

¿Crisis? ¿Qué crisis?



Por Federico Tobar*

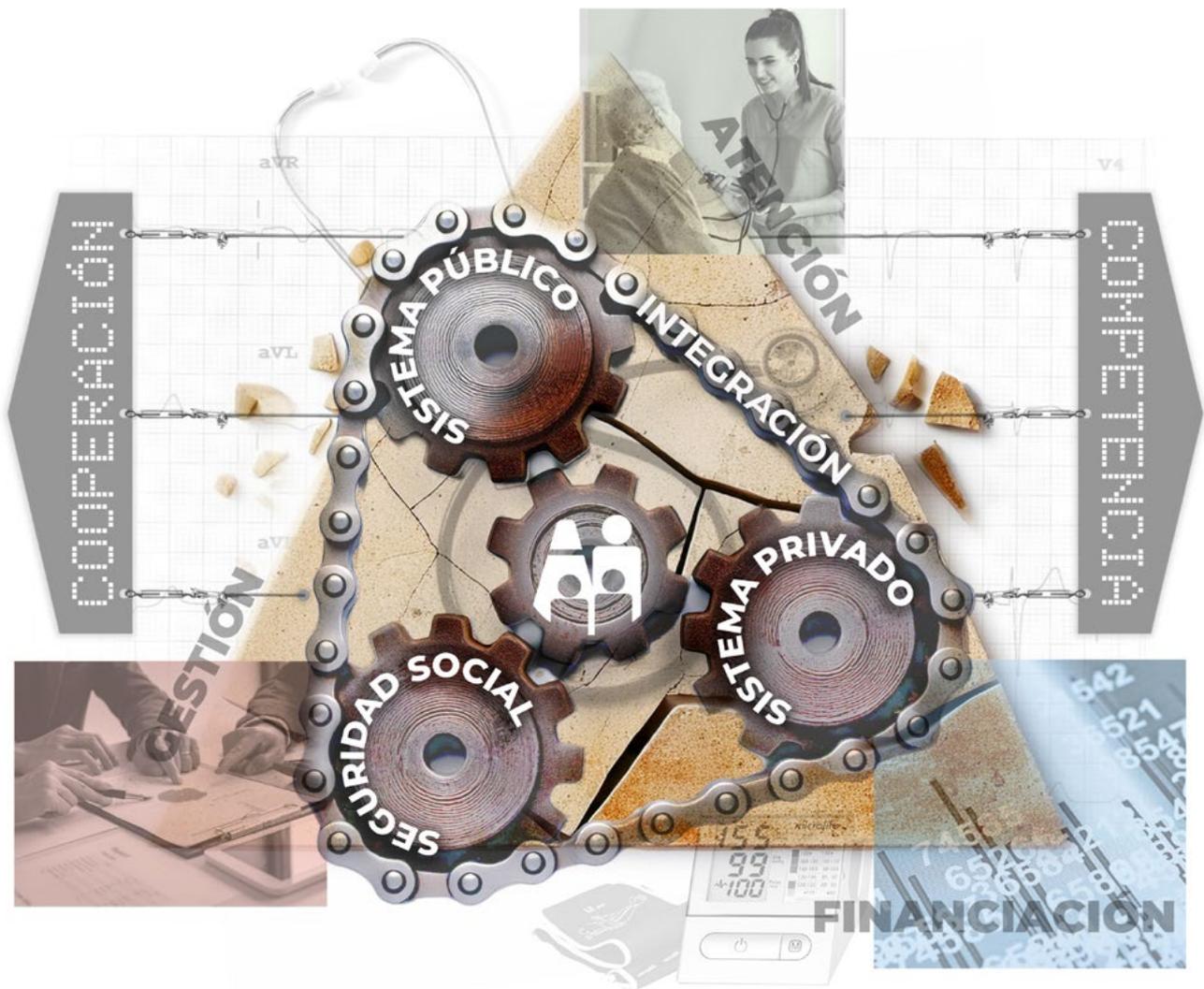
Los discursos globales han incorporado, en forma bastante reciente, la noción

de una policrisis para referirse a la situación que constituye el telón de fondo global en el que se registran múltiples crisis simultáneas e interconectadas, afectando diversos aspectos de la sociedad, la economía, la política y el medio ambiente. El término fue incorporado por Ulrich Beck en su libro *“La sociedad del riesgo”* (1986). Treinta años más tarde, es el concepto es adoptado por los organismos internacionales

* Asesor en Financiamiento para el Desarrollo del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

En la actualidad, lo que vivimos se podría definir como una crisis de los paradigmas que venimos utilizando para pensar nuestras políticas y, en particular, nuestros sistemas de salud. Gran parte de lo que hoy llamamos policrisis fue descrito y analizado mucho tiempo antes. Por ejemplo, desde la Escuela Crítica de Frankfurt a comienzos de los setenta Jürgen Habermas postulaba que una vez avanzado el capitalismo (al que llamaba capitalismo tardío) las crisis financieras de los Estados se convertirían en endémicas y responderían a causas que superan lo estrictamente económico.

Así, el autor señalaba que los ciclos de crisis sociales convulsivas conducían a concesiones sociales y políticas con impacto inflacionario. Así se consolidaron déficits estructurales porque el fisco debe enfrentar 1) los costos de estrategias de mercado imperialistas, hoy reforzadas con la reaparición de tarifas aduaneras que parecían desterradas para siempre, 2) los costos de la carrera armamentista, hoy reforzadas por la guerra en Ucrania y ante una nueva Guerra Fría entre China y



EE.UU, 3) los costos de infraestructura, 4) los costos de la protección social, entre los cuales están los de salud y 5) los costos del deterioro ambiental.

Para enfrentar todos esos costos el Estado recurre a impuestos y asume el doble desafío de no implementar una carga tributaria que pueda desincentivar la inversión privada y, al mismo tiempo, usar la recaudación con racionalidad y habilidad para evitar efectos inflacionarios. Habermas considera que este desafío de racionalidad en el uso de los recursos del Estado se complementa con un segundo desafío al que llama de legitimación y que consiste en no solo resolver el déficit fiscal captando y usando eficientemente los recursos públicos, sino que también

“Ahora los sistemas de salud de los países ricos enfrentan un éxodo de recursos humanos (que nadie consiguió predecir)”

hay que lograr que las personas estén de acuerdo con eso, que lo aprueben, que sientan una relativa satisfacción con la acción estatal.

¿Qué cambió desde que Habermas postuló la crisis de legitimación en el capitalismo tardío? Aquí el foco se hará en los sistemas de salud. En los países ricos, donde el capitalismo está más avanzado, en donde las respuestas sociales organizadas a los problemas de salud de la población se han consolidado, los déficits de racionalidad se han agravado. Y hace más de treinta años que la literatura especializada viene advirtiendo sobre la crisis del *Welfare State*. Pero esto no es solo un tema de costos. Ahora, los sistemas de salud de los países ricos en-

frentan un éxodo de recursos humanos, que nadie consiguió predecir. Aumentan las listas de espera y se ha hecho realidad aquello que se ironizaba durante los años ochenta sobre “la principal causa de muerte es la espera para ser atendido”. Como el mismo Habermas vaticinaba entonces, esa crisis de racionalidad genera un déficit de legitimidad creciente en el capitalismo tardío.

En los países de ingresos medios, donde ya hay respuestas sociales organizadas a las necesidades de salud de la población, los desafíos son aún mayores que en los países ricos. Por ejemplo, no se han conquistado fuentes y flujos de financiación estables para los servicios y sistemas de salud; los gastos de bolsillo en salud son crecientes y sucede, como en aquellos versos de Martin Niemöller, que primero resultó insuficiente la respuesta pública, luego la del seguro social y ahora los sistemas privados. Es que los sistemas de salud de los países en desarrollo no han conseguido superar el rasgo estructural de la fuerte segmentación social e inequidad de sus sociedades. Ese sesgo condujo a que las reformas sanitarias obtengan respuestas subóptimas.

Por ejemplo, mientras el Sistema Único de Salud de Brasil extendía la cobertura hacia los segmentos más desfavorecidos de la pirámide social, expulsaba a los segmentos de mayor poder adquisitivo. El resultado es que, en el país del sistema único, más de cincuenta millones de brasileños contratan planes privados de cobertura de salud. Un número que solo es superado por los Estados Unidos que es el único país que renunció al objetivo de lograr una respuesta pública y universal. Es la paradoja de los extremos que terminan tocándose, el país con el sistema único y el único país que no quiso tener

“Más que una nueva y múltiple crisis, lo que enfrentamos hoy es que comenzamos, muy de a poco, a ver lo que viene sucediendo desde hace mucho y nos costaba ver”

sistema público terminaron estimulando respuestas de mercado.

A las restricciones financieras y a las dificultades para extender cobertura horizontal se suma una fuerte tensión para que los sistemas de salud de los países de ingreso medio extiendan cobertura vertical. Es decir, la prioridad deja de ser incluir a más personas para pasar a ser incluir más prestaciones. Ello activa epidemias y pandemias de judicialización de las coberturas que incrementan gastos catastróficos en salud haciendo metástasis en el financiamiento de los sistemas sanitarios y amenazando su sostenibilidad.

Por último, los países de bajos ingresos aún luchan por incorporar respuestas sociales organizadas a los problemas de salud de sus poblaciones. Las respuestas continúan siendo muy limitadas e incluso marginales. Hay un debate que la comunidad internacional es persistente en esquivar. Es el de cómo se puede consolidar espacio fiscal para financiar la cobertura sanitaria universal (CSU) en países que tienen deudas externas que superan ampliamente su producto bruto, en países donde los servicios de la deuda externa superan al 40% de la recaudación fiscal o en países donde las remesas de ciudadanos viviendo en el extranjero constituyen las principales fuentes del ingreso nacional.

En síntesis, postulo que más que una nueva y múltiple crisis, lo que enfrentamos hoy es que comenzamos, muy de a poco, a ver lo que viene sucediendo desde hace mucho y nos costaba ver.

La canción sigue siendo la misma

El National Health Service (NHS) británico que se constituyó en la respuesta emblemática de la posguerra inaugurando el modelo del Estado de bienestar en Salud,

fue creado hace casi 77 años. Cuando se realiza su primera reforma (1974) el grupo de rock Led Zeppelin hacía furor con su canción “the song remains the same”. Hoy podríamos hacer nuestra esa proclama de Led Zeppelin para referirnos a los paradigmas sanitarios.

Varias olas de reformas de salud han pasado -y seguirán pasando-. A veces hemos aprendido de nuestros errores. Hemos reformado la reforma. Otras deshicimos el camino andado. A veces acertamos y otras nos equivocamos en nuestras decisiones. Pero básicamente hay dos grandes paradigmas sanitarios en puja y lo que se disputa, en el fondo, es la explicación de cuál es el mecanismo que permite optimizar las respuestas sanitarias. Así, mientras que el primero apuesta a la cooperación entre los actores del sistema, el segundo apuesta a la competencia.

La primera vía para construcción de las respuestas sanitarias confía en que el Estado puede y debe actuar como un gran director de orquesta que coordina a todos los actores, profesionales, servicios de salud del primer nivel, del segundo nivel, de alta complejidad, etc. Todavía se escuchan voces sanitarias fundamentalistas de esta vía, que insisten en que solo cuando el Estado asume la responsabilidad por proveer salud se logran resultados óptimos. Sin embargo, hay dos grandes cuellos de botella que afectan la capacidad de los sistemas de salud para superar los déficits de racionalidad y legitimidad por la vía de la cooperación. Son la función de rectoría y el funcionamiento en red.

La función de rectoría sanitaria es un proyecto inacabado. Aparece en el discurso sanitario como repercusión del Consenso de Washington que, en salud, se tradujo como separar las funciones de provisión y financiación. A poco andar se identificó

“La renovación del paradigma que apuesta a la cooperación para organizar soluciones para las necesidades de salud de la población se centra en construir soluciones territoriales”

que hace falta un Estado que raye la cancha y coordine las respuestas sanitarias de los diferentes subsistemas de salud. No obstante, a casi cuarenta años después de ser enunciada, aún los teóricos de la salud pública no nos han provisto de un manual consensuado para la rectoría sanitaria. En los sistemas descentralizados, que hoy son mayoría, no es del todo claro qué responsabilidades deben permanecer a nivel central ni cómo deben ejercerse. En los sistemas mixtos, que también hoy son mayoría, no es claro cuáles son los parámetros a asumir para habilitar la oferta privada de servicios ni de seguros de salud. En síntesis, donde quiera que vayamos, encontramos que la función de rectoría en salud es algo muy declamado, pero poco claro y casi nunca evaluado.

Otra promesa incumplida del sanitarismo es el funcionamiento en red. Entendamos al mismo como un esquema de división del trabajo sanitario en el que se capta al paciente antes y se lo acompaña hasta después de lo que logran los modelos de atención centrados en servicios que funcionan en forma aislada. Los sistemas de salud pocas veces enfocan sus decisiones en lograr la mejor respuesta para los pacientes. Antes bien, la prioridad tiende a centrarse en el servicio. Por eso las listas de espera en lugar de reducirse tienden a crecer. Por eso, aún hay mínimo intercambio de información clínica entre servicios y se continúan aplicando registros e incluso prestaciones. Por eso, no hay *accountability* sobre resultados de salud. Hemos desarrollado mucho la epidemiología, pero en ningún lado se evalúan los servicios y sistemas por los resultados epidemiológicos que logran.

En la vía alternativa se apuesta a que el Estado es incompetente para coordinar recursos y lograr respuestas, en otros

términos, para gerenciar funciones de producción en salud, y se prefiere esperar que una mano invisible sea quien asigne los recursos en forma óptima. Los sanitarios de la vieja escuela se quedaron con la evidencia de la incompetencia de los Estados Unidos para lograr respuestas adecuadas por este camino. Lo cual es cierto. Pero hay una versión *reloaded* en la vía de la competencia, así como la hay en la vía de la cooperación.

Reinventando los sistemas de salud

La renovación del paradigma que apuesta a la cooperación para organizar soluciones para las necesidades de salud de la población se centra en construir soluciones territoriales. Esto es construir la integración del sistema de salud desde el territorio, ya sea un municipio, un barrio, un distrito, un departamento, como un triángulo con tres vértices. En el vértice del modelo de atención se definen las líneas de cuidados a ser garantizadas para toda la población y se supervisa su cumplimiento siempre desde el territorio. Luego, en el vértice del modelo de gestión se establece la responsabilidad nominada de los servicios sobre la población que tienen a cargo y de la población sobre los servicios que les pertenecen. Por último, en el vértice del modelo de financiación se integran los diversos flujos de financiación en un solo esquema que incentive el logro de resultados sanitarios sobre la población en el territorio.

Se registran avances importantes en la construcción de la salud territorial. Los Servicios de Salud Familiar de Chile funcionan con esquemas de responsabilidad nominada e historia clínica única y mismo el Instituto Mexicano del Seguro

“La competencia, para producir salud, hace responsable al ciudadano por sus cuidados médicos y busca involucrarlo en las decisiones sobre el financiamiento para optimizar el uso de los recursos”

Social (IMSS) está reorganizando todo el sistema en base a los tres vértices.

Lo que aún no se ha concretado es un esquema en el que se ejerza la regulación de la oferta de todos los subsistemas desde el territorio. Es decir, la rectoría en salud aún requiere ser reinventada desde el enfoque de la salud territorial.

La renovación del paradigma que apuesta a la competencia para organizar soluciones para las necesidades de salud se centra en devolver la responsabilidad por la salud al ciudadano. El caso más relevante, sino el único, es el de Singapur, donde luego de su independencia de Gran Bretaña, el gobierno decidió primero arancelar el Servicio Nacional de Salud (NHS) para luego implementar un sistema de cuentas de capitalización en salud. El país se destaca por su performance sanitaria, medida en términos de resultados de salud, así como por la eficiencia de su sistema, medida en términos del gasto en salud. Pero la lección que deja este modelo no es que la competencia asigna los recursos en forma eficiente para producir salud, sino que hace responsable al ciudadano por sus cuidados médicos y busca involucrarlo en las decisiones sobre el financiamiento para optimizar el uso de los recursos.

La mayor restricción de esta vía para organizar las respuestas en salud centrada en la competencia es la pérdida de la solidaridad. Pero también, la progresiva desaparición de la figura del responsable final sobre los resultados de salud. En otras palabras, de la ciudadanía en salud.

En conclusión, en el ámbito de los sistemas de salud permanecemos como en la obra de Luigi Pirandello (1921) *Seis personajes en busca de un autor*. En este caso el autor desaparecido en batalla es el Estado. Probablemente todavía sea una obra con final abierto. 