente, implica un modo de concebir la relación social existente entre la salud, los individuos de una sociedad y el Estado. La reforma de los sistemas de salud es una realidad viva y actuante en casi todos los países, con independencia del tipo de sistema sanitario, grado de desarrollo e indicadores de salud.[2]

A los sistemas de salud se les ataca y demanda su transformación, muchos cuestionamientos se expresan en esa dirección, pero un aspecto adquiere preeminencia y encuentra justificación: el incremento de los costos de la seguridad social en general y de los servicios de atención médica en particular, y se les contrasta con la ausencia de mejoras en las condiciones de salud. Ésta es la argumentación más abierta y beligerante para proponer el desmantelamiento de los servicios de salud públicos y con ello justificar un nuevo modo de relación

[2] H. Barnum y J. Kutzin. *Publichospitalsindevelopingcountries:resource use, cost, financing,* Baltimore and London, World Bank and The Johns Hopkins University Press, 1993.

de un derecho social y las instituciones públicas. El discurso contiene aspectos de índole técnica y política, ambos complementarios, pero que se les presenta frecuentemente disociados. Y allí radica parte del riesgo: compartir las evaluaciones técnicas sin dimensionarlas en lo político. No se puede apoyar el cierre o privatización de un hospital público ineficiente, sin tener un juicio sobre las consecuencias que tendrá para la población. Esto implica necesariamente una valoración social de la salud.

Los aspectos técnicos aparecen asépticos y neutrales, con fines institucionales y por sí mismos legítimos. Los aspectos políticos, son parte de la filosofía que impregna las principales corrientes del pensamiento político contemporáneo. Puede suponerse que con ello se expresan "...motivos ideológicos que tratan de legitimar las políticas estimuladoras de la tasa de beneficios, y limitadoras de salarios y prestaciones sociales públicas, en base a la pretendida poca utilidad de estas últimas".[3] Esto explica que en la mayoría de los discursos neoliberales se priorice el saneamiento financiero del Estado y se pugne por la circunscripción de su presencia a la regulación de los partícipes sociales.

En realidad se le otorga preeminencia a la acumulación de capital en el sector privado como el modo de reactivar un patrón de crecimiento económico que incida en el incremento de la tasa de ganancia. Esto queda claramente explícito en el presupuesto de Suecia para 1993, el Estado benefactor por antonomasia.[4] Esa solución implica además que el Estado y en particular el déficit público, sean los causantes de la crisis y del estancamiento del crecimiento económico. Es el Estado de bienestar el cuestionado por su expansión y por la proporción de su gasto en el presupuesto global del Estado y es la base para la pretendida reorganización del poder público. Los gobiernos nacionales y regionales de distintos países adoptan políticas de ajuste en lo económico y restricciones en lo social, perjudicando a sectores que han sido tradicionalmente fuente de equilibrio y disminución de las desigualdades sociales y económicas entre la población. Tal es el caso del sector social, que ha sido base de un desarrollo económico menos polarizado por un lado, y por otro ha sido terreno propicio para el consenso social.[5]

Sin embargo la recomposición de actores y escenarios sociales presenta múltiples tensiones y alcanza su inflexión en uno de los puntos más lábiles y vulnerables: el sector social. Así, por ejemplo, la OCDE[6] concluye que al final de la década de los ochenta NO resulta

[3] Ortún V. *La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones,* Barcelona, La llar del libre, 1991, p. 29.

[4] Ministry of Finance. *Economic Policy, Statement(SupplementaryBudgetBill, April 1993).* Stockholm, 1993, pp. 49-53.

[5] E. Gutiérrez. *La crisis del Estado de bienestar,* México, Siglo XXI, 1988.

[6] OCDE. *Social expediture 1960-1980: Problemsofgrowth and control,* París, OCDE, 1985.

aconsejable seguir potenciando el Estado de Bienestar.[7] Se expresan tres justificaciones[8] con el objetivo de incentivar la tendencia a la reducción del tamaño del Estado: a) Menor eficiencia de las empresas públicas; b) los programas de transferencias de rentas favorecen el ocio y desmotivan la búsqueda de empleo; y, c) los efectos negativos de los subsidios sobre la asignación eficiente de los recursos productivos. Estos planteamientos se convierten en la base para promover medidas que apuntan a un modelo de Estado que transforma esencialmente las políticas y acciones desarrolladas en las décadas precedentes. Se asume entonces sin recato la necesidad de limitar el sector social.

Derechohabiente o beneficiario ¿el origen perdido?

Históricamente se ha construido un sistema de seguridad social que ha incluido invariablemente la protección de la salud, ya sea con múltiples subsistemas o una sola institución responsable. Los modelos de atención médica con cobertura unlversalizada como se apreciaban en los años recientes, son producto de acontecimientos sociales y económicos que impactaron específicamente el ámbito de los derechos sociales. La protección de la salud como responsabilidad atribuida directa o indirectamente al Estado es consecuencia de la transformación, a finales del siglo XIX, del Estado liberal en el Estado de bienestar o Estado benefactor.

Un motivo determinante para su fortalecimiento fue la necesidad de protección a la mano de obra que se exponía en un mercado abierto, sin restricciones y regulacionas protectoras. Basta recordar la situación de los obreros en la Inglaterra posvictoriana: jornadas laborales de 14 y 16 horas diarias; 6-7 días laborables; salarios misérrimos.[9] La reducción de la jornada laboral representa el primer paso sólido para generar un sistema de derechos sociales y de protección para los trabajadores.

Especialmente pernicioso para la sociedad fue el trabajo infantil. Las consecuencias sociales y personales que se producían en los infantes que trabajaban en total indefensión y la ausencia de un estatuto de regulación de empleo, obligó a tomar las primeras medidas de protección. En palabras de Diercxens "la expoliación temprana y prematura de la fuerza laboral

J. L. Raymond. "Gasto público y crecimiento económico. Un análisis de los efectos del tamaño del sector público en España y en la Europa Comunitaria", *Papeles de Economía Española,* No. 52/53,1992.

1 [8] M. Lagares. "Comportamiento del sector público. Perspectivas de una década y planteamiento de futuro", *Papeles de Economía Española,* No. 52/53,1992.

* E. Pamuk. "Social class inequality in mortality from 1921 to 1972 in England and Wales", *Population Studies,* No. 39,1985.

implicaba problemas para la reposición de la fuerza laboral adulta y económicamente más productiva. La sociedad se quedaba sin futuro".[10] La cuestión no era proteger solamente al trabajador en activo, sino además, garantizar la continuidad y disponibilidad de trabajadores para etapas posteriores.

La necesidad de atención médica y el cuidado sanitario no fueron ni mucho menos una condición estructural de la organización social. La presencia de algunas entidades de beneficencia constituían un recurso importante de asistencia sanitaria, sin embargo fueron totalmente rebasadas en su capacidad y posibilidad de atención asistencial.[11] La atención médica individual fue severamente limitada por la capacidad de pago y se trató siempre de un intercambio financiero desfavorable a quienes dependían de un salario, circunscrita portante a núcleos reducidos de población. Así surgieron los primeros medios colectivos de protección, fruto de la organización sindical y gremial, que con demandas y reivindicaciones de muy variado tipo, crea asociaciones mutualistas de los propios trabajadores y más tarde con participación empresarial. Al antagonismo laboral en el centro de trabajo continuó una serie de demandas sociales dirigidas al Estado y al poder político.

El surgimiento del Estado de bienestar no está exclusivamente asociado a la gestación de un sistema de seguridad social y de protección a la salud. En realidad estos beneficios se logran recientemente, ya que la educación pública generalizada constituye el primero de los sectores de acciones orientadas al conjunto de los ciudadanos.[12] En el plano reivindicativo los movimientos obreros consiguen el establecimiento del seguro de enfermedad, de accidentes de trabajo y el de vejez e invalidez.[13] Este logro provocará un protagonismo del sector de los trabajadores en el conjunto social. Por lo tanto el surgimiento y consolidación de la seguridad social tiene como explicación dos elementos: el proceso de consolidación del Estado-nación durante el segundo Reich aparejado al desarrollo de una industria internacional y un sistema militarizado, por un lado, y por otro, la emergencia de una clase obrera y un proletariado industrial que desde su base pugnaban por un protagonismo social y una participación en el poder del Estado.

El modelo selectivo de reconocimiento y organización de los derechos sociales y en particular de las prestaciones y de la protección sanitaria vinculada al ámbito laboral no se resolvieron de igual forma en todos los países europeos. En Inglaterra surgió así un modelo alternativo que desligó la protección sanitaria y social del entorno inmediato del trabajo. Los beneficiarios

[10] W. Dierxcens. *Población y capitalismo,* San José de Costa Rica, EDUCA, 1978, p. 85.

[11] M. Foucault. *La vida de los hombres infames,* Madrid, Ediciones de La Piqueta, 1990.

[12] ESO (Expertengruppen fór Studier i Offentling ekonomi). *Social Securityin Sweden andotherEuropean Countries—Tree Essays—,* Stockholm, Finans Department, 1993.

[13] A. Briggs. "The Welfare State in historical perspective", *European Journalof Sociology,* No. 2,1991.

no serían exclusivamente los trabajadores sino toda la población en cuanto ciudadanos. Constituyó también un hito pues "...debiera ser reconocido como una ruptura entre la vieja Ley de Pobres y el nuevo Estado de bienestar, basado, precisamente, en la introducción de los derechos sociales vía la seguridad social...".[14] En Suecia se genera muy tempranamente un modelo compensatorio totalmente distinto, aunque tampoco incluyó protección a la familia y los dependientes económicos.[15] Este proceso diverso y heterogéneo fue la pauta para que las demandas gremiales y la participación se tornaran el embrión de los derechos sociales.

Los derechos civiles, políticos y sociales, se han acumulado progresivamente a partir del siglo XVI11. Primero los derechos civiles hicieron posible el desarrollo de los derechos políticos, yjuntos permitieron para la mayoría de la población, los derechos sociales entre ellos el referido a la seguridad social en el siglo XX.[16] La trascendencia de este proceso radica en que se pasa de criterios selectivos de la singularidad individual a valoraciones de lo colectivo que llevará posteriormente al concepto de ciudadanía. Su concreción universalista se logra cuando los derechos sociales son incluidos en la declaración de Derechos Humanos de la ONU en 1944, y con ello alcanzaron presencia en el ámbito internacional y regional. Así, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud los incorpora en lo que a salud y atención médica se refiere. Sus propuestas, recomendaciones y documentos han tenido un impacto y aceptación variada en los distintos países.

La ciudadanía es un atributo civil y político que implica el reconocimiento de pertenencia y relación de lo privado con lo público, del individuo con el Estado, es el criterio definitorio del beneficio de la protección social. Estar bajo la tutela del derecho ciudadano, por el hecho mismo de ser parte de un Estado-nación, constituye un avance inconmensurable frente a las restricciones de beneficios vinculadas a algún atributo derivado de la vida de relación de los individuos, como porejemplo la consideración del beneficio social en función de la cotización salarial. Tener trabajo y ser cotizante permitía accederá la primigenia seguridad social. Pasara detentar un derecho por ser ciudadano será un rasgo característico del Estado de Bienestar.[17]

El proceso de protección a la salud y a la seguridad social trata, en su origen filosófico, de cultivar la solidaridad social: de los empleadores hacia los trabajadores, de los trabajadores hacia los desempleados. La creación de los Sistemas y Servicios Nacionales de Salud será la

[14] W. Korpi. "Power, Politics and The State Autonomy in the Development of Social Citizenship: Social RightsduringsicknessineighteenOECDcountriessince 1930", *American SociologicalReview,* No. 54,1989, p. 310.

[15] **H.** Olsson. *Before SocialDemocracy: the formation oían early socialpolicy discourse in Sweden. Social Policy and Welfare State in Sweden.* (1a. ed.), Lund, Arkiv, 1992.

[16] ESO. Op.cff.,p.21.

[17] A. Briggs. *Op.cit.*

concreción de ese enfoque,[18] con los cuales se podrán extender, contra la posición individualista, los beneficios a toda la población y además se tendrá base para uniformar también las prestaciones cuya magnitud y calidad deja de depender de la cuantía de la aportación del beneficiario. Aunque ciertas diferencias en los modos de calcular y la fuente de obtención de los recursos, tendrán consecuencias distintas.[19]

Sin embargo, debe reconocerse que aún persisten diferencias en la magnitud y tipo de las prestaciones. La explicación de esos beneficios desiguales en uno u otro país se encuentra, parcialmente, en la consistencia y permanencia de las acciones del Estado de Bienestar. Esto significa en los hechos que a pesar de reconocer el sentido progresivo de los sistemas de salud respecto de los seguros nacionales de salud,[20] también es importante distinguir las variaciones y consecuencias distintas que se presentan entre las sociedades que han contado con un Estado benefactor.

La protección a la salud y a la seguridad social contienen la mejor representación del concepto de derechohabiente, ya que éste incluye un efecto redístributivo de la renta. Obtener recursos financieros de otras fuentes distintas a las cuotas obrero-patronales, permite situar al sistema fuera del ámbito exclusivamente laboral y ubicarlo en el marco social como un derecho intrínseco a todos los ciudadanos. Incorporar el sistema sanitario en los presupuestos generales del Estado, significa cumplir uno de los objetivos más caros al Estado de bienestar: producir un efecto de beneficio social para todos los ciudadanos en igualdad de derechos, al margen de su peso e importancia en la estructura de clases de la sociedad.[21] La doble función de Estado regulador de la dinámica social y de prestador de servicios y distribuidor y redistribuidor de bienes, representa una fase superior de la maduración de los postulados del Estado benefactor. Su significado y trascendencia marcan una diferencia sustancial en relación a la situación que prevalecía cuando el surgimiento de la seguridad social y los sistemas sanitarios, y será, paradójicamente, la base de su desmantelamiento actual.

La historia del concepto de derechohabiente o beneficiario puede resumirse en la presencia del Estado benefactor que se reconoce como protagonista del cambio y motor del desarrollo económico y social, siendo un Estado partícipe. Con la Segunda Guerra Mundial y con base en su desenlace se produjo una presencia mayor de posiciones reformistas y socialdemócratas. Así se empezaron a generalizar los derechos sociales: salud, educación, vivienda, trabajo y

C. Mesa-Lago. *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud,* México, Siglo XXI, 1986.

[19] W. Korpi. *Op.cit.*

[20] V. Navarro. "¿Why someone countries have National Health Services, others have National Health Insurance and the US has neither?", *International Journal of Health Services,* No. 19,1989.

[21] R.AguilaryB.Gustafsson."Theroleofpublicsectortransfersandincometaxes",Gothenbourg,University of Gothenburg Sweden. Department of Economics, 1987. (Mimeo)

desempleo.[22] El crecimiento, la eficacia, los costos, el déficit fiscal y otros elementos consecuencia de la crisis del patrón de acumulación, marcarán la coyuntura actual y serán las principales consideraciones para la tendencia creciente a la desaparición del Estado de bienestar y a su sustitución por un modelo neoliberal.[23]

La salud y el cliente: una relación en el mercado

La situación económica de la mayoría de los países ha planteado múltiples procesos de solución y rearticulación de un entramado económico, cuyos rasgos evidentes son la competitividad y la globalización de los entornos nacionales. Una dimensión del problema se ha dirigido a la naturaleza y características del Estado, y de modo peculiar a la extensión de su crisis financiera. Parte de la discusión se centra en el déficit fiscal y el consecuente ahorro de recursos, lo que ocasiona que las propuestas de solución prioricen las transferencias de capital al sector privado con lo que, se asume, existirá mayor capacidad competitiva en el mercado mundial.[24]

De manera paralela se ha propuesto la recomposición de los factores de la producción para remitir el incremento de sus costos en los bienes y servicios. La necesidad de tornar competitivos los precios de los productos de determinado país, ha implicado un esfuerzo de ahorro que significa abaratar los costos. De entre todos ellos se destaca la participación de la seguridad social y la protección sanitaria en los costos de producción. Correlativamente se trata de transformar una situación de regulación y participación estatal en un mercado de intervención exclusivamente privada, y con ello transformar el sistema de provisión y gestión de servicios asistenciales a los productores directos y a sus dependientes: pasar de propiedad, financiamiento y gestión pública y global a una pertenencia privada y diversificada.[25]

Las evaluaciones y las críticas a los sistemas nacionales de salud encuentran bases reales de cuestionamiento[26] que dan la pauta para que al mismo tiempo se postule la "reconversión"

V. Navarro. *Lucha de clases, Estado y medicina,* México, Nueva Imagen, 1984.

[23] K. Buse. *Health Policy Plan,* The World Bank, 1994; C. Marvick. "World Bank report says reallocate resources", *JAMA,* No. 270,1993; D. Benerji. "A simplístic approach to health policy analysis: The World Bank team on the Indian health sector", *International JournalofHealth Services,* No. 24,1994; C. Iriart, F. Leone y M. Testa. "Las políticas de salud en el marco del ajuste", *Cuadernos Médico Sociales,* No. 71,1995.

[24] Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundiall 993. Invertir en salud,* Washington, Oxford University Press, 1993.

[25] J. Fernández, J. Pereira y A. Torres. "Una Agenda a Debate: el Informe del Banco Mundial", *Invertiren Salud, Revista Española de Salud Pública,* No. 69,1995.

[26] R. Bitran y D. Dunblop. "The determinants of hospital Costs: An analysis of Ethiopia", *Working Paper* No. 249, Washington, D.C., World Bank, 1989.

del sector salud en un espacio de intercambio de servicios con criterios de mercado. Las propuestas de reestructuración de los Sistemas Nacionales de Salud de Inglaterra,[278] Canadá,[275] Suecia,[27c] Kenya,[27d] Chile,[27e] Costa Rica,[27f] Brasil,[279] México,[27h] por citar algunos de los más representativos, son apuntalados, además, por evaluaciones que consideran fundamentalmente encuestas de opinión de los usuarios de servicios sanitarios públicos. Éstas pretenden demostrar la insatisfacción y desacuerdo con un sistema de salud que además se muestra ineficiente, y por lo tanto se concluye la improcedencia de un sector sanitario de eminente perfil público resultado del Estado benefactor.[28]

Las argumentaciones que subyacen en ese enfoque son: primero, desplazar al Estado como generador de empleo a través de la creación de puestos de trabajo en los sectores tradicionales de expansión; esto significa un juicio sobre la burocracia y sus efectos perniciosos en los costos y gestión de cualquier organización compleja. Segundo, el funcionamiento específico de los servicios de asistencia médica y social, cuyas prestaciones en magnitud y calidad son progresivamente mayores. El patrón de referencia son las opiniones que valoran positivamente la celeridad en la intervención y las opciones de selección de médico.[29] Sin embargo no se ataca la contradicción básica: un modelo de atención de corte curativo, farmacológico, individualista, tecnologizado y de múltiples especialidades y parcializaciones técnicas. En consecuencia se deduce, sin más, la necesidad de transformar los sistemas sanitarios públicos en un mecanismo de oferta y consumo de servicios, donde el enfermo sea el regulador y controlador del sistema.

La ecuación se expresa linealmente: la disminución del costo en la provisión de servicios sanitarios producirá automáticamente una reducción del déficit del Estado.[30] Esta hipótesis, en el mejor de los casos, se basa en el supuesto de que la provisión de servicios realizada por entidades asistenciales de corte empresarial privado ejercerá, por ese solo hecho, una optimización de los recursos y por lo tanto un incremento de la eficiencia. Para ello

[21] Respectivamente ver: a) Secretarles of State for Health. *WorkingforPatients,* London, HMSO, 1989;b) R. Evans. "Controlling health expeditures. The canadian reality", *New England Journal of Medicine,* 1989; c) R. Saltman y C. von Otter. "Re-vitalization public health care systems: a proposal for public competition in Sweden", *Health Policy,* No. 7, 1987; d) P. Epstein. "Kenya: Cost-recover Programme", *Lancet,* No. 337, 1991; e) T. Castañeda. "El sistema de salud chileno: organización, funcionamiento y financiamiento", *Bol. Oficina Sanitaria Panamericana,* No. 103,1987; f) M. Vargas "Privatización de servicios públicos. El caso de los servicios de salud en Costa Rica", *Salud Pública de México,* No. 2, 1993; g) Banco Mundial. *Brazil. Public spending on social programs. Issuesandoptions.* Report 7086-BR, Washington, D.C., Latinamerica and Caribbean Country Department I. Population and Human Resources Operations División, 1988; h) Fundación Mexicana para la Salud. *Economía y Salud. Propuestas para el avance del sistema de Salud en México. Informe final.* México, D.F., FUNSALUD, 1994.

[28] R. Blendon, K. Donelan, A. Jovell, L. Pellisé y E. Costas. "Spain's citizens assess theír Health Care System". *Health Affairs* (Spring), 1991.

American Medical Association. *Survey of Public Opinión on Health,* Chicago, Care IssuesAMA, 1991.

[30] G. López. "Prospectiva 2000: ¿Es previsible la desaceleración del gasto sanitario", *JANO,* No. 31,1986.

se proponen dos posibilidades de financiamiento: una directa, cuando paga el enfermo, la persona que demanda atención, el "cliente". Otra, indirecta, cuando el aporte se hace con base en una cuota fija o proporcional. Esta última puede ser a su vez: pública, recaudado por el Estado, por cuotas específicas o impuestos generales, o privada cuando se aporta a aseguradoras, centros asistenciales o al propio prestador del servicio. Todo ello perfila un entorno de intercambio donde la regulación de las acciones sanitarias se logra por los beneficios directos que obtiene el enfermo y que le producen satisfacción.

Ese modelo representa la transformación del sector sanitario en un segmento más del mercado de bienes y servicios.[31] Hoy día se elevan voces y testimonios dirigidos a evidenciar la necesidad de reconvertir un sistema sanitario con base mercantil y dominio privado como el de EUA, tornándolo un sistema que evite la desprotección de casi 35 millones de ciudadanos.[32] Resulta contradictorio entonces que se postule lo opuesto en algunos de los países que han logrado una cobertura casi universal y una protección médica a la mayoría de la población. Se instauraría así un sistema mercantil, que significa transformar un derecho social como la salud en un valor de mercado, donde el enfermo pierde su atributo ciudadano de ser un derechohabiente para convertirse en un consumidor de un producto más, con todos los elementos inherentes al sentido comercial de un cliente. Las acciones sanitarias dejan de depender de su intencionalidad terapéutica, para convertirse en acciones que conformen un producto accesible y de interés del demandante. El cambio significa que se trata de satisfacer al cliente, no de curar al enfermo.

Las consecuencias iniciales recaen sobre las proposiciones de financiamiento y la participación que cada miembro de la sociedad realiza, ya de por sí desiguales. Los segmentos poblacionales con mayor ingreso destinan una proporción del mismo para los gastos de atención médica y seguridad social que aquellos con ingresos más bajos. Al transferir los costos al consumo es inevitable que se establezca una relación directamente proporcional a la capacidad de compra: a mayor ingreso, mayor consumo de servicios sanitarios. Él cliente más demandante será el de mayor poder adquisitivo, consecuentemente quien consumirá más y mejores servicios sanitarios. Se pretende ofrecer productos atractivos, diversificados según la capacidad de compra y con beneficios desiguales. Con todo ello resulta inevitable suponer un resultado que lejos de generar beneficios profundizará las desigualdades sociales, y de manera simultánea incrementará los perjuicios de las diferencias.

[6] P. Musgrove. "Inversión en salud: informe sobre el desarrollo mundial 1993", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana,* No. 115,1993.

[32] P. Wellstone, E. Shaffer. "The American Health Security Act—A single payerproposal—", *NewEngland JournalofMedicine,* No. 28,1993.

Suponer que el sector salud constituye un mercado autorregulable y controlable por sí mismo, representa una falta de rigor y más un deseo que una realidad. La salud en su conjunto NO depende exclusivamente de las acciones preventivas y curativas por la intervención técnica de los profesionales de la salud. En referencia exclusiva a la acción curativa, hay que señalar que esta no es autónoma ni aséptica. Como máximo, significa hacer coincidir la decisión clínica con la decisión económica en el ámbito de lo privado, y a esta última la define por esencia la obtención de beneficios económicos. Lo discutible ahora no es el ánimo de lucro y los márgenes de ganancia, sino que la salud no puede regirse por ese criterio. Sin embargo, no deja de ser sorprendente que una de las intenciones fundamentales, reducir los costos, parece producir el efecto contrario al incrementar el costo de los servicios cuando son proporcionados por organismos privados.[33]

Además, se señala la conveniencia del funcionamiento de un mercado regulado con base en la demanda. Ésta, que sería inducida por el usuario, el consumidor de los servicios, el cliente, supondría la existencia de una autonomía de criterio y una capacidad de intervención en las estrategias de acción y de modificación de las intervenciones clínicas y médicas. Por desgracia, esto que sería una situación más positiva que negativa, no sucede sino en muy pocas ocasiones y casi siempre en aquellas que significan más cercanía económica y cultural entre el médico y el enfermo. "El paciente no es quien elige qué tipo de intervenciones clínicas...quirúrgicas, los fármacos...los laboratorios...ni los lugares donde se realizan esas intervenciones. El médico es quien decide".[34] Al margen de valores deontológicos, es claro que frecuentemente las intervenciones médicas innecesarias tienen un sustrato económico.[35]

En síntesis, puede comprenderse la gran importancia que supone transitar de una concepción de la salud y la seguridad social como un derecho laboral estrictamente vinculado al seguro privado con beneficios limitados al trabajador y su familia, en el mejor de los casos, a un concepto de los derechos sociales como atributo y patrimonio de ios ciudadanos y por lo mismo demandable frente al Estado.

Esto representa la esencia del concepto de beneficiario o derechohabiente, y refiere a una cualidad inherente a todos los ciudadanos, independiente de cualquier condición, que los iguala ante el Estado, no sólo en la dimensión legal sino fundamentalmente en el ámbito social.

A, Arredondo, T. Damián y E. de Icaza. "Una aproximación al estudio de costos de servicios de salud en México", *Salud Pública de México,* No. 5,1995.

[34] V. Navarro. "Comentarios sobre el informe de la comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud o Comisión Abril-Martorell", *Quadern CAPS,* No. 16,1991.

[35] K. McPherson, J. Weinberg, O. B. Hovind y P. Cliford. "Small área variations in the use of common surgical procedures: an intemational comparation of New England, England and Norway", *New England Journal Medicine,* No. 307,1982; y Evans, *Op. cit.*

Es al mismo tiempo uno de los pivotes del incremento de la calidad de vida y también de redistribución económica. Por ello, denominar cliente a la persona que demanda asistencia médica, implica asumir y aceptar un marco de provisión de servicios regulado por el mercado de bienes y servicios. Lo que significa otorgar, por la vía de los hechos, una naturaleza distinta al sujeto social, y con ello se da cauce para transformar la seguridad social y los sistemas y servicios sanitarios, con base en suposiciones no demostradas y en criterios que, aún concediéndoles rigurosidad técnica, no cuestionan el centro vital del problema: el modelo de atención médica y su sustrato conceptual y técnico.

Las políticas de solución que se aplican para los sistemas de atención a la salud no transforman, sino que mantienen ese modelo de atención. Todo ello permitirá abatir parcialmente ciertos costos, pero difícilmente podrá resolver lo que se cuestiona centralmente: el incremento del gasto sanitario y sus consecuencias en el déficit público. En la vorágine actual el Estado de bienestar parece indefendible, pero los servicios de salud son apenas una parte de lo que debe cuestionarse; asumir que con la finalidad de mejorar el Estado debe retornarse a modelos de relación individual y privada para la prestación de servicios médicos será una solución fiscal, pero ampliará inevitablemente algunos problemas sociales y sin duda el problema sanitario será mayor en extensión y profundidad. El cliente, por ser consumidor informado, no garantizará acceso a la protección de la salud equitativa y suficiente a todos los habitantes de un país.