

# Informando & Reformando

Boletín trimestral del NAADIIR/AL

Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma

Enero / Marzo ● 2003 ● N° 15

## Narrativas / 4

Seguros Sociales de Salud en el Cono Sur:  
Experiencias y desafíos

Daniel Maceira

Gobernanza y Participación Ciudadana  
en la Reforma de Salud en Chile

Celedón / Orellana

Los Medicamentos  
Genéricos.



Acceso de la Población  
al tratamiento efectivo de las  
Enfermedades

Mario Glanc

Gobernabilidad y Ciudadanía  
para la Equidad en Salud

Sonia Fleury

## Reflexiones / 11

Reevaluación de la Disminución  
de la Mortalidad Infantil  
Omar B. Ahmad y cols.

## Monitor de la Salud / 13

Mortalidad Infantil en América

## Páginas de la Reforma / 14

## Noticias / 15

## Citas con la Reforma / 16

## In Memoriam

### Juan Luis Londoño



Sin duda alguna, una de las más importantes reformas del sector salud en América Latina es y ha sido desde su inicio la llevada a cabo en Colombia. Y esta sería inconcebible sin la decidida participación del Dr. Juan Luis Londoño.

El Dr. Londoño estudió Administración de Negocios en la Universidad EAFIT de Medellín, Colombia, Economía en la Universidad de Antioquia y en la Universidad de los Andes, obtuvo una Maestría en Política Económica en la misma universidad y otra Maestría más, así como un Doctorado (Ph. D.) en Economía en la Universidad Harvard, en los Estados Unidos.

Estudioso incansable, periodista de opinión, no sólo concibió y analizó las posibilidades de reforma del sector salud tanto de su país como del conjunto de América Latina, sino que se convirtió en uno de los más importantes implementadores de novedosos planes y programas para garantizar el acceso de la población pobre a más y mejores servicios de salud.

A inicios de los noventa se desempeñó como Ministro de Salud en el gobierno del Presidente César Gaviria. También fue Sub-Jefe del Departamento Nacional de Planeación, miembro de la Comisión para la Modernización del Estado y responsable del equipo que preparó el Plan Nacional de Desarrollo 1991-1994, además de otras importantes responsabilidades ligadas con la salud y el sector social en general. En 1993 participó en el diseño de la Ley 60, en la implementación del

proceso del sistema público de salud en más de 50% del territorio colombiano y en la importantísima Reforma de Seguridad Social (Ley 100).

En el 2002, al iniciar el gobierno del Presidente Álvaro Uribe, le fue encargada la responsabilidad del nuevo Ministerio de Protección Social, el cual combina las áreas de competencia de los ministerios de Salud y Trabajo con el

objetivo de coordinar estos importantes sectores de la política social en aras del mejoramiento de la calidad de vida de la población colombiana.

Cuando en 1996 y en el desempeño de sus responsabilidades murió el Dr. José Luis Bobadilla en un accidente aéreo, un eminente grupo de pensadores, entre los que se encontraba el Dr. Londoño, se reunió con el objetivo de crear una red de investigación, análisis y difusión de temas relacionados con la inaplazable reforma del sector salud de los países de América Latina y El Caribe. De ese esfuerzo compartido surgieron la Red José Luis Bobadilla de Políticas de Salud y el Núcleo de Acopio Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma para América Latina. El entusiasmo y la participación del Dr. Londoño fueron elementos claves para el funcionamiento de ambos organismos.

El pasado mes de febrero el Dr. Juan Luis Londoño falleció también en un accidente aéreo. Iba acompañado por su secretaria, Lena Bloss y sus colaboradores Alirio Arcila, José J. Vera y Germán Vanegas. El gobierno y el pueblo de Colombia le honraron con ceremonias luctuosas en las que se pusieron de relieve las múltiples virtudes del Ministro de Protección Social.

Al igual que todos los hombres y mujeres del continente comprometidos con el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, quienes participamos en la Red José Luis Bobadilla y el NAADIIR lamentamos profundamente el deceso de uno de nuestros más entrañables amigos y colaboradores.

## Red Interamericana José Luis Bobadilla de Políticas de Salud

### Tercer Foro Subregional de Liderazgo en Salud

Buenos Aires, 16, 17 y 18 de diciembre de 2002

El 16 y 17 de diciembre pasado, la Red Interamericana José Luis Bobadilla de Políticas de Salud organizó el Tercer Foro Subregional de Liderazgo en Salud en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. El evento se realizó con el apoyo de la representación en Uruguay del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC), cuya propuesta de diseño y organización de la reunión resultó ganadora luego de una convocatoria en la que participaron varios países de la región. La organización del Foro también se vio beneficiada con la contribución del Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH), que participó como institución colaboradora, y del Instituto Universitario ISALUD, institución anfitriona. Para concluir el Foro, el día 18 de diciembre, se llevó a cabo un taller sobre la Academia y Praxis en la Gestión de los Servicios de Salud, organizado por la agencia IDRC de Canadá.

El Foro estuvo dirigido a altas autoridades ministeriales y otros actores relevantes de la reforma del sistema de salud de países del Cono Sur, y su propósito fue colaborar con la reflexión y promoción de capacidades regionales mediante el intercambio de experiencias y resultados de investigación en el campo de las políticas de salud.

A la reunión asistieron un total de 55 expertos, todos ellos representantes de ministerios de salud nacionales y provinciales de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, así como representantes de instituciones académicas de la región y organismos internacionales vinculados con el tema de la salud, incluyendo el Banco Interamericano de Desarrollo, agencia financiadora de la Red Interamericana José Luis Bobadilla de Políticas de Salud.

La agenda del Foro se orientó hacia la revisión de temas relacionados con los procesos de reforma del sistema de salud de la región, con una pertinencia particular para los países del Cono Sur, y giró en torno a cuatro temas centrales:

- medicamentos genéricos
- seguros en salud
- participación ciudadana y gobernanza
- desafíos para la gobernabilidad

Estos temas fueron abordados mediante paneles en los que los diferentes expertos de los países participantes organizaron y llevaron a cabo enriquecedoras discusiones. Esta forma de intercambio de ideas brindó a cada país la oportunidad de ofrecer un panorama del tema en cuestión desde su propia perspectiva. Cuatro participaciones introductorias dedicadas a la presentación de una visión de conjunto de cada uno de los temas fueron expuestas paralelamente en resúmenes ejecutivos.



Adicionalmente, en el Foro fueron dictadas dos conferencias magistrales, la primera intitulada *Marchas y contramarchas de la Reforma de Salud en la Argentina*, impartida por el Ministro de Salud de Argentina, Dr. Ginés González, y la segunda sobre los *Desafíos de las políticas de salud en la región*, impartida por el Dr. André Medici, Especialista Senior en Desarrollo Social del Banco Interamericano de Desarrollo.

El Foro resultó un exitoso evento que logró suscitar la participación activa de todos los asistentes. La riqueza temática y su pertinencia en el ámbito latinoamericano y de los países del cono sur, la calidad de los participantes, su experiencia y conocimientos y un atinado formato metodológico permitieron un intercambio abierto e informado sobre temas de gran actualidad en la formulación de políticas de salud orientadas por los principios de equidad, calidad, eficiencia, sustentabilidad y participación social.

Uno de los objetivos del presente número de Informando & Reformando es el de dar a conocer a

nuestros lectores una versión, ligeramente adaptada para estas páginas, de los cuatro resúmenes ejecutivos que sirvieron de punto de partida al Foro de Liderazgo. Los lectores interesados podrán consultar estos documentos y otros más que fueron generados para y durante el Foro *in extenso* en la página electrónica del NAADIIR.

Tenemos, pues, el honor de presentar los interesantes trabajos de la Mtra. Carmen Celedón y el Ing. Renato Orellana sobre gobernanza y participación ciudadana en la reforma de salud en Chile; del Dr. Mario Glanc sobre los medicamentos genéricos y su uso posible como herramienta para mejorar el acceso de la población al tratamiento eficaz de las enfermedades; del Dr. Daniel Maceira sobre las experiencias y los retos que enfrentan los seguros sociales de salud en el Cono Sur y de la Dra. Sonia Fleury sobre el candente tema de la gobernabilidad y la ciudadanía en el camino hacia la equidad en salud.

## Seguros Sociales de Salud en el Cono Sur: Experiencias y Desafíos<sup>1</sup>

Daniel Maceira, Ph.D.<sup>2</sup>

En términos generales, se aspira a que un sistema de salud provea a toda la población un amplio, equitativo y costo-efectivo acceso a sus servicios. Las diferencias en la distribución del ingreso entre grupos sociales, especialmente en naciones en desarrollo, así como otras fallas específicas en el funcionamiento de cualquier sistema de salud (externalidades, asimetrías de información, etc.) requieren de la creación de estructuras regulatorias y de la intervención del estado para resolverlas. Tanto el sistema de salud (descentralizado o no) dependiente del Ministerio de un país, como el sistema de atención organizado a través de instituciones de seguridad social, constituyen herramientas de aseguramiento social dirigidas al cumplimiento de tales objetivos generales de política pública.

Las contribuciones de un sistema articulado de aseguramiento social en salud pueden resumirse en los siguientes puntos:

- 1) Proveer sustentabilidad financiera al sistema de salud, mediante la combinación de impuestos directos, indirectos y contribuciones salariales,
- 2) ampliar la cobertura hacia sectores de trabajadores formales, sus familias y dependientes,
- 3) articular mecanismos de inclusión de poblaciones desprotegidas (trabajadores informales y desempleados),
- 4) ser herramientas potenciales para mayor acceso y equidad en la medida que se incorporen criterios de solidaridad (transferencia de fondos) entre el sistema de seguro social y la cobertura de atención pública,
- 5) permitir una asignación más eficiente de los recursos dentro del sector salud al sistematizar, coordinar y monitorear la oferta, mediante sistemas de incentivos en los mecanismos de pago a proveedores y de contratación de servicios participantes de otros subsistemas, y
- 6) distribuir los costos y riesgos de la atención de los servicios asociados con características tradicionales de un seguro de salud.

Atendiendo a los objetivos y metas enunciados, el presente trabajo propone discutir los instrumentos utilizados por las naciones del Cono Sur latinoamericano para ampliar la cobertura ante el debilitamiento de los sistemas tradicionales, incorporando modalidades alternativas o complementarias de financiamiento.

En principio, se define como seguro social a aquellos sistemas que incorporan las siguientes cuatro características:

- 1) Que se cuente con un padrón definido de beneficiarios,
- 2) Que el sistema de aseguramiento establezca un paquete conocido y accesible de servicios, y que el mismo sea disponible para cualquier usuario del sistema,
- 3) Que existan criterios de aseguramiento en el manejo financiero de los fondos, de modo que se identifiquen subsidios cruzados entre usuarios sanos y enfermos, y

- 4) Que existan criterios de solidaridad en el manejo financiero de los fondos, de modo que se identifiquen asimismo subsidios cruzados entre grupos ricos y pobres. Es este último criterio el que convierte a un sistema de aseguramiento tradicional en un sistema social de seguros de salud.

En América Latina, la segmentación en el financiamiento y la prestación de servicios de salud hace del sistema de aseguramiento social una estructura compartimentada, que limita las posibilidades de riesgo compartido y transferencias de ingresos entre subsectores. Los casos de Costa Rica, Brasil y Colombia constituyen intentos – con resultados variables- para reducir estas dificultades, mediante la coordinación de tareas y responsabilidades entre los subsectores intervinientes.

Generalmente, las alternativas de aseguramiento o subsidio diseñadas en la región no consideran la necesidad de estos mecanismos, limitando temporalmente su impacto, en tanto los esquemas planteados carecen de sustentabilidad financiera y acrecientan la compartimentalización del sistema de salud. Como consecuencia, se generan procesos sucesivos de selección adversa por parte de consumidores y prestadores, y promueven la existencia de sistemas duales de aseguramiento, donde el subsistema solidario resulta "descremado" por los seguros privados, reduciendo su capacidad de articular una respuesta equitativa y solidaria ante las necesidades de atención de la población.

Estructuras de este tipo son frecuentes en toda la región, y especialmente en el Cono Sur: tanto las Cajas Bolivianas de Seguridad Social, como las Obras Sociales en Argentina o las IAMCs en Uruguay promueven la segmentación del sistema mediante la pobre o nula transferencia de fondos entre instituciones de diferentes ingresos promedio. En estas naciones, el sistema de superintendencia no cuenta con autoridad suficiente como para establecer mecanismos de control y reasignación de recursos, o darles cumplimiento, cuando ellos existen. Asimismo, la dualidad en el sistema de atención en Chile, mediante la separación de Isapres y Fonasa, constituye un ejemplo característico de desceme, que profundiza las inequidades en el acceso a servicios de salud.

El subsector público, a partir de su restricción presupuestaria con origen en impuestos directos e indirectos, establece implícita o explícitamente una serie de objetivos y herramientas de política. Ésta se extiende desde la definición de un sistema universal de aseguramiento, con limitadas posibilidades de implementación, hasta el establecimiento de mecanismos de focalización para atender las necesidades más urgentes o prevalentes, o políticamente más viables.

Los institutos de seguridad social, desarrollados originariamente en los países latinoamericanos como una dependencia dentro del sector público, presentan un método alternativo de financiamiento basado en contribuciones obligatorias de trabajadores formales y empleadores. En un principio estos seguros cubrían principalmente accidentes de trabajo para luego ampliar la cobertura del afiliado y extenderla a su familia. Sin embargo, la expansión del empleo informal y la caída de salarios reales redujeron la capacidad de operación de estas instituciones. La volatilidad característica de la macroeconomía de las naciones de la región, ya sea ella producida por altos niveles de inflación o fuertes desequilibrios fiscales, contribuye a una dinámica de reducción de cobertura.

Desde mediados de los ochenta, y hasta la actualidad se observan grandes transformaciones dentro del sector, como intentos para revertir esa tendencia. Dentro de estas transformaciones se cuentan las relacionadas con el redimensionamiento de las estructuras de aseguramiento social. En algunos casos, las reformas de aseguramiento acentuaron los esquemas de financiamiento y prestación ya existentes. En otros, se desarrollaron nuevos esquemas de seguro, provenientes de la privatización de los servicios de seguridad social públicos. En todos los casos, dos pilares constituyen parte del debate sobre la reforma: la definición de un paquete básico o mínimo de servicios accesibles para todos, sin excepción de ingresos o regiones y, asociado con ello, el establecimiento de corrientes de fondos solidarios o subsidios hacia grupos de menores recursos.

No todos los sistemas de aseguramiento social en la región cuentan con estos elementos en su estructura, así como tampoco cumplen con los elementos que identifican la noción de seguro y transferencia de riesgo, tales como prima ajustada de riesgo, pagada por el beneficiario directamente o por el Estado. En consecuencia, los seguros disponibles constituyen esencialmente variedades de subsidios, en muchas oportunidades dirigidos a grupos de población específicos, sin consideraciones de sustentabilidad.

A partir de la comparación de los sistemas de aseguramiento de la región, y sobre la base de las experiencias documentadas de reforma, subrayamos la necesidad de adentrarnos en el debate acerca de los mecanismos públicos o privados desarrollados para ampliar la cobertura en salud y el papel desempeñado por el sector privado. Finalmente, insistimos nuevamente en la necesidad de articular el análisis de información, la investigación y el proceso de diseño de políticas, como herramientas complementarias para la toma de decisiones.

<sup>1</sup> Resumen del documento preparado para el "Tercer Foro Interamericano de Liderazgo en Salud", organizado por el Banco Interamericano de Desarrollo, la Fundación Mexicana para la Salud y el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, en Buenos Aires, Argentina, los días 16 y 17 de diciembre, 2002.

<sup>2</sup> Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad y CONICET, Buenos Aires, Argentina, y de la Red Sur - Norte (CLAEH - Uruguay). Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

# Gobernancia y Participación Ciudadana en la Reforma de Salud en Chile<sup>1</sup>

Carmen Celedón<sup>2</sup>

Renato Orellana<sup>3</sup>

Este documento intenta aportar algunos elementos sobre los temas de gobernancia, relación estado-sociedad civil y participación ciudadana a partir de un análisis de la experiencia de participación en el proceso de reforma de salud en Chile. En el trabajo se realiza un balance de logros y fracasos a la luz de los objetivos planteados inicialmente y su impacto en la gobernabilidad del proceso de reforma. Sobre la base de esta experiencia, actualmente en desarrollo, intentamos identificar preguntas y áreas de investigación que contribuyan al diseño e implementación de futuros cambios en el sector de la salud en Chile y en otros países de la región.

El documento define brevemente la relación entre estado y sociedad civil y la interrelación entre los conceptos de gobernancia y gobernabilidad democrática. Al considerar la participación bajo el prisma de la gobernancia estamos seleccionando una forma específica para la interacción entre el estado y la sociedad civil, con el propósito de ordenar diversos procesos que inciden en el ciclo de definición e instalación de políticas públicas, y de que éstas sean consecuentes con los valores de la democracia, la eficiencia y la eficacia institucionales. Este fue precisamente el propósito de la Comisión de Reforma de la Salud para su propuesta de participación ciudadana.

La Reforma de Salud en Chile busca reorganizar el sistema de seguridad social en salud de forma tal que los recursos sean asignados en función de las necesidades sanitarias de la población. Los elementos centrales de la reforma son:

- a) la determinación de Objetivos Nacionales de Salud para el Sistema público y privado,
- b) un cambio en el modelo de atención desde un énfasis en lo curativo hacia el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad;
- c) la incorporación de criterios de equidad mediante el establecimiento de garantías exigibles para toda la población, de acceso, calidad, oportunidad de atención y de protección financiera frente a las urgencias y los problemas de salud que tienen un mayor impacto en la calidad de vida de las personas y sus familias;
- d) un cambio en el modelo de regulación y gestión del sistema.

Las garantías exigibles se irán extendiendo en la medida en que el país disponga de mayores recursos y el sistema de salud se vaya ajustando a la nueva forma de funcionamiento.

En la actualidad, nadie cuestiona la necesidad de realizar cambios profundos en la organización del sistema de salud en Chile, en su gestión y financiamiento. Existe también amplio consenso en torno a las ideas

centrales de la reforma de salud y en que estos cambios sean en beneficio directo de la población y del país. Sin embargo, la magnitud de los cambios implícitos en esta reforma desata importantes conflictos en sectores políticos y gremiales.

La reforma de salud implica el establecimiento de un nuevo contrato social en torno a la organización del sistema de seguridad social en salud. La participación ciudadana debe jugar un rol fundamental en la definición de este nuevo contrato social porque la salud es un derecho ciudadano fundamental, pero además porque los ciudadanos tienen el derecho a participar en la definición de las reglas que gobiernan sus vidas. Este es un imperativo democrático.

El proceso de Reforma de la salud de Chile iniciado en mayo del año 2000, al comenzar el Gobierno del Presidente Ricardo Lagos, se concibió con un importante acento en la participación ciudadana como estilo de diseño de la política pública de salud y también con el objetivo de que fuera implementada preferentemente por medio de mecanismos de control social.

La estrategia establecida requería materializarse en formas y acciones específicas destinadas a definir cómo se logra comprometer la participación de los actores sociales involucrados, cómo se generan mecanismos para obtener acuerdos, etc. Se estableció así un programa de trabajo de participación ciudadana que buscaba abrir múltiples espacios de acuerdo a criterios de diferenciación y agrupación de la ciudadanía con relación a su vínculo con el sistema de salud.

El proyecto inicial de participación ciudadana en la Reforma de Salud contemplaba el diseño de tres etapas de consulta y la creación de una instancia permanente de participación.

La primera etapa estaba dirigida a recoger la percepción de la población acerca del sistema de salud a través de encuestas sobre atención y

protección percibida y sobre el estado de salud personal, tal como son percibidos por la población. Esta etapa incluyó también una encuesta realizada a los trabajadores de la salud - en todos sus estamentos de los sectores público y privado- destinada a registrar su percepción sobre los servicios que prestan y la organización en que trabajan.

La segunda etapa contemplaba la realización de talleres con grupos de actores sociales definidos para analizar los temas fundamentales de la reforma a la luz de las conclusiones del estudio de opinión y de los conocimientos técnicos disponibles.

La tercera etapa consistía en realizar una Asamblea Nacional de la Salud para cada uno de los temas antes definidos con el fin de realizar un debate y la búsqueda de acuerdos de los usuarios y otros actores sociales involucrados en el proceso. La Asamblea se realizaría con una secuencia de una semana cada ocho a diez semanas, de tal modo que el período de análisis y discusión participativa se extendiera desde julio del año 2000 hasta marzo del 2001. En mayo del mismo año se formalizarían las propuestas a partir de las conclusiones del proceso descrito.

Adicionalmente se consideraba una instancia permanente de participación cuyo propósito era lograr una interacción sistemática entre las diferentes visiones de la sociedad y asegurar una adecuada atención a las distintas sensibilidades representadas. En ella se incluía fundamentalmente al ámbito de la salud, la economía, las ciencias sociales y a las organizaciones comunitarias. Se concebía esta instancia como la capacidad de «legitimación» del proyecto que incorporaba entre los criterios de selección de los participantes tanto su representatividad como el respeto de que son objeto en sus comunidades de origen.

Bajo la forma de un comité directivo, esta instancia tendría las funciones de asesorar a la

<sup>1</sup> Versión preliminar del Resumen Ejecutivo

<sup>2</sup> Magister en economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile, socia e investigadora de CIEPLAN y consultora en asuntos públicos de Imaginación, Correa&Correa Consultores Ltda.

<sup>3</sup> Ingeniero civil de la Universidad de Chile, Jefe de la Unidad de Integración de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Salud.

Ministra de Salud en la formulación de las líneas directivas del proyecto, evaluar periódicamente los avances del mismo para sugerir los cambios y las modificaciones pertinentes y participar en las Asambleas Nacionales de la Salud como miembros de pleno derecho.

Cualquier balance de esta experiencia requiere examinar el escenario de la Reforma para comprender algunas de las restricciones que enfrentó la participación de la ciudadanía, así como los éxitos alcanzados.

En primer lugar es necesario destacar que una estrategia de participación ciudadana es una estrategia de renovación de las formas de relación de la institucionalidad tanto con sus usuarios como con los trabajadores del sector. Ello significa que la autoridad política debe ser la encargada de modular la implantación de prácticas de participación ciudadana, especialmente en el caso chileno, en el que la Reforma de la Salud adquirió un carácter emblemático por tratarse del único proyecto de gran envergadura del área social y por lo tanto de gran importancia para el Gobierno. Cabe destacar que en Chile el sector público es responsable de 75% de los usuarios de salud y contrata el mayor número de personas de modo que, en general, se evite la generación de tensiones en el sistema.

La estructura organizacional que se dio en el proyecto de Reforma tuvo gran incidencia en los resultados de la experiencia de participación en la reforma de salud. En esta estructura se separó la actividad de diseño de la Reforma de Salud del ámbito ministerial, creándose una Comisión de Reforma de la Salud que respondía a un comité de Ministros presidido por el Ministro del Sector. Esta dualidad, que ciertamente tiene ventajas desde la perspectiva de la creatividad y la innovación en el diseño de soluciones al separar el manejo de la contingencia de la reflexión estratégica, dio origen a ajustes a la forma de ejecutar el proyecto de desarrollo de una política de salud.

Los puntos de vista sobre los riesgos que implica una estrategia de participación ciudadana fueron distintos. Es así como se presentaron dos áreas iniciales de inhibición; por una parte la hipótesis de que una participación amplia podría convertirse en un incentivo para que los usuarios y trabajadores generaran una expansión de demandas reivindicativas y, por lo tanto, traducirse en un instrumento desestabilizador. Esto condujo a reducir la envergadura de la iniciativa original y limitarse a la realización de experiencias consultivas y de debate controlado sin pasar a la fase de Asambleas Nacionales de la Salud tal como se había postulado al principio.

Por otra parte, la participación ciudadana apunta a un contacto directo entre la institucionalidad y los trabajadores, lo que presenta un riesgo potencial para la relación entre la autoridad y los representantes gremiales de los trabajadores puesto que se sobrepasa el rol de intermediación. En ambiente de Reforma se dan condiciones que avalan un natural clima de desconfianza de los gremios frente a cambios que no se conocen y, por lo tanto, la relación directa de la institucionalidad con los trabajadores sin



intervención de los gremios tiende a entenderse como usurpación del rol de los intérpretes de las necesidades de los trabajadores. Con el propósito de mantener una relación armónica se entregó el control de la participación de los trabajadores a los gremios. La selección de participantes tuvo por resultado una disminución de la diversidad de visiones, reforzando la voz y la opinión gremial que veía con desconfianza el proyecto de reforma.

Otro elemento que obstaculizó el proceso de participación fue la permanente coexistencia de distintas visiones en torno a temas fundamentales al interior de la coalición de gobierno. Entre esas diferentes visiones destacan temas tan importantes como la comprensión de la salud como un bien público o como un bien de consumo individual, las formas de financiamiento de los gastos en salud de las personas que incorpora el aporte del gobierno y el aporte de las personas y diversas formas de administración de estos fondos, la participación del estado y/o de la iniciativa privada en los diferentes componentes de la estrategia de salud de un país y la participación de los usuarios actuales o potenciales del sistema de salud en diferentes aspectos y estructuras de su organización.

Estas diferencias, que son propias de coaliciones políticas, dificultaron la colaboración y la comunicación entre las personas que abrazan diferentes posturas respecto de estos ejes de reforma. En la medida en que estas diferencias se hacen más acentuadas, el trabajo conjunto se transforma, predominando en algunas instancias el esfuerzo por controlar el diseño por encima de una búsqueda de soluciones consensuales o negociadas orientadas al mejoramiento de la salud. Es posible

que esta condición haya incidido sobre la reducción del espacio de participación ciudadana simplemente por que no se alcanza un acuerdo respecto a las áreas y a los temas que se intentan rescatar desde la ciudadanía.

En estas condiciones, las interpretaciones de intenciones y riesgos predominan por encima de las necesidades de gobernancia, porque justamente emerge la pregunta básica, a saber, ¿governancia para qué proyecto? Y al no haber consenso, la respuesta apunta a una postergación mientras se buscan vías de acuerdo. En un escenario en que, como resultado de su variedad de origen, la coalición de gobierno no tiene una postura única, se tiende a inhibir acciones que pudieran interpretarse como una señal de control sobre los mecanismos de legitimación y de participación. Esto necesariamente inhibe las instancias participativas. Adicionalmente se podría argumentar que en un ambiente de dispersión del apoyo a diferentes formas o alternativas de enfrentar los ejes de diseño de la reforma resulta casi natural la abolición de un comité directivo cuya orientación pudiera resultar difícil de manejar y que, para ciertos temas, podría haber resultado una instancia de pie forzado para la autoridad.

Una forma de inhibición indirecta del proceso de participación que resulta de esta situación es que debido a la coexistencia de alternativas de solución es difícil establecer una estrategia de información a la ciudadanía que resulte en un incentivo a la participación y a la discusión en los ámbitos de trabajo y vida de las personas. La participación requiere de información y su ausencia inhibe el proceso o reduce la participación a la trivialidad.

Este último punto se refuerza al observar que la participación ciudadana se realizó en forma efectiva en torno a aquellos temas respecto de los cuales hubo acuerdo en el proyecto. En particular cabe destacar la labor realizada en torno a la determinación de Objetivos Nacionales de Salud, misma que contó con una nutrida participación de expertos que produjeron lineamientos sanitarios para la próxima década que nadie en el país pone en duda.

# Los Medicamentos Genéricos

## Una herramienta posible para mejorar el acceso de la población al tratamiento efectivo de las enfermedades<sup>1</sup>

Dr. Mario Glanc<sup>2</sup>

La adecuada utilización de medicamentos constituye uno de los pilares del ejercicio de la medicina moderna y, por cierto, de cualquier política de salud. Definido desde la mirada de la farmacoeconomía, el medicamento es un bien social, un bien meritorio dotado de externalidad extrema.

Un tercio de la población mundial, sobre todo de los países pobres, no tiene acceso a medicamentos esenciales, mientras que en los países denominados "centrales" se consume 77% de los medicamentos producidos en el mundo. El gasto en medicamentos representa entre 25 y 65% del costo sanitario total, pero en los países más ricos, 70% de las preparaciones farmacéuticas cuentan con financiación pública mientras que en los países en desarrollo, entre 50 y 90% del gasto en medicamentos es soportado por los bolsillos de las personas, existiendo en un mercado definitivamente imperfecto y, en medio de una profunda asimetría informativa, una gran variabilidad de precios para un mismo principio activo dentro de un mismo país y para una misma marca comercial entre distintos países.

Así planteado, el acceso al medicamento se transforma en un eje cardinal en materia de planificación en salud y resguardo de la vida de las personas. En especial cuando, a partir del incremento sostenido de los precios, se puede verificar que el acceso a los servicios de salud tiende a ser más probable que el acceso a los medicamentos.

Analizado desde la óptica del comportamiento del mercado, se comprueba un desempeño uniforme en la región, siendo que, expresada en dólares US, en la Argentina, la facturación de la industria farmacéutica duplicó su participación en el gasto total en salud durante la vigencia de la convertibilidad en la década de los 90, mientras que en Brasil la facturación total expresada en dólares US presentó un decremento de 22%, pero con un incremento medido en Reales de 43%. En Chile, el gasto en medicamentos se duplicó entre 1993 y 1998. En ese mismo país, el precio promedio del medicamento pasó de \$1.46 US en 1992 a \$4.60 US en 1999, verificándose en los tres países un significativo decremento de las unidades vendidas.

El acceso a los medicamentos depende de cuatro elementos centrales:

- a) accesibilidad,
- b) selección y uso racional,
- c) financiación sustentable y
- d) sistemas de financiamiento confiables.

Este trabajo se centra en el tema de Medicamentos Genéricos o Especialidades Farmacéuticas Genéricas (E.F.G), en la inteligencia de que la

promoción de la competencia a través de la utilización de ellos es sólo una de las medidas destinadas a incrementar la accesibilidad de medicamentos.

La misma OMC recomienda otras acciones relacionadas que pueden llegar a tener un alto impacto. Entre ellas se incluyen:

- a) El incremento del poder monopólico de los gobiernos,
- b) los controles y/o fijación diferenciada de precios,
- c) los recursos de corte fiscal,
- d) medidas que incidan sobre la asimetría de información entre fabricantes y consumidores,
- e) acciones sobre la logística de distribución, entrega y comercialización,
- f) utilización de las salvaguardias del Acuerdo sobre Derechos Intelectuales y Comercio (ADPIC) tales como el uso de importaciones paralelas y Licencias Obligatorias para medicamentos patentados,
- g) utilización de excepciones tendientes a acelerar la implantación de medicamentos genéricos a través de la denominada disposición "Bolar" (introducción administrativa de un medicamento patentado en un territorio nacional a los efectos de acelerar los tiempos de aprobación sanitaria para su utilización como genérico una vez concluido el período de protección vía patente),
- h) promoción de la utilización de medicamentos genéricos.

Se entiende como *medicamento genérico* aquel que *conteniendo el mismo principio activo que la especialidad medicinal que se toma como referencia presenta idéntica forma farmacéutica y composición cualitativa y cuantitativa en sus sustancias medicinales, y ha demostrado equivalencia terapéutica respecto a aquella a través de estudios de bioequivalencia*. Esta definición supone una

diferenciación entre medicamento innovador, medicamento genérico y copia o similar, la que se desarrolla en el texto, repasándose en él las condiciones en materia de equivalencia e intercambiabilidad comúnmente aceptadas.

En un contexto de desregulación y apertura comercial, algunos países de la región incrementaron su rol en la certificación y control en materia de medicamentos, generando organismos gubernamentales dirigidos hacia la regulación del mercado. En esa dirección cabe citar la creación del ANMAT en la Argentina, de la ANVISA de Brasil y el INVIMA de Colombia. Si bien el efecto neto sobre los precios no ha sido significativo, sí lo fue en materia de la introducción de resguardos de registro, rotulación, control de calidad, farmacovigilancia y adecuación de procedimientos a las normas habitualmente conocidas como "buenas prácticas de manufactura". Ello dio como resultado un conjunto de disposiciones normativas en la región capaces de dar continencia a una futura política regional en materia de medicamentos genéricos.

En el campo de las experiencias específicas, destaca la de Brasil, tanto a partir de las definiciones centrales de su política de medicamentos, como a partir de su ley 9787, de agosto de 1999, en la que se crea la categoría de «medicamentos genéricos», repasando tras el enunciado precedente los aspectos centrales del mercado de medicamentos genéricos en Brasil.

En otro segmento de la misma tendencia aparece la experiencia argentina del año 2002 con relación a la obligatoriedad de prescripción por nombre genérico emanada de la declaración de la Emergencia Sanitaria Nacional, mediante el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 486/02 y la Ley 25.649 de Promoción de la Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico, del 28 de agosto de 2002. También en este caso se presenta el comportamien-

<sup>1</sup> Resumen ejecutivo

<sup>2</sup> Médico Cardiólogo. Master en Salud Pública. Master en Economía y Gestión en Salud. Secretario de Extensión Universitaria Inst. Universitario Fundación ISALUD. Secretario Académico Primer Congreso Argentino Brasileño de Medicamentos Genéricos



to del mercado de medicamentos y los resultados del referido marco normativo.

Es muy importante considerar la relación entre propiedad intelectual, desarrollo innovativo y acceso a medicamentos, a partir del marco regulatorio impuesto por las Acuerdos de Aspectos de Derechos de Propiedad Intelectual y Comercio (ADPIC, o TRIP's por sus siglas en inglés).

En tal sentido la promoción de la fabricación de genéricos, la producción local, la exigencia a los titulares de patentes para la producción local o para que hagan disponible el proceso de producción en el ámbito local, así como el adelanto del proceso para poner en el mercado medicamentos genéricos una vez que las patentes hayan vencido (Disposición Bolar) son presentadas como estrategias complementarias cuya viabilidad y legitimidad son avaladas por resoluciones emanadas desde la propia OMC.

La cuarta reunión ministerial de la organización Mundial de Comercio (OMC) en Doha, Qatar, en Noviembre de 2001 declaró que la salud pública de los países y el derecho al acceso a los medicamentos está por encima de los derechos de propiedad intelectual, por lo menos tal como son definidos en sus caracteres generales por el acuerdo ADPIC, con lo que se generó un horizonte innovativo que gobiernos y sociedades aún esperan ver plasmado en medidas concretas.

Los cambios estructurales en la macroeconomía de la región en la década de los 90 trajeron como corolario una disminución de la capacidad de acceso al medicamento por parte de vastos sectores de la población a partir del incremento general de precios verificable en el valor medio del medicamento, expresado como su precio de venta a la salida de farmacia, y de la inexistencia de un incremento proporcional en los ingresos de los adquirentes, cuando no un franco retroceso en los niveles de los mismos.

Dado que el mercado de medicamentos se comporta de un modo altamente imperfecto y que su financiación tiende a ser altamente regresiva (ya que en un porcentaje variable según el país del que se trate, pero siempre a niveles altamente significativos, éste es soportado por el pago directo del usuario), el escenario descrito ha contribuido a profundizar la inequidad generando una paradoja: el acceso a los servicios de salud puede ser más sencillo y por ende más viable que el acceso a los medicamentos, lo que dejó por lo menos una parte del financiamiento de éstos a cargo de los menos posibilitados para hacerlo.

La provisión directa a través de las oficinas sanitarias de los países, el diseño de una canasta prioritaria de medicamentos esenciales y la implementación de una política de medicamentos

genéricos en su concepción integral o el impulso de la prescripción por nombre genérico como herramienta de estímulo de la competencia intrasectorial para forzar una disminución del precio de venta de los medicamentos, son parte de las herramientas recomendadas por la OMS en el propósito de favorecer el acceso a los mismos.

En diferentes países de América Latina se han desarrollado oficinas y/o iniciativas de regulación destinadas a intervenir activamente en el mercado de medicamentos. Este proceso creó un plexo aún insuficientemente interconectado de disposiciones potencialmente dirigidas hacia la generación, primero, y la uniformización, después, de marcos regulatorios compartidos a partir de los cuales el impulso de políticas alternativas resulte viable en el terreno del registro, la rotulación, las buenas prácticas de manufactura y los programas de farmacovigilancia.

Al mismo tiempo, el contexto internacional presenta una oportunidad y una exigencia en materia de introducción de políticas de medicamentos genéricos. Los acuerdos ADPIC suponen una clara limitación al acceso en el presente, pero expresan un horizonte de incertidumbre y zozobra en un escenario posterior al año 2005, cuando junto con el avance de la tecnología y los nuevos aportes en materia de diagnóstico y tratamiento, la protección de patentes alcance niveles de significación plena. Los antecedentes de Sudáfrica, Brasil, Kenia y la declaración de Doha de noviembre de 2001 podrían sugerir la formulación de un marco jurídico más respetuoso de la externalidad y del principio de exclusión de los medicamentos, expresados en su dimensión económica y de la salud de las personas.

Sin embargo, es preciso desactivar la falsa contradicción o el nudo de tensión subyacente entre medicamentos genéricos y control de calidad de los mismos. La necesidad de favorecer el acceso de los más humildes al medicamento se ubica en un plano deontológico en el mismo nivel que la necesidad de resguardar la calidad, inocuidad, eficacia y efectividad del mismo. Existen normas con consenso mundial y una pujante actividad industrial basada en las mismas capaces de proveer, en un marco jurídico adecuado, el medicamento apropiado en el tiempo preciso y a partir de la fuente más acorde al costo de oportunidad que cada nación decida o le sea posible afrontar.

Cada gobierno deberá definir libremente el marco jurídico que, dentro de su contexto, posibilite una introducción efectiva de mecanismos de genuina competencia entre medicamentos sustituibles o intercambiables, definiendo a su vez el nivel de restricción adecuado para cada caso, a fin de impedir el establecimiento de barreras artificiales que inhiban el desarrollo provocando un resultado inverso al enunciado.

## Gobernabilidad y Ciudadanía para la Equidad en Salud<sup>1</sup>

Sonia Fleury<sup>2</sup>

El problema central de la gobernabilidad en América Latina tiene su origen en la coexistencia paradójica de un orden jurídico y político basado en el principio de igualdad básica de los ciudadanos y la preservación simultánea de un escandaloso nivel de desigualdad en el acceso a la distribución de la riqueza y los bienes públicos. La pérdida de legitimidad del pacto corporativo y de los actores tradicionales vinculados al Estado desarrollista requieren la construcción de un nuevo pacto de poder que considere las transformaciones que se llevaron a cabo con el endurecimiento reciente del tejido social, y que sea capaz de incorporar plenamente a quienes actualmente se encuentran excluidos. Sin embargo, las posibilidades de generar estrategias de institucionalización del poder y de cohesión social están limitadas por la reducción del poder del estado y por la inserción de estas sociedades en una economía globalizada que profundiza las disyuntivas economía-política y estado-nación.

Pocos años después de las tentativas de estabilización de las recientes democracias latinoamericanas (en un contexto económico recesivo e inflacionario que subordina las demandas emergentes a los dictámenes de ajuste "recomendados" por las agencias financieras internacionales como condición para el ingreso de nuestras economías en el sistema globalizado) asistimos a diferentes manifestaciones populares que muestran el grado de deterioro de los fundamentos de la autoridad y de las instituciones políticas.

En años recientes hicieron explosión manifestaciones "callejeras" en varios países de la región, lo que de acuerdo con Calderón y Sztrukler es fruto del patrón histórico de desigualdades y discriminación, generado en la confluencia de tres fenómenos: la urbanización acelerada, la modernización limitada y la democracia restringida.

Las calles se transformaron en el ámbito de manifestación y resistencia para aquellos a quienes les fue vedada la posibilidad de comunicación a partir de su exclusión de la esfera pública. La reapropiación de los espacios públicos, la depredación de los símbolos del poder y la opresión económica son una manifestación común de violencia en contra de un poder que es visto como excluyente e ilegítimo.

La posibilidad de que estas manifestaciones se transformen en identidades de un proyecto implicaría la reconstrucción de la esfera pública. Este proceso requiere de la aceptación de la institucionalización del conflicto y su negociación, requisitos que no son fácilmente aceptados en nuestras sociedades, ni por las élites dominantes ni por los manifestantes atomizados. En otras palabras, el desarrollo de una cultura de democracia depende de la constitución de actores sociales capaces de desarrollar formas de organización y recursos estratégicos que les permitan ser incluidos en procesos de negociación y construcción de proyectos hegemónicos.

La ausencia de estas condiciones vuelve a poner la crisis de autoridad y de legitimidad en el escenario regional generando una situación recurrente de ingobernabilidad. Reis identifica tres tipos de crisis de ingobernabilidad en la coyuntura actual y las denomina de ingobernabilidad de "sobrecarga" (las crisis de la social-democracia iniciada hace aproximadamente un cuarto de siglo), "pretoriana" (una condición de precariedad institucional e inestabilidad política propias de muchos países de la periferia del capitalismo mundial en el siglo XX) y "hobbesiana" (fruto de las consecuencias políticas que surgen de los desbordamientos sociales de la globalización y de la reafirmación del mercado, unidas a la penetración del narcotráfico: violencia urbana, intensificación de la criminalidad, inseguridad). En esta última situación lo que está en juego es el mantenimiento del orden y de la seguridad, problema central de la preservación de la autoridad, es decir, aquello de lo cual se ocupó Hobbes.

La crisis de gobernabilidad que atravesamos durante los últimos años es fruto de dos fenómenos concomitantes, el agotamiento del pacto corporativo que legitimó el ejercicio del poder político del Estado desarrollista y las dificultades de readecuación de las economías nacionales al proceso de globalización en curso. El pacto corporativo fue un arreglo político e institucional que le permitió al Estado desarrollista construir y mantener una alianza entre intereses contradictorios sin una nítida hegemonía política, creando las condiciones para promover el proceso de industrialización sustitutiva.

Actualmente, en una sociedad que se ha tornado cada vez más compleja y dentro de regímenes democráticos, la incapacidad gubernamental para responder a las demandas políticas y sociales de los actores tradicionales y el surgimiento de nuevos actores ajenos al pacto corporativo prevaleciente, agudizan la crisis de gobernabilidad.

Además, existen dificultades para que los actores políticos tradicionales –élites económicas, tecno-burocracia, organizaciones corporativas, partidos políticos- se adapten a la nueva situación, en la cual los intereses sociales dejan de constituirse al interior del Estado. Lo cual exige su embate previo en la sociedad, en un contexto de preponderancia de la lógica del mercado y de una economía globalizada.

El tejido social forjado por el pacto corporativo fue siendo alterado con una transformación de los actores tradicionalmente vinculados a él, que ahora adquieren una mayor autonomía en la representación, al mismo tiempo que buscan preservar sus canales tradicionales de representación. Por otro lado, los nuevos movimientos sociales, la emergencia de una pluralidad de organizaciones no gubernamentales y de diferentes

<sup>1</sup> Resumen Ejecutivo del trabajo presentado en el Tercer Foro Interamericano de Liderazgo en Salud, organizado por el Centro Internacional de Investigaciones para el desarrollo, el Centro Latinoamericano de Economía Humana, la Fundación Mexicana para la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo, Buenos Aires, 16 y 17 de diciembre, 2002.

<sup>2</sup> Doctora en Ciencias Políticas, profesora de la Escuela Brasileña de Administración Pública y de Empresas de la Fundación Getúlio Vargas, en donde coordina el Programa de Estudios de la Esfera Pública y del proyecto del Observatorio de Innovación Social. sfleury@fgv.br www.ebape.fgv.br/pp/peep

formas de asociación, dan prueba de un escenario nuevo, en el cual los que fueron excluidos del pacto corporativo buscan formas de organización propias con una mayor autonomía y un menor control del Estado. La transición a la democracia permite la movilización de esta sociedad civil en torno a sus demandas ciudadanas.

Las transformaciones económicas relacionadas con el agotamiento del modelo de industrialización sustitutiva se unen a la necesidad de liberalización de la economía, la reducción de las cargas y el déficit fiscales, el aumento de la productividad económica, la reducción del intervencionismo estatal y la interrupción de la espiral inflacionaria, como condiciones para la inserción de las economías regionales en una economía globalizada.

La dependencia de los recursos y del aprovechamiento de las medidas económicas por parte de las agencias internacionales de financiamiento reduce la capacidad de decisión de los gobiernos democráticamente electos y los orienta más hacia la búsqueda de una legitimidad "hacia afuera" que rompe con los acuerdos y frustra las expectativas de sus electores.

En el escenario de una economía globalizada y subordinada a un proceso de especulación del capital financiero sin precedentes y reforzado por las tecnologías informáticas, las economías dependientes son presa de un círculo vicioso en el cual sus condiciones de gobernabilidad son avaladas por las agencias financieras privadas que definen tasas de riesgo para los inversionistas internacionales. Crear condiciones para atraer la inversión de capitales extranjeros, la mayoría de las veces volátiles, se convierte en un punto crítico del cual dependen los gobiernos para administrar la moneda y el déficit, aun cuando esto implique aumentos especulativos que perjudican principalmente a los productores nacionales y transforman las economías dependientes en exportadoras de capital en la forma de pago de la deuda que contraen para garantizar la estabilidad de la economía. ¡Un verdadero embrollo satánico!

A la incapacidad de responder a las demandas sociales emergentes dentro del proceso de democratización se suman medidas cada vez más restrictivas que alteran el patrón de beneficios sociales anteriormente existente, subordinándose a una lógica lucrativa, con la exclusión de sectores cada vez mayores de la población de las condiciones de trabajo formal y de las garantías sociales.

Inestabilidad, inseguridad, insensibilidad de los gobernantes, son los sentimientos que caracterizan la vida en las grandes metrópolis de la región, aumentando los riesgos de ingobernabilidad.

El debate reciente sobre las condiciones de gobernabilidad en América Latina trató de disociarse de la matriz conservadora que había producido una intensa discusión en los años sesenta en torno a las relaciones entre modernización, desarrollo y gobernabilidad. En aquella ocasión, la necesidad de orden, vista como imprescindible para asegurar el desarrollo económico, pasó a ser el valor que justificaba las soluciones políticas autoritarias. El nuevo debate sobre la gobernabilidad de los años noventa llevó la discusión hacia la necesidad de construcción del orden, pero esta vez en un contexto más complejo, ya que se trata de mantener el orden democrático. A partir de entonces el concepto gobernabilidad *democrática* busca distanciarse tanto de las soluciones autoritarias como de la restricción conceptual que lo limita a la mera capacidad estatal de gobernar.

La problemática de la gobernabilidad incluye tanto el fortalecimiento de la capacidad del gobierno para asegurar los bienes públicos en una sociedad, como también la existencia de normas y valores compartidos – que actualmente se denominan capital social- que organicen las interacciones colectivas, generando condiciones para una acción cooperativa entre los diferentes actores y agentes sociales.

De acuerdo con Prats, el concepto de gobernancia adquiere relevancia entendido desde una perspectiva doble: "en una dimensión estructural que hace referencia a los arreglos institucionales existentes en una sociedad dada, y una dimensión dinámica o de proceso, que se refiere a las acciones de los actores ... Esto permite focalizar la gobernancia desde una perspectiva tanto analítica como normativa. Desde la primera, gobernancia implica un marco conceptual para captar los arreglos institucionales de la sociedad y la gestión de los mismos por los actores relevantes; desde la perspectiva normativa, gobernancia compromete el liderazgo moral de los actores para mejorar las estructuras institucionales existentes en aras de mejorar la capacidad de solución de los problemas de la acción colectiva".

La discusión en torno al problema del déficit crónico de gobernabilidad retoma las hipótesis explicativas tradicionales e incrementa otras. Hay quienes lo atribuyen al exceso de demandas generadas como consecuencia de la democratización, creando una desproporción entre las demandas y los recursos disponibles. Otros ven en la fragilidad de la arquitectura político-institucional (en especial el sistema partidario y el funcionamiento precario del parlamento) el déficit que amenaza la gobernabilidad. Finalmente, algunos autores señalan la persistencia de un modelo económico excluyente, con índices calamitosos de desigualdad y exclusión, como el factor central para la fragilización de las instituciones democráticas, cuya sustentabilidad debería basarse en un nivel mínimo de igualdad entre los ciudadanos.

En el caso de América Latina, cuyo desarrollo económico y social tiene como rasgo sobresaliente precisamente el elevado nivel de desigualdad y de exclusión, la gobernabilidad democrática no puede separarse de la búsqueda de soluciones para la inclusión social y la reducción de las desigualdades. La creación de mecanismos de integración social vuelve a plantearse en el escenario político.

De la misma manera, uno de los aspectos singulares del proceso de consolidación democrática en América Latina es el replanteamiento de la disyuntiva entre los diferentes elementos que componen la ciudadanía y generan procesos particulares, llenos de contradicciones. Si bien los derechos políticos se encuentran prácticamente universalizados, los derechos civiles todavía no están garantizados y los derechos sociales, en muchos casos, sufren retrocesos como consecuencia de los planes recesivos de ajuste económico.

El hecho de que en los países desarrollados los derechos civiles hayan antecedido a los derechos políticos, mientras que en América Latina se vivió un proceso inverso, llevó a O'Donnell a identificar a nuestras democracias como no cívicas, con el predominio de una ciudadanía de baja densidad. Los derechos civiles y las libertades políticas son los principales soportes del pluralismo y de la diversidad, además de crear condiciones para el

ejercicio de una autoridad burocrática que rinde cuentas de sus actos. Por estas razones, la propuesta de O'Donnell se orienta hacia la conquista de los derechos civiles como una cuestión estratégica en la consolidación de la democracia en la región, asumiendo que la desigualdad también es producto de la ausencia del Estado de Derecho.

Sin embargo, el problema no es la inexistencia de un marco legal sino los usos y abusos del sistema legal, que permiten la impunidad de los poderosos, la corrupción de los funcionarios y la aplicación de la ley como forma de castigo en contra de los políticamente desprotegidos, con base en la prevalencia de una institucionalidad oculta que opera como norma, organizando las interacciones sociales a partir de la desigualdad cristalizada en la jerarquía vigente del poder, y no en la igualdad propuesta por la ley.

Sin lugar a dudas, no existen evidencias teóricas o históricas consistentes para indicar que la conformación de la ciudadanía en la región deberá pasar, primeramente, por el aseguramiento de los derechos civiles y la constitución de democracias formales, para después enfrentar el problema distributivo y asegurar así los derechos sociales. Al contrario, la cuestión social fue y continúa siendo el lugar de construcción de actores sociales que buscan llevar sus necesidades a la arena política y transformarlas políticamente en demandas. De la misma manera, es a través de las políticas sociales que el Estado interpela a los ciudadanos, dando nuevo significado a los contenidos conflictivos por medio de tecnologías apropiadas, despolitizando las demandas que se le dirigen y, finalmente, redefiniendo el significado de la ciudadanía.

El desmantelamiento reciente de los aparatos de política social construidos durante el pacto corporativo –las reformas sociales– encontró en América Latina una aceptación sin precedentes en otras sociedades. Este fenómeno se debe a factores como la identificación de los beneficios como privilegios, la burocratización y el clientelismo como prácticas predominantes, para no mencionar la corrupción y la incapacidad de responder con este aparato a las nuevas demandas ciudadanas.

Las demandas democráticas canalizaban las reivindicaciones de construcción de un nuevo patrón de políticas sociales, libre de la tutueta de la condición laboral, para asociarse universalmente a la condición de ciudadanía. En algunos países,

estas demandas se plasmaron en la legislación constitucional de las democracias emergentes, en sistemas universales, descentralizados y participativos de las políticas sociales.

Sin embargo, la crisis fiscal del Estado, el predominio de la orientación liberal y de las agencias internacionales en pro de las políticas sociales focalizadas y el reflujo de los movimientos sociales reivindicativos fueron suficientes para conformar, en los años recientes, un nuevo patrón de política social para la región.

Este patrón se caracteriza por la segmentación de las políticas sociales de acuerdo con el poder adquirido de cada grupo, donde llegan a sistemas duales de servicios sociales, públicos para los pobres y de mercado para aquellos que los pueden pagar. La inexistencia de mecanismos de solidaridad entre ricos y pobres conlleva un enorme peso para el Estado, que tiene que cargar con los costos de la pobreza.

La subordinación de la lógica de la protección social a la reproducción del capital financiero, con la introducción de los seguros sociales privados, genera un mercado institucionalmente producido, puesto que el Estado obliga y/o incentiva a los trabajadores a afiliarse a una aseguradora. Los límites de este mercado son conocidos actualmente, ya que no van más allá de 25% de la población. Más recientemente fueron generadas nuevas formas plurales en las cuales el mercado de servicios sociales fue ampliado institucionalmente, ya que el Estado deja de encargarse de la protección de los pobres, y se responsabiliza de brindar un seguro para que éstos puedan tener acceso a un proveedor privado.

Como consecuencia, asistimos a la ruptura de la solidaridad forjada en el periodo populista entre las capas medias y la población más pobre. Al mismo tiempo, la transcripción de esta segmentación de las políticas sociales en condiciones diferenciadas de la ciudadanía, implica la reificación de la separación entre derechos sociales para los que tienen recursos (en el populismo los recursos eran sobre todo políticos y ahora son financieros) y beneficios sociales, pero sin atribución de derechos para los pobres.

El deterioro de las condiciones de vida de las capas medias, la inestabilidad del mercado de trabajo, la incapacidad de las políticas asistenciales focalizadas para combatir la pobreza, la ineficiencia y la precariedad de los sistemas de atención universalizados, todos estos elementos generan

constantemente nuevas formas de articulación de la población en torno a la cuestión social.

La constitución de actores políticos, de formas organizativas y las articulaciones innovadoras Estado-mercado-comunidad demuestran que la conciencia y la participación de la ciudadanía se están desarrollando en el ámbito de las políticas y los derechos sociales, reafirmando que este continúa siendo nuestro camino específico de construcción de la democracia.

Nuestra tesis es que la construcción de la democracia en la región introduce, en la reivindicación ciudadana, un derecho de quinta generación (más allá de los derechos civiles, políticos, sociales y difusos) que corresponde a la demanda de una gestión deliberativa de las políticas públicas, en especial de las políticas sociales.

Hasta ahora desconocemos los mecanismos requeridos para la construcción de un nuevo diseño institucional del Estado que permita la articulación de esta nueva realidad del poder local en un pacto político que garantice la gobernabilidad del Estado nacional y fortalezca su posición en los foros supranacionales.

Sin embargo, esta hipótesis no debe ser excluida, dada la capacidad de innovación social y de transformación de la esfera pública que estamos atestiguando en el nivel local y microsocio. Hoy día el ámbito local es un laboratorio de transformaciones políticas y administrativas, muchas de las cuales se generalizan posteriormente en el ámbito nacional.

No obstante, la generación de condiciones de gobernabilidad local e incluso la transformación del Estado en este nivel no pueden ocultar la problemática de la gobernabilidad que se encuentra presente a nivel nacional. En este caso, los escenarios son mucho menos prometedores y apuntan en diferentes direcciones, ninguna de las cuales asegura condiciones de gobernabilidad.

Una posibilidad siempre presente es la de la reedición de los liderazgos neo-populistas en los cuales un líder mediático vincula su persona de manera directa a la masa de pre-ciudadanos sociales, más que nada electores, pasando por encima de la institucionalidad democrática. Otra posibilidad reside en el desarrollo de modalidades neo-corporativas en las cuales el Estado, ahora reducido en sus funciones de proveedor especialmente en el campo de las políticas sociales, establece diferentes modalidades de relación con las organizaciones de la sociedad civil y, al hacerlo, pasa a normalizar, definir y controlar ese espacio, con la consecuente pérdida de autonomía por parte de estas organizaciones. Otro escenario más es el del neo-pluralismo, a través del cual el Estado busca promover una nueva institucionalidad, de la cual son excluidos los actores tradicionales del pacto corporativo, a los que ahora se culpa de todo a pesar de ser las fuerzas políticas más expresivas de la sociedad y en la que se incluye a aquellos que antes no tenían acceso al poder político.

0 Es imposible adivinar cuál o cuáles escenarios prevalecerán, ya que esto dependerá de la conjugación de varios factores, tales como la correlación de fuerzas en cada sociedad, el desempeño de la economía, nacional e internacional, la institucionalidad del poder político existente, las transformaciones de la esfera pública, la crisis de hegemonía del liberalismo y la creciente militarización de la política internacional.

### Reevaluación de la disminución de la mortalidad infantil<sup>1</sup>

Omar B. Ahmad<sup>2</sup> Alan D. López y Mie Inoue

#### Introducción

En el siglo XX se han producido descensos espectaculares de la mortalidad en casi todos los países del mundo, independientemente de los niveles iniciales, las circunstancias socioeconómicas y la estrategia de desarrollo. Sin embargo, el optimismo general dio paso a cierto pesimismo al ver que las encuestas realizadas durante los primeros años ochenta mostraban que la rápida disminución inicial de la mortalidad había empezado a reducirse en algunos países y que, en general, había indicios sólidos de un principio de estancamiento o de una inversión de la tendencia.

Entre otras explicaciones, se sugirió que la rápida tasa de descenso observada anteriormente no era sostenible, dada la lentitud del desarrollo económico, la repercusión de la epidemia del SIDA y la introducción de un conjunto muy estrictamente definido de intervenciones de salud pública impulsadas por una tecnología perfeccionada. Se alegó además que el énfasis en las enfermedades prevenibles mediante vacunación y en la terapia de rehidratación oral, por oposición a un conjunto de programas de salud comunitaria de base más global y amplia, había provocado efectos de sustitución en la morbilidad y la mortalidad. Cuando eran sustanciales, los efectos de sustitución podían muy bien tener un peso considerable en la tasa de descenso de la mortalidad. En especial, esas preocupaciones llevaron a investigar la naturaleza, la estructura y los determinantes de la disminución de la mortalidad entre los niños.

Ha habido varios intentos de evaluar los niveles y tendencias de la mortalidad de los menores de cinco años. Todos estos análisis arrojaron diversas estimaciones de las defunciones de los menores de cinco años. Por ejemplo, como parte del estudio de la carga mundial de morbilidad, se estimó que en 1990 el número de fallecimientos en esta categoría de edades fue de 12.8 millones, y que sólo 200 000 de esas defunciones no correspondían a las regiones en desarrollo. Un examen del UNICEF, que abarcó el período 1960–1990, arrojó una estimación de 11 millones de defunciones infantiles en 83 países en desarrollo en 1992. El examen más reciente del UNICEF, que abarca el período 1960–1996, estima en 10.9 millones las defunciones infantiles registradas en 94 países en desarrollo durante 1996. Aunque estas cifras no son directamente comparables, apuntan a una reducción sustancial de la mortalidad general de los menores de cinco años.

#### Datos empleados y calidad de los mismos

La tasa de mortalidad de los menores de cinco años se expresa por 1000 nacidos vivos y constituye el indicador generalmente reconocido como el más

adecuado de la exposición acumulada al riesgo de morir durante los cinco primeros años de vida. En particular, en comparación con la tasa de mortalidad de lactantes, las técnicas demográficas indirectas empleadas para medir la tasa de mortalidad de menores de cinco años son más robustas y menos sensibles a las hipótesis sobre la distribución subyacente de la mortalidad. Además, el riesgo de defunción por varias de las enfermedades que son las causas principales de mortalidad de los lactantes sigue siendo elevado en los primeros años de la niñez. Por consiguiente, también constituye una medición adecuada de los resultados para la evaluación de la repercusión de diversos programas de intervención destinados a mejorar la supervivencia infantil.

Los datos obtenidos del registro completo de nacimientos y defunciones suministran la mejor base posible para la estimación directa de la mortalidad infantil. Lamentablemente sólo se dispone de esos datos para entre 55 y 60 países. Muchos países, especialmente de África pero también de zonas de Asia y América Latina, carecen de sistemas de registro civil operativos. En consecuencia, en esos países, las estimaciones de la mortalidad infantil se suelen basar en gran parte en encuestas transversales que reúnen historiales completos de los informantes sobre los nacimientos. En unos pocos casos hay sistemas de vigilancia demográfica longitudinal que proporcionan datos sistemáticos. Esos sistemas suelen controlar y registrar todos los acontecimientos vitales en una muestra adecuadamente definida de una población nacional. Sin embargo, su establecimiento y mantenimiento resultan muy costosos y a menudo abarcan una muestra no representativa, lo que limita su utilidad. A falta de esas fuentes de datos se pueden obtener estimaciones indirectas de los niveles y tendencias de la mortalidad infantil a partir de la información relativa al número medio de hijos por mujer y a la proporción que sobrevive en función de la edad de la madre. Esta información ha sido reunida sobradamente en censos y encuestas.

Dadas las limitaciones de los datos, cabe prever problemas relativos a la calidad de los mismos y a la comparabilidad de las estimaciones, lo que obstaculiza los análisis internacionales tanto de las tendencias como de las diferencias de mortalidad infantil dentro de las principales regiones y entre ellas. Asimismo, todos los países tenderán a darse diferencias entre las estimaciones en un determinado momento y a lo largo del tiempo, según el número de fuentes y las diferencias entre los métodos de estimación. Para muchos países en desarrollo, los datos relativos a periodos anteriores, especialmente los procedentes de los censos, son frecuentemente de calidad relativamente baja, debido a errores sustanciales de cierre. Para estos países, los mejores datos obtenibles proceden a menudo del Estudio Mundial sobre la Fecundidad y de los programas de las Encuestas de Demografía y Salud.

No obstante, incluso estas fuentes pueden verse afectadas por varios errores, de los que los más importantes son las omisiones de nacimientos y defunciones, la comunicación errónea de las edades de defunción y la comunicación errónea de las edades de las madres. La omisión de acontecimientos vitales es probablemente el error más grave y afecta a menudo a los niños que no viven con sus madres naturales o que han fallecido, especialmente los que murieron muchos años antes de la fecha de la encuesta. Como las mujeres en edad reproductiva son las unidades de muestreo básico de esas encuestas, su defunción prematura excluye a sus hijos de los estudios. Esos niños suelen tener un riesgo de mortalidad elevado y su exclusión tiende a sesgar a la baja la tasa de mortalidad infantil. Esto tiene efectos potencialmente graves en las situaciones en las que el VIH/SIDA representa una proporción importante de las defunciones maternas, lo que dificultó gravemente los esfuerzos desplegados para evaluar el impacto del SIDA en la mortalidad infantil. Otro problema es la comunicación errónea de las fechas de nacimiento, que puede repercutir en las estimaciones de las tendencias de la mortalidad, especialmente cuando esa información errónea varía en función de que el niño esté o no vivo en el momento de la encuesta. Los índices de atracción, normalmente para las edades que terminan en 0 o en 5, constituyen un problema menos grave, pero mucho más común. Y

<sup>1</sup> Versión resumida del artículo originalmente publicado en el Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (10): 1175–1191.

<sup>2</sup> Omar B. Ahmad, demógrafo; Alan D. López, coordinador; Mie Inoue, estadístico. Equipo sobre la Carga de Morbilidad del Programa Mundial sobre Pruebas Científicas para las Políticas de Salud, Organización Mundial de la Salud. (Dirigir la correspondencia al Dr. Ahmad.)

una forma mucho más grave de presentación errónea de la edad es la transferencia sistemática a edades adyacentes.

Por lo común, las mujeres seleccionadas para el análisis a partir de esos censos y encuestas están actualmente casadas y tienen menos de 49 años. En consecuencia, la información acerca de la mortalidad de los niños se limita a los nacidos de mujeres progresivamente más jóvenes, en el momento de los nacimientos, ya que el periodo de referencia se extiende más lejos en el pasado. Ese truncamiento de la edad puede repercutir negativamente en las tendencias temporales, distorsionándolas, y tiende a reflejar preferentemente la mortalidad de las épocas más recientes. Los errores de muestreo también influyen en las estimaciones obtenidas.

### Resultados y tendencias mundiales

En el plano mundial, un recién nacido en 1999 tenía una probabilidad de alrededor de 6.7% de fallecer antes de cumplir los cinco años; los valores correspondientes a 1990, 1980 y 1950 eran 9.6%, 12% y 25%. Se estima que, como promedio, alrededor de 15% de los niños nacidos en África muere antes de llegar a su quinto año de vida. Esta cifra contrasta con 3% – 8% de muchas otras partes del mundo en desarrollo y con menos de 2% en Europa. La disparidad es aún mayor cuando los países se agrupan con arreglo a cinco estratos de mortalidad. El riesgo de mortalidad es aproximadamente 15 veces mayor en los países situados en los estratos de mortalidad muy alta que en los países situados en el estrato de mortalidad muy baja.

Durante la segunda mitad del siglo XX se produjeron marcadas reducciones en la mortalidad infantil. La tasa de disminución mundial, medida por la tendencia del descenso del porcentaje entre quinquenios sucesivos, aumentó pronunciadamente entre 1960 y 1979, alcanzó un máximo de 12% en la segunda mitad del decenio de 1970, y se mantuvo a ese nivel durante todo el decenio de 1980. El periodo posterior a mediados de 1980 se ha caracterizado por una reducción sustancial de la tasa de disminución de la mortalidad infantil.

Todas las regiones presentaron marcadas reducciones de la tasa media de mortalidad de menores de cinco años entre 1970 y 1994. La región que experimentó la disminución continua más marcada fue el Mediterráneo Oriental, donde la tasa mediana de mortalidad descendió de aproximadamente 170 por 1000 en 1970–1974 a menos de 50 por 1000 en 1990–1994. África fue la región con peores resultados.

Se distinguieron tres grupos de países. En el primero los niveles de mortalidad ya eran relativamente muy bajos y, en consecuencia, no era probable que se produjeran nuevos descensos marcados: países de Europa, las Américas y el Pacífico Occidental. En el segundo grupo, países del Mediterráneo Oriental, las tasas de mortalidad de menores de cinco años habían disminuido rápidamente desde valores iniciales muy elevados hasta niveles muy reducidos, lo que limitaba la probabilidad de que se produjeran ulteriores reducciones rápidas. En el tercer grupo, integrado por los países de África y Asia Sudoriental, en donde los niveles iniciales de mortalidad eran elevados, la magnitud de las disminuciones fue muy reducida y la disminución de la mortalidad se ha hecho bastante más lenta. Siempre y cuando no se agraven los efectos del VIH/SIDA, cabe pensar que

una mejora de la situación política y socioeconómica de estos países podría dar lugar a nuevas reducciones sustanciales de la mortalidad.

### Conclusión

El número de defunciones infantiles en todo el mundo disminuyó de más de 13 millones en 1980 a unos 10.5 millones en 1999. Cualquiera que sea el criterio que se aplique, se han hecho notables progresos en materia de salud pública. Sin embargo, hay indicios sólidos de que la tasa de disminución podría haber empezado a frenarse. A este respecto, cabe formular las siguientes preguntas.

¿Son reales esos descensos? Y en caso afirmativo, ¿a qué se deben, y qué posibilidades hay de conseguir nuevas reducciones de la mortalidad infantil?

Es importante reconocer que la salud pública puede sufrir cambios de tendencia que pueden alterar sustancialmente las disminuciones de la mortalidad a largo plazo. Puesto que los niños son probablemente más vulnerables a estos cambios, el progreso constante no está asegurado. Por ejemplo, la mortalidad infantil aún no ha acusado el pleno impacto de la epidemia de VIH/SIDA.

Un registro civil eficaz es la mejor opción para vigilar los progresos de los países en cuanto a la reducción del número de defunciones prematuras, en particular entre los niños. En muchos países en desarrollo, no obstante, cabe prever que los progresos en esta esfera seguirán siendo modestos debido a los costos asociados al mantenimiento y mejora del registro de los nacimientos y las defunciones. Con todo, los importantes programas de encuestas de población establecidos en las últimas décadas, unidos al registro y los censos, han aportado una información valiosa sobre la mortalidad infantil.

Utilizando estos datos hemos estimado que en 1999 murieron unos 10.5 millones de niños de 0–4 años, es decir, unos 2 millones menos que al comienzo del decenio. De estas defunciones, 98%–99% se produjeron en los países en desarrollo. A nivel mundial, el riesgo de un recién nacido de fallecer antes de los cinco años es como media de un 6.7%.

En África, aproximadamente 15% de los recién nacidos mueren antes de su quinto año de vida; esta cifra contrasta con 6% – 10% de los recién nacidos en Asia Sudoriental y con 4% o menos de muchas partes de América Latina, la región del

Pacífico Occidental y la región del Mediterráneo Oriental.

Nuestro análisis permite pensar que el progreso constante en el descenso de la mortalidad infantil en los últimos cinco decenios se mantuvo a lo largo de los años noventa. Aunque la tasa de descenso ha disminuido en todas las regiones, salvo en el Pacífico Occidental, no hay indicios sólidos que apunten a un aumento de las tasas de mortalidad infantil. Son excepciones notables en este sentido los países de África meridional, donde existe una prevalencia sumamente elevada del VIH, y unos pocos países de Asia que atraviesan una difícil coyuntura económica. Sin embargo, la ralentización de la disminución en África y Asia Sudoriental es particularmente inquietante pues se produce a niveles muy elevados de mortalidad y en países que sufren un grave deterioro de su economía. Es preciso conocer mejor las causas de la disminución continuada si se quiere que los programas de salud pública estén mejor orientados para garantizar que se prolongue. A causa de la escasez de datos fiables sobre las causas de defunción en los países en desarrollo, resulta muy difícil determinar si los avances se pueden atribuir al éxito de programas de intervención concretos, a cambios de los hábitos de procreación, al desarrollo social y económico general o, como es probable, a una combinación de esos y quizá otros factores.

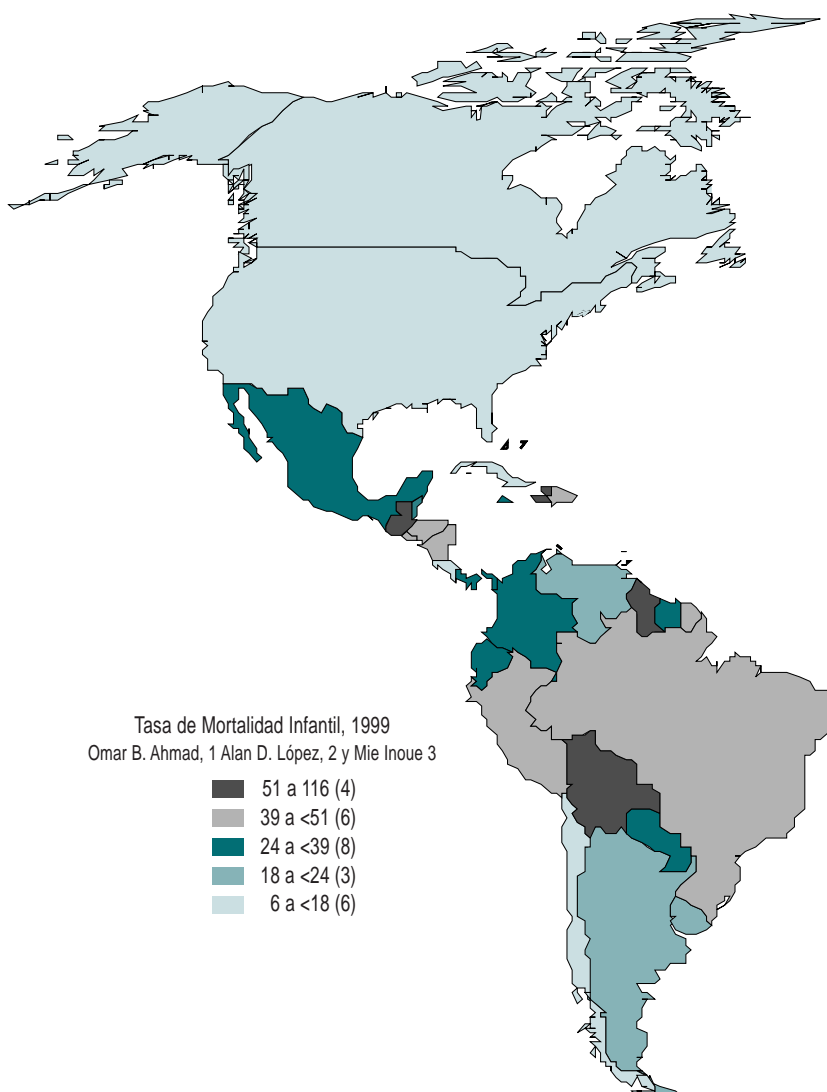
Conviene dedicar más atención a dilucidar los mecanismos por los que diversas intervenciones contribuyen a reducir o a aumentar el riesgo de muerte de los niños y algo menos a identificar sin más los determinantes de la supervivencia infantil. Mediante la inversión en investigaciones y en sistemas de vigilancia destinados a mejorar los conocimientos acerca de las causas de la disminución de la mortalidad infantil se puede esperar una mayor focalización de los programas de intervención que permita alcanzar más fácilmente sus objetivos.

Si las principales amenazas contra la salud, como el VIH/ SIDA y el paludismo, no se agudizan espectacularmente en los próximos decenios, sobre todo en África, las tendencias actuales permiten pensar que la mortalidad infantil podría reducirse a la mitad de aquí al año 2030 aproximadamente. Cabe prever que los progresos serán más acusados en los países con mayor estabilidad política, compromiso en la prestación de servicios y desarrollo socioeconómico.

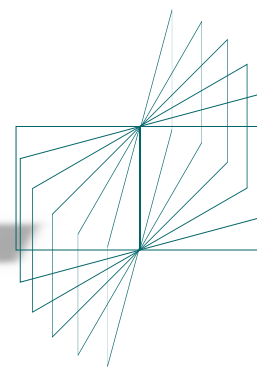
## Mortalidad Infantil en América

### Reevaluación de la disminución de la mortalidad infantil

País	Tasa X 1,000 nvr
Argentina	22.0
Belice	28.0
Bolivia	86.0
Brasil	45.0
Canadá	6.0
Colombia	29.0
Costa Rica	14.0
Cuba	9.0
Chile	10.0
Ecuador	37.0
El Salvador	39.0
Estados Unidos de América	8.0
Guatemala	51.0
Haití	116.0
Honduras	40.0
Jamaica	27.0
México	24.0
Nicaragua	47.0
Panamá	34.0
Paraguay	35.0
Perce	49.0
República Dominicana	49.0
Trinidad y Tobago	9.0
Uruguay	18.0
Venezuela	23.0



# Páginas de la Reforma



## Publicaciones Recientes

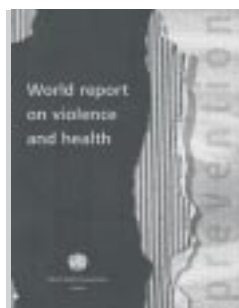
- Aguinaga Bialous S, Shatenstein S. La Rentabilidad a Costa de la Gente. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2002. Disponible en Internet en: [http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPM/TOH/profits\\_over\\_people.htm](http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPM/TOH/profits_over_people.htm)
- Behrman, Jere R., Alejandro Gaviria y Miguel Székely, editores. Who's In and Who's Out. Social Exclusion in Latin America. Washington, D.C. : Banco Interamericano de Desarrollo, 2003.
- Bloche, Gregg, editor. The Privatization of Health Care Reform: Legal and Regulatory Perspectives Nueva York: Oxford University Press, 2003.
- Castaño, Ramón A., José J. Arbelaez, Ursula B Giedion y Luis G Morales. Equitable financing, out-of-pocket payments and the role of health care reform in Colombia. Health Policy Plan. 2002.
- Davini M. C, Nervi L, Roschke M. A. Capacitación del Personal de los Servicios de Salud - Proyectos Relacionados con los Procesos de Reforma Sectorial. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2002. Disponible en Internet en: <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSR/HSR02/libro3-obsrrhh.htm>
- Ichiro Kawachi, Bruce P. Kennedy. The Health of Nations: Why Inequality is Harmful to your Health. Nueva York: The New Press, 2002.
- McElmurry B. J, Marks B. A., Cianelli R, Mamede M. Primary Health Care in the Americas: Conceptual Framework, Experiences, Challenges and Perspectives. Washington, D.C. : Organización Panamericana de la Salud. 2002. Disponible en Internet en: <http://www.paho.org/English/HSP/HSP/HSP07/primaryhealthcare.htm>
- Organización Panamericana de la Salud, Partnerships for Better Health in the Americas. Washington: OPS/OMS, 2002. Disponible en Internet: <http://www.paho.org/English/DEC/OP11PartnershipsforHealth.htm>
- Organización Panamericana de la Salud. La salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C. : 2002. Disponible en Internet en: [http://publications.paho.org/english/moreinfo.cfm?Product\\_ID=666](http://publications.paho.org/english/moreinfo.cfm?Product_ID=666)
- Pollack, Molly E. Equidad de género en el sistema de salud chileno. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2002. Disponible en Internet en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/11461/P11461.xml&xsl=/ues/tp/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt>
- Valdivia, Martin. Public health infrastructure and equity in the utilization of outpatient health care services in Peru. Health Policy Plan. 2002.
- Revista Salud Pública de México. Vol. 45, No. 1, enero-febrero, 2003

## Violencia y Salud Informe Mundial de la OMS

Cada año, más de un millón y medio de personas pierden la vida violentamente en todo el mundo. Además, millones de personas resultan heridas y sufren todo tipo de problemas físicos, sexuales, reproductivos y mentales que, según los cálculos, en algunos países representan gastos sanitarios equivalentes a más de 5 % del PIB. El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la OMS es el primer informe de este tipo en abordar el tema de la violencia desde la perspectiva de la salud pública a nivel planetario.

De acuerdo con la Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la OMS, este informe "Nos obliga ... a cuestionar la idea de que los actos violentos son meras cuestiones de intimidad familiar o de elección individual, o bien aspectos inevitables de la vida". Y añade que "la violencia es un problema complejo, relacionado con esquemas de pensamiento y comportamiento conformados por multitud de fuerzas en el seno de nuestras familias y comunidades, fuerzas que pueden también traspasar las fronteras nacionales".

El Informe no sólo se centra en determinar la magnitud del problema sino que presenta y analiza asuntos relacionados con las causas de la violencia y los métodos para prevenirla y mitigar sus consecuencias negativas para la sociedad y la salud. El Informe propone un acercamiento al problema desde la perspectiva de la salud pública que toma en cuenta los complejos fundamentos sociales, psicológicos, económicos y comunitarios de la violencia.



**World Report on Violence and Health**  
**Organización Mundial de la Salud**  
**Ginebra, Suiza, 2002**

## Financiamiento y descentralización de la salud en Brasil

Un profundo análisis empírico, histórico y conceptual de la información sobre el gasto gubernamental en salud, sus montos y sus resultados, sobre sus fuentes y sobre la manera en que se usan y distribuyen los recursos entre las diferentes áreas geográficas y los estratos sociales del Brasil es lo que nos ofrece esta obra del destacado analista del sector salud de América Latina, André Medici.

De acuerdo con Philip Musgrove, Economista Principal del Banco Mundial, la obra se centra en el análisis del gasto gubernamental, "dada su importancia crítica para las intervenciones de salud pública, generalmente desatendidas por el sector privado, así como por la dependencia del financiamiento público por parte de los segmentos de población pobres".

Este estudio del caso concreto de Brasil ofrece una visión clara de la manera en que se financia la descentralización del sector salud en países federativos. *El desafío de la descentralización* es sin duda una lectura obligada y útil para todos los analistas y tomadores de decisiones de salud pública en América Latina.



**El desafío de la descentralización.**  
**Financiamiento público de la salud en Brasil.**  
**Banco Interamericano de Desarrollo.**  
**Washington, 2002. 174 páginas**

# Noticias

## Cien Años de la Organización Panamericana de la Salud

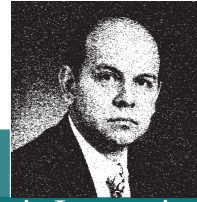
Con la presencia del secretario general de las Naciones Unidas, Kofi Annan, el director de la OPS, el Dr. George Alleyne, y más de 350 personalidades, el 2 de diciembre pasado se celebró la cena para conmemorar el centenario de la Organización Panamericana de la Salud en el mismo hotel donde ésta fue fundada. Así culminaron una serie de importantes actividades llevadas a cabo a lo largo y ancho del continente americano con el fin de conmemorar tan importante aniversario.

Como parte de las celebraciones, se llevó a cabo un Simposio por el Centenario en el que participaron ministros de salud, representantes de fundaciones, de agencias bilaterales y multilaterales, de la sociedad civil, de la Organización de las Naciones Unidas y del sector privado. En el simposio se discutieron las modalidades para fortalecer la colaboración destinada a hacer frente a los nuevos retos de la salud pública en nuestro continente.

Así mismo, la OPS lanzó una edición especial de la revista «Perspectivas de Salud», la cual puede ser consultada en el Internet. Entre los artículos presentados, destacan *Una nueva guardia, un segundo siglo*, por Sir George Alleyne y *En defensa de nuestra progenie: el futuro de las vacunas*, por Sir Gustav Nossal.

Durante la ceremonia se realizó un cálido homenaje a los "Once héroes de la salud pública": los doctores Carlos Canseco, de México;

Jacinto Convit, de Venezuela; Myrna Cunningham, de Nicaragua; D.A. Henderson, de los Estados Unidos; José Jordan, de Cuba; Marc Lalonde, de Canadá; Edgar Mohs, de Costa Rica; Elsa Moreno, de Argentina; Zilda Arns Neumann, de Brasil; Ruth Puffer, de los Estados Unidos y Sir Kenneth Standard, de Jamaica.



## Premio Internacional de Investigación en Políticas de Salud José Luis Bobadilla

# 2003

José Luis Bobadilla, uno de los más destacados expertos en salud de América Latina, falleció en un accidente aéreo el 2 de octubre de 1996. Con el propósito de honrar su memoria y hacer un público reconocimiento a las personas que han sobresalido en el campo de las políticas de salud en América Latina y El Caribe, tanto en el ámbito aplicativo como académico, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, la Organización Panamericana de la Salud y la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) instituyeron, en el mes de abril de 1997, el Fondo «José Luis Bobadilla» para el Fomento de las Políticas de Salud Pública. cuyo objetivo es otorgar un premio a las categorías de investigación en políticas de salud y de innovaciones en políticas de salud en América Latina y El Caribe.

El Premio consistirá en un Diploma, un estímulo económico de US \$10,000.00 (diez mil dólares) y la difusión del trabajo ganador a través de la página WEB de la Red José Luis Bobadilla. El jurado estará integrado por cinco destacadas personalidades del campo de las políticas de salud en América Latina y El Caribe. Con el fin de evitar conflictos de interés, los integrantes de este jurado no serán miembros de ninguna de las instituciones convocantes.

Invitamos a los interesados en participar en el certamen, investigadores en políticas de salud sobre América Latina y/o El Caribe, a que consulten las BASES del mismo en la página electrónica del NAADIIR.

## Las Compañías Tabacaleras se alían contra la Salud

De acuerdo con un informe recientemente publicado por la OPS (Stella Aguaniaga y Stan Shatenstein. Profits Over People. Tobacco Industry Activities to Market Cigarettes and Undermine Public Health in Latin America and the Caribbean), las grandes compañías tabacaleras que operan en América Latina y El Caribe, muy a pesar de la intensa competencia que llevan a cabo entre ellas, logran hacer importantes acuerdos para enfrentar los retos que enfrenta la industria del tabaco. Obviamente esto significa que no se detienen ante consideraciones éticas e incluso pagan ocultamente informes supuestamente científicos para desligar los efectos nocivos del consumo de tabaco sobre la gente. Han llegado incluso a detectar y luego controlar la comercialización de productos de contrabando para aumentar su participación en el mercado. Ello sin olvidar las desgraciadamente tradicionales prácticas de corrupción de funcionarios para frenar la legislación anti-tabaquismo en varios países.



## Citas con la Reforma

### The Consumers Directed Health Care Conference and Expo Conferencia y Exposición para Consumidores sobre Atención a la Salud

Abril 7 - 9, 2003  
Las Vegas, Nevada, EUA

### International Health Summit Conferences: The Leading Conference on Developing Innovative International Healthcare Strategies & Solutions Conferencias de la Cumbre Internacional de Salud: Conferencia Guía sobre el Desarrollo de Estrategias y Soluciones Internacionales de Atención a la Salud

Mayo 6 - 9, 2003  
Hong Kong, China

### Encuentro Internacional: Movilizando el Capital Social y el Voluntariado de América Latina

Mayo 22 - 23, 2003  
Santiago de Chile

### Conference on Health and Economic Policy Conferencia sobre Salud y Políticas Económicas

Junio 27 - 28, 2003  
Munich, Alemania

### The Premier Forum for Health Services Research Primer Foro para la Investigación en Servicios de Salud

Junio 27 - 29, 2003  
Nashville, Tennessee, EUA.

### VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva

Julio 29 - Agosto 2, 2003  
Universidad de Brasilia, Brasil

### Adaptándose al Cambio.

#### Curso sobre reforma del sector salud y programas de salud reproductiva en América Latina y el Caribe.

Agosto 11-22, 2003  
Oaxaca, México

### 5th International Conference on the Scientific Basis of Health Services

#### Quinta Conferencia Internacional sobre Bases Científicas de los Servicios de Salud

Septiembre 20 - 23, 2003  
Washington, DC. EUA

# Informando & Reformando

## Boletín trimestral del NAADIIR

Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información  
sobre Iniciativas de Reforma



Banco  
Interamericano  
de Desarrollo



Fundación  
Mexicana  
para la  
Salud



Instituto  
Nacional de  
Salud  
Pública  
México



Organización  
Mundial de  
la Salud

## Directorio

### Comité Directivo

Anne Mills • Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres  
Celia M. de Almeida • Fundación Oswaldo Cruz  
Miguel Angel González • Organización Mundial de la Salud  
Enis Baris • Banco Mundial  
Christina Zarowsky • International Development Research Centre

### Secretariado

Andrew Creese • Organización Mundial de la Salud  
Eric Blas • Organización Mundial de la Salud  
Gustavo Nigenda • Fundación Mexicana para la Salud  
Tore Godal • Organización Mundial de la Salud

### PROSyPS

Jaime Sepúlveda / Mario Bronfman • Instituto Nacional de Salud Pública, México  
Guillermo Soberón • Fundación Mexicana para la Salud

### Staff del NAADIIR

Gustavo Nigenda • Coordinador Ejecutivo  
Alejandro Escalante-Bañuelos • Gerente de Información

### Informando & Reformando

Gustavo Nigenda • Director  
Víctor Becerril • Editor  
Carlos Oropeza-Abúndez • Asesor Editorial

Explore la base de datos del NAADIIR  
<http://www.insp.mx/ichsri>