

El derecho a la salud en el marco del financiamiento con subsidio a la demanda.

Susan López.

Cita:

Susan López (2013). *El derecho a la salud en el marco del financiamiento con subsidio a la demanda. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-038/744>

X Jornadas de sociología de la UBA.

20 años de pensar y repensar la sociología. Nuevos desafíos académicos, científicos y políticos para el siglo XXI. 1 a 6 de Julio de 2013

MESA 79. Investigación Social y Salud

TÍTULO: El derecho a la salud en el marco del financiamiento con subsidio a la demanda

AUTORA: López, Susan . Facultad de Trabajo Social-UNLP

Mail: gsusanlopez@hotmail.com

Resumen

Este trabajo se enmarca en uno de los aspectos de la tesis de doctorado y pretende realizar un aporte al debate sobre el financiamiento en salud con subsidio a la demanda y el derecho a la salud.

Tiene como objetivos específicos: a) analizar a partir de las reformas de los años 90, la relación entre la política social en salud y el sentido e intencionalidad de los subsidios públicos; b) caracterizar los fundamentos que dieron lugar al cambio del subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda; c) Confrontar la equidad pretendida del subsidio a la demanda con el derecho a la salud.

Una de las características de la política en salud impulsada a partir de la reforma fue dirigir las acciones a grupos seleccionados por problemáticas y riesgos específicos. Esta modalidad conocida como focalización - que surge como una alternativa a la provisión universal- propone el financiamiento con subsidio a la demanda como un modo eficaz para alcanzar equidad en salud.

La equidad pretendida por el subsidio a la demanda, ¿Está en consonancia o en contraposición con el derecho a la salud?, ¿Cuales son las dimensiones que se priorizan?

Estas preguntas guiaron el trabajo que además pretende tensionar la relación entre subsidio a la demanda, equidad y derecho a la salud desde una perspectiva de salud para todos, compartiendo con Berlinguer que, *“la equidad en salud no se debe buscar en una mejor distribución de la salud existente, o sea, en una redistribución con suma cero que quiten un poco de salud algunos para darla a otros.”*

Para elaborar el trabajo se utilizaron fuentes de datos secundarios y bibliografía específica. Se trabajó desde una perspectiva histórica-política y económica en dos momentos considerados relevantes: la última década del siglo XX y la primera del siglo XXI.

PALABRAS CLAVES: DERECHO A LA SALUD/ EQUIDAD EN SALUD/SUBSIDIO A LA DEMANDA.

Introducción:

Este trabajo pretende contribuir al debate sobre el financiamiento con subsidio a la demanda, implementado a partir de los años 90, tensionando la equidad pretendida con el derecho a la salud.

Para ello se realiza una breve presentación de la reforma en salud de los años 90, con la intención de observar la relación entre las políticas de salud y los subsidios públicos, al mismo tiempo que caracterizar los fundamentos que dieron lugar al cambio del subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda.

Esta forma de subsidio es defendida porque sostiene que aumenta la equidad. La pregunta que se impone es ¿Cuáles son los fundamentos de esa equidad? y ¿Cuál es la relación entre equidad y del derecho a la salud?.

Contribuir a este debate impone no soslayar el contexto histórico, político y económico que marcó el neoliberalismo, imponiendo al mercado como mejor asignador de recursos y al individuo como responsable de procurar su igualdad de oportunidades.

El marco de la financiación de salud a partir de los 90

El telón de fondo sobre el cual se sustentaron las reformas, contenía una lectura sobre el endeudamiento de estos países apoyada en la incapacidad que los mismos tenían para gestionar mas eficientemente sus economías mixtas con alta participación estatal. Así el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) exigieron, como requisito para refinanciar la deuda y extender créditos, la reducción del sector público en la gestión de actividades comerciales, de servicios públicos y la reducción de los servicios sociales. (Ugalde y Homedes, 2002). La reforma en salud que comenzó a principio de los años noventa en el marco de la reforma del Estado, generó una transformación estructural en los tres subsectores que conforman el sistema de salud argentino. El proceso, regido por la reducción del gasto público, abarcó la privatización de las empresas nacionales, la descentralización de instituciones que dependían del Estado Nacional hacia jurisdicciones provinciales o municipales y la focalización – con el enfoque de riesgo- de los programas sociales.

Si bien las principales modificaciones transcurrieron en los subsectores público y de la Seguridad Social, a partir de decretos del ejecutivo¹, las

¹ Ver Decreto 1269/92 de Políticas Sustantiva, Decreto 9/93 Libre elección de Obras Sociales, Decreto 578/93 Hospital Publico de Autogestión, Decreto 576/93 de Desregulación de Obras Sociales, Decreto 247/96 Creación del Programa Medico Obligatorio (PMO). Estos son algunos de los principales decretos que tuvieron lugar en el marco de la reforma del sistema de salud

transformaciones generadas en el reacomodamiento de las nuevas funciones y roles de los diferentes actores del sistema crearon nuevas reglas de juego que no solo impactaron sino que beneficiaron al subsector privado de salud.

La financiación con subsidio a la oferta fue la modalidad que se sostuvo tradicionalmente para aumentar la accesibilidad de la atención a la salud. Basada en principios de universalidad, la salud al alcance de todos, que beneficia en forma directa a los sectores pobres y sin cobertura. Esta forma de financiación fue seriamente cuestionada, principalmente y desde una perspectiva económica, por el alto gasto que genera y por la ineficiencia producida por la burocratización. De este modo quienes cuestionaban esta modalidad de subsidio avanzaron con la idea, ya planteada en la década del 40 por Von Hayek, sobre el subsidio a la demanda. Se afirma entonces que, este subsidio mejoraría la equidad del sistema porque estaría dirigiendo los recursos solo a los sectores con necesidades específicas -focalización-.

Subsidio a la oferta y a la demanda

Con la finalidad de comprender más acertadamente que se entiende por subsidio, recurrimos a la definición de la Real Academia Española que lo define como la *“Prestación pública asistencial de carácter económico y de duración determinada”*².

Mientras que las instituciones estrictamente económicas, explicitan algunos alcances, como por ejemplo *“Ayuda de carácter oficial que se concede a una persona o entidad. Ayuda económica concedida por el Estado u otro organismo oficial para cubrir una necesidad social o económica (subsidio de desempleo). A diferencia de la subvención, que tan sólo cubre una parte de la necesidad económica, el subsidio trata de ser una ayuda completa”*³.

Existe cierto consenso de que el objetivo de otorgar un subsidio puede ser alguna meta social como auxilio a los desocupados o a los más pobres, o alguna meta de fomento como el desarrollo de ciertas actividades industriales, y sin que el Estado reciba compensación alguna. Algunas definiciones sostienen que también pueden utilizarse para corregir distorsiones en el mercado, como por ejemplo en condiciones de inflación.

2 Real Academia Española. En www.rae.es

3 La gran enciclopedia económica. En <http://www.economia48.com>

En cuanto a la cobertura se puede distinguir, los subsidios de carácter universal dirigidos a toda la población y los focalizados dirigidos a determinados estratos de la sociedad.

Es posible realizar una distinción entre los subsidios a la oferta (se conceden a prestadores de servicios) y los subsidios a la demanda (que permiten disminuir parcial o totalmente lo que abona el destinatario final). Dentro de estos últimos, existen los subsidios directos (a través de los cuales el **Estado** paga directamente una parte del servicio o prestación a los consumidores) y los subsidios cruzados - **entre diferentes usuarios se paga el servicio e incluso no establece una tarifa única sino en relación a la posición económica de cada actor social y beneficiario**. Es decir que, los subsidios pueden tener diferentes destinatarios, personas, empresas instituciones, etc., con la finalidad de alcanzar un propósito social. Por ejemplo, aumentar la posibilidad de acceso algún servicio o necesidad básica o favorecer el desarrollo económico de sectores de menores recursos.

¿De qué depende entonces, elegir uno u otro o una combinación de subsidio como financiamiento de las políticas en Salud?

Sin dudas el diseño de una política de salud esta en consonancia, con el modelo de política social ajustado a los valores de la política nacional enmarcada en una organización jurídico-política que defiende determinados intereses económicos y sociales conforme a la ideología que sustenta y sostiene. Por otra parte, y no menos importante es el lugar que en el contexto mundial ocupa económica y políticamente el país y su organización política e ideológica.

Es importante entonces considerar que, así como después de la Segunda Guerra Mundial los países europeos desarrollados avanzaron hacia un modelo de Estado de Bienestar para superar las consecuencias de dicha guerra, pasado el periodo de guerra fría y frente a la recesión económica mundial de los años 80, los grandes sectores económicos mundiales reclamaron una menor injerencia del Estado y una mayor participación y libertad del mercado.

El cambio de un modelo basado en el Estado por otro basado en el Mercado, respondió a un proceso de complejos entramados de poderes e ideologías políticas, económicas, intereses de diferentes actores en un momento donde la mundialización de la economía cobraba protagonismo.

En este sentido cabe destacar entonces que, el telón de fondo sobre el cual se sustentaron las reformas en la mayoría de los países latinoamericanos, contenía una lectura sobre el endeudamiento de estos países apoyada en la incapacidad que los mismos tenían para gestionar mas eficientemente sus economías mixtas con alta participación estatal. Así el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) exigieron, como requisito para refinanciar la deuda y extender créditos, la reducción del sector público en la gestión de actividades comerciales, de servicios públicos y la reducción de los servicios sociales. (Ugalde y Homedes, 2002).

El impacto de las políticas de ajuste estructural se hizo sentir rápidamente en los sectores de menores recursos, entonces se recomendó la creación de un instrumento que diera respuesta inmediata y eficaz a los sectores más castigados. Se sostenía que los programas universales eran muy costosos, que había que redirigir el gasto hacia los sectores más necesitados, es decir focalizar. La focalización fue planteada como más eficiente que la impulsada por programas universales, con subsidio a la oferta, porque el subsidio es a demanda y entonces se llegaría a la población objetivo que se encuentra más desdibujada en los subsidios universales.

Por otra parte, hacia fines del siglo XX los organismos multilaterales generaron la Estrategia de lucha contra la pobreza proponiendo la financiación para países seleccionados donde la pobreza y exclusión social eran extremas. Los lineamientos planteados, que fueron redefinidos a principios de la década del 2000 con la meta de reducir a la mitad la pobreza para el año 2015, rápidamente tuvieron eco en los países subdesarrollados quienes profundizaron los programas focalizados, con subsidio a la demanda, para los sectores más carenciados.

Con la implementación de la focalización, se consideró que el subsidio a la demanda contribuiría a aumentar la equidad porque toda la población en riesgo estaría alcanzada por uno o varios subsidios a la demanda, sea en salud, alimentación, educación.

¿Que perspectiva de equidad?

Una perspectiva es que el subsidio a la demanda contribuye a la equidad porque toda la población en riesgo tendría el mismo tipo de beneficio, una ecuación que plantea: igual beneficio a igual situación. Es ilustrativo para este caso lo que sostiene Rafael Caviedes acérrimo defensor del subsidio a la demanda para el caso de Chile, "*las personas que aportan cotizaciones semejantes obtienen beneficios similares*"⁴. Quien a su vez defiende la proporcionalidad como un principio de justicia "*existe una equiparidad entre lo que se da y lo que se recibe, entre el aporte que se efectúa y los beneficios que se obtienen*"⁵.

4 Caviedes, Rafael . pag 89

5 Idem pag.88

Así entendida la equidad funcionaria en forma horizontal por estrato o clase social, es decir, como una “**equidad estratificada**”.

Desde una perspectiva, estrictamente económica de distribución de recursos, la equidad se alcanzaría aumentando la proporción de los subsidios de salud que llega a los sectores pobre sin cobertura y reduciendo o eliminando aquellos que benefician a los no pobres. Es decir, redireccionando los recursos hacia un sector social,

Ahora bien si trasladamos esta forma de entender la equidad en el bien salud no debe buscarse, nos interpela Giovanni Berlinguer⁶, *en una mejor redistribución de la salud existente, esto es en operaciones redistributivas con suma cero que quiten un poco de salud algunos para darla a otros, por el contrario plantear como objetivo una mayor equidad funciona como multiplicador de los recurso colectivos y personales y obtiene los mejores resultado*. Entre los que menciona el incremento de la esperanza de vida y el mejoramiento de los demás indicadores de salud. Para Berlinguer “*La equidad consiste en crear o favorecer, para cada individuo la posibilidad de perseguir o alcanzar el nivel potencial de salud que le es propio*”⁷.

En este sentido la equidad en salud se aleja de las perspectivas económicas y de mercado de redistribución de recursos económicos para situarse en la valoración de la capacidad y posibilidad del sujeto individual y colectivo independientemente de la posición social que ocupe en el estrato social.

Mientras que las perspectivas centradas en el mercado necesitan distinguir al pobre, sujeto de subsidio, del no pobre. Y esto es así, porque el beneficio se alcanza por tener una o varias carencias, distinguiendo, diferenciando y discriminando un ciudadano de otro por su posición en la estructura social. De este modo, los más necesitados deben no sólo demostrar sus carencias sino demostrar la miseria para obtener un beneficio que solo es parcial, vulnerando el derecho social de la salud.

Cristina Laurell, nos recuerda los criterios dados por la Organización de Naciones Unidas (ONU) para dar cumplimiento a los derechos humanos y sociales: los gobiernos deben garantizar estos derechos, lograr progresividad en su goce, movilizar el máximo posible de recursos y buscar los umbrales más altos de satisfacción de necesidades y bienestar objetivo. Y sostiene al

6 Berlinguer, Giovanni (2002). Pag. 216

7 Idem. pag. 212

respecto que, *“Uno de los derechos sociales principales es la salud. La progresividad significa que la equidad debe lograrse incrementando los beneficios para que sean los mismos para todos, no eliminando parte de los beneficios de los que gozan de derechos plenos”*⁸.

Por todo lo anteriormente dicho, los programas focalizados con subsidio a la demanda restringen la equidad a la direccionalidad de recursos económicos para los sectores mas carenciados vulnerando claramente el derecho social a la salud.

Algunas reflexiones finales

La reformas impulsada en la década de los noventa del s.XX que proponía la reducción del gasto social del Estado, tenía como estrategia la eliminación de los programas universales creados al amparo de Estados garantes e inclusivos.

La focalización de los programas sociales en salud fue planteada como más eficiente que la impulsada por programas universales, con subsidio a la oferta.

El subsidio a la demanda surge como la forma de financiación de los programas focalizados, quienes a su vez fueron creados para dar respuesta inmediata y eficaz a los sectores más castigados por el ajuste económico estructural.

Una de las bondades que se le atribuyo al subsidio a la demanda fue el aumento de la equidad. Sin embargo, las perspectivas desde donde se interpreta a la equidad, no solo esta en consonancia con la lógica neoliberal para la cual es el mercado el mejor asignador y redistribuidor de recursos sino que reemplaza el derecho a la salud por el de beneficiario. Beneficiario que al mismo tiempo debe demostrar todas sus carencias para acceder al derecho que los nivela en la pobreza y los desiguala como ciudadanos con derechos plenos para todos.

⁸ Laurell, Cristina (2012)

Bibliografía

- Berlinguer, Giovanni. 2002. "La Salud Global". En: Bioética cotidiana, Cap. V. Siglo XXI. México.
- Bula Escobar, Jorge (2000) Reportaje realizado por la revista Salud Colombia de mayo de 2000. Bajado de internet el 15 de abril de 2013. Disponible en <http://www.saludcolombia.com/actual/salud47/report47.htm>
- Caviedes Rafael (1994) "Subsidios a la demanda en salud. Una alternativa viable". En. Estudios Públicos N°54. Chile.
- Laurell, Cristina (2012) "Una línea regresiva para el derecho a la salud." Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/regrederecho.htm>
- López, Susan (2012) "El destino de los subsidios en salud". VIII Jornadas de Investigación, Docencia y Extensión. Universidad Pública, Estado y Sociedad: Diálogos con los Procesos Emancipatorios Facultad de Trabajo Social. UNLP. La Plata 15 y 16 de noviembre de 2012. Acta de Jornadas
- Repetto, Fabián et al. (2001) "Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino". Documento de trabajo

n°55. Fundación Gobierno y Sociedad, Centro para el Desarrollo Institucional, Buenos Aires.

- Repetto, Fabián (2002) “Articulación de programas focalizados Un desafío imposible de lograr?.” Disponible en <http://faculty.udesa.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt66.pdf>
- Ugalde, Antonio y Homedes, Nuria (2002) “Privatización de los servicios de salud. Las experiencias de Chile y Costa Rica. En: *Cuadernos Médico Sociales* N°81: 31-42. Rosario. Argentina.