

Nuevos cambios, viejos esquemas: las políticas de salud en México y Colombia en los años 2000

New changes, old systems: health policies in Mexico and Colombia in the 21st century

Novas mudanças, velhos esquemas: as políticas de saúde no México e na Colômbia nos anos 2000

Monica Uribe-Gómez ¹

doi: 10.1590/0102-311X00112616

Resumen

En años recientes se viene discutiendo la necesidad de incorporar modificaciones a los sistemas de salud en América Latina. Esta iniciativa, promovida nuevamente por el Banco Mundial como Universal Health Coverage (Cobertura Universal en Salud), se enfoca en las estrategias de protección contra riesgos financieros y en el acceso unificado a servicios y medicinas esenciales. A pesar de que las tendencias del Banco Mundial han sido incorporadas de diferentes formas en los países de la región, desde finales de los ochenta, también se han producido rupturas importantes en casos como los de Argentina, Brasil, Uruguay y Ecuador, quienes en momentos distintos han buscado implementar políticas y programas que enfatizan valores diferentes a los del mercado. Sin embargo, los cambios políticos, acaecidos recientemente con la crisis de los llamados gobiernos progresistas, han incidido para que la visión economicista de la salud vuelva con fuerza a las agendas públicas. Países de ingresos medios como México y Colombia se han caracterizado por implementar cambios inspirados en este modelo, en ambos casos distintos actores afines a este enfoque vienen impulsando la re-adequación de los sistemas de salud a la perspectiva de los organismos financieros internacionales. Este trabajo plantea que estos cambios, promovidos como una alternativa “renovada” para responder a los problemas derivados de las transformaciones realizadas desde hace poco más de dos décadas, mantienen las bases del modelo neoliberal para la salud.

Reforma de la Atención de Salud; Servicios de Salud; Política de Salud

Correspondencia

M. Uribe-Gómez
Departamento de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, Universidad Nacional de Colombia, Calle 59 A, 63-20, Bloque 46, Medellín, Colombia.
muribegomez@gmail.com

¹ Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, Universidad Nacional de Colombia, Medellín, Colombia.



Introducción

Las reformas llevadas a cabo en los servicios de salud de México y Colombia, desde hace poco más de dos décadas, han tenido como marco de referencia el modelo impulsado por el Banco Mundial desde 1993, conocido como competencia gerenciada o pluralismo estructurado ^{1,2}. Esta perspectiva se caracteriza por ver la salud como un componente del desarrollo económico, insertada en la competencia de mercado, además de enfatizar la reorganización institucional mediante la separación de funciones como: financiación, prestación de servicios, regulación e incorporación de la competencia entre instituciones públicas y privadas. No obstante, desde que comenzaron las transformaciones distintos balances han mostrado los problemas generados por la expansión y crecimiento de las empresas privadas de salud, y por la implementación de estrategias centradas en el modelo de competencia gerenciada ^{3,4,5}, este continúa siendo el principal referente de los cambios en los países aquí analizados.

Para el año 2015, el Banco Mundial publicó un nuevo informe llamado *Universal Health Coverage* (Cobertura Universal en Salud), el cual, bajo el marco de los objetivos del desarrollo sostenible para 2030, busca lograr la cobertura universal en salud mediante la protección contra riesgos financieros, el acceso a servicios esenciales de calidad y a medicinas y vacunas básicas ^{6,7}. De nuevo, aunque este organismo reconoce la necesidad de generar políticas equitativas para la población, que pese a las transformaciones continua sin acceso efectivo a los servicios, las estrategias sugeridas continúan priorizando los aspectos financieros de las políticas de salud y la delimitación de paquetes de beneficios costo-efectivos.

A pesar de que este análisis argumenta que en los países estudiados el enfoque de la competencia de mercado en la salud, más que modificarse se ha mantenido por más de dos décadas, no significa que los cambios tengan los mismos efectos y resultados en ambos casos, o que la sociedad haya tenido un papel de receptor pasivo, ni que el Estado hubiera desaparecido del escenario de las políticas de salud. Se plantea que para comprender el desarrollo de las políticas de salud es necesario revisar las características del vínculo Estado/sociedad – mercado en cada contexto. En palabras de Acuña ⁸, estas instancias articulan un conjunto de relaciones de mutua determinación e influencia en las decisiones sobre lo público. La hipótesis subyacente es que, aunque tanto Colombia como México han compartido enfoques y objetivos para realizar las reformas a sus sistemas de salud, los caminos para materializar y legitimar las transformaciones han tenido diversificaciones que obedecen a las características sociopolíticas de cada caso.

Este trabajo se fundamenta en el análisis documental de distintas fuentes como debates parlamentarios, textos legislativos, comunicados y pronunciamientos públicos de distintos actores, informes de organismos nacionales e internacionales y fuentes secundarias especializadas. Con el fin de contribuir a los estudios que han documentado los cambios, los resultados, las consecuencias y las características de las reformas a los sistemas de salud en América Latina, se analizan las acciones y propuestas realizadas en ambos países en años recientes, con el objeto de implementar lo que algunos denominan como una “nueva” propuesta para lograr la Cobertura Universal en Salud.

El modelo para reformar la salud en México y Colombia

Las reformas estructurales de la salud, llevadas a cabo en México y Colombia desde finales de los años 1980, representaron un punto de ruptura con el modelo de salud instaurado durante el periodo conocido como Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI), que durante 50 años (1930-1980) se caracterizó por impulsar el desarrollo, a través del crecimiento de las industrias nacionales y por la centralidad del Estado en la economía y los asuntos sociales. El tránsito de la matriz estado-céntrica a las reformas neoliberales, o de liberalización del mercado, se fundamentó en el llamado “Consenso de Washington” ⁹.

Estas medidas, que fueron el inicio de lo que podría denominarse un pacto capitalista de mercado, surgieron en un contexto de reformas del Estado, con énfasis especial en la descentralización, la liberalización del mercado y la globalización económica. En el campo particular de la salud, se crearon mecanismos legales para instaurar la libre competencia entre organismos públicos y privados. Se

buscó separar las funciones de prestación, financiación y regulación, y se incentivó la incorporación de la competencia entre distintos prestadores de servicios ^{2,10}. En esta misma lógica, se priorizó el establecimiento de paquetes básicos de salud, con el fin de ser financiados con recursos públicos. La idea era priorizar la atención de padecimientos muy difundidos entre la población, cuya atención no representaba altos costos y a la vez se suponía debía tener impacto notable en maximizar el número de años de vida saludable, aspectos que justificarían el criterio de la efectividad frente a recursos escasos.

Los cambios redefinieron roles y fronteras entre la actividad pública y privada y transformaron la correlación de fuerzas entre el Estado, las empresas de la salud y la ciudadanía ^{11,12}, dando inicio a un largo período en “*el que el Estado fue considerado como el problema y el mercado como solución*” ¹³, y donde términos como contención de costos, competitividad, libre elección, expansión de prestadores privados y paquetes de servicios en salud, pasaron a ser parte del argot cotidiano de las políticas de salud.

Para finales de los años 1990 arreciaron las críticas al modelo neoliberal por sus efectos en la desigualdad, y por las deficiencias para garantizar el equilibrio entre las instituciones públicas y privadas, así como el acceso, calidad y diversificación de la oferta de servicios para los más pobres. Según algunos críticos de las reformas neoliberales los cambios no repercutieron en mejorar la relación entre pobreza y acceso a los servicios de salud, ni modificaron sustancialmente la inequidad y fragmentación institucional ^{14,15,16}. Como consecuencia regresó, en muchos casos, la expectativa del fortalecimiento de la intervención estatal en la disminución de la pobreza y la desigualdad.

Entre la cobertura universal y el derecho a la salud

El siglo XXI comenzó con un aparente desgaste de los principios del Consenso de Washington. Las debilidades del modelo de mercado fueron señaladas incluso por actores vinculados al Banco Mundial ^{17,18}. El notable aumento de la desigualdad, producto de las reformas estructurales, influyó en una oleada de levantamientos sociales (en países como Argentina, Bolivia y Ecuador en los años 2000), y facilitó la llegada de los llamados gobiernos progresistas, los cuales promovieron reformas que en muchos casos buscaron recuperar la perspectiva pública redistributiva e inclusiva en las políticas sociales y trajeron de vuelta la preocupación por la autonomía nacional en las decisiones de la salud.

En este contexto las discusiones sobre el derecho a la salud retomaron pertinencia, e incluso instancias como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), lideraron los debates para crear alternativas de protección social que pudieran incidir en la disminución de la desigualdad. En el informe denominado *La Hora de la Igualdad: Brechas por Cerrar, Caminos por Abrir* ¹⁹ se planteó la necesidad de establecer un “nuevo” pacto entre el Estado, la sociedad y el mercado para disminuir las desigualdades por la vía de políticas públicas ²⁰. Estos lineamientos fueron retomados e interpretados de forma particular por cada gobierno.

En el caso de las políticas de salud, estas diferencias se materializaron en dos tendencias que, aunque comparten el interés por la universalidad, se basan en estrategias diferentes y en concepciones particulares sobre lo público. La primera, más centrada en el derecho fundamental a la salud, está basada en los principios del Estado de bienestar y en la concepción de la salud como bien público que debe articularse a un conjunto de políticas sociales a ser garantizadas por el Estado y la sociedad ^{21,22}. Esta perspectiva fundamentó la creación del Sistema Único de Salud de Brasil e inspiró la creación de programas públicos, como el Programa Médico Obligatorio en Argentina en 2002, y la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay en 2008. La segunda tendencia puede ejemplificarse, en casos como los de Colombia y México, en donde el logro de la universalidad en la salud se ha mantenido vinculado a la lógica de la competencia gerenciada, impulsada por el Banco Mundial, que en una fase más avanzada, se ha denominado Cobertura Universal en Salud (CUS). Esta perspectiva conserva el énfasis en la definición de paquetes limitados de servicios, definidos bajo criterios de costo-efectividad, aseguramiento individual y expansión del sector privado ^{6,23,24,25}.

La predominancia de uno u otro enfoque en los países de la región durante los años dos mil ha estado claramente vinculada con la variable política, la cual ha incidido en que los distintos gobiernos enfatizan en estrategias y propuestas que suelen debatirse entre los alcances que debe tener el Estado

o el mercado en la salud. En esta pugna, aunque tanto México como Colombia se han inclinado a fortalecer la perspectiva de mercado, los procesos han tenido matices y resultados diferentes.

La agenda de las reformas de salud en México en los años 2000

Los intentos por introducir mecanismos de mercado en el sector salud en México comenzaron en los años ochenta con la reforma constitucional de 1983, que declaró el derecho a la protección en salud para todos los mexicanos, pero a la vez estableció las bases para la participación de los actores privados. Estas contradicciones se afianzaron desde mediados de los años noventa con el proceso de descentralización de los servicios de salud y con la introducción de las reformas, llevadas a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1997, cuando se abrió la puerta a los administradores de fondos privados. A la vez, en esos años la Secretaría de Salud comenzó a incorporar muy tímidamente algunas estrategias del modelo de pluralismo estructurado con la separación -relativa- de las funciones de financiamiento y de prestación de los servicios, y con la instauración de un primer paquete de intervenciones básicas (en 1995 se empezó con un paquete de 13 intervenciones), sin que esto significara una reforma estructural o la desaparición de las instituciones de seguridad social ²⁶.

Aunque desde los ochenta se venían dando modificaciones importantes, los años 2000 representaron un punto de quiebre en las políticas de salud de México, con la creación del Seguro Popular en el año 2003. Este programa funciona como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud y se implementa a través de Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), los cuales operan bajo la supervisión de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. El Seguro Popular buscó materializar la separación de funciones de regulación, prestación y financiación. Se focalizó en la población más pobre y estableció un paquete de servicios, conocido como Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), el cual desde el 2012 cuenta con 285 intervenciones, además del Fondo de Gastos Catastróficos que incluye 60 intervenciones de alto costo ²⁷.

El Seguro Popular es un programa polémico que refleja las contradicciones presentes en la región desde que comenzaron las reformas estructurales, en términos del papel que deben jugar el Estado y el mercado en la salud. Para el año 2012, tanto el ejecutivo, como los promotores de las reformas, anunciaron que en México se había alcanzado la cobertura universal en salud, lo cual se sustentó en el número de personas aseguradas ^{25,28}. Sin embargo, los críticos de esta estrategia argumentaron que, aunque se avanzó en materia de afiliación, esto no significaba acceso a los servicios ^{29,30,31,32}, dicha afirmación se respaldó en aspectos como que el 30% de las recetas de los afiliados son surtidas en farmacias privadas, debido al desabastecimiento de medicamentos ³³, en las intervenciones que permanecen fuera del paquete de servicios (como el cáncer de pulmón y las terapias renales para los mayores de 18 años). Los balances también han mostrado que la expansión del Seguro Popular no ha estado acompañada del desarrollo de infraestructura en salud, el fortalecimiento de la salud colectiva y la ampliación de servicios y personal médico ³⁴.

Desde el año 2012 los responsables del Ejecutivo han buscado poner en la agenda pública el tema de una “nueva” reforma estructural, con el argumento de que se requiere alcanzar, no solo el aseguramiento financiero, sino también el acceso a los servicios. En el documento, conocido como “Pacto por México”, firmado por el presidente Peña Nieto y los representantes de los tres partidos políticos más importantes (Acción Nacional; Revolucionario Institucional y de la Revolución Democrática) se acordó trabajar por la creación de una red de protección social que pudiera garantizar el acceso a la salud en cualquier institución del Estado, independientemente del organismo de afiliación, mediante la portabilidad de las coberturas y la convergencia de los diversos esquemas de salud ³⁵.

Es importante recalcar que las propuestas del Ejecutivo han tenido variaciones importantes en el período analizado, según el gobierno en el poder y el Secretario/a de Salud en turno. Particularmente, cuando Julio Frenk fue Secretario de Salud (entre el 2000 y el 2006), se fortaleció el modelo de pluralismo estructurado, el cual inspiró la creación del Seguro Popular, línea que continuó fortaleciéndose durante el tiempo en que Mercedes Juan fue Secretaria de Salud (entre el 2012 y febrero del 2016). Durante este período, se realizaron diversas propuestas y acciones para ampliar la presencia de los actores privados, y se intentó, pero no se logró, crear la figura de intermediación financiera para el Seguro Popular, aspecto que ha marcado diferencias importantes con las reformas colombianas, dado

que la existencia de estas administradoras privadas independientes ha generado en este país distintos problemas en el manejo de los recursos de la salud y en el acceso a los servicios. Recientemente, al frente de esta dependencia fue nombrado José Narro (desde el mes marzo de 2016), quien además de ser ex-rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, es reconocido en el sector por sus críticas al modelo del Seguro Popular.

Las propuestas oficiales más recientes para reformar el sistema de salud plantean la necesidad de llevar a cabo reformas a la *Ley General de Salud*, argumentando que aunque después de una década de implementación del Seguro Popular puede mostrarse el incremento del aseguramiento al sistema de salud de alrededor de 50 millones de mexicanos y del aumento de gasto público en salud que pasó de 2,4% en 2003 del PIB a 3,2% en 2013; continúan presentándose problemas como la fragmentación entre subsistemas de salud, el gasto de bolsillo que representa el 45% del gasto total en salud (el más alto de Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos – OCDE) y 4% del gasto de los hogares ³⁶. En este país, aunque los prestadores privados han venido en aumento, aún no tienen el monopolio en la prestación de los servicios, aunque cuenten con mayor infraestructura. Según el informe antes mencionado, el país cuenta con 11,4 hospitales de propiedad pública y 28,6 privados con fines de lucro por cada millón de habitantes. Por otro lado, el informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) para 2015 muestra que las unidades acreditadas para otorgar los servicios del paquete CAUSES del Seguro Popular, a noviembre de 2015, eran 11.987, entre un universo de 19.769 establecimientos susceptibles de ser acreditados, de las cuales 54 correspondían a servicios médicos privados ²⁷ (Tabla 1).

En el mes de junio de 2016 se anunció la creación del Sistema Universal en Salud, esta propuesta, que no se ha hecho efectiva, se ha promovido como una reforma estructural para alcanzar la cobertura universal, mediante la unificación de las prestaciones, cuya estrategia se centra en la llamada integración funcional o intercambio de servicios y recursos entre las instituciones de la Secretaría de Salud y las de Seguridad Social. A pesar de esta iniciativa de reforma, no es posible vislumbrar en el mediano plazo la integración y disminución de la fragmentación institucional o una mayor equidad en el acceso a los servicios ^{37,38}.

Aunque en este país indudablemente se vienen realizando una serie de modificaciones de forma incremental, que han profundizado la perspectiva de la competencia de mercado, los sindicatos de la seguridad social mantienen cierta capacidad de presión y negociación, lo que permite suponer que difícilmente puedan aceptar la redefinición de sus paquetes de beneficios. Además, aunque no puede decirse que la ciudadanía haya tenido un papel activo, en este país se mantienen valores posrevolucionarios de defensa de lo público, que permiten suponer que más que modificaciones profundas, nuevamente, se buscará continuar realizando adaptaciones para fortalecer la expansión de los prestadores de servicios privados, a la vez que se disminuyen los recursos destinados a la Seguridad Social. Además de los aspectos mencionados, es importante enfatizar en la recomendación por parte de la OCDE de separar más claramente los servicios entre compradores y prestadores de servicios, lo que en palabras de Laurell ²⁹ podría llegar a convertirse en un sistema basado en la competencia entre administradores de fondos y prestadores de servicios.

Tabla 1

Unidades acreditadas para aplicar el paquete de servicios CAUSES (Catálogo Universal de Servicios de Salud).

Institución	Unidades acreditadas CAUSES
Secretaría de Salud	11.253
IMSS – Prospera	670
Servicios médicos estatales	10
Servicios médicos privados	54
Total	11.987

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Fuente: Secretaría de Salud ²⁷.

Las reformas colombianas y los límites para regular el monopolio privado

Colombia sobresale entre los demás países de América Latina por haber realizado cambios estructurales en su sistema de salud, según los parámetros del Banco Mundial. La *Ley nº 100* de 1993 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) constituyó el marco para instaurar la separación de funciones y la libre competencia. Este cambio se respaldó en una reforma mayor del Estado en 1991, cuando se decretó una nueva constitución que introdujo mecanismos para fortalecer la democracia y la inclusión ciudadana, a la vez que se iniciaba la apertura económica y se fortalecía el desmantelamiento de las instituciones públicas. Estas contradicciones entre el modelo de mercado y extensión de derechos sociales se trasladaron a las reformas de la salud y se han mantenido a lo largo del tiempo.

Las medidas en salud se propusieron alcanzar la cobertura universal, mediante el aseguramiento individual y los subsidios a la demanda. Esta reforma representó un cambio, no sólo en algunos componentes del sector salud como fue el caso mexicano, sino en toda su estructura institucional y en los mecanismos de distribución de los recursos. Esta transformación, además, fue llevada a cabo en un tiempo relativamente corto, las discusiones comenzaron en 1990 y para 1993 se había aprobado la *Ley nº 100*, que empezó a implementarse en 1995, cuando se estableció la separación de funciones, se crearon mecanismos de aseguramiento a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), encargadas de administrar los recursos financieros y de ofertar un paquete de servicios en salud mediante las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS)³⁹.

A diferencia de México, las transformaciones colombianas han sido tan profundas que posicionaron rápidamente a los actores privados. Los cambios motivaron, además, una sorprendente reacción ciudadana que derivó en la creación de distintas organizaciones sociales por la salud. Algunos ejemplos son las asociaciones de usuarios de hospitales públicos, de pacientes con distintos padecimientos, organizaciones indígenas y la constitución del movimiento nacional por la salud y la Seguridad Social. Además, otras instancias como la Corte Constitucional y la Defensoría del Pueblo también adquirieron un papel relevante en este proceso de reivindicación del derecho a la salud y de cuestionamiento a las acciones del Estado en esta materia.

Uno de los mecanismos del Ejecutivo para poder garantizar la implementación del modelo de mercado fue la rotación de personas del sector privado a la cartera de salud (y viceversa). Delegar el manejo de los asuntos de salud a personas afines al enfoque de la reforma eliminó algunos de los obstáculos que impedían avanzar con la implementación, pero no garantizó evitar los múltiples problemas que se empezarían a presentar, y que desencadenarían en una fuerte crisis del sistema de salud, la cual tuvo las manifestaciones más claras a partir del año 2007, cuando las demandas jurídicas por problemas para acceder a los servicios fueron excesivas.

Las soluciones para resolver las crisis recurrentes del sistema de salud, nombradas así incluso por el gobierno, se han enfocado en re-ajustes financieros, la separación de funciones y el fortalecimiento de la rectoría, más que en resolver los problemas de acceso y calidad de los servicios⁴⁰. Esta situación dio origen a una gran polarización (aún no resuelta) entre los actores del sector. Los años dos mil comenzaron con un sector privado fortalecido, gran crisis (o desaparición) de los hospitales públicos y distintas exclusiones en los paquetes de servicios de los más pobres. No obstante, la continuidad en el modelo de salud, los grupos sociales organizados se fortalecieron y cambiaron las motivaciones de la protesta⁴¹. Estos ya no buscaban sólo coberturas específicas, sino el cambio de modelo de salud imperante desde los años 1990. Con este propósito iniciaron una serie acciones en los espacios parlamentarios, movilizaciones sociales y demandas jurídicas (acciones de tutela).

Durante el último semestre de 2008 se desencadenaron de nuevo una serie de eventos que dieron cuenta de las dificultades que se mantenían en el sistema de salud. En agosto de ese año ocurrió un hecho sin precedentes en el sector y fue que la Corte Constitucional expidió una sentencia (conocida como sentencia T-760 de 2008), con el fin de intervenir en los problemas que el Ejecutivo había justificado recurrentemente. La Corte Constitucional adujo que para dictar esta sentencia había tenido en cuenta el aumento desmedido de las acciones de tutela, la inequidad en los planes de beneficios, el incumplimiento de la meta de cobertura universal, las fallas en la regulación, y la situación financiera que seguían presentando muchos hospitales⁴². Además, se argumentó que estas carencias no tenían que ver necesariamente con la falta de recursos, y se recomendó que antes de asignar nuevos

presupuestos por parte del Ejecutivo, era necesario aclarar, por ejemplo, qué porcentaje de los fondos asignados se gastaba en la atención a los usuarios, cuánto se quedaba en manos de los intermediarios, y cuántos recursos se perdían por corrupción.

Desde las instancias oficiales se adujo que buena parte la culpa de la crisis del sistema había sido provocada por el aumento de las acciones de tutela que demandaban tratamientos de alto costo, que no estaban dentro de los paquetes obligatorios de salud. Sin embargo, otras investigaciones demostraban que, *“la mayoría de las tutelas presentadas (53,4%) en el periodo 2006-2008 correspondían a servicios cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud, y el 74,8% de las cirugías y citas médicas tuteladas también estaban cubiertas en dicho plan. Esto significa que ya habían sido pagadas mediante la Unidad de Pago por Capitación (montos fijos que reciben las aseguradoras por cada individuo asegurado)”*⁵ (p. 120). Como consecuencia de estas denuncias, en el 2008 la Corte Constitucional dictó que el Estado debía unificar los paquetes de servicios contributivo y no contributivo, con el fin de lograr el acceso y la cobertura universal en salud.

La puesta en evidencia de las fallas del modelo de competencia gerenciada haría suponer que se tomarían medidas para dar un giro significativo a las políticas de salud. Sin embargo, el enfoque de mercado se ha mantenido, pese a la gran polarización y a las acciones y movilizaciones de la ciudadanía. De alguna manera, el poder, alcanzado por los actores privados, ha dado pie para que, aunque las evidencias muestren los problemas generados por el mecanismo de intermediación financiera, esta se mantenga como uno de los ejes estructurales del sistema de salud⁴². Según datos de la Superintendencia Nacional de Salud⁴³ para 2014, existían 968 prestadoras públicas de salud y 4565 privadas, representando estas últimas el 71% de las contrataciones por parte de las administradoras de los servicios.

Según una evaluación crítica del sistema de salud *“la universalidad de la salud se buscó con un subsidio a la demanda en el cual los usuarios les entregan la cotización a las EPS y se espera que la competencia conduzca a traducirla en servicios efectivos. Los resultados han sido muy distintos, las EPS disponen de poderes monopólicos que les permiten entregar los servicios que maximizan la ganancias”*⁴⁴. Más aun, han obtenido cuantiosas apropiaciones del erario público para cubrir las quiebras y atender tratamientos especiales.

En Colombia, los principios del modelo CUS del Banco Mundial han sido las bases del sistema de salud desde los años 1990. El mismo se ha mantenido y ha tenido modificaciones a lo largo de los años mediante resoluciones, circulares y decretos expedidos por el gobierno nacional, sin que se logren a la fecha transformaciones de fondo. Un ejemplo de esto es que para el 2014 se tenían 44 millones de afiliados al sistema de salud, estando la mitad en el régimen contributivo y la otra mitad en el subsidia-do. Sin embargo, para este mismo año la Superintendencia Nacional de Salud reportó 187.625 quejas por dificultades para acceder a la atención como demoras, negación de procedimientos y negación de servicios. En el 2015, fue expedida una nueva modificación (aún sin implementar) conocida como la *Ley Estatutaria de Salud (Ley nº 1.751)*, que se promulgó inspirada en el modelo CUS, bajo el argumento de unificar los paquetes de servicios y corregir las fallas que venían presentándose por la incipiente participación del Estado en el manejo, vigilancia y control de los recursos de la salud.

En esta pugna se han legitimado aspectos de mucha relevancia como el reconocimiento de la salud como derecho fundamental autónomo, como lo reflejan la Sentencia ST-760/08 y la *Ley Estatutaria de Salud*. Este avance ha sido producto de las contiendas políticas que han llevado a mantener la salud en la agenda pública durante todos estos años, instalando en la mentalidad colectiva y en los dictámenes judiciales la noción de derecho fundamental, en un contexto de predominio de mercado, propiciando a la vez movilizaciones sociales y la articulación de múltiples actores que presionan por su cumplimiento.

Las reformas en los países estudiados han implicado distintas modificaciones, como puede observarse en la Tabla 2, en México la organización institucional se ha ido modificado incrementalmente, sin que se haya transformado totalmente el modelo existente desde los años 1940. En Colombia en cambio, la reforma implicó cambios profundos en todos los niveles, lo que llevó a reacciones y movilización de distintos actores del sector. Una clara coincidencia en los dos casos es el crecimiento y expansión del sector privado durante los años en los que se ha priorizado el modelo de competencia gerenciada. En ambos países el gasto total en salud, como porcentaje del PIB, sigue estando por debajo de otros en la región como Brasil y Argentina. En México este representa 6,2% y en Colombia 6,8%. Aunque en ambos países ha aumentado el número de personas aseguradas, esto no ha sido equivalente a acceso efectivo a los servicios de salud, ni a la disminución de los gastos de bolsillo.

Tabla 2

Evolución de las reformas a los sistemas de salud en Colombia y México.

País	Años de reformas al sistema de salud *	Estructura del sistema de salud *	Población total en 2012 (millones) **	Población en situación de pobreza en 2012 (%) **	Índice de Gini en 2013 ***	Esperanza de vida (años) en 2013 #	Gasto en salud (% del PIB) en 2012 ***
Colombia	1993: creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS (<i>Ley nº 100</i>) 2007: aprobación de Ley 1122 que introduce modificaciones al SGSSS 2015: <i>Ley nº 1.751</i> por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se unifican los paquetes de servicios entre los regímenes contributivo y subsidiado, bajo los principios del modelo de Cobertura Universal de Salud	Mixto: contributivo, subsidiado, privado (expandido)	47	32,9	0,545	74	6,8
México	1984: reforma constitucional que incorpora el derecho a la salud 1985: inicio de la descentralización de los servicios de salud 1997: reforma del IMSS 2003: creación del Sistema de Protección Social en Salud 2016: se plantea una nueva reforma para unificar paquetes de salud e intercambio de servicios entre instituciones públicas bajo el modelo de Cobertura Universal de Salud	Tripartito: público (Seguro popular), seguro social y privado	112,5	37,1	0,481	79	6,2

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; PIB: Producto Interno Bruto.

Fuentes: elaboración propia en base a * Gómez-Dantés et al. ⁴⁶; ** Comisión Económica para América Latina y el Caribe ^{47,48}; *** Banco Mundial (Indicadores del desarrollo Mundial 2012 y 2013. <http://datos.bancomundial.org/indicador>, accedido el 15/Mar/2016); # Organización Mundial de la Salud ⁴⁹.

Conclusiones

Aunque México y Colombia han seguido rutas y modelos similares para las reformas a sus sistemas de salud, los cambios han sido realizados con énfasis y alcances particulares. En ambos casos, la transición de una matriz estado - céntrica a otra de capitalismo de mercado, implicó no solo cambios en las estructuras institucionales y en la distribución de los recursos, sino también en la correlación de fuerzas entre los actores del sector salud. Este acercamiento general a los procesos de reforma de los dos países muestra que las políticas no son producto de un solo factor, sino que entrañan una red de decisiones que pueden ser explícitas o implícitas ⁴⁵. Además, los enfoques priorizados para las reformas generalmente dependen de variables políticas que facilitan u obstaculizan el avance de ciertos modelos de salud. En ambos países, la posibilidad de fortalecer el modelo de competencia de mercado

ha coincidido con la presencia de gobiernos de tendencia conservadora que han facilitado la expedición de normas y legislaciones que favorecen las dinámicas de mercado en la salud.

Pese a las inclinaciones gubernamentales, las prácticas cotidianas de los grupos sociales organizados (específicamente en el caso colombiano) han ido por otro camino, estos por el contrario hicieron de este modelo un elemento articulador de la protesta que ha motivado nuevos repertorios de acción contra lo que se concibe como una perspectiva neoliberal de la salud. Aunque en México este proceso de movilización social aún es incipiente, cada vez cobra mayor fuerza, tanto por la disminución de garantías laborales a las que se ha visto sometido el personal de salud, como por las inconformidades que vienen siendo denunciadas por grupos los usuarios, académicos y representantes de grupos organizados, quienes, pese a la expansión de la cobertura, no logran ver reflejada la inclusión de sus necesidades de salud.

Aunque la sostenibilidad financiera es un componente fundamental de cualquier sistema de salud, este no puede ser el único criterio para trazar la meta de la cobertura universal, la misma que debería garantizar el acceso equitativo, oportuno y de calidad a los servicios de calidad.

Agradecimientos

A los evaluadores anónimos cuyos comentarios fueron de suma pertinencia.

Referencias

1. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial: invertir en salud. Washington DC: Banco Mundial; 1993.
2. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1997. (Serie de Documentos de Trabajo).
3. Bossert T, Daniels N, Hsiao W. Lo mejor y lo más débil del sistema de salud colombiano. *Semana* 2009; 6 jul. <http://www.semana.com/nacion/salud-seguridad-social/articulo/lo-mejor-mas-debil-del-sistema-salud-colombiano/104899-3>.
4. Franco-Giraldo A. Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2014; 32:95-107.
5. Yepes Lujan F. Luces y sombras de la reforma de salud en Colombia. Ley 100 de 1993. *Rev. Gerenc Políticas Salud* 2010; 9(18 Suppl 1):118-23.
6. Cotlear D, Nagpal S, Smith O, Cortez R. Going universal: how 24 developing countries are implementing Universal Health Coverage Reforms from the bottom up. Washington DC: World Bank Group; 2015.
7. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para la Cobertura Universal a la Salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2014.
8. Acuña C. Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: retomando el debate de ayer para fortalecer el actual. Buenos Aires: Proyecto de Modernización del Estado, Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación; 2011.
9. Williamson J. What Washington means by policy refor. In: Williamson J, editor. *Latin American adjustment. How much has happened?* Washington DC: Institute for International Economics; 1990. p. 7-20.
10. Organización Mundial de la Salud. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
11. Ugalde A, Homedes N. Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 17:202-9.
12. Uribe-Gómez M. ¿Mercado regulado o competencia sin control? Las reformas de la salud en Colombia, 1995-2011. In: Uribe-Gómez M, coordinador. *Los vaivenes de las políticas sociales en Argentina, Colombia, Chile, México y Uruguay: ¿neo o posneoliberalismo?* México DF: Librería Porrúa; 2011. p. 33-80.
13. Stiglitz J. Después del conceso de Washington. *Sinpermiso* 2005; 30 ago. <http://www.sinpermiso.info/textos/despues-del-consenso-de-washington> (accedido el 20/Abr/2016).
14. Huber E, Stephens JD. *Democracy and the left. Social policy and inequality in Latin America*. Chicago: University of Chicago Press; 2012.
15. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir*. Santiago: Naciones Unidas; 2010.
16. Filgueira F. *El desarrollo maniatado en América Latina, estados superficiales y desigualdades profundas*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2009.
17. Stiglitz J. Más instrumentos y metas más amplias para el desarrollo. *Hacia el Consenso de Post-Washington*. *Desarrollo Económico* 1998; 38:691-722.
18. Kligberg B. *El nuevo debate sobre el desarrollo y el rol del Estado en América Latina: mitos y realidades en la América Latina de hoy*. México DF: Instituto Nacional de Administración Pública; 2001.
19. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *La hora de la igualdad. Brechas por cerrar, caminos por abrir*. Buenos Aires: Naciones Unidas; 2010.
20. Filgueira F, Molina, CG, Papadópulos J, Tobar, F. *Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida*. In: Molina CG, coordinador. *Universalismo básico: una nueva política social para América Latina*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2006.
21. Laurell AC. ¿Cobertura universal en salud en América Latina? *Editorial de Medicina Social* 2014; 9:60-1.
22. Campos GWS. El sistema único de salud de Brasil: entre la intensión y el gasto. *Salud Colect* 2015; 11:469-70.
23. Organización Panamericana de la Salud. *Cobertura Universal en Salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. México DF: Organización Panamericana de la Salud; 2013.
24. Martínez F. *Lecciones internacionales aprendidas: Colombia*. In: Organización Panamericana de la Salud, coordinador. *Cobertura universal en salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. México DF: Organización Panamericana de la Salud; 2013. p. 114-32.
25. Knaut FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barrazal-Lloréns M, et al. *Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México*. *Salud Pública Méx* 2013; 55:207-35.
26. Uribe-Gómez MU, Abrantes Pêgo R. *Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?* *Perf Latinoam* 2013; 21:135-62.

27. Secretaría de Salud. Informe de resultados, enero-diciembre de 2015. México DF: Secretaría de Salud; 2015.
28. Moguel-Ancheita JM, Valdés-Olmedo C, González-Pier E, Martínez-González G, Barraza-Llorens M, Aburto-Aguilera N, et al. Universalidad de los servicios de salud en México. *Salud Pública Méx* 2013; 55(Spe.):1-64.
29. Laurell AC. The Mexican Popular Health Insurance: myths and realities. *Int J Health Serv* 2015; 45:105-25.
30. Laurell AC. Impacto del seguro popular en el sistema de salud de México. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2013.
31. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 17:210-20.
32. López O, Blanco J. Políticas de salud en México: la reestructuración neoliberal. In: Jarillo E, Ginsberg E, coordinadores. *Temas y desafíos en salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.p. 21-48.
33. Gutiérrez JP, Romero M, Zurita M. Estudio de satisfacción de usuarios del Sistema de Protección Social en Salud. México DF: Instituto Nacional de Salud Pública; 2013.
34. Organización para Cooperación y Desarrollo Económico. *Perspectivas OCDE: México. Reformas para el cambio*. <https://www.oecd.org/mexico/49363879.pdf> (accedido el 20/Abr/2016).
35. Pacto por México. ¿Como se logró? <http://pactopormexico.org/como/> (accedido el 16/May/2016).
36. Organización para Cooperación y Desarrollo Económico. *Estudios de la OCDE sobre sistemas de salud: resumen ejecutivo, diagnóstico y recomendaciones para México*. México DF: Organización para Cooperación y Desarrollo Económico; 2016.
37. Murayama C. El seguro popular a examen. *El Universal* 2013; 7 mar. <http://www.eluniversal.com.mx/editoriales/2013/03/63398.php> (accedido el 18/Abr/2016).
38. O'Shea-Cuevas G. En junio entra el sistema universal de salud: SSA. *El Universal* 2016; 17 may. <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2016/05/17/en-junio-entra-sistema-universal-de-salud-ssa> (accedido el 06/Jun/2016).
39. Gañan J. Derecho a la salud y mercado: casos de Colombia y Latinoamérica. *Estudios de Derecho* 2014; LXXI:131-55.
40. Bernal O, Barbosa S. La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. *Salud Pública Méx* 2015; 57:433-40.
41. Echeverry-López ME. Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Medellín, Colombia. *Rev Gerenc Políticas Salud* 2011; 10:97-109.
42. Useche B, Farieta J, Cediell W. Por un sistema de salud sin aseguramiento. *Boletín Institucional Escuela de Salud Pública* 2015; 2015:26-8.
43. Superintendencia Nacional de Salud. Informe de rendición de cuentas de las entidades salud vigiladas por la superintendencia delegada para la protección al usuario y la participación ciudadana. Bogotá: Supersalud; 2014.
44. Sarmiento E. Derechos fundamentales y privatización. *El Espectador* 2016; 11 jun. <http://www.elespectador.com/opinion/derechos-fundamentales-y-privatizacion> (accedido el 15/Jun/2016).
45. Roth Deubel A, Molina Morán G. Parte I: introducción. In: Molina Marín G, Cabrera Arana GA, coordinadores. *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez", Universidad de Antioquia; 2008. p. 3-6.
46. Gómez-Dantés O, Knaul F, Lazcano Ponce E, Sesma S, Arreola-Ornelas H. Atlas de los sistemas de salud de América Latina. Presentación. *Salud Pública Méx* 2011; 53 Suppl 2:1-2.
47. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Panorama social de América Latina 2012*. Santiago: Naciones Unidas; 2013.
48. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Panorama social de América Latina 2013*. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2014.
49. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura de salud universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.

Abstract

Recent years have witnessed discussion on the need for changes in the health systems of Latin America. This initiative, spearheaded once again by the World Bank as Universal Health Coverage, focuses on strategies for protection against financial risks and unified access to essential services and medicines. Although the World Bank approaches have been incorporated in different ways by the region's countries since the 1980s, there have also been important breaks with this trend, for example in Argentina, Brazil, Uruguay, and Ecuador, which have sought at different times to implement policies and programs emphasizing non-market-driven values. Nevertheless, recent political changes with the crisis of the so-called progressive governments have meant that the market-driven view of health has reappeared insistently on the public agendas. Middle-income countries like Mexico and Colombia have implemented changes based on this model, and in both cases different stakeholders have pushed the readjustment of the health systems towards the perspective of the international financial agencies. The current study contends that these changes, promoted as a "renewed" alternative to respond to the problems resulting from the transformations, conducted for slightly more than twenty years, actually maintain the basis of the neoliberal model for health care.

*Health Care Reform; Health Services;
Health Policy*

Resumo

Nos últimos anos, vem se discutindo a necessidade de alterar os sistemas de saúde da América Latina. Mais uma vez desenvolvida pelo Banco Mundial a iniciativa conhecida como Universal Health Coverage (Cobertura Universal em Saúde) foca as estratégias de proteção contra os riscos financeiros e o acesso unificado à atenção à saúde e aos serviços básicos. Embora os conceitos do Banco Mundial tenham sido incorporados de maneiras diferentes conforme os países da região desde o final da década de oitenta, ocorreram importantes rupturas nos casos de Argentina, Brasil, Uruguai e Equador que, em épocas distintas procuraram implementar políticas e programas enfatizando valores diferentes do mercado. Entretanto, as recentes mudanças políticas, com a crise dos chamados governos progressistas, permitiram que a visão economicista da saúde voltasse com toda a força às agendas públicas. Países de renda média como México e Colômbia se destacaram por implementar mudanças inspiradas neste modelo, e em ambos os casos diversos atores vinculados a esta abordagem vêm impulsionando a readequação dos sistemas de saúde à orientação das entidades financeiras internacionais. Este trabalho sustenta que as mudanças divulgadas como sendo uma alternativa "renovada" para enfrentar os problemas gerados pelas transformações promovidas há pouco mais de duas décadas, mantêm as bases do modelo neoliberal para a saúde.

Reforma dos Serviços de Saúde; Serviços de Saúde; Política de Saúde

Recibido el 08/Jul/2016
Versión final presentada el 13/Sep/2016
Aprobado el 14/Dic/2016