

Introducción

El trabajo que aquí se presenta tiene por objeto realizar una primera aproximación a la evaluación de políticas y programas de salud impulsados en América Latina, vistos en función de los momentos o de las grandes tendencias de desarrollo de fines siglo XX hasta la actualidad. En tal sentido, desde se establecen tres momentos prácticamente cronológicos, de los cuales se rescatan algunas de sus líneas fundantes, a los cuales nos aproximamos a través de sus discursos. El objetivo es acercarnos a sus supuestos, a su lógica subyacente, a su capacidad para aportar a la constitución de un determinado conocimiento teórico o explicación del fenómeno, y a su capacidad de contribución a la resolución concreta de los problemas de salud a los que se refieren. Las propuestas revisadas no son exhaustivas. Son apenas una primera selección de lo que, desde nuestro punto de vista, han sido los proyectos de actores con influencia regional, así como algunas aplicaciones críticas.

La perspectiva de análisis

Entendemos por evaluación todo proceso, en este caso a nivel fundamentalmente macro, destinado a conocer los resultados de una intervención realizada por otros actores, de manera deliberada, directa, consciente, independientemente de sus propósitos, ya sea que modifique intencionalmente un campo en el sentido de reforzar su orientación o transformarlo. En el caso de las políticas y programas, la evaluación puede estar destinada a conocer sus contenidos, la relación entre ambos componentes y lo evaluado, o también puede tratarse de una evaluación sobre el estado de la situación. De esta manera, la idea de evaluación en ocasiones puede asemejarse al de un diagnóstico, donde lo central es mostrar el estado de la cuestión, hasta la relación entre la naturaleza de determinada intervención y sus efectos. Por lo tanto, por evaluación estamos entendiendo un proceso reflexivo, destinado a allegar conocimiento sobre el sentido otorgado en este caso por los organismos internacionales.

Como cualquier reflexión sobre la realidad y determinados procesos, esta evaluación se funda en premisas conceptuales. Entre ellas, que la ciencia y los sistemas de salud son ámbitos expuestos a las condiciones sociales y por lo tanto ámbitos de debate y lucha política y de intereses que en ellas se expresan. De ahí que la lectura de los documentos parte de juicios de valor, a través de los cuales se seleccionan los periodos, se delimitan los objetos, el método de abordaje, y se le otorgan pesos específicos a los sujetos implicados en el proceso, y a la connotación de hallazgos, a fin de aprehender el sentido y la utilidad de los materiales revisados, intentando entender los fines buscados y sus logros. Evaluar es, por lo tanto, la construcción de un tipo de coordenadas axiológicas para interpretar una información formulada desde un patrón determinado o de su interpretación desde otro distinto; es una toma de posición, de creación de sentido para juzgar algo desde determinada perspectiva, identificando la coherencia entre los propósitos explicitados y sus efectos.

En la tradición sanitaria, pueden identificarse modelos políticas, programas y formas de evaluación en congruencia con la centralidad de los énfasis de cada momento histórico. Así los procesos de evaluación como el que se propone adquieren pertinencia para conocer no sólo el sentido que se

pretende otorgar a la política y a los programas, sí se logra o no, si hay congruencia entre lo planteado y un determinado objetivo y resultados. Pero sobre todo, lo que interesa debelar es a qué intereses sociales beneficia una orientación de las estructuras públicas de salud en cada uno de los sentidos aquí estudiados.

Desde luego, se parte de la idea que entre el debate que lleva a la formulación de la política de salud y su implementación, media siempre una distancia importante. Aún en las condiciones más severas de restricción democrática, no hay unidad entre ambos momentos. Esta relación está mediada por prácticas sociales que modifican los planteamientos en el camino hacia su implementación. Múltiples circunstancias confabulan en tal sentido, desde la naturaleza de las instituciones, las prácticas sociales tradicionales de las sociedades, hasta la disponibilidad de recursos de diversas índoles. No obstante, difícilmente se cambia el sentido de la política. Está puede remarcarse o atenuarse, acelerarse o resolverse más lentamente, pero difícilmente desaparece por la acción práctica amparada en las diversas representaciones de los actores que implementan la política y los programas en espacios socio-históricamente determinados.

Evaluación de políticas y programas de salud

Una posible reconstrucción, a modo de evaluación, de las tendencias regionales que han influido en la historia reciente de los sistemas de salud latinoamericanos desde el punto de vista del análisis de políticas y programas, puede ser organizada en una ruta que señala por lo menos tres grandes momentos o tendencias de influencia.

I

La primera etapa se refiere a la que se ha llamado de la *organización Estado céntrica* de las sociedades latinoamericanas, que desde la década de los 40s hasta prácticamente los 80s acuñó teórica y prácticamente las corrientes de organización de los servicios de salud que se desarrollaban a nivel mundial, basadas en los conceptos de los seguros sociales, las formas de seguridad social extendidas a través de los sistemas públicos de salud y hacia el final, la propuesta de Alma Ata de atención primaria. La organización de los servicios de salud tomó particularidades específicas para cada país, en la medida de sus capacidades y fortalezas para la constitución de sus procesos productivos. Por un lado la constitución de seguros sociales, generalmente de financiamiento tripartito, en ocasiones únicos o segmentados por rama de producción, donde las necesidades de la reproducción económica se expresó a través del cuidado y protección a la fuerza de trabajo. Por otro lado, el modelo público de atención curativa individual y de salud pública para la población en general, da cumplimiento tanto a objetivos vinculados a la reproducción social al garantizar condiciones de atención, hasta la validación del sistema político. A su vez, la atención privada se expresa como medicina liberal en la consulta médica o a través de clínicas, sanatorios, de escaso tamaño y cobertura, y sólo excepcionalmente con vínculos con el sector público o social. Prácticamente en todos los países estas se constituyen en las formas predominantes de la atención con combinaciones variables y particulares a sus características socioeconómicas y culturales que permiten a su vez tipificar países.

Desde el punto de vista de evaluación de macro política vs resultados, hay casos paradigmáticamente exitosos en relación al desarrollo de los modelos alcanzados en este periodo, desde el punto de vista de su calidad entendida como eficacia según los resultados de los

indicadores en salud, y bajo costo financiero y social, en los casos del Servicio Nacional de Salud de Chile, el Seguro Social de Costa Rica. Bajo otras premisas sociales, pero principios organizacionales semejantes, el Sistema Público cubano.

Procesos concomitantes que influyeron en el curso de las políticas de salud y en las instituciones, fueron impulsados por experiencias de planificación en salud en la región desde organismos regionales diversos. Entre ellos, se pueden mencionar los esfuerzos desde CEPAL, que desde su fundación en 1948, contribuyó a la elaboración de una visión propia para pensar los ámbitos de desarrollo económico y social mediante referentes conceptuales compatibles con la realidad histórica y estructural de la región, como fueron entre otras las coordenadas centro periferia. Informes sobre el estado de los países, estudios, proyectos, presupuestos y programas, ayudaron al conocimiento y a la ubicación de su situación desde el punto de vista del desarrollo económico y social.

También lo son los de la Organización de Estados Americanos que, a través de la Alianza para el Progreso, realinea a la región con los intereses norteamericanos, en el marco de Octava Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores de los países miembros, y en cumplimiento del Tratado Interamericano de Asistencia Recíproca (OEA, 1962). Bajo la consigna "De la ofensiva del Comunismo en América", se considera que la revolución cubana "no es el camino para lograr el desarrollo económico y la supresión de la injusticia social en América, y que, por el contrario, en el régimen democrático tienen cabida todos los esfuerzos de superación económica y todas las medidas de mejoramiento y progreso ..."; que "la misión de los pueblos y los gobiernos del continente ...es la de procurar el desarrollo acelerado de sus economías, y poner fin a la miseria, la injusticia, a la enfermedad y a la ignorancia"(OEA,1962:5). La Alianza para el Progreso es la plataforma diseñada para el cumplimiento de los objetivos económicos y la modernización de los Estados y las sociedades latinoamericanas (OEA, 1962:11). Parecía que la democracia era el objetivo que llevó a la decisión de marginar a Cuba del espacio latinoamericano y a su expulsión de la OEA, con la anuencia de todos los países miembros.¹ Con ello, la situación redefine las relaciones y el control sobre los países de la región, acorde con la geopolítica correspondiente a la guerra fría. Desde Punta del Este se establecen Planes Decenales en el desarrollo de la política pública, con metas definidas que permiten iniciar un proceso de planeación de políticas de salud, programas y su evaluación (Medina y Kaempfert, 1978), aunque con énfasis económico. Es la época en que se inicia el endeudamiento de la región, a través de la modalidad de financiamiento por proyecto, con bajas tasas de interés para los 60s y 70s, pero que en los 80s lleva a un proceso de endeudamiento externo con una crisis de la deuda externa de graves efectos para gran parte de los países (Consejo de Asesores Económicos, 1984).

Cibotti y Sierra describen al Estado latinoamericano de esta época adquiriendo un gran peso en las actividades económicas, además de una conformación institucional y administrativa amplia, compleja y variada, entre las que se encuentran "las formas más tradicionales de oficinas públicas, hasta empresas industriales modernas y asociaciones financieras de gran envergadura con el capital privado nacional e internacional" (Cibotti y Sierra,1977). La planificación del sector público constituye la realización de una de las partes más importantes de la política económica, como es la actuación

¹ La paradoja es que quienes invocaban a la democracia no eran representantes de regímenes democráticos. La mayoría de los países latinoamericanos ostentaban en sus sistemas políticos regímenes dictatoriales, mucho de los cuales eran resultado de golpes de estado. Recién en 2009, el Secretario General de la OEA, José Miguel Insulza, Secretario General de la OEA, ha expresado que dichos argumentos son obsoletos, que han dejado de ser vigentes y que Cuba debe ser reincorporado al organismo.

misma del Estado. Las acciones que realiza el Estado en economías mixta como las que predominaban en América Latina en ese momento, son las de producción e inversión, de regulación y de financiamiento, que en conjunto en muchos casos lo acercaba más a un Estado productor de bienes y servicios, administrador de cuotas de la inversión nacional y en la formación y uso de la renta nacional, además de participar en las acciones de regulación y orientación del conjunto de las actividades productivas, el manejo de recursos financieros y los efectos redistributivos que se pudieran generar. Estados impulsores de una política económica redistributiva, cuando a los agentes económicos, considerados individualmente o en grupos, se les altera la capacidad de apropiación de bienes, de servicios y de factores que obtendrían por su libre participación en los procesos de producción, distribución y acumulación. Se trata de un Estado cargado de responsabilidades en los esfuerzos del desarrollo y en la solución de los problemas sociales. En ese contexto se explica la necesidad de lograr un modelo normativo y una política y estrategia general de desarrollo a través de la planificación que incide en todos los campos. En el sector público estaba destinada a “elevar la eficiencia de las actividades del Estado y fijarles un ordenamiento prioritario según la política general de desarrollo formulado y la estrategia elegida. La planificación de este sector es normativa, contrariamente al carácter inductivo de la planificación aplicable a las actividades privadas; abarca un conjunto muy heterogéneo de actividades cuyas motivaciones proceden principalmente de fuera del mercado” (Cibotti y Sierra, 1977:4).

En el caso de la política de salud, este periodo se orienta al fortalecimiento de la institucionalidad de los sistemas de salud públicos y de seguridad social, según el caso de cada país, a la creación de infraestructura, a la extensión de cobertura especialmente bajo las ideas emergentes en Alma Ata, y al fortalecimiento de las estadísticas de salud nacionales. Estas tendencias se mantienen durante las últimas etapas del régimen de Estado de bienestar y la aparición de los procesos de evaluación, que son concomitantes, adquieren el sentido de procesos de administración en salud que compartían las preocupaciones financieras pero en función del liderazgo sanitarista. En este marco, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se había comprometido desde 1961 a colaborar con los países de América Latina en la preparación de los planes nacionales de salud, junto con el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela, Caracas, elaborando metodologías para la planificación de la salud. El uso de este sistema conocido como Método Cendes-OPS, permitió la formación de especialistas entre quienes tenían a su cargo el diseño y la prestación de servicios de salud en América Latina. El método de planificación sanitaria de Cendes-OPS se basa en el criterio de la eficacia aunque desde lo económico, entendiéndolo por ello que *“un recurso está siendo bien utilizado si el beneficio que se obtiene en el uso que se le da es superior al que se obtendría con el mismo recurso empleado en cualquier otro uso”*. De ahí que identifica y delimita lo que puede ser el elemento de juicio, establece conceptos y técnicas para facilitar la cuantificación y un análisis más riguroso de las variables y define los datos que se han de obtener con regularidad para que los conceptos y las técnicas sean aplicables. En lo concerniente a su aplicación, la finalidad del método es la formulación de propuestas de los planificadores a las autoridades políticas, a fin de que estas decidan sobre los objetivos y los servicios sanitarios del país. El método se orienta hacia las técnicas que permitan obtener los beneficios máximos con un consumo mínimo de recursos, pero también se encamina hacia el logro de los objetivos de salud que, en igualdad de condiciones, permita conseguir el mayor rendimiento por unidad de recursos invertida. En tal sentido, el método de planificación sanitaria adopta una posición en cuanto al valor de la vida comparado con el valor de la eliminación de la incapacidad y el dolor. Reconoce también que hay dos criterios para medir la importancia social de la salud de las personas: la racionalidad

social, según el cual, la vida de un individuo es igual a la de cualquier otro. Y la racionalidad económica, que asume que la vida de algunas personas tiene más valor para la comunidad que la de otras. Cada uno por lo tanto refleja una determinada escala de valores de la sociedad en que se lleva a cabo la planificación. Desde esta perspectiva y con implicaciones también para el proceso de evaluación, para el Cendes-OPS no basta con establecer la relación entre la asignación de determinadas unidades de recursos y los distintos rendimientos que producen, sino se comparan con el empleo de diferentes tipos recursos destinados al mismo objetivo, como la lucha contra la enfermedad o contra el riesgo que requiera menos gastos por vida salvada, hasta el momento en que dichos recursos dejen de ser eficaces. A partir de entonces los recursos se deben destinar a eliminar otra enfermedad o riesgo, siguiendo el mismo criterio y así sucesivamente hasta que hayan sido agotados. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que para luchar eficazmente contra una enfermedad, es preciso a veces combatir otras simultáneamente. Si se aplicase el criterio económico de la eficacia, habría que destinar los recursos a aquellas regiones en que el costo de la prevención fuera más reducido y en que se obtuviese un mayor rendimiento por unidad invertida. El análisis de la planificación en cambio, sólo sirve para determinar el costo del suministro de recursos a este grupo de regiones. En tal sentido, el método Cendes-OPS recomienda por lo tanto un criterio ético, que es la distribución de los recursos disponibles entre las diversas regiones del país en forma que, por lo menos garantice el mantenimiento de la situación sanitaria existente durante el período de ejecución del plan. Además de los problemas en torno al orden de prioridad, existen otros aspectos sobre los cuales el Cendes-OPS pone la atención, como es prever los obstáculos administrativos y técnicos que pueden limitar la libertad de la aplicación del método de manera sistemática, definir que el énfasis de la programación es la prevención más que la curación, recomendando programas para periodos de 10 años, cinco años, y un año, asociados a la preparación de presupuestos anuales y vinculados sectorialmente a otros, reconoce la importancia de los problemas relacionados con las prioridades futuras, en comparación con las presentes, aunque no formula propuestas en cuanto a la evaluación del grado de salud que se haya de obtener con el tiempo. El método recomienda, sin embargo, que los proyectos de larga duración actualicen los costos monetarios.

El método Cendes-OPS tiene tres etapas principales. La primera se refiere al diagnóstico, en el cual se divide al país a efectos de la planificación sanitaria en áreas locales lo bastante pequeñas como para apreciar las diferencias en salud y las condiciones relacionadas con ella en las colectividades; áreas regionales, no siempre coincidentes con las divisiones político-administrativas conteniendo de dos a seis áreas locales con servicios más especializados y programación nacional. Una función importante en esta etapa del método, consiste en determinar el costo de la prevención de un fallecimiento en las distintas enfermedades u otros riesgos para la salud, según los criterios de magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de los daños en la selección de las bases de estudio. Para el análisis de los costos es preciso saber los recursos que se destinan a la prevención de cada enfermedad o riesgo, lo que exige un inventario de todos los recursos sanitarios dividido por grupos y revisado anualmente. Otro aspecto es que la descripción de las condiciones sanitarias en la colectividad debe acompañarse de la explicación de a qué obedece esa condición. Más tarde también se dio importancia a los factores políticos que inciden en ellas. De manera que la propuesta, no obstante las dificultades de elaboración del diagnóstico, comprende la dinámica física y social, las repercusiones en el estado de salud, y la formulación de pronósticos y proyecciones sobre las tendencias de la población en el futuro que además facilitan la evaluación de la situación sanitaria.

La segunda etapa del método es la determinación del campo de las alternativas factibles en el área local programática, donde el método establece que *"... en realidad, las aproximaciones sucesivas*

son casi inevitables" y proponen que la autoridad central de planificación de la salud calcule los recursos disponibles durante el periodo del plan; que las autoridades locales de programación fijen límites máximo y mínimo para la elección de metas factibles y finalmente que la autoridad central de planificación teniendo en cuenta los recursos disponibles, presente a la máxima autoridad política planes alternativos a escoger, ajustados a las nuevas condiciones imperantes, a la obtención continua de datos anuales de los planes, con lo que la evaluación como proceso de observación del proceso, pasa a formar parte del proceso de planificación.

La tercera etapa consiste en la formulación de planes regionales y del plan nacional que supone una estrecha coordinación a nivel nacional. Esto comprende la adopción de los planes locales, así como la provisión de servicios para áreas más amplias que la local. Las propuestas consideran un plan mínimo, pero también de otras dos alternativas, en caso que la disponibilidad total de recursos sea superior o inferior en 20% a la estimación del planificador nacional. En los países donde la planificación nacional se extiende a muchos campos, queda comprendido el sector salud, aunque el método no especifica la distribución de recursos para salud, como ocurre con los casos de servicios sociales y agricultura.

Del método Cendes-OPS, han sido reconocidos sus aciertos y sus limitaciones. Así, mientras se reconoce que la planificación sanitaria le atribuye una importancia fundamental a los factores políticos y sociales, no se indica la manera de cómo analizar estos factores. También, que el planteamiento de la planificación descentralizada a realizar desde el nivel local al regional y por último al nacional, implica dificultades en su aplicación a causa de la extensión y de las variaciones encontradas en algunos países. En tercer lugar, por diversas razones particularmente de orden político y social, en momentos en que el papel del Estado era coherente con su planteamiento, no fue posible aplicar este método en la totalidad de América Latina (OPS-Cendes, 2009). Entre las críticas se menciona que aun cuando el método insiste en la prevención, opera a partir del concepto de curación; en la medida que una persona curada de una enfermedad reducible se cuenta como defunción evitada, y que una persona curada de una enfermedad no reducible no se considera, desdeñando la preocupación por la morbilidad y la calidad de vida. Con ello deja en evidencia que se apoya en un concepto de prevención de la muerte, más que de la enfermedad, de reducción de morbilidad y de la invalidez, y visto desde los parámetros actuales, de la calidad de vida de las personas sanas y enfermas. Por otro lado, el método plantea que cada fallecimiento se atribuya a una enfermedad o riesgo, cuando la muerte se debe a una combinación de dos o más enfermedades y condiciones y riesgos (Uribe, 2003).

El pensamiento planificador evoluciona hacia otras perspectivas para repensar los procesos de planificación de manera participativa. En tal sentido se pueden citar los esfuerzos de Carlos Matus en torno al *Planeamiento Estratégico* surgido en los 70s, reflexión que se extiende hasta el periodo mercado-céntrico, con la propuesta en los 90s del *Planeamiento Estratégico Situacional*. En esta etapa, tres elementos representan los principales subsistemas de los sistemas de dirección estratégica: la agenda del dirigente basada en lo estratégico, la gerencia por operaciones y el sistema de peticiones y prestación de cuentas, cuya omisión lleva al dirigente a priorizar problemas de valor relativo. Esta propuesta avanza respecto de los planteamientos anteriores al reconocer la complejidad política y la diversidad de actores, por sobre la visión economicista de la planificación; en ella parece reconocer el acto de planear como relación interactiva, la negociación cooperativa, la voz del otro como fuente de autocrítica y posible complemento y finalmente la humanización de las reglas institucionales alejándolas de la formalidad. Así mismo, apunta a la cuestión de la viabilidad

política de las propuestas y compromisos de acción al poner en el centro el diálogo, pero se entrapa en la dimensión de recursos disputados entre actores individuales (Uribe, 2003:17). Desde las experiencias de democratización en salud que ocurren en torno a la gestión del Sistema Único de Salud en Brasil, continua una línea de trabajo atractiva, el *Planeamiento Comunicacional*. Desde el punto de vista de sus autores, la crítica al planeamiento previo puede sintetizarse en dos ideas principales. El fracaso de la idea inicial de regulación global e imperativa de la sociedad, y la perspectiva del actor único, tecnocrático, que subordina las relaciones, con base en el subjetivismo económico. La crítica alcanza el planeamiento global de Cendes-OPS, que no obstante haber surgido contra las perspectivas economicistas de la planeación, totaliza una perspectiva central para actores e instituciones dispares y de racionalidades distintas, a la vez que se trata de un Estado que privilegia la formulación de políticas como acto formal, en vez de la negociación política como posibilidad de representación diversa de intereses. En tal sentido la propuesta del *Planeamiento Comunicacional* se instala entre las preocupaciones de la planeación estratégica y las herencia latinoamericana de la Salud Colectiva, manteniendo la preocupación en el Estado organizador, aunque en interacción a la racionalidad de los intereses ciudadanos. A la vez, tiene una línea de continuidad con el pensamiento planificador en salud de América Latina, aunque más práctica y situacional que los enfoques previos, al insistir más en la vertiente comunicacional que en lo estratégico, y ubicando conceptualmente los espacios sanitarios como organizaciones solidarias en el sentido de organizaciones abiertas, evolutivas, flexibles, con finalidades explícitas y bajo la responsabilidad de todos. Desde esta perspectiva, el planeamiento es entendido como un momento de diseño al interior de los procesos de gerenciamiento/gestión de servicios y sistemas de salud, una herramienta organizacional en el marco de procesos más amplios de desarrollo de las organizaciones, que valora la conducción de la acción y donde el propio planeamiento se considera mediado/subordinado a la cultura de las organizaciones (Uribe, 2003:17). El planeamiento comunicativo hace un aporte extraordinario a la democratización de los procesos en salud, al ubicar el diálogo, y por lo tanto el lugar de las decisiones, a nivel de la problematización colectiva de sujetos concretos que experimentan el poder y la gobernabilidad de su espacio a través de la práctica política, consenso y el disenso en la construcción de sus entornos. En tal sentido, se trata de la creación de relaciones dialógicas que acercan los espacios de salud a lugares solidarios, entendido como desafío gerencial permanente. Se trata de procesos sin exclusividad metodológica sino cuestión a ser construida, subordinada a la obtención de flujos de comunicación que posibiliten el diálogo y la búsqueda de explicitación de los intereses envueltos.

II

La segunda etapa a analizar, se refiere a la evaluación de las políticas y programas en el momento de la organización mercado-céntrica de la sociedad. La recuperación de la lógica liberal que da salida a la crisis del capitalismo de los 70s, critica la intervención del llamado Estado benefactor en sus acepciones centrales y periféricas, que había orientado las regulaciones, los controles, los incentivos para la redistribución del ingreso, y la política pública y social y de sus instituciones, incluidos los sistemas de seguridad social y de salud pública y privilegia al mercado como el principal asignador de los recursos. El punto de mayor elaboración de esta crítica en su expresión conceptual y propositiva se encuentra en 1989, en las formulaciones del Consenso de Washington. Entre los

puntos más relevantes para nuestro caso, se destacan especialmente las privatizaciones, los cambios en las prioridades del gasto público y las desregulaciones, además de la disciplina presupuestaria, la liberalización financiera y comercial, la apertura a la entrada de inversiones extranjeras directas. Mucho antes sin embargo, en el contexto de rebrote neoconservador de respuesta frente a su propia crisis, estos postulados básicos se habían ya aplicado a inicios de los 80s en las políticas puestas en práctica en general, y en relación al campo de la salud, la seguridad social, y a todos los ámbitos de la protección social, en los gobiernos de Pinochet en Chile², Thatcher en Inglaterra y Reagan en Estados Unidos. Estas ideas se expresan en los emergentes procesos de Reforma de los años 80s y 90s en la región, a través de criterios costo eficientes para el campo de las políticas y programas de salud por el Banco Mundial, BM, a los países de América Latina, trastocando las ideas y los desarrollos previos de manera significativa.

Desde la perspectiva de los procesos impulsados y de su evaluación, desde los 80s el Banco Mundial promueve la incorporación de manera central de criterios económicos y de los economistas en un marco de mercado y de tratamiento público para pobres, por sobre los criterios médicos o de la Salud Pública, de la planeación y evaluación de las acciones en salud. En una línea de lo que se consideran enfoques racionales (rational choice) y de transparencia, para la selección de prioridades, el Banco Mundial impulsó en los 90s el análisis de la carga de enfermedad (burden of disease analysis), que busca otorgar criterios para la selección de las áreas de intervención con mayor carga de muerte y enfermedad; el análisis costo eficiente en 2003, que subordina las acciones al costo; y el uso de una serie de otros indicadores, como la medicina basada en evidencia (evidence-based medicine) o las intervenciones efectivas (interventions with established effectiveness), institucionalizadas a partir de 1993, por la Fundación Cochrane Collaboration que produce y promueve la sistematización de intervenciones en salud y promueve la búsqueda de evidencias en la forma de clinical trials y otros estudios e intervenciones. El análisis de la decisión basada en multicriterio (Multicriteria decisión analysis) (Baltussen y Niessen, 2006, traducción libre), cuyo objetivo es contribuir a los formuladores de política (policy making) a través de la utilización del conjunto de estos criterios anteriores, de manera simultánea. En la perspectiva de Baltussen y Nissen, las necesidades de salud y las nuevas tecnologías ponen en cuestión los limitados presupuestos, lo que lleva a la necesidad de tomar buenas decisiones en salud por parte de los policy makers. Las intervenciones pueden ser escogidas para diversos objetivos, como mejorar la salud general de la población, reducir desigualdades (inequalities) en salud, desventajas de grupos vulnerables, y/o para responder de riesgo sanitario o por limitaciones de orden práctico o por límites de presupuesto. Desde su punto de vista, estos son los tipos de problemas que los policy makers resuelven mal sin ayuda, o lo hacen a través de análisis parciales como los citados anteriormente, aproximaciones heurísticas o intuitivas que simplifican la complejidad, desconsideran los datos o seleccionan las intervenciones sólo por motivaciones políticas. Proponen por lo tanto la necesidad de priorizar con base en opciones racionales y transparentes.

Este camino se da en una evolución posible de rastrear a través de los informes del organismo para

² En esta experiencia cabe destacar el documento llamado El Ladrillo elaborado por un grupo de economistas de la Universidad Católica de Chile y de la Escuela de Chicago, en el que aparece precozmente el ideario económico y social del liberalismo conservador para el caso de Chile.

el llamado mundo en desarrollo y otros específicos para la región. El Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1988, el BM realiza recomendaciones para el mejoramiento de la eficiencia y la eficacia del gasto público, planteando reformas en materia de planificación fiscal a través de la elaboración de presupuestos anuales en el marco del largo plazo con programas y proyectos explícitos y controlados por la autoridad central de hacienda de los países. En una lectura libre, el BM dice que el gasto debe asignarse con más precisión dentro de cada uno de los sectores. En salud, dice, se deberían destinar más recursos públicos a la atención básica de la salud, es decir, a medidas tales como inmunizaciones y atención prenatal, porque el gasto público destinado a estos servicios básicos es no sólo más rentable socialmente que el gasto en medicamentos no esenciales y en costosa atención hospitalaria curativa, sino que es también más equitativo, ya que los servicios más costosos son usados sobre todo por los relativamente acomodados. En tal sentido agrega que, si bien el sector público tiene una función que cumplir respecto de los servicios hospitalarios, habrá que recuperar de los beneficiarios una mayor proporción de los costos mediante el cobro de cargos. El gasto puede a menudo reorientarse hacia técnicas más eficaces en función de los costos y ello puede pueden ampliar el acceso de los pobres a servicios básicos, al tiempo que se aumenta la contribución del sector público al crecimiento y desarrollo económicos. En muchos sectores, los cargos a los usuarios proporcionan el vínculo entre las decisiones en materia de gastos y de ingresos. A diferencia de lo que sucede con los impuestos, con los cargos a los usuarios se pueden obtener ingresos para financiar la ampliación de servicios prioritarios al tiempo que se aumenta la eficacia. Los bienes y servicios proporcionados por el sector público se usarán con eficacia si se les fijan precios que reflejen el costo de producción, así como las externalidades y otras imperfecciones del mercado. En contraste, los servicios subvencionados resultan en su opinión en consumo excesivo y demandas de gastos adicionales, y los impuestos necesarios para pagar tales subvenciones crean distorsiones en otros sectores de la economía. Así pues, los cargos a los usuarios tienen una doble ventaja en cuanto a eficacia: llevan a una asignación eficaz del suministro de bienes y servicios públicos, y con ellos se evita la necesidad de impuestos distorsionantes. El pago de los usuarios se sustenta en la tesis ya bien demostrada en el caso de servicios públicos tales como gas, agua, electricidad y teléfono, y puede hacerse extensiva a los servicios de salud, incrementando los cargos selectivos a los usuarios. “Si bien hay razones económicas y sociales sólidas para seguir subvencionando programas de atención básica de la salud, cuyos beneficios se extienden a toda la sociedad, los generosos subsidios de los servicios de salud, tan corrientes en los países en desarrollo, pueden reducirse”, dice. También opina que cobrar a los usuarios de servicios públicos que tienen grandes beneficios privados, incluida la atención hospitalaria curativa en régimen externo, incrementará la eficacia en la producción y el consumo. Movilizará también recursos para financiar la ampliación de servicios prioritarios, muchos de los cuales son utilizados principalmente por los pobres. Este es un objetivo importante en tiempos de restricciones presupuestarias graves. Probablemente tendrán que mantenerse algunas subvenciones, pero será necesario usar un enfoque selectivo, orientándolas principalmente a los pobres (BM, 1988)

En 1993, en el Informe sobre el Desarrollo Mundial de ese año, el BM continúa con un programa de acción para los países, “cuyas conclusiones en materia de políticas...pueden adaptarse a las muy diversas circunstancias de los países en desarrollo”, haciendo abstracción de sus circunstancias particulares y culturales, y de las características de sus sistemas de salud. Al mismo tiempo, critica la disminución de la “ayuda” a las políticas y los programas de salud, especialmente en el desarrollo de recursos humanos y programas de reducción de la pobreza, por parte de los donantes a los

países pobres, cuyo aporte habría variado del 7% a 6% entre la primera y la segunda parte de la década de los 80s. También prescribe la necesidad de financiar la reforma de la política de salud con ayuda por un monto de \$2000 millones (de dólares) (BM, 1993:161), aunque no explicita cuál es el interés de los donantes. De esta manera, los objetivos y políticas gubernamentales comunes impulsadas por el BM a nivel de los países de ingresos bajos, medios y a los que llama antes socialistas, son, en a) fomentar un entorno que permita a las unidades familiares mejorar su salud, que integra a las políticas económicas que benefician a los pobres y otorgan derechos y mejores condiciones a las mujeres; b) mejorar la inversión pública en salud, reduciendo el gasto público en centros asistenciales de nivel terciario, la formación de especialistas y los servicios discrecionales; financiar y asegurar la adopción de medidas de salud pública, incluida la prevención del SIDA, de un conjunto de servicios clínicos esenciales y mejorar la gestión de los servicios de salud estatales c) facilitar la participación del sector privado alentando la financiación y la oferta privada de seguros con incentivos para la contención de costos, para los servicios clínicos discrecionales; alentar la prestación de servicios clínicos por el sector privado, incluidos los financiados con fondos públicos y difundir información sobre desempeño y costo (BM, 1993:162).

En relación a las recomendaciones específicas para los países de ingreso mediano, el BM dice que los pagos directos por servicios de salud representan una tercera parte del gasto total. En América Latina, la proporción de población protegida por seguros sociales varía enormemente, desde menos del 10% en Ecuador, El Salvador y la República Dominicana, al 80% en Brasil, Costa Rica y Cuba, mientras que Brasil y Chile tendrían una combinación de seguros privados y públicos, mezclando la idea entre la protección pública y los sistemas de seguridad social. Así, indica que estos países deben concentrarse en cuatro aspectos fundamentales para la reforma de sus políticas: la eliminación gradual de las subvenciones públicas a los grupos en mejor situación económica. Ello supone que todo lo “no incluido en el conjunto nacional de servicios clínicos esenciales” debe ser pagado por todos, a la vez que propone acertadamente la eliminación de las deducciones impositivas “que reduce el monto de recursos disponibles para financiar servicios esenciales”; el aumento de cobertura de los seguros, para lo cual promueve la extensión de los seguros para quienes no están cubiertos por sistemas de seguridad social, como son los trabajadores por cuenta propia, los ancianos y los pobres. “El logro de la cobertura universal sería más factible si los gobiernos limitasen el conjunto básico de servicios cubiertos por seguros a aquellos que fueran altamente eficaces en función de los costos”; el otorgamiento a los consumidores de la posibilidad de escoger su asegurador, un sistema de “competencia entre proveedores de un conjunto claramente especificado de servicios de salud pagados por anticipado mejoraría la calidad de los mismos y fomentaría la eficiencia”. Haciendo homologación entre seguros sociales, públicos y privados, agrega el Informe que “es posible la existencia de múltiples aseguradores semiindependientes tenga ciertas ventajas frente a que haya un solo organismo paraestatal de gran magnitud” (BM, 1993:166). Y la contención de costos, a través del fomento de los métodos de pago que permitan controlar los costos. El pago anticipado contiene el gasto en salud, más que la restricción del uso o el examen retrospectivo de la utilización de los servicios aplicado por las compañías de seguro privado en UDS. “los gobiernos podrían ayudar a promover esos sistemas mediante la eliminación de los obstáculos legales que impiden en muchos países que el mismo organismo sea a la vez asegurador y proveedor de servicios, formas de capitación u honorarios uniformes negociados anualmente para los médicos y hospitales como son a través de grupos de procedimientos relacionados por diagnósticos o la fijación por anticipado de presupuestos globales para los hospitales. “Cuando el seguro social cubra servicios prestados por hospitales públicos, la eficiencia puede aumentar

mediante la competencia con el sector privado”, “Que los hospitales públicos compitan entre sí como empresas semiautónomas, como en el Reino Unido...”, “...ofrecer a los administradores de los hospitales incentivos financieros y profesionales para que cumplan las metas fijadas, como en Chile” (BM, 1993:166 y 167).

En síntesis, todas estas medidas han sido aplicadas en nuestros países, donde el modelaje se ha acercado al cumplimiento de estas exigencias, mediadas a través de préstamos para sus desarrollos. Los saldos son discutibles desde la propia perspectiva del BM, debido a que las reformas no se aplicaron según el diseño y el modelo, hasta que en ulteriores intervenciones hace una apelación al papel del Estado, sin que ello signifique una vuelta atrás en la consideración de subsidiariedad o del carácter esencialmente mercantil que debe tener la prestación de servicios de salud, o que deban incorporarse nuevamente a la atención pública a sectores que puedan pagar la atención. Visto críticamente, los resultados desde el punto de vista de la atención a la salud de la población de los países, ha sido devastadora para lo construido como inversión social de los países en la construcción de instituciones de salud, de una cultura sanitaria y de la inversión financiera en salud. El gran éxito de las condiciones impulsadas por el mercado, pueden sintetizarse en el cambio de los circuitos y la composición del financiamiento que permitieron un crecimiento descomunal del sector privado de salud, antes prácticamente inexistente, financiado en parte por subsidios del Estado y en parte por el aumento de la contribución de las personas, y por la articulación público-privada que llevó a desarrollar nuevos programas en varios países en este sentido, por citar algunos, el AUGE/GES en Chile, el Seguro Popular de Salud en México. Desde nuestro punto de vista, este fue el objetivo central y por ello, el mejor de los resultados de la Reforma de salud en la región, en función de lo cual se reorganizaron las estrategias y se llevó a cabo la transformación de los sistemas de salud y seguridad social. El resultado se expresa en un aumento del gasto en salud de los países, con un crecimiento muy importante del privado, a expensas del público y de los contribuyentes. Sólo un resultado eficiente de este tipo, permite entender su anverso, es decir, los exigüos o casi nulos, y en ocasiones los retrocesos de los indicadores de salud y de las buenas prácticas de atención de la población y el desorden que prevalece en gran parte de los sistemas públicos y de seguridad social, sin que se hayan resuelto ninguno de los problemas enunciados por la Reforma.

En 1990 Cepal, bajo la idea de los ochenta como una década perdida por los retrocesos económicos y aprendizajes dolorosos, aunque de avances político institucionales, en su documento *Transformación productiva con equidad* pone sobre la mesa el desigual efecto de la crisis y de sus soluciones sobre las poblaciones (CEPAL, 1990). A partir de 1995 en una reunión a nivel continental la Organización Panamericana de la Salud, introduce el concepto de equidad en torno al tema de las Reformas a los sistemas de salud en lo que puede interpretarse como un primer giro estratégico respecto de las políticas del Banco Mundial. Ahí, las Reformas se caracterizan como “un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un periodo determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan” (Infante, 2000). Con ello parece iniciarse una crítica no al sistema conceptual que está a la base de las Reformas, sino en los resultados obtenidos en temas centrales de ellas. Nos parece que más que una crítica de fondo al tipo de transformaciones mercantiles en curso, se trata de mitigar o eliminar sus efectos indeseables expresados en la desviación de los objetivos sanitarios y especialmente, en un tema inevitable en nuestra opinión, como es la alta capacidad de producir inequidades de las mismas. En

tal sentido sus contribuciones se pueden seguir a través de una selección de textos que plantean en distintos momentos un reposicionamiento, recuperación del liderazgo y el papel propositivo de la OPS como actor regional en la producción de la política de salud, después del predominio absoluto de la banca internacional y de sus propuestas de mercado en la definición de las reformas a la salud. En el documento *La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma sectorial* publicado en 1997 (OPS, 1997), expresa este sentido diferenciador respecto de los énfasis de la visión del BM. Al respecto, fija posición, aunque en un marco restringido a su condición, sobre los elementos fundamentales que deben ser considerados en la evaluación de los sistemas de salud. Así, redefine una serie de conceptos, como el establecimiento de funciones esenciales de salud y de contenidos sanitarios. La comprensión de la función del Estado en salud, planteando que la sociedad es quién define las áreas de intervención del Estado con relación a la salud; que las responsabilidades del Estado varían de país en país, y que el Estado puede o no incluir la provisión de servicios personales de salud. En ellas se vislumbra una crítica a la visión y operación de las Reformas vigente hasta ese momento, reposicionando el papel del Estado y la sociedad por sobre el mercado en la toma de decisiones en salud, discutiendo la imposición sobre los países y el ámbito de la salud, sin consideración de las culturas nacionales y de salud de los países contenidas en sus propuestas, a la vez que reabre la discusión sobre el papel de proveedor de servicios por parte de los Estados como históricamente había sucedido en muchos de los países, más allá de sólo los pobres como proponía el BM.

En septiembre del 2000, la OPS elabora el documento sobre Funciones Esenciales de Salud producto de la reunión de su Consejo Directivo (OPS, 2002). La Organización Mundial de la Salud en su informe sobre 'Evaluación del Desempeño de los sistemas de salud', plantea el fortalecimiento de los sistemas de salud sostenibles, una de las cuatro orientaciones de su estrategia institucional aprobada en 2000. Para ello desarrolla una metodología para la evaluación sistemática del desempeño de los servicios de salud, por parte de los respectivos ministerios de salud, una evaluación basada en el desempeño, con indicadores, métodos y datos su ejecución y la creación de los planes de trabajo futuros. La metodología en su objetivo específico busca incorporar los conceptos y valores básicos de la 'Estrategia Mundial de Salud para Todos' a fin de establecer "sistemas de salud que mejoren de forma equitativa los resultados sanitarios, respondan a las exigencias legítimas de la población y sean financieramente justos" (OMS, 2000). El marco de la evaluación abarca en primer lugar las '*fronteras del sistema de salud*', en los que se describen los recursos, las organizaciones y los actores que realizan o apoyan acciones sanitarias. Las '*metas del sistema de salud*' que son la buena salud; un sistema de salud que responda adecuadamente a las expectativas legítimas del público; y la equidad de la contribución financiera; las '*funciones del sistema de salud*' que identifica las cuatro funciones decisivas para el logro de esas metas: la financiación (que abarca la recaudación de ingresos, la mancomunación de fondos y las compras); la prestación de servicios sanitarios personales y no personales; la generación de recursos y la rectoría. El '*Desempeño del sistema de salud*' que se describe como el conocimiento sobre la medida en la que el sistema de salud contribuye al logro de los resultados generales y si esa contribución puede aumentarse introduciendo cambios en la inversión de los recursos actualmente disponibles (eficiencia) y en el caso de que se hayan hecho, si se han traducido en un mejor desempeño de los sistemas de salud. Para evaluar el desempeño, la OMS ha introducido tres metas del sistema de salud que se traducen en cinco resultados específicos: el nivel de salud alcanzado en una población, la capacidad de respuesta del sistema de salud, la equidad en la capacidad de respuesta y la equidad de la contribución financiera. La evaluación del rendimiento exige la

existencia de indicadores claramente definidos para cada resultado, de métodos para medirlos, de estrategias para reunir datos y de procedimientos para la síntesis y la notificación regular de los resultados. Sobre este marco propuesto para evaluar el desempeño de los sistemas de salud nacionales, la OMS evaluó el desempeño de los sistemas de salud en todo el mundo. Esta información fue recopilada en los anexos del *Informe sobre la salud en el mundo 2000* sobre la mejora del rendimiento de los sistemas de salud, donde se plantea que “las funciones clave de los sistemas de salud comprenden: la provisión de servicios, la generación de recursos, el financiamiento y la rectoría. Los objetivos o indicadores de desempeño incluyen la salud de la población, la capacidad de respuesta y una contribución financiera justa”. Sin embargo, el documento levantó una polémica poco usual, donde investigadores que habían participado en la elaboración del documento cuestionaron severamente la base estadística y documental sobre la que se había elaborado planteando problemas éticos (Musgrove, 2003). Otros, a su vez, pusieron en tela de juicio los métodos utilizados, su base teórica y las estadísticas elegidas y manifestaron su inquietud respecto del sentido de la clasificación de los datos sobre los resultados sociales (Hernández, 2003). En relación con el proceso, algunos ministros criticaron que las consultas entre el personal de la OMS y los funcionarios nacionales haya sido limitada, aunque también manifestaron que la metodología aumentó su capacidad de concentrar la atención en los problemas que afrontan.

El Consejo Ejecutivo de la OMS reunido en 2002 concluyó que era importante y útil llevar a cabo evaluaciones periódicas del desempeño de los sistemas de salud utilizando métodos equivalentes en los distintos países como un elemento esencial para garantizar la mejora de los sistemas de salud. También se concluyó que, si bien era importante observar los avances logrados en cinco indicadores de resultados (nivel de salud, desigualdades sanitarias, capacidad de respuesta, desigualdades en la capacidad de respuesta y equidad en la contribución financiera), también aparecía esencial vigilar las aportaciones al sistema de salud, en especial a los recursos humanos, así como a elaborar un conjunto de indicadores de desempeño de las cuatro funciones básicas del sistema de salud: generación de recursos, financiación, prestación de servicios y rectoría. (OMS, 2002).

Para 2002 por lo tanto, el objetivo de la organización es la recuperación de la Salud Pública reordenando su papel en torno a objetivos, funciones y servicios, donde los objetivos son sociales y destinados a proteger y mejorar la salud poblacional, entre ellos el desarrollo de ambientes saludables y el mejoramiento de las condiciones de vida, el desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y la salud, la generación de inteligencia en el campo de la salud, la atención a las necesidades y demandas en salud, la garantía de la seguridad y calidad de bienes y servicios relacionados a la salud, la intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud.

En relación a las funciones a desarrollar a nivel de áreas de acción de los Estados y la sociedad civil para dar cumplimiento a los objetivos y, finalmente, servicios para entregar intervenciones específicas dentro de las áreas de acción por recursos organizados en instituciones públicas y privadas (Juval, 2003). En tal línea de preocupación, la OPS buscaba reestablecer el papel de la Salud Pública a través de una definición que la posicionara para mejorar la salud de la población, incluyendo acciones del Estado y de la sociedad civil, y con una comprensión más allá de la restrictiva noción de bienes públicos con altas externalidades, tal como se las había atribuido el BM. Al mismo tiempo insiste que la Salud Pública no es sólo sinónimo de responsabilidad del Estado en materia de salud, que es más que intervenciones poblacionales, que incluye la responsabilidad de asegurar el acceso y la calidad de la atención de salud. A la vez, define las 11 Funciones Esenciales

en Salud Pública, FESP, en tanto instrumento que contribuye a mejorar la Salud Pública al realizar una práctica basada en la evidencia, mejorar la calidad de ellas, el estímulo a la rendición de cuentas y el fortalecimiento de la infraestructura de la Salud Pública.³

Se establece que el cumplimiento de las funciones esenciales en Salud Pública debe ser garantizada por la autoridad sanitaria a través de la armonización de la provisión de servicios, el aseguramiento, el ordenamiento del financiamiento sectorial y la regulación. Es decir, la OPS entra en el uso de los conceptos utilizados por el BM para, sobre esa base, rediseñar sus contenidos con nuevas características o moderarlas. Así también precisa que aun cuando las FESP son responsabilidad del Estado, no son las únicas en relación a la salud, sino que la figura de la Autoridad Sanitaria involucra más funciones en salud que estas competencias.

La propuesta de la iniciativa de la Salud Pública en las Américas, desde nuestro punto de vista, busca repositionar la Salud Pública como un componente importante de los procesos de Reforma al sector salud al mismo tiempo de promover una base conceptual y operacional para el fortalecimiento de su práctica en los países. Para ello desarrolla un marco para la medición aplicable a todos a fin de evaluar la práctica de salud pública con base en la medición del desempeño de estas funciones. En colaboración de los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) y el Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud (CLAISS), OPS desarrolló un instrumento para este objetivo que permitiera fortalecer la capacidad institucional de la autoridad nacional sanitaria para cumplir con las responsabilidades de promover y proteger la salud de la población. El desempeño de FESP debían ser medidos por indicadores tales como los resultados obtenidos en salud pública, por los procesos llevados a cabo por la Autoridad Nacional Sanitaria, por el estado de la infraestructura, por la capacidad, habilidad y conocimiento, por la asistencia técnica y apoyo al nivel subnacional (fortalecimiento de la descentralización de la autoridad sanitaria). Se trataba de un instrumento que atribuía de 3 a 5 indicadores para cada una de las 11 funciones sanitarias con un total de 49, guiada cada una por una pregunta madre que cuantificaba un concepto, acompañado de una medición a través de una o dos preguntas en relación a la pregunta madre, a fin de obtener información sobre el concepto principal, acompañada a su vez de una submedición o preguntas que precisan la medición (Juval, 2002). El objetivo estaba destinado a producir por parte de los ministerios de salud o de la autoridad sanitaria un instrumento de evaluación interno a los países que pudiera complementarse con mediciones propias que incluyeran las perspectivas locales, no gubernamentales y de otros sectores, siempre definidos por la autoridad sanitaria que debía conducir el proceso. El instrumento se aplicaría a un grupo básico nacional de profesionales de salud pública con nivel de decisión, apoyado por facilitadores locales entrenados para evaluar en conjunto con representantes de diferentes áreas de salud pública y apoyos de la OPS/OMS. La operacionalización de la estrategia se llevaría a cabo a través de la constitución de los grupos de trabajo,⁴ a los que se aplicaría el instrumento durante 3 días, durante los cuales

³ Las Funciones Esenciales en Salud Pública, FESP, son: 1. monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud; 2. vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; 3. promoción de salud; 4. participación de los ciudadanos en salud; 5. desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en salud pública; 6. fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública; 7. evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; 8. desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; 9. garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos; 10. investigación en salud pública; 11. reducción del impacto de emergencias y desastres en salud, todas aplicables a los ámbitos tradicionales de la Salud Pública como la salud ambiental, ocupacional, y a los distintos ámbitos epidemiológicos como la salud materno-infantil, de enfermedades crónicas, etc.

⁴ Estos grupos de trabajo estarían compuestos por no más de 15 personas, expertos sugeridos como economistas de la salud, de participación social en salud, financiamiento de la salud de evaluación en

discutirían y llegarían a un consenso dedicando alrededor de dos horas y media por cada función. Las respuestas serían grabadas y registradas por facilitadores y los resultados presentados al final del proceso, además de una evaluación sobre el mismo.

Los resultados de la evaluación se pueden observar comparando cada función respecto de las demás y entre sí, donde cada una es representada de acuerdo a la calificación de sus indicadores o donde se identifican áreas de intervención y su nivel en el cumplimiento de las mismas: cumplimiento de resultados y procesos claves, desarrollo de capacidades e infraestructura y desarrollo de competencias descentralizadas. El resultado se expresa en una comparación entre todas las funciones, o cada función puede representarse de la misma manera según sus indicadores, ambas representadas en una escala de 0 a 1 posible de ser graficadas en barras. O en cuadros resúmenes de cumplimiento de resultados y procesos claves por país se establecen debilidades y fortalezas en relación a los niveles de referencia, o comparaciones donde se establece el lugar de los países en relación a la media o a valores mínimos o máximos, evaluación por sub regiones de determinadas FESP (Juval, 2002). Este ejercicio se lleva a cabo en los países entre agosto del 1998 y octubre de 1999 (Muñoz, 2000).

En 2002 el libro "La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción", contiene estos desarrollos teórico-analíticos, metodológicos y el resultado del ejercicio de medición realizado en 41 países y territorios, en cuyo prefacio se advierte que "los movimientos de reforma que buscaban equidad en la prestación de los servicios necesarios para promover la salud y prevenir las enfermedades, la atención, se centró predominantemente en el individuo y hubo una tendencia a descuidar la salud colectiva. En otras palabras, los esfuerzos organizados de la sociedad no estaban dirigiéndose hacia la salud de la población". También recalca que el grado en que existen y se están cumpliendo las funciones esenciales de salud pública ha sido a través de una consulta abierta y participativa, al igual que propia definición de las funciones "como corresponde a la premisa básica de que en este campo no hay verdades absolutas" (OPS,2002). Entre los elementos fundantes de la iniciativa, se encuentra el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, como instrumento capaz de hacer cumplir las funciones esenciales de la salud pública por parte del Estado. La crítica a las reformas se concentra principalmente en los cambios estructurales, financieros y de organización de los sistemas de salud, así como en los ajustes realizados con respecto a la prestación de los servicios de asistencia al público. Hasta ahora las mejoras en el desempeño del sistema han estado centradas, no siempre con éxito, en la reducción de las desigualdades en las condiciones sanitarias y en el acceso a los servicios, en la financiación de la atención de la salud, en la reducción de la falta de protección social en materia de salud, en la eficacia de las intervenciones sanitarias y en la promoción de la calidad de la asistencia. Sin embargo, los cambios relacionados con el fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias y su mejora en el ejercicio de la salud pública han recibido menor atención. En gran medida los aspectos relacionados con la salud pública han sido descuidados como si no fueran una responsabilidad social e institucional, justamente en el momento que más requieren el apoyo por parte del Estado con el fin de modernizar la infraestructura necesaria para su ejercicio. La reinclusión de la salud pública en el programa de transformación del sector exige una definición clara de su alcance y función, así como la necesidad de hacer operativos los conceptos de los que se basa

tecnologías, enfermería en SP, representantes de escuelas de SP de universidades, de seguros nacionales de salud y seguridad social, representantes de la autoridad nacional sanitaria y sus niveles, especialistas en todos los ámbitos de las especialidades en SP, agencias o ONGs y asesores ministeriales.

(OPS, 2002). También define las FESP como las condiciones estructurales y los elementos de desarrollo institucional que permiten un mejor desempeño del ejercicio de la salud pública. La OPS asume aquí que “los cambios generales en los equilibrios entre Estado, Mercado y Sociedad Civil (sic)se expresa en la tendencia a la separación de funciones del sistema: rectoría, financiamiento, aseguramiento compra y provisión de servicios, así como en su adjudicación, según el caso de cada país, a uno o múltiples actores y/o agencias públicas o privadas” aunque en el párrafo siguiente parece asumir una continuidad con dichas políticas más que un cambio de política, al señalar que “tales circunstancias demandan, en consecuencia, una profundización de la capacidad institucional de conducción, regulación y desarrollo de las funciones esenciales de salud pública por parte de la autoridad sanitaria”, dejando la duda de sus intenciones. A la vez, continúa diciendo que hay que dar herramientas a los ministerios de salud para fortalecer sus capacidades para ejercer el nuevo papel rector sectorial que les corresponde. “Los Ministerios nacionales de salud de los países de las Américas se enfrentan hoy a nuevas realidades de la organización sectorial, agudizadas por los procesos de reforma del sector salud que se están produciendo (OPS,2002, p.7). Por otro lado, en la fundamentación del debate conceptual, realiza precisiones sobre el papel principal del Estado sobre la Salud Pública, que son “movilizar, articular, orientar y apoyar la actuación de la sociedad y, especialmente, de sus actores públicos no estatales”, factor instrumental más importante para alcanzar una salud pública eficaz. “La ampliación de agentes sociales privados....especialmente el papel de las organizaciones sociales, el sector público no estatal, ofrece oportunidades innegables para el sistema de salud en general”.....porque estas organizaciones de interés público no sufren algunas de las deficiencias de la actuación estatal. No se comportan según las reglas del mercado y suelen operar con mayor proximidad a la población. “Los agentes privados propiamente dichos, tienen también funciones, aunque limitadas, en materia de salud pública...porque las deficiencias e imperfecciones del mercado en relación a la salud en general se magnifican en relación a la salud pública donde prevalecen, por definición, los bienes públicos o los de externalidades positivas, donde destacan la asimetría de la información, la complejidad y la incertidumbre y donde los riesgos morales y las selecciones adversas son aun mas condenables” (OPS, 2002:42).

En los resultados que aporta el documento respecto de la medición de los países de la región, se observa un perfil de desempeño intermedio y bajo para el conjunto de las FESP, donde sobresale a la alza las funciones de reducción del impacto de emergencias y desastres (FESP11) y de vigilancia de la salud pública (FESP, 2), aunque ninguna de ellas supera el 70% de cumplimiento respecto del estándar utilizado en la evaluación. Con menor desempeño se encuentran las funciones de garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios (FESP 9), el desarrollo de los recursos humanos para la salud pública (FESP8) y la investigación en salud pública (FESP 10). Con nivel de desempeño intermedio superior, se encuentran las funciones de seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud (FESP 1), la evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios (FESP 7), el desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de la salud pública (FESP 5) y la promoción de la salud FESP 3). Finalmente en un nivel de desempeño intermedio inferior, está la participación de los ciudadanos en salud (FESP 4) y el fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización de la salud pública (FESP 6) (OPS, 2002, p.128).

En otra evaluación sobre las reformas latinoamericanas llevada a cabo con el objetivo de reconocer la situación y tendencias de la Reforma a los sistemas de salud de América Latina y el Caribe basada en los datos obtenidos por la OPS según el perfil de 20 países, se propuso sistematizar los

resultados en torno al proceso, las dinámicas y los contenidos de la formulación de la política, y por otro lado a la evolución de sus resultados (Infante, 2000). En opinión de los autores, las reformas del sector salud plantean problemas conceptuales y metodológicos que distan de estar resueltos. En términos de la evaluación de *los procesos*, en sus comienzos, las Reformas estuvieron condicionadas por la "Reforma del Estado, el predominio de consideraciones exclusivamente financieras y la escasa influencia de los ministerios de salud en sus diseños". Más tarde, acotan, desde mediados de los noventa, "se ha avanzado en el reconocimiento de su complejidad y especificidad, en el reequilibrio entre actores nacionales e internacionales, y en cierta recuperación del liderazgo de las autoridades nacionales de salud" (Infante, 2000:7). En relación al avance de los procesos de Reforma, dicen que hay países donde los cambios son sustantivos y planificados y no se les denomina Reformas; otros que sólo afectan a alguno de los sectores, generalmente modificando las funciones del sistema público solamente. Otros en cambio no las han iniciado. A mitad de la última década del siglo pasado, los países se encontraban entre la etapa de diseño y las primeras fases de la implementación. En pocos casos se encontraba avanzada, y en otros ya se encontraban en una segunda y hasta tercera reforma sectorial. En todos los países el papel de los organismos de cooperación financiera es importante, pero sin la participación de las autoridades de salud del país en la definición del financiamiento, el gasto, de las áreas prioritarias en la solicitud para la concesión de los créditos internacionales. La evaluación de estos procesos es incipiente, desigual o no existe y en su caso, no se utiliza para rediseñar el contenido y estrategias de la Reforma. En cuanto a los *contenidos*, en la mayoría de los países no existe el objetivo teórico de la equidad de la Reforma, aunque se desarrollen programas de aumento de la cobertura pero sobre la 'oferta básica' de servicios a los 'desfavorecidos'. También Acuña y cols. señalan el uso de conceptos de manera equívoca, como el aumento de cobertura/oferta de paquetes básicos de prestaciones; descentralización/desconcentración; privatización/modelos de gestión. También apuntan a la falta de congruencia entre la necesidad y la evaluación de las reformas, o la importancia de los recursos humanos y su escasa participación en los procesos.

En cuanto a los *resultados*, los autores se sorprenden por los alcanzados en términos de la equidad de la cobertura aunque lo hagan de manera contradictoria. Mientras por un lado se dice "reducir las disparidades, al menos en la cobertura de una serie de programas y servicios básicos en la mitad de los países analizados", de manera contradictoria se dice en el párrafo siguiente que "sólo en una minoría de los países existen pruebas de que las reformas están contribuyendo a reducir las disparidades en la distribución de recursos". Sin embargo aclaran que se trata sólo de conclusiones provisionales porque el estado de la calidad de la información sobre el acceso y uso de los recursos es todavía insuficiente para sacar conclusiones (Infante, 2000:17). En relación a la organización general, recursos y funciones, se consideran pobres los resultados de las Reformas. La equidad en cuanto a la distribución de los recursos que es desde nuestro punto de vista el gran resultado de las reformas al haber intensificado la inequidad, "puede parecer desalentador pero no es sorprendente, pues la mayor parte de los indicadores usados para evaluar esta variable son más difíciles de modificar en el corto plazo y, para evaluar sus resultados, se requieren series temporales consolidadas que aun son escasas en la mayoría de los países" (Infante, 2000:18), con lo cual nos parece que la explicación de las evidencias quedan a nivel solamente de explicaciones técnicas. En términos de las medidas para mejorar la eficiencia en la asignación de recursos, se reconoce que se 'impusieron desde arriba los compromisos de gestión' de los financiadores públicos a los proveedores, y el uso de medidas estandarizadas de actividad y otros instrumentos destinados a mejorar la gestión como indicadores básicos de rendimiento, presupuestos basados en criterios de

actividad, o el empleo autónomo de nuevas fuentes de ingreso dentro de los establecimientos, particularmente de los hospitales, es más lento o menos evidente. Y que las acciones intersectoriales de alta externalidad y los programas de prevención ocupan un lugar secundario en las políticas de reformas del sector de la salud.

Otros documentos sobre su evaluación, han señalado que “la reforma del sector de la salud se han concentrado principalmente en los cambios estructurales, financieros y organizacionales de los sistemas de salud y en los ajustes a la prestación de servicios de atención a las personas. La salud pública ha sido descuidada como una responsabilidad social e institucional, justamente cuando más atención requiere y cuando más se necesita apoyo de los gobiernos para modernizar la infraestructura necesaria para su ejercicio (Muñoz, 2000).

En el documento La Salud en las Américas 2007, OPS continúa su debate con ciertas reformas, donde argumenta que “esta posición conduce a la definición de prioridades y a racionalizar la distribución de servicios esenciales en salud, utilizando criterios de costo-eficiencia y de aceptación social. En este contexto, se visualiza al individuo como un proveedor de servicios, un profesional, un contribuyente de impuestos o un consumidor pero no como un ciudadano con derecho a recibir beneficios sociales en salud. Por consiguiente si se utiliza dicho marco se deberán precisar las responsabilidades que efectivamente tendrá el Estado en el campo de la salud” (OPS,2007). En relación a la comprensión sobre las políticas, en el capítulo 4 sobre Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud, hace dos definiciones que corresponden a marcos comprensivos diferentes, expresión seguramente de la diversidad de intereses al interior del organismo. La primera correspondiente a una racionalidad apolítica y formal de la salud, y la segunda a una interpretación que reconoce el conflicto a su interior. Aunque introduce el tema de manera consensual planteando que “el abordaje de las políticas de salud que determinan las características del funcionamiento del sistema sanitario sigue siendo problemático, porque las necesidades sociales son multidimensionales, los efectos adversos tienden a ser acumulativos, los recursos son limitados y las soluciones a menudo se hallan fuera del marco del sector salud. En consecuencia, llevar a cabo transformaciones que refuercen la importancia del sistema de salud como institución social central, capaz de crear oportunidades diferenciales en el diseño y la prestación de bienes y servicios, requiere un abordaje sistémico de las políticas públicas y de su formulación”. Pero prosigue diciendo que “la política pública puede entenderse como un conjunto de decisiones bien fundamentadas generadas por cualquiera de las ramas y en todos los niveles del gobierno, y enmarcadas en un conjunto de normativas. Las políticas públicas comunican objetivos, medios, estrategias y reglas para la toma de decisiones, utilizados en la administración pública y la legislación. Las leyes, normas, reglamentaciones, interpretaciones y decisiones operativas y judiciales, los estatutos, los tratados y las órdenes ejecutivas son un ejemplo de la expresión real de las políticas. Pese a la falta de definiciones universalmente acordadas, las políticas públicas reflejan la respuesta del gobierno a las condiciones o circunstancias que generan o generarán necesidades a una cantidad considerable de personas. En teoría, estas respuestas coinciden con el interés público. Más aún, los gobiernos utilizan políticas públicas por razones políticas, morales, éticas o económicas, o cuando el mercado no resulta eficiente. No responder también es una opción, por lo que la política pública se convierte en “lo que el gobierno hace y lo que el gobierno decide ignorar”(OPS, 2007). Pero otro lado, y por el contrario, plantea que, “la determinación de políticas públicas es una función primordial del gobierno y un proceso político esencial. Como tal, implica relaciones de poder, influencia, cooperación y conflicto en donde los valores, los intereses y las motivaciones determinan el diseño final y su implementación. De hecho, las políticas determinan, en realidad, quién obtiene qué, cuándo y cómo

en la sociedad (OPS, 2007). En relación al estado del sistema de salud reciente, plantea entre sus resultados que “en la región se registran grandes variaciones en la composición (proporción pública/privada) del financiamiento de la salud. En promedio, se registra un aumento en el gasto privado en salud con un 52% del gasto nacional en salud, esto responde al incremento del gasto directo de los hogares y a la expansión de las aseguradoras privadas y los planes médicos prepagados que se han venido incrementando desde finales de los ochenta y principios de los noventa hasta alcanzar aproximadamente el 1.2% del PIB” (OPS,2007). Agregáramos a lo anterior, la necesidad de incorporar los recursos por concepto de transferencias de recursos sociales y públicos que de manera importante han contribuido al cumplimiento de este objetivo indeseable desde el punto de vista de la Salud Pública. OPS también plantea que “un segundo factor que explica el incremento del gasto de bolsillo son las deficiencias de cobertura de los sistemas públicos, los quintiles de población más pobres tienen acceso limitado a la seguridad social debido al alto porcentaje de trabajadores en el sector agrícola o informal y con acceso limitado a los servicios públicos en sí” (OPS,2007), haciendo con ello eco de las posturas críticas de diversos sectores de la región, previendo tales riesgo a través de la aplicación de las Reformas impulsadas por el Banco Mundial y asumidas por sus gobiernos.

III

Existe una tercera propuesta de políticas y programas de salud en la región, que emergen de los procesos políticos vinculados a perspectivas de democratización y transformación social. Estos se han desarrollado a partir de procesos políticos a nivel de gobiernos centrales, de ciudades o municipales. Entre ellos se perfila una tendencia que recupera una parte de la tradición programática que establece un papel relevante del Estado en salud, destinado a refrendar y garantizar, sobre principios solidarios, el restablecimiento de las redes sociales que permitan la redistribución de los recursos, a fin de dar viabilidad a los derechos universales y ciudadanos, a la reedificación de una red pública que contribuya a la cohesión social y a la búsqueda de justicia. Entre estos procesos en marcha, se pueden mencionar las iniciativas de países como Venezuela, Ecuador, y Bolivia; la experiencia brasilera de ya viejo cuño; las experiencias del gobierno de la Ciudad de México, y de Bogotá, entre otros, que pueden ser referenciados por sus propios desarrollos.

Por otro lado, las evaluaciones a las políticas públicas en América Latina difieren entre sí no sólo por las posturas político-ideológicas que están detrás de ellas, sino también por las metodologías empleadas y el tipo de resultados que se espera obtener. Pocas han sido, sin embargo, las aproximaciones desde las corrientes críticas del pensamiento en salud, y pocos también los casos en los que se trata de programas dirigidos a personas adultas mayores. Existen tres experiencias concretas de evaluación que, aun cuando se apegan a procedimientos comunes y convencionales en este terreno, el sustento conceptual, para los tres casos, parte de reconocer que las ancianas y los ancianos no son, por definición, seres enfermos ni improductivos; tampoco son considerados como una carga, ni tienen más o menos valor (económico, social, etc.) que otros grupos poblacionales. Se trata de una lógica que identifica a las personas adultas mayores como ciudadanos, no como clientes; que considera la voz de los sujetos y que dista mucho de asumirlos como un grupo homogéneo, es decir, como entes que tienen las mismas necesidades y a los que, por tanto, se debe ofrecer los mismos beneficios. Esta postura, a diferencia de las corrientes economicistas, que ante todo asignan valor económico a la vida humana, difiere del hecho de que

quienes hoy son ancianos pudieron acumular bienes materiales en etapas tempranas de la vida y, en consecuencia, la desigualdad y la pobreza son un mito durante la vejez.

Los programas son: la Pensión Alimentaria Ciudadana para Personas Adultas Mayores (PACPAM) del Gobierno de la Ciudad de México, el Programa de Alimentación Complementaria para Adultos Mayores (PACAM), en Chile, y el Beneficio de Complemento Alimentario (BCA), en Argentina. Cada uno opera en condiciones históricas, socio-territoriales, demográficas y económicas particulares, pero tienen en común que benefician a mujeres y hombres de setenta años de edad y más. Son, igualmente, intervenciones de larga escala, lo que implica costos muy elevados (al menos US\$ 80 mil millones en 2003). Las diferencias principales están dadas por las coberturas. El PACPAM es un programa local, mientras que el PACAM y el BCA atienden a beneficiarios a nivel nacional. En el primer caso, se trata de una transferencia monetaria mensual de alrededor de US\$ 60 por beneficiario que, a través de una tarjeta de débito, sólo puede ser utilizada para la compra de alimentos y productos básicos en supermercados locales. Este programa se complementa con atención médica y medicamentos gratuitos. En Chile, se ofrece mensualmente a cada beneficiario un kilo de leche en polvo y un kilo de alimento fortificado para preparar una crema. Asimismo, se hace un monitoreo de hipertensión arterial, diabetes mellitus e índice de masa corporal. En Argentina, existen tres modalidades de beneficio: alimentos preparados disponibles en comedores colectivos de barrio, viandas que se llevan a casa o despensas con productos básicos. Los beneficiarios también cuentan con atención a la salud.

La evaluación al PACPAM, de tipo *ex-post* sin línea de base, muestra que la transferencia de recursos no sólo tuvo impactos positivos en el acceso a los alimentos de los beneficiarios, sino que además favoreció la recuperación de la autonomía económica de muchos sujetos y la posibilidad de que éstos participaran en decisiones importantes para sí mismos y para el funcionamiento de su hogar, entre otros aspectos. En términos cuantitativos, las diferencias porcentuales entre beneficiarios y su grupo control son modestas, lo cual hace que los resultados pudieran parecer poco exitosos para quienes ven las políticas públicas como un asunto de costo-efectividad. En Chile, las percepciones de algunos beneficiarios sobre el PACAM, recogidas a través de métodos cualitativos, señalan a éste como un “programa positivo” porque, de acuerdo con ellos, es evidencia incuestionable de que “el gobierno piensa en los viejos”; particularmente, cuando las constantes peticiones de los beneficiarios por sustituir un kilo de sopa (de dos que originalmente se ofrecían) por uno de leche en polvo surtieron efecto. Este es un claro ejemplo de la importancia de la voz de los sujetos en la participación de las políticas públicas y de la voluntad política de los tomadores de decisiones. En Argentina, la evaluación que se hizo al BCA priorizó las opiniones de funcionarios y del personal involucrado en su operación. Pese al clima de incertidumbre económica nacional que se vivía durante la recolección de información, para los entrevistados la intervención era exitosa no sólo por la reducción que ésta implica al gasto del hogar destinado a alimentos, sino porque a través de ella los beneficiarios participan activamente en la organización de sus comunidades. Esta también fue la opinión de algunas ancianas y ancianos entrevistados en centros de barrio de Buenos Aires (Rivera-Márquez, 2005). También es poco probable que los resultados de las evaluaciones al PACAM y al BCA que aquí se destacan sean atractivos o útiles para quienes se mueven dentro de las formas dominantes de estimar los impactos de este tipo de intervenciones.

A modo de conclusión

La visión crítica, desde el ángulo en que estamos empeñados en entender estos procesos, no es un compartimiento estanco dentro de los paradigmas existentes. Tampoco es monolítica, ni estática,

porque interactúa en la conflictividad del conocimiento y de las prácticas en salud y por lo tanto se encuentra en disputa con los procesos comprensivos dominantes. Lo que tienen en común las diversas miradas alternativas, es un conjunto de incomodidades frente a las formas predominantes de entender y resolver las políticas, los programas y sus evaluaciones de corte formal y restringido, así como la emergencia diversa de propuestas alternativas teóricas, prácticas e institucionales.

En salud, la vuelta al mercado y a la 'mano invisible' como el mejor agente asignador de recursos sociales, en oposición a los esfuerzos de la planificación económica y social cuyos resultados modificaban la tendencia "natural" del mercado, significó una reorientación de la organización alcanzada, sin que haya logrado resolver, incluso, los propios problemas que en su diagnóstico identificaba. Se da con ello inicio a un proceso de desmontaje y pérdida de sentido en un tránsito dirigido por una lógica empresarial desde el interior de las propias instituciones. Se ha tratado de un proceso imperfecto de prueba error, irreflexivo, al que se han resistido la propia resiliencia de las instituciones, las organizaciones sociales y una parte importante del mundo académico, que manifestó, desde los comienzos de los procesos de transformación llamados Reformas, los riesgos que un tratamiento de mercado significaba sobre las condiciones de salud de la población y las instalaciones e instituciones que durante décadas se habían construido. El tránsito iniciado puso a estas instituciones en camino entre las orillas del comportamiento público, sin que hayan logrado hasta el momento un arribo satisfactorio, viable y percedero al del mercado. Entre tanto, nuevas experiencias políticas pueblan la región y marcan regresos o nuevos derroteros para la salud.

Una evaluación sobre este proceso neoliberal en salud, muestra un cumplimiento mayor de los objetivos vinculados a la reproducción económica que a los relacionados con los objetivos de la salud de la población. Bajo la lógica mercantilista, las tendencias sanitarias de las últimas décadas del siglo XX y aun hasta nuestros días, genéricamente denominadas "Reformas", ampararon dos tipos de procesos de sentido inverso (Tetelboin, 2006): una representada por países como Brasil, donde las corrientes de mercantilización en salud se han enfrentaron a procesos históricos, políticos e institucionales de poderoso raigambre democratizador, que han permitido, no sin dificultades, refuncionalizar o moderar el sentido de estas pretensiones. Brasil tiene una experiencia que emerge a partir de un proceso político, teórico y práctico desarrollado durante la dictadura militar (1964-1985), y que cristaliza en 1988 en una Constituyente que redefine el papel de la salud y plantea la creación del Sistema Único de Salud, SUS (Arouca, 2007), (Almeida, 2006). Sin estar exento de las tendencias del periodo, el proceso brasilero sin embargo combina contratendencias donde, por un lado, se expresa una gran fortaleza democrática que se desparrama por la variada geografía del inmenso país a través de la base del SUS en torno a los servicios de salud primarios, sus séquitos de trabajadores formados en el pensamiento de la Reforma sanitaria y los usuarios con niveles de empoderamiento ciudadano relativamente superior al de otros países. Por otro lado, los requerimientos de atención especializada y hospitalaria, se resuelven a través del financiamiento público a un poderoso e influyente sistema privado de atención profundamente vinculado con las corrientes neoliberales en curso (Almeida, 2006).

Del otro lado se encuentran las diversas experiencias latinoamericanas de los 80s, 90s y en el nuevo siglo, que se inician con la propuesta del modelo de mercado en salud en el Chile pinochetista, y que posteriormente, de manera sistematizada y condicionada por el Banco Mundial, se impone a los gobiernos de turno en el resto de los países de la región, modelo impuesto sin debate y sin considerar las condiciones de cada país. Más tarde, emergerán gobiernos de signo distinto, que buscarán poner al servicio de los intereses mayoritarios las políticas y programas. En síntesis, a tres décadas de aplicación del modelo de mercado y la globalización los resultados sobre la planta

productiva, los mercados interiores, el empleo y las condiciones de vida de los latinoamericanos, han también fragilizado los sistemas de salud públicos y de la seguridad social (Tetelboin, 2006). La evaluación neoliberal ha implicado colocar los enfoques financieros por sobre los objetivos sanitarios, enmarcada en las tendencias hegemónicas de la medición gerencial impulsada desde el Banco Mundial sobre los procesos de atención a la salud en el mundo (Tanaka, Melo, 2007), (Laurell, 1993). La evaluación como proceso marcadamente relevante y parte de los procesos de formulación de la política, han logrado un lugar privilegiado de la acción pública con un tipo de estatuto. En el marco de estos procesos, las tendencias concomitantes al privilegio del mercado sobre el Estado, originó corrientes de evaluación características al énfasis que se otorgaban a las políticas y a los programas. Este ha sido un periodo donde las propuestas evaluativas se han desarrollado vinculadas al financiamiento de políticas y programas. En tal sentido, es notable la funcionalidad del papel de los organismos financieros internacionales como el Banco Mundial en el papel que ha otorgado a la evaluación, que planteada como una necesidad técnica, se asocia al condicionamiento de los financiamientos de modo de garantizar y realizar ajustes al desarrollo de las políticas y los programas en los países hacia el sentido deseado, cual es limitar el quehacer público a un mínima expresión, a la vez de estimular el desarrollo del mercado en salud. De esta manera, el Banco Mundial impulsó en los 90s una tradición de la evaluación que ha permitido conocer los avances de las políticas de salud y en tal sentido existe una unicidad entre lo que se impulsa y lo que se evalúa. Las características fundamentales de estos procesos es que pone en el centro un cuestionamiento sobre el papel social de la salud, y bajo el mercado, la atención a la salud como una mercancía más. Con ello ha producido un cambio profundo en el terreno de su quehacer. Desde luego, el hecho de concebirla inmediatamente como un servicio a ser comprado en el mercado, con excepción de los indigentes, convierte a pacientes y usuarios en clientes, a directores de servicios en gerentes, a la vez que penetra las representaciones y comportamientos de la población, individualizando sus aspiraciones sobre salud y exaltando las ansias por la atención privada. Entre los aspectos que las políticas y los programas impulsan y evalúan, en la primera etapa de las reformas se encuentran, es la existencia y calidad de los catastros de identificación de la población sujeta a la acción pública, la población más pobre. Actualmente, una parte muy importante de la población pobre latinoamericana está registrada y geográficamente localizada en los países a efecto de su incorporación a las políticas sociales y de salud y de la aplicación de la política de costo. También ha permitido imponer la disminución del gasto público en salud, que no sólo ha significado menores montos, sino también ha reorientado el gasto en varios sentidos. Por un lado, hacia intervenciones de menor costos, de tipo fundamentalmente preventivas y empaquetadas de carácter costo efectivas. Esto significa que se invierte en aquellas acciones que por el menor costo, tengan un efecto más significativo en término de población cubierta. La política neoliberal que se impulsa en salud en América Latina es la misma, no obstante la negación continua de este hecho por parte de quienes formulan y aplican la política de salud, presentándola como una política nacional. Entre los aspectos que las políticas y los programas impulsan y evalúan, se encuentran cuestiones como la identificación de la población sujeta a la nueva acción pública, solamente la más pobre, en la primera etapa; al respecto, se evalúa la existencia de los catastros de este tipo de población que ya se encuentra registrada y geográficamente localizada en la actualidad en una parte importante de nuestros países. También la tendencia a la disminución del gasto público en salud, no sólo ha significado menores montos, sino también ha reorientado el gasto en varios sentidos, hacia intervenciones de menor costo, fundamentalmente preventivas y empaquetadas de carácter costo

efectivas. Esto significa que se invierte en aquellas acciones que por el menor costo, tengan un efecto más significativo en término de población cubierta.

Sin embargo, la aplicación de la política ha transcurrido de modo particular en cada país dependiendo de las oportunidades que sus características políticas y económicas, la historia y el desarrollo de sus instituciones de salud, especialmente de la fortaleza de los sistemas públicos y de seguridad social. De ello es que resultan mosaicos aparentemente tan diversos y desconectados, como la riqueza misma de la región. Sin embargo, en general, en un esfuerzo analítico, los resultados pueden sintetizarse en por lo menos, dos grandes etapas que en algún momento de la historia reciente de los países ha sido desarrollada a sus respectivos ritmos (Tetelboin, 2006). Las reformas de primera generación, durante las cuales se han reorientado los servicios de salud públicos y de seguridad social hacia el nuevo ideario neoliberal de las políticas, y que significó la disminución de la participación directa en la prestación de servicios. Esto se produce a través de una contracción importante de los recursos financieros, más allá de la crisis, que en su escasez reorganiza inmediatamente y por ese sólo hecho, a los servicios de salud, su actividad y calidad del trabajo médico y sanitario, y los comportamientos de trabajadores y usuarios, convirtiéndolos en hábitos y prácticas. El paso siguiente es la desarticulación y segmentación estructural de las instituciones a través de procesos de regionalización y descentralización cuyo fin, mucho más allá de la transferencia de poderes a los otros niveles de la pirámide, logra articular el desperfilamiento de las responsabilidades del Estado, la transferencia de recursos del público al privado, la segmentación de las organizaciones y el poder de los trabajadores. La estrategia se complementa por la aplicación de esta inercia a través de los procesos autodestructivos que se generan en las organizaciones y en las de salud en tiempos de crisis, produciendo la desnaturalización de los objetivos sanitarios, colectivos y vitales y su reemplazo por procesos de desarticulación de grupos e intereses que rematan en la individualización, corrupción, de robo hormiga de los bienes públicos, de crecientes enfrentamientos, entre otros en formas generalizables para cada país (Castillo, 2000). Finalmente, se produce la depreciación del valor social de la atención pública y de la seguridad social, deslegitimando su vigencia y viabilidad. De manera paralela, se inicia la creación y desarrollo de una oferta de atención privada y las modificaciones de los programas públicos, los cuales se incorporan a lo que se han llamado sistemas de aseguramiento público tutelados por nuevos sistemas de derechos. Las reformas en salud de segunda generación, se inician cuando se ha logrado establecer un sistema de mercado en salud, donde se articulan los mundos públicos y privado, hasta entonces separados en lo fundamental. En ese momento se reinyectan recursos públicos y sociales a las instituciones públicas y de seguridad social, en lo que se presenta como el término de la crisis y una nueva etapa de recapitalización. El destino de dichos recursos, si bien tienen un efecto en la mejora de la infraestructura, tiene por fin el inicio de las transferencias de recursos públicos vía subsidios o administración de recursos de salud, o la compra de servicios. Terciarización, subrogación son términos que adquieren connotación cuya funcionalidad permite la transferencia de recursos a las nuevas instituciones de manera directa o a través de terceros, administradores de las nuevas instituciones. Esto afecta directamente la atención como en el caso de los tratamientos de ciertas especialidades como las oftalmológicas o las diálisis, los insumos, los medicamentos, cuya mercantilización se ha rediseñado y concentrado, contrario a las leyes del mercado, como ha ocurrido recientemente en Chile donde se puso en evidencia los acuerdos de precios entre tres de las más importantes cadenas de farmacias.

Bibliografía.

- Abrantes, R. y Celia Almeida (2002), Working paper#299 kellogg.nd.edu/publications/workingpapers/WPS/299.pdf
- Baltussen, R and Louis Niessen (2006), Priority setting for health intervention: the need for multi-criteria decision analysis, Cost effectiveness and resource allocation, Open access <http://www.resource-allocation.com/content/4/1/14>
- Banco Mundial (1988), Informe sobre el Desarrollo Mundial. Oportunidades y riesgos en la gestión de la economía mundial, Washington.
- Banco Mundial (1993), Informe sobre el Desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Indicadores del desarrollo mundial, Was., pp. 161 y ss.
- Breilh, J. (2002) Técnicas intensivas (cualitativas) en la investigación en salud: debate sobre sus usos y distorsiones. En: Mercado, FJ et.al. (comps.) Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana. México: U de G/UANL/Servicio Vasco de Salud
- Castillo, A.(2000), La crisis de la caja costarricense del seguro social y la reforma del estado costarricense, en Anuario de Estudios Centroamericanos, Universidad de Costa Rica, 26(1-2):113-132, Costa Rica.
- Comisión Económica para América Latina, Cepal (1990), Transformación productiva con equidad. La tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y el Caribe en los años noventa, NU, Santiago de Chile, 185p.
- Consejo de Asesores Económicos (1984), Informe anual a Ronald Reagan, en Revista Integración Latinoamericana, junio 1984, año 9, No.91, Bs. As., p. 57-63
- Cibotti, R. y Enrique Sierra (1977), El sector público en la planificación del desarrollo, Siglo XXI, México.
- Donnangelo, MC y Pereira, L. La medicina en la sociedad de clases. Brasil: Librería Dos ciudades, 1976, págs. 33-77.
- Fleury, S. (coord.) (1992), Estado y Políticas Sociales en América Latina, UAM-FIOCRUZ, México, 375
- Iriart C. y col., (2002), "Medicina Social latinoamericana: aportes y desafíos". Revista Panamericana de Salud Pública, 12(2):128-136, Washington D.C. EUA.V
- Hernández, Mario (2003), El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina, en Revista Cubana de Salud Pública, 29(3):228-35.
- Jouval, H. (2003), Power Point presentado por el Representante de OPS en México, Maestría en Medicina Social, UAM-X.
- Laurell, AC. La reforma contra la salud y la seguridad social. México: Ediciones Era/Fundación Friedrich Ebert Stiftung, págs. 85-122.
- Medina, E. Y AM Kaempffer (1978), Elementos de Salud Pública, Editorial Andrés Bello, Santiago de Chile, p.107.
- Informe anual del Consejo de Asesores Económicos de 1984 a Ronald Reagan, en Revista Integración Latinoamericana, junio 1984, año 9, No.91, Bs. As., p. 57-63
- Mercado, F. J. (2002). Investigación cualitativa en América Latina: Perspectivas críticas en salud. International Journal of Qualitative Methods, 1 (1), Article 4. Retrieved DATE from <http://www.ualberta.ca/~ijqm/>
- Muñoz, Fernando, Daniel López Acuña, Paul Halverson, et. Al. (2000), Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud, Revista Panamericana Salud Pública, N. 8 (1/2)
- Musgrove, P (2003), Judging health systems: reflections on WHO's methods, en The Lancet, May 24,

Vol. 361 No. 9371 pp. 1817-1820

Organización de Estados Americanos (1962), Octava reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores, Punta del Este, Uruguay, 22 al 31 de enero, OEA, Washington.

Organización Panamericana de la Salud-CENDES, "El método OPS-CENDES" capítulo 6, [http://www.whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_46\(part2\)_spa.pdf](http://www.whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_46(part2)_spa.pdf).

Organización Panamericana de la Salud (1997), Las cooperación de la organización Panamericana de la salud ante los procesos de reforma sectorial, Washington, DC., marzo, 70 p.

Organización Mundial de la Salud (2000) "Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Informe de la secretaría" 107ª reunión Consejo ejecutivo, 14 de diciembre. 6p.

Organización Mundial de la Salud (2002) "Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Informe de la secretaría" 111ª reunión Consejo ejecutivo, 12 de diciembre. 4p.

Organización Panamericana de la Salud (2002), La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción, publicación científica y técnica N. 589, Washington, DC., 400 p.

Organización Panamericana de la Salud. (2007) *Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud*. Informe sobre la salud de las Américas. Capítulo 4, en: www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%SPA%20cap%204.pdf.

Osakidetza/Asociación Médica de Jalisco/Instituto Jalisciense de Cancerología, pp. 73-90.

Rivera-Márquez JA. (2005), Malnutrition, food insecurity and poverty in older persons from Mexico City. London. PhD Thesis. London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Salinas, D. y Carolina Tetelboin (2005), "Las condiciones de la política", Papeles de Población, abril-junio, N 44, UAEM, Estado de México, pp. 83-108

Tanaka, O y Cristina Melo, Reflexiones sobre la evaluación de los servicios de salud y la adopción de abordajes cualitativos y cuantitativos, en María Lucía Magalhaes y Francisco Mercado (org.), (2007), *Investigación Cualitativa en los servicios de Salud*, Lugar Editorial, pp. 97-107

Tetelboin, Carolina (2006), "Políticas y reformas a los sistemas de salud en América Latina", En Jarillo, E. y Enrique Guinsberg (coords.), *La Salud Colectiva en México. Temas y Desafíos*, Lugar Editorial, Bs. As., Argentina.

Uribe, J. y Elizabeth Artmann (2003), Planejamento e gestão em saúflexibilidade metodológica e agir comunicativo, en Francisco Javier Uribe Rivera, *Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta*, FIOCRUZ, Brasil.