



## Las políticas de salud en Chile y en Brasil. Apuntes para una comparación

Labra, María Eliana\*

### Resumen

El trabajo examina los aspectos político-institucionales de las transformaciones en el sistema de salud de Chile y Brasil en el siglo XX, enfatizando sobre las “modernizaciones” neoliberales: chilena de los años 80, bajo la dictadura de Pinochet; y las reformas estatizantes emprendidas en Brasil, en la misma década, durante el proceso de democratización, después de veinte años de autoritarismo militar. Se señala que la continuidad o discontinuidad en el desarrollo de las instituciones políticas democráticas es una variable crucial en la explicación de la diferente evolución de cada sistema de salud. Por último, se postula que el legado histórico de cada construcción institucional puede resistir a los cambios, tanto en la democracia como en la dictadura.

**Palabras clave:** Sistema de salud, transformaciones en el sistema de salud, sistema de salud en Chile, sistema de salud en Brasil.

---

Recibido: 00-04-05 . Aceptado: 00-05-25

\* Docente e investigadora. Escuela Nacional de Salud Pública. Fundación Oswaldo Cruz, Dra. en Ciencia Política. E-mail: elianalabra@openlink.com.br.

## *Health Policies in Chile and Brazil.* *Notes for Comparison*

### **Abstract**

This work examines the political-institutional aspects of transformations in the health systems of Chile and Brazil in the XX century, emphasizing neo-liberal "modernization" policies: Chile in the 80s under the Pinochet dictatorship, and Brazil in the same decade through state reforms during the democratic process initiated after 20 years of military authoritarianism. Continuity or discontinuity in the development of democratic political institutions is pointed to as a crucial variable in the explanation of the differences in the development of each health system. Finally, it is postulated that the historical legacy of each institutional construct can resist change, both in democracy and under a dictator.

**Key words:** Health system, health system transformation, Chilean health system, Brazilian health system.

### **Antecedentes históricos**

Un punto crucial levantado por los estudios comparados sobre el tema tiene que ver con la indagación al respecto de por qué los sistemas de salud, aunque tengan los mismos objetivos y contenidos científico-técnicos, compartan la centralidad de la profesión médica, y la salud de la población ocupen un lugar prioritario en las preocupaciones de los gobiernos, sus esquemas varíen tanto de un país a otro. Las naciones de América Latina tienen en común rasgos tales como la raíz histórico-cultural ibérica, la diversidad étnica y la inserción en la periferia del capitalismo. Este último factor ha determinado, a su vez, un subdesarrollo crónico y excedentes insuficientes para invertir en bienestar social. En vista de esas seme-

janzas, podría esperarse que los sistemas de salud latinoamericanos tuvieran configuraciones convergentes; no obstante, la realidad muestra un amplio mosaico de esquemas asistenciales.

Como bien sabemos, las ideas de reforma social surgidas en Europa en el siglo XIX se difundieron por el mundo, insuflando acaloradas discusiones respecto a los rumbos que se debería seguir para asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo urbana, destacándose el seguro-enfermedad alemán, acogido por la Organización Internacional del Trabajo-OIT. A comienzos del siglo XX, otras doctrinas también tuvieron eco en América Latina, como la revolucionaria medicina estatal implantada en lo que se conoció como la Unión Soviética, cuyo contrapunto fue el modelo nortee-

americano de salud pública vehiculado por la Oficina Sanitaria Panamericana y la Fundación Rockefeller. De acuerdo con las corrientes de pensamiento propuestas por esas agencias, los gobiernos debían dictar un Código Sanitario uniforme en el continente y organizar servicios públicos de salud centralizados, encargados de ejecutar campañas de combate a los principales flagelos de la época, de la educación higiénica, del control sanitario de puertos, aeropuertos y fronteras y de registros bioestadísticos. Tales servicios debían ser dirigidos por un "estado mayor" con capacitación en salubridad en escuelas o cursos que igualmente los gobiernos podrían solventar además de apoyar la formación de médicos en los Estados Unidos de Norteamérica mediante becas ofrecidas por la Fundación Rockefeller. Esos médicos especializados -salubristas o sanitaristas- serían funcionarios públicos, dedicados exclusivamente a los asuntos de higiene y salud pública, dejando la asistencia curativa a la medicina privada lucrativa o de beneficencia (Labra, 1985).

Después de la Segunda Guerra Mundial despunta en la capitalista Gran Bretaña la reforma de la Seguridad Social, que definió, entre otros innovadores postulados en el campo de la protección social, el derecho de la ciudadanía a la salud, el cual sería asegurado por el National Health Service-NHS, de cobertura universal gratuita y financiado con recursos fiscales. Dígase de paso que esa fue una alternativa al modelo soviético de medicina socializada, duramente repudiado por las fuerzas conservadoras pero fuertemente defendido por los de izquierda.

A partir de los años 60, nuevos impulsos reformistas se hicieron sentir a raíz de la elevación de costos en la medicina, lo

que llevó a grandes racionalizaciones en los sistemas públicos y privados de salud, sea mediante la expansión de esquemas de seguros privados, sea unificándose y fortaleciéndose los servicios públicos de atención médica y de salud pública. Como resultado de tales movimientos, países como Suecia, Italia y España emprendieron cambios estructurales de corte estatizante que condujeron a la difusión del modelo inglés de sistema de provisión universal equitativa de cuidados médico-sanitarios.

Por último, las crisis internacionales de mediados de los años 70 y comienzos de los 80, colocaron en la agenda pública mundial propuestas de reversión de la creciente injerencia del Estado en la protección social. De hecho, la nueva ortodoxia liberal-conservadora propugnó la retirada del Estado de la producción económica y de la provisión masiva de servicios de bienestar, con la justificación de que el Estado era ineficiente, debiendo ser substituido por el mercado en esas funciones, focalizando paralelamente el gasto fiscal apenas en los estratos más pobres.

En suma, a lo largo del siglo XX, tanto Chile como Brasil, así como los demás países latinoamericanos, debieron responder a influencias externas como las mencionadas, ahí incluidos los adelantos en la medicina, y a exigencias internas colocadas por la industrialización, la urbanización y la inflación de costos, junto con la demanda creciente de una población cada vez más exigente e informada a respecto de sus derechos. Cada gobierno fue llevado a adoptar políticas de salud basadas en influencias y presiones semejantes; sin embargo, tales políticas no sólo sufrieron cambios substanciales durante las fases de formulación e imple-

mentación, como resultaron en sistemas de salud organizados de forma diametralmente opuesta<sup>1</sup>.

Para la mayoría de los estudiosos, Field (1989) y Liechter (1979) entre otros, la explicación de la diversa evolución de los sistemas de salud en cada nación reside en el tipo de régimen político, las correspondientes mediaciones entre Estado y Sociedad y consecuentes efectos distintos en el proceso decisorio. Partiendo de ese presupuesto general, en lo que sigue serán examinadas las políticas de salud de Chile y del Brasil.

## **El caso de Chile<sup>2</sup>**

Después de las guerras de la Independencia (1810-1818) y de la promulgación de la Constitución de 1833, Chile se afirma como república unitaria. Durante los 140 años siguientes, el país experimentó paulatino desarrollo político-institucional cuyo eje fue un vigoroso sistema partidario, de amplio espectro ideológico, consolidado en los años 1930. A partir de esa década, y hasta comienzos de 1970, el país se destaca por la estabilidad política, la ampliación de las reglas democráticas, el juego electoral competitivo, la incorporación social y el gran activismo político y asociativo del pueblo. A mediados de los 60 surgen propuestas reformistas o revolucionarias de cambios para el

país, que culminan con la elección de Salvador Allende. La cruenta cancelación de la democracia con el golpe liderado por Pinochet, en septiembre de 1973, abrió paso a la implantación de un proyecto neoliberal de refundación de la nación a cualquier precio, interrumpido con la derrota del dictador en plebiscito de octubre de 1988. Ese crucial evento dio lugar, posteriormente, a la victoria electoral de la coalición de centro-izquierda "Concertación de Partidos por la Democracia", que asume el gobierno en marzo de 1990 y desde entonces se mantiene en el poder. La dictadura dejó pesadas herencias que obstaculizan la consolidación de la democracia.

Entre ellas destacan las "amarras" constitucionales, que hasta el momento han impedido realizar transformaciones de fondo en variados campos de la institucionalidad vigente. Otro legado es la profunda crisis político-ideológica que dividió a la población en dos bandos – uno profundamente conservador, que añora el autoritarismo, y otro progresista, que lucha por la reparación de los atropellos a los derechos humanos y por mayor justicia social. Ese impase se refleja en el sector salud, que fue sometido a profundos cambios en los años 80, como veremos a continuación.

La cuestión de la organización de los servicios de la salud pública se arrastraba en Chile desde fines del siglo XIX, siendo par-

1 Las diferencias incluyen dimensiones como reconocimiento constitucional del derecho a la salud; dependencia jurídico-institucional; alcance de la regulación; forma organizacional (sistema centralizado o descentralizado, comprensivo o fragmentado); fuentes de financiamiento (fiscal, cotizaciones previsionales, aporte individual, subsidios directos e indirectos); propiedad de los establecimientos (público o privado); naturaleza de los prestadores privados (lucrativa o beneficiante); alcance de la cobertura (universal o segmentada por categorías de trabajadores) y otros.

2 Para un detallado estudio de las políticas de salud de Chile ver Labra (1997).

cialmente resuelta con la publicación del primer Código Sanitario (1918), que creó la Dirección General de Sanidad. Otros eventos de magna importancia fueron la creación del Seguro Social Obrero Obligatorio (1924) y la promulgación de la Constitución liberal moderna (1925), que estableció como deber del Estado mantener un servicio nacional de salud pública, justamente por indicación de un médico de la Fundación Rockefeller, Dr. John Long, que entonces asesoraba al gobierno. Los años 20 fueron de grave agitación social, de depresión económica y de bloqueos políticos entre el Parlamento, de composición oligárquica, y la presidencia de la República, conquistada por una alianza liberal progresista. Por otro lado, esos mismos años fueron ricos en diagnósticos y debates político-ideológicos con respecto a los cambios que serían necesarios para hacer ingresar al país en la modernidad.

En el campo social, las leyes relativas a las relaciones industriales y a la protección social fueron el punto crucial de las controversias de la época. En cuanto al Seguro Social, se financiaba con cotizaciones tripartitas, funcionaba con base en el régimen de reparto, otorgaba beneficios previsionales y prestaba atención médica gratuita sólo a los trabajadores "manuales" (*blue-collar*). La atención era prestada en servicios ambulatoriales propios y, a través de convenios, en hospitales de la Beneficencia Pública, institución caritativa de la época colonial subvencionada por el Fisco. Para las categorías de empleados públicos y particulares (*white-collar*) fueron creadas cajas previsionales sustentadas con las cotizaciones de los afiliados a cajas de capitalización individual. Como aquellas no ofrecían atención médica, los empleados buscaron soluciones mediante contratos con la medicina liberal privada, bastante exigua y deficiente

en ese entonces. Por otro lado, se expandió la salud pública, cubriendo a toda la población por medio de diversas acciones y programas que funcionaban descoordinadamente.

En la vigencia de la democracia, cinco rasgos marcaron la evolución del sistema de salud chileno y pautaron las grandes luchas políticas trabadas en torno a su reforma: (1) la confrontación ideológica entre tres grupos médicos militantes de la derecha, del centro y de la izquierda, que defendían, respectivamente, diferentes tipos de medicina: la pública sólo para los pobres; la del Seguro Social y la socializada (estatal, integrada y universal); (2) el sesgo de clase introducido en previsión y salud con la discriminación entre obreros y empleados; (3) la presión de los empleados por acceso a los servicios públicos; (4) el déficit financiero crónico del sector salud; (5) la estrechez del mercado de trabajo médico debido al estancamiento de la medicina privada. A esos factores debe agregarse el rol central jugado por la profesión médica en el diseño de las políticas, gracias a la cohesión del Colegio Médico (1948), al alto grado de politización de sus dirigentes y al elevado *status* social de la categoría.

Esas características ganaron visibilidad con la gran reforma de 1952, que dio vida al Servicio Nacional de Salud-SNS, segunda institución de su género en el mundo capitalista, después del NHS inglés. En verdad, los progresistas promotores de la reforma chilena pretendían imitar ese modelo porque en Chile ya existían las condiciones institucionales, técnicas y humanas para ello. Sin embargo, el audaz proyecto de ley terminó subordinado a las modificaciones, entonces en curso, del Seguro Social, que se mantuvo apenas para los obreros del mercado de trabajo formal urbano gracias a la presión de los conservadores. De ese modo, el artículo referente a la salud, agre-

gado a la nueva Ley del Seguro, no significó una reforma completa puesto que el acceso continuó restringido a los trabajadores "manuales" e indigentes. Tampoco se definió una destinación de aportes financieros suficientes. No obstante, hubo grandes avances consistentes en la unificación de todos los servicios preventivos, curativos y rehabilitadores del país en una nueva entidad – el SNS, instaurándose entre profesionales y funcionarios de la salud y en la población una nueva mentalidad a respecto del rol central del Estado en el campo médico sanitario.

El respectivo proceso de decisión tuvo lugar en la coyuntura de 1950-52 y coincidió con la ruptura de la coalición gobernante de centro-izquierda, lo cual impidió que en el Legislativo se llegase a acuerdos más generosos. Defendían el SNS parlamentarios social cristianos, comunistas y socialistas, éstos liderados por el médico y senador socialista Salvador Allende, también presidente del Colegio Médico en esos años. Mas, en el calor de los debates parlamentarios fueron derrotados por conservadores y liberales, que se oponían a la extensión de la medicina estatal a los empleados y a los trabajadores rurales, así como por los social demócratas adeptos al mantenimiento de la asistencia médica dentro del Seguro Social. Paralelamente, los profesionales de la medicina negociaron un estatuto especial que los convertía en funcionarios públicos y les proporcionaba un plan propio de carrera y sueldos, separado del escalafón de la Administración Pública. Esa fue la opción más racional para los profesionales, ya que el Estado era empleador prácticamente monopólico y el mercado de trabajo privado era muy limitado.

Ese conjunto de rasgos y trayectorias, junto con el creciente acceso informal al SNS por parte de la población sin derecho legal a la

atención pública, además del deterioro de los sueldos de los profesionales funcionarios, se transformaron en agudos problemas que fomentaron intensos movimientos por reformas. Las polémicas se arrastraron por más de una década, hasta encontrarse una salida de compromiso en 1968, cuando gobernaban los demócrata cristianos. Se trataba de una coyuntura de gran efervescencia política que parecía favorecer cambios más radicales en todos los ámbitos de la vida nacional y de la salud en particular. Sin embargo, la solución encontrada para el problema fue desvirtuada debido a la presión de los intereses de la muy bien organizada profesión médica y de las clases medias. La nueva reforma consistió, en síntesis, en un inicial intento de desestatizar el sistema de salud puesto que se introdujo en el SNS un esquema de medicina liberal (elección del profesional con pago adicional a éste), al cual solamente tendrían derecho los empleados públicos y particulares. La gestión del nuevo régimen quedó a cargo del Colegio Médico, con lo cual se reafirmó como actor corporativo sectorial y nacional de primera importancia.

Esa salida de compromiso fue considerada provisoria pues la intención del gobierno era crear un Sistema Unificado de Salud-SUS, con cobertura y acceso igual para todos los ciudadanos. Cuando Allende asumió el gobierno, a finales del año 1970, trató de negociar la propuesta del SUS pero no tuvo éxito. De hecho, el cambio de 1968 había incrementado el poder de presión de los médicos y también mejorado sus rentas. Y como los profesionales no estaban dispuestos a perder esas conquistas, rechazaron con firmeza los planes socializantes de Allende. Más aún, la radicalización ideológica llevó al Colegio Médico a demandar la

renuncia del colega presidente y a apoyar mayoritariamente el golpe mortal asestado a la democracia chilena.

Al instalarse la Junta Militar, un grupo de médicos de ultraderecha se apoderó del Colegio Médico y, con apoyo de economistas neoliberales, procedió a elaborar un plan cuyo contenido definía radicales transformaciones desestructurantes y privatizantes para el sector salud, en un momento en que el SNS se había convertido en la principal institución de protección social del país, cubría toda la ciudadanía en materia de salud pública y proporcionaba atención médica hospitalaria al 90% de la población. Ese plan fue acogido e implantado, con modificaciones, en un breve espacio de tiempo, entre 1978 y 1980, cuando el bloque hegemónico integrado por Pinochet y los neoliberales estaba en auge. Tal alianza emprendió con velocidad las llamadas “modernizaciones” que cambiaron la faz y la cultura del país, sintetizadas en hechos tales como: inserción de la economía en los mercados mundiales, privatización de las empresas públicas, reducción considerable de la máquina estatal y, lo más importante para nuestros propósitos, privatización de los sistemas previsionales de obreros y empleados por medio del traslado de los fondos acumulados en las cajas a las Administradoras de Fondos y Pensiones (AFP), que son instituciones de naturaleza lucrativa creadas para ese fin.

Disuelto el vínculo histórico entre previsión y salud, fue posible “refundar” el sector salud. Las transformaciones principales introducidas por la dictadura fueron: (1) extinción del SNS y creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud-SNSS, organizado de forma regionalizada; (2) separación entre funciones ejecutivas (SNSS), financieras (Fondo

Nacional de Salud) político-normativas (Ministerio de Salud); (3) municipalización de los centros de Atención Primaria mediante su transferencia a corporaciones de derecho privado, junto con el personal, que dejó de pertenecer a la Administración Pública; (4) eliminación de la distinción entre obreros y empleados y acceso general al régimen de libre elección en el SNSS instaurado en 1968; (5) cotización de 7% de la renta familiar para la salud (la cuota inicial era de 2%, fijándose ese porcentaje en 1986), exención de los empleadores y, aportes fiscales hasta el momento en que los usuarios tuviesen capacidad de hacerse cargo del costo total de la atención; (6) creación de las Instituciones de Salud Previsional, o Isapre, que son intermediadoras financieras de planes de salud, forjando la ley que los adherentes de una Isapre dejan de cotizar al SNSS; (7) estratificación del acceso a los servicios públicos según la faja de renta del usuario. Junto con eso, fueron drásticamente reducidos los recursos presupuestarios destinados a la operación de los servicios y a la remuneración del personal, al mismo tiempo que variados incentivos directos e indirectos fueron concedidos a las Isapre para que pudieran “despegar”.

Otra medida muy importante fue el decreto constitucional de la libertad de asociación con el objetivo de quebrar el poder corporativo de las organizaciones sociales. Con ello, el Colegio Médico, que tenía *status* público y representación monopólica, fue obligado a convertirse en “asociación gremial” de derecho privado y afiliación voluntaria. Los efectos de esas medidas fueron, y aún son dramáticos para el Colegio porque también perdió otras prerrogativas como el registro obligatorio para ejer-

cer la profesión, el control ético de los pares, que pasó a la Justicia, y la facultad de fijar y administrar los honorarios del régimen de libre elección, ahora a cargo del Ministerio de Salud.

Entre los resultados de los cambios en la salud se destacan: el desmantelamiento de los servicios; la regionalización, que fue más formal que real; la municipalización, que fragmentó el sistema y dejó al personal desamparado; la privatización, que no solamente provocó una excisión en el sector cuando se estableció una medicina para pobres y otra para ricos, ésta subsidiada con dinero de todos los contribuyentes. En suma, la reforma neoliberal reconstruyó un sistema de salud desarticulado, empobrecido, profundamente inequitativo y con un financiamiento fiscal que se redujo a la mitad, ya que el 50% de los aportes presupuestarios quedó a cargo de pagos directos de los asalariados.

Por otra parte, las Isapre ganaron aceptación entre los profesionales al abrirles nuevos frentes de trabajo y también entre la población, ya que el SNSS fue deliberadamente estigmatizado. Sin embargo, el mercado de las Isapre ha tenido un crecimiento menor que lo esperado debido al bajo poder adquisitivo de los chilenos. De hecho, su cobertura oscila alrededor del 25% de la población, se concentra en consultas médicas, hospitalizaciones obstétricas y se aglomera en las zonas más ricas de las ciudades del país, principalmente en Santiago.

Eso quiere decir que la intención inicial de los neoliberales de relevar al Estado del deber de prestar cuidados médicos a los ciudadanos se vio, en buena parte, frustrada puesto que el SNSS, además de cubrir todo el país con programas de salud pública, continuó como responsable de más del 75% de la atención médica hospitalaria, que es la más cara, y por el 65% de las consultas.

Con el retorno a la democracia, los gobiernos de la "Concertación" han tomado varias medidas tendientes a paliar los problemas heredados, sobre todo en lo que respecta a inequidad en el acceso a los servicios, que es el mayor problema oficialmente reconocido. Con respecto a las proyecciones para el futuro, es poco probable que ocurra una profunda reestructuración, puesto que ello significaría introducir cambios radicales en el segmento privado, principalmente en relación a la regulación y a la eliminación de los subsidios. Aunque ya se dieron algunos pasos en ese sentido, han sido insuficientes frente al poder económico y político adquirido por la Asociación de las Isapre, a lo que se suma el amplio apoyo de parlamentarios conservadores y de las clases medias. Además de ello, la gran influencia que tuvo el Colegio Médico en el pasado democrático se ha visto debilitada no sólo por haber perdido prerrogativas sino que también por la escasa cohesión de sus miembros, causada por la inserción dispersa en diversas franjas del mercado de trabajo y en diferentes niveles de atención. Por motivos como éstos, difícilmente los profesionales como un todo estarían dispuestos a apoyar reformas que les pudieran afectar, en especial, aquellas que apuntan como alternativa reducir el ejercicio privado.

Un punto adicional se refiere al control social. A fines de los años 60 y, en seguida bajo el gobierno de Allende, se intensificaron mecanismos de participación popular con la instalación de consejos de salud a lo largo del país (luego anulados por la dictadura). Con el retorno a la democracia en los 90, las iniciativas de consejos locales no han tenido avances significativos ni llegan a hacer parte de los programas de gobierno para el sector.

Para finalizar, la polarización político-ideológica del país, demostrada en las



elecciones presidenciales de diciembre de 1999, apunta hacia un futuro incierto o bloqueado en lo que respecta a nuevas reformas estructurales del sistema vigente. De hecho, la polarización tiende a traducirse en dos propuestas antagónicas para el sector: una, de derecha, que busca profundizar la privatización aplicando la lógica lucrativa y competitiva de las Isapre al SNSS; la otra, progresista, que propone retornar al ideario de medicina social que encarnó el ex-SNS, lo cual implica el desarrollo de una asistencia estatal basada en principios de igualdad, universalidad, eficiencia y eficacia.

### **El caso del Brasil<sup>3</sup>**

El desarrollo político-institucional brasileño tuvo un curso bien diferente del chileno. La Monarquía independiente fue declarada en 1822, manteniéndose el país como una federación de estados que preservó el régimen esclavista hasta 1888. La declaración de la República, en 1889, se inspiró en la Constitución norteamericana pero luego los militares se apoderaron del gobierno e hicieron letra muerta de las libertades en ella proclamadas. Además, fue minimizando el pacto federativo que descentralizaría el poder (Zimmermann, 1999). La llamada República Vieja, dominada por las oligarquías rurales, llegó al fin en 1930 con el golpe militar liderado por Getulio Vargas, hábil caudillo populista que se mantuvo en el poder hasta 1945, apoyado en fuerte esquema corporativo de las relaciones capital-trabajo subordinadas al Estado.

En el período comprendido entre 1946 y comienzos de 1964 el país experimentó, por la primera vez en su historia, el pleno funcionamiento de una democracia pluralista. Pero esos dieciocho años fueron demasiado cortos como para que pudieran madurar las instituciones republicanas, en especial, un sistema partidario sólido y capaz de articular y transmitir las demandas sociales a las arenas decisorias del Estado. Esa carencia fue un poderoso factor que influyó para que en el país perduraran prácticas clientelistas en el manejo de la cosa pública así como abismales desigualdades entre estratos sociales y áreas geográficas.

El golpe militar de 1964 instaló un régimen de fuerza matizado por la permanencia del Legislativo, para el cual eran elegidos, por sufragio universal y secreto, candidatos de los dos partidos creados por la dictadura, uno del gobierno y otro de la oposición. Mas, como al Congreso le fueron eliminados poderes fundamentales, continuó inhibido el desarrollo de identidades partidarias ideológicas y programáticas claras. La centralización política del autoritarismo también sofocó el pacto federativo y fomentó más aún las relaciones clientelistas y el trueque de prebendas alrededor del proceso decisorio en el nivel central, en las relaciones con estados y municipios y en las interacciones de éstos con los liderazgos locales (Bezerra, 1999).

La liberalización de la dictadura comenzó con timidez en la mitad de los años 70, dándose el primer paso importante en dirección a la transición democrática en 1982, con la elección directa de gobernadores en los es-

3 La literatura sobre el sistema de salud del Brasil es abundante. Para un estudio muy completo ver Stralen (1996).

tados. El triunfo de las oposiciones en las principales capitales del país abrió camino a un lento proceso de democratización que tuvo su punto culminante con la avanzada Constitución de 1988 y la inauguración de elecciones periódicas en todos los niveles de la federación. A pesar de las graves crisis económicas, políticas, institucionales y sociales que han afectado al Brasil, las reformas democratizantes promovidas con la Carta Magna han seguido su rumbo, observándose también progresos en el nuevo Orden Social que aquella estableció para la Seguridad Social.

Ya en el plano económico, bajo el influjo neoliberal, se ha adoptado una política de fuertes privatizaciones del inmenso aparato productivo estatal, cuya construcción comenzó con Vargas, se expandió en los años 50 y se diversificó extraordinariamente bajo el autoritarismo militar, tal punto que el país alcanzó el octavo lugar entre las economías del planeta. Mas, en el plano social, se mantuvo entre las naciones más desiguales del mundo.

Desde el año 1994, con la elección de Fernando Henrique Cardoso, el país viene experimentando estabilidad política y también económica con la aplicación del Plan Real que contuvo una inflación anual del 3.000% e intentó ordenar las cuentas públicas, sin conseguir, por otro lado, detener el incremento de la deuda interna y externa que agobia a la población, inhibe el crecimiento económico e impone serias limitaciones al gasto social. La Reforma del Estado ha sido otro punto clave de la gestión Cardoso. El Legislativo aprobó un plan de privatizaciones, ya consumado, en áreas vitales como telecomunicaciones y electricidad, pero otras reformas, como las relativas al Poder Judicial, al sistema tributario y a los sistemas partidario y electoral aún se tramitan en el Congreso Nacional. Como ha sucedido en Chile y en otros países de sistema

presidencial, al presidente de la República le ha sido muy difícil formar mayorías parlamentarias que le faciliten la aprobación de sus proyectos. En el Brasil esa dificultad se ve agravada por la inconsistencia de casi todos los partidos políticos, con los cuales se debe negociar puntos menores de la pauta de reformas para alcanzar metas de interés general.

La historia política y social del Brasil, junto con su inmensidad territorial, contribuyeron para que las instituciones encargadas de cuidar de la salud de la población (y las de los sectores sociales en general), se tradujera en un conjunto extraordinariamente complejo y heterogéneo que nunca llegó a constituir un sistema integrado, racional y justo.

En las primeras décadas del siglo XX, en el país se hicieron sentir también los vientos de profesionalización de la salud pública y de preocupación por el mantenimiento físico de la fuerza de trabajo urbana. Todavía en la República Vieja, entre 1923 y 1926, tuvo lugar la primera reforma sanitaria de importancia, liderada por jóvenes médicos imbuidos de las doctrinas norteamericanas modernizantes. Fue promulgado entonces el Código Sanitario y creado el Departamento Nacional de Salud Pública-DNSP. La mayor preocupación política se centraba en el combate a las grandes endemias que asolaban al país, contándose para ello con el apoyo técnico de la Fundación Rockefeller. La necesidad de "nacionalizar" los servicios de salud encontraba obstáculos en la difícil relación entre el gobierno central y los estados, debido a los defectos del pacto federativo que no consiguió (hasta hoy día) combinar adecuadamente los componentes de cooperación y autonomía en las relación inter-gubernamentales. Al contrario, la tensión entre centralización en la Unión y autonomización competitiva de los ejecutivos de los estados ha sido

la marca registrada del federalismo brasileño (Abrucio, 1998).

También en 1923 fue promulgada la ley que creó las cajas de jubilaciones y pensiones para distintas categorías de trabajadores urbanos. El esquema contemplaba prestar cuidados médicos ambulatoriales y atención en hospitales propios (que serían construidos) o mediante convenio con establecimientos privados. Las cajas tuvieron comienzo incipiente debido, entre otras razones, a las agitaciones de la República Vieja y de la Revolución del 30, como las querellas entre las oligarquías ruralistas y la burguesía industrial en ascenso y la oposición de las elites políticas para aceptar la "cuestión social" como un asunto de la esfera política y no de la acción policial.

Por consiguiente, tal como en Chile, también en el Brasil existían, en las primeras décadas de este siglo, dos proyectos políticos separados para la salud: uno, estatal, que se ocuparía de velar por la salud de la colectividad y otro, parafiscal, destinado a prestar cuidados médicos a los asalariados, y que sería implementado por las cajas de previsión. Si tanto en Chile como en el Brasil el Estado asumió la salud pública como una cuestión nacional, en el caso de la previsión, Chile creó una caja única para los obreros y apoyó la asistencia médica en ambulatorios propios y en los antiguos hospitales de caridad. Ya en el Brasil, la organización del esquema previsional por categorías de trabajadores (estibadores, industriales, bancarios, funcionarios públicos, etc.) determinó una cobertura médica muy parcial y fragmentada. Ese rasgo se mantuvo inclusive cuando Vargas impulsó, en los años 40, la creación de los *Institutos de Aposentadorias e Pensões* (IAP). Los IAP construyeron grandes hospitales, casi todos en la capital, entonces Río de Janeiro, pero como fueron

insuficientes para atender a la demanda y tampoco hubo expansión relevante de los servicios médicos estatales en los estados y municipios, la atención fue suplida mediante convenios de los IAP con el sector privado. Esa tendencia privatizante fue determinante en la configuración histórica del sistema de salud brasileño, y lo va a diferenciar profundamente de las demás instituciones del continente.

El carácter corporativo y cupular del proceso de toma de decisiones, típico de la era Vargas - arraigado en la cultura política nacional - fue un factor de influencia fundamental en el esquema del sistema de salud. De hecho, las decisiones políticas relativas a las formas jurídico-institucionales de la prestación de cuidados asistenciales, inclusive la calificación del derecho a la atención, no fueron el producto de discusiones abiertas y embates políticos, ideológicos y doctrinarios entre profesionales, partidos, sindicatos y opinión pública, sino que resultaron de resoluciones adoptadas por las cúpulas de la burocracia previsional en negociación a puertas cerradas con las dirigencias sindicales de patrones, trabajadores y dueños de hospitales.

La unificación y racionalización de los IAP era una sentida necesidad que, no obstante, fue imposible enfrentar durante la vigencia de la democracia en el período post era Vargas, dado el carácter conciliatorio e incremental del Estado de compromiso. Esa tarea fue emprendida por los gobiernos militares en los años 70, cuando se define, pero no se implanta, un Sistema Nacional de Salud. En lugar de ello, fue activada la fusión de los IAP en una gran entidad que va a otorgar beneficios y servicios a categorías más amplias de trabajadores. En 1978 se crea el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social (INAMPS), cuya dirección fue asumida por técnicos con una visión vol-

cada hacia la unificación de acciones de asistencia médica y salud pública. Como consecuencia, la alta tecnocracia gestó un proyecto de reforma iniciador de un Sistema Único de Salud que terminó integrándose a las consignas por la democratización del país y ganando amplio respaldo entre segmentos profesionales, partidarios progresistas y movimientos populares.

La postergada reforma social brasileña fue consubstanciada en la Constitución de 1988, que garantiza amplios derechos sociales, entre ellos, el derecho universal a la salud, asegurado por un Sistema Único de Salud-SUS descentralizado, gratuito, integral, que unifica las instituciones médicas y sanitarias y subordina al poder público el sector privado, además de establecer el control social mediante consejos de salud con participación popular.

Desde 1990 se ha puesto en marcha la muy compleja implantación del SUS. A pesar de obstáculos inmensos, ha venido progresando un proceso de municipalización radical que entrega a las alcaldías (aisladas o en consorcio) la responsabilidad por la prestación de la atención. Este debe ser operacionalizado por medio de redes jerarquizadas de servicios (propios y contratados con el sector privado) capaces de ampliar la cobertura, aplicar los programas ministeriales (salud de la familia, agentes comunitarios, atención básica, vigilancia sanitaria, etc.) y formular planes y presupuestos en conjunto con las autoridades sectoriales y la comunidad. Además de ello, ha sido imperativa la informatización con el objeto de construir un sistema nacional de informaciones epidemiológicas, de producción, etc. que sirva tanto para la toma de decisiones como para controlar gastos y evaluar la eficacia y eficiencia de los servicios.

Es interesante destacar que la reforma estatizante de la salud en el Brasil se ha procesado en sentido contrario a la onda neoliberal que se arrastra por el mundo, a la cual Chile adhirió de forma pionera. Esa ortodoxia dictamina la privatización de la oferta de servicios médicos por medio de medidas tales como la ampliación los seguros privados, la conversión de los hospitales públicos en empresas autónomas competitivas y la mayor participación de los usuarios en el costeo de la atención. Por razones derivadas de presiones como éstas y del ajuste fiscal acordado con el FMI, ha sido imposible hasta el momento, hacer aprobar proyectos de ley que determinen un porcentaje fijo para el SUS, de forma que su implantación no quede sujeta a las intermitencias del flujo de recursos financieros.

Más allá de esos problemas, el obstáculo mayor que se enfrenta para que el SUS funcione de acuerdo a los principios de universalidad, equidad, integralidad y eficiencia que lo inspiraron, radica, a nuestro entender, en el hecho de que la atención médica, en particular la hospitalaria, depende de la compra de servicios de la medicina privada, que tiene el 85% de la propiedad de los establecimientos de internación en el país. Además de ello, el acceso a los servicios y la calidad de atención poco han mejorado, de modo que para las clases medias y trabajadores y funcionarios de grandes empresas aún continúa siendo la mejor opción suscribir un seguro de salud privado, individual o colectivo, entre las variadas alternativas que este floreciente mercado, surgido en los años 60, puede ofrecer.

En síntesis, el sistema de salud del Brasil se muestra en la actualidad altamente fragmentado en variados segmentos de propiedad diversa, la distribución geográfica de los ser-

vicios es muy heterogénea, la calidad de la atención deja mucho que desear y existen enormes desigualdades de acceso según los estratos sociales y las regiones del país (las del sur y sureste son las más ricas y mejor provistas de equipamientos sociales). El país tiene actualmente 160 millones de habitantes, la mayoría de ellos en situación de pobreza. Frente a ese cuadro, el SUS es, ciertamente, la mejor alternativa para hacer llegar los cuidados médicos y sanitarios a esas mayorías a lo largo y ancho del vasto territorio.

El sistema de salud brasileño constituye, en resumen, un inmenso complejo muy difícil de regular y controlar, no sólo por las características apuntadas sino que también debido a factores como la magnitud y composición de las redes asistenciales, la poca transparencia de los procesos decisivos, la baja capacidad de *enforcement* y *accountability* del gobierno y la cultura clientelista mencionada. A todo eso deben sumarse las trabas políticas encubiertas interpuestas por las autoridades locales a los consejos de salud, que aún están lejos de contar con recursos de poder adecuados para que la comunidad organizada pueda ejercer el control social con la debida competencia técnica y ética que la respectiva ley adjudicó<sup>4</sup>.

## Reflexiones finales

El desarrollo político-institucional de Chile y del Brasil muestra la importancia del contexto político con respecto a la forma como han sido adoptadas soluciones frente a las demandas colocadas por la sociedad en relación a los cuidados colectivos e individuales de la salud. A nuestro modo de ver, un factor principal que incide en el tipo de respuesta política alcanzado en cada país tiene que ver con la continuidad, o no, del funcionamiento de las instituciones democráticas.

En el caso chileno, el sistema democrático se desarrolló durante 140 años. En ese tiempo, las principales instituciones republicanas alcanzaron gran madurez destacándose, desde los años 20, el rol de los partidos políticos de izquierda y de centro en la defensa de los derechos sociales y, en particular, el surgimiento de un ideario de medicina social, así como el fuerte debate parlamentario, donde las diversas corrientes negociaron proyectos tan avanzados como el que creó el SNS, institución ésta considerada modelo en el continente, a pesar del sesgo clasista de sus beneficios. El SNS era una institución muy sólida, que contaba con plena legitimidad y total apoyo popular, aun-

4 Cumpliendo mandato constitucional relativo a la participación ciudadana en la gestión pública, en 1990 fueron creados los consejos de salud en todos los niveles de la Federación: además del Consejo Nacional, existen consejos en cada uno de los 27 estados y en los 5.507 municipios. La composición de los miembros es la siguiente: autoridades de salud - 25%; profesionales, trabajadores de la salud y prestadores privados -25%; usuarios -50%. Los representantes no gubernamentales son nombrados o elegidos por la respectiva asociación funcional o territorial y también por agrupamientos por patologías (deficientes físicos, diabéticos, etc.). En 1993 fueron creadas instancias técnicas para operacionalizar la municipalización. Se trata de la Comisión Intergestores Tripartita, nacional, integrada por el ministro y representantes de los secretarios de salud de los estados y municipios, y por las

que en los años 70 ya se hacía sentir la premura por modernizarlo y dotarlo de mayores grados de racionalidad organizacional, de flexibilidad de operación y de equidad. Si la democracia hubiese continuado, ciertamente la reforma habría seguido esos rumbos. Pero con el golpe militar ese proceso se detuvo y, al contrario, los neoliberales aprovecharon la oportunidad para demoler la vetusta institución, con la esperanza ingenua que el mercado ofertaría el grueso de la atención médica y los individuos verían satisfechas sus necesidades escogiendo libremente el servicio o el profesional de su preferencia.

El experimento, sin embargo, tuvo consecuencias desastrosas para la mayoría de la población al quedarse con menos y peor atención. Ya las clases medias adhirieron a la privatización, deslumbradas con el sofisticado *marketing* y entorno de las clínicas privadas, lo cual constituyó un elemento de apoyo para la permanencia de las Isapre, reforzado por los profesionales de la medicina.

La "neodemocracia" encontró un sistema de salud totalmente descoordinado, con el sector público incapacitado para dar abasto a la demanda y con un sector privado poco importante pero muy poderoso y bastante desregulado. Los gobiernos de la "Concertación" han trazado estrategias para mantener el equilibrio macroeconómico

y la paz social por la vía de los consensos, hasta que las necesarias reformas constitucionales puedan ser introducidas. La tranquilidad buscada se ha reflejado parcialmente en el sector salud puesto que se ha destacado en esta década por la ingobernabilidad, acusada por huelgas, protestas y variadas reivindicaciones. Frente a ello, las autoridades han duplicado los gastos fiscales, han procurado mejorar la situación del personal municipalizado y han disminuido significativamente el aporte de los usuarios al SNSS, pero aún falta mucho por hacer.

Como se dijo antes, la fuerte polarización ideológica del país ha llevado a bloqueos políticos que impiden la realización de reformas profundas en varios ámbitos de la institucionalidad vigente, inclusive en el sector salud. El nuevo Presidente de la República es de la "Concertación" pero continúa pendiente la cuestión de la minoría en el Senado, lo que hace improbable grandes cambios. Y en la salud, proyectos igualmente polarizados -medicina privada *versus* medicina socializada- igualmente no auguran reformas de peso y si cambios incrementales muy negociados que objetivarán a superar los problemas más ingentes<sup>5</sup>.

Por último, cabe subrayar que, no obstante todos los esfuerzos de la dictadura para desmontar el antiguo SNS, el Estado continúa siendo el responsable directo por la prestación

Comisiones Intergestores Bipartitas, que funcionan en cada estado y son formadas por el secretario de salud y por representantes de los secretarios municipales de salud.

- 5 En diciembre de 1999 fue elegido presidente el socialista Ricardo Lagos por el estrecho margen del 2,6% de los votos sobre su contrincante, Joaquín Lavín, del ala pinochetista. A respecto de la salud, Lagos declaró en su primer Mensaje al País, pronunciado 21 de mayo de 2000 ante el Congreso Nacional, que una prioridad de su gobierno será montar un grupo ampliamente representativo de los intereses sectoriales para que, en el año 2001, estudie y proponga una profunda reforma.

de asistencia médica a la gran mayoría de la población. Por otro lado, el sector salud no sólo carece de arenas formales realmente representativas de los intereses sectoriales; cabe además impulsar los consejos de salud, puesto que constituyen el medio más democrático para que los servicios atiendan a las necesidades de la comunidad.

Con relación al Brasil, la historia moderna del país muestra que, desde que se tornó República, su desarrollo político ha sido pausado por la discontinuidad de las instituciones democráticas. Largos períodos dictatoriales distanciaron a la ciudadanía de los gobernantes, generándose cierto desdén o estatofobia en relación a la *res publica*. Junto con eso, se inhibió el desarrollo de un sistema partidario vigoroso, capaz de articular las demandas sociales y encaminarlas al poder público. En su lugar, surgieron grupos políticos más preocupados en satisfacer sus intereses que en presentar programas claros y coherentes para gobernar el país. Esa cultura viene cambiando con la redemocratización, sobre todo debido a la centralidad concedida por la nueva Constitución al Congreso Nacional. Pero en muchas instituciones públicas y en las regiones más atrasadas aún predominan las prácticas tradicionales. El aislamiento de las cúpulas dirigentes en relación al escrutinio popular favoreció en el pasado la formación de “anillos burocráticos” vinculantes de intereses públicos y privados en el interior de las burocracias y en las arenas decisorias, cuyos integrantes formularon e implantaron sus propios proyectos económicos y sociales, sin tomar en consideración las aspiraciones del pueblo. Esto ha sido muy claro en la salud. En los años 70, los jerarcas de la Previsión Social reforzaron la expansión del sector privado médico asistencial lucrativo, a través de un proceso caracteri-

zado por Werneck (1998) como “americanización perversa”, en detrimento de una mayor ingerencia redistributiva del Estado, al mismo tiempo en que se mantenía la fragilidad política y financiera del Ministerio de Salud.

Con la democratización, en los años 80, por primera vez fue posible discutir libremente la introducción de profundas transformaciones democratizantes en el sector salud, desembocando tales anhelos en el diseño de una reforma sanitaria hoy consustanciada con el SUS. El nuevo complejo guarda, sin embargo, el peso de sus malformaciones, mostrando hasta qué punto fue determinante el pasado en la configuración de un sistema cuyas características de heterogeneidad, desarticulación e inequidad será muy difícil superar. Ciertamente, mucho habrá que hacer, y por largo tiempo, para que se llegue a construir un todo realmente sistémico, integrado, universal y equilibrado. Y para eso contribuyen, sin duda, los arraigados principios que fundamentan el SUS y los certeros avances de la consolidación democrática en curso.

De las conquistas alcanzadas en términos de ingeniería institucional, destacan los consejos de salud, incumbidos de proponer políticas y fiscalizar la calidad de la atención, entre otras atribuciones. En ese sentido, la experiencia brasileña constituye un ejemplo único que señala creciente tendencia hacia el despertar de una cultura cívica fomentada por el involucramiento de las personas en discusiones de interés general.

## Bibliografía citada

- Abrucio, Fernando (1998). **Os Barões da Federação. Os Governadores e a Redemocratização Brasileira**. São Paulo: USP-HUCITEC.

- Bezerra, Marcos (1999). **Em Nome das “Bases”.** Política, Favor e Dependência Pessoal. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Field, Mark (ed.) (1989). **Success and Crisis in National Health Systems: A Comparative Approach.** London: Routledge.
- Labra, María Eliana (1997). **Política, Saúde e Interesses Médicos no Chile (1900-1990).** Rio de Janeiro: Tesis de Doctorado en Ciencia Política. IUPERJ-Instituto Universitário de Pesquisa.
- Labra, María Eliana (1985). **O Movimento Sanitarista nos Anos 20. Da “Conexão Sanitária Internacional” à Especialização em Saúde Pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Tesis de Mestrado em Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas.
- Leichter, H., (1979). **A Comparative Approach to Policy Analysis. Health Care Policy in Four Nations.** Cambridge: Cambridge University Press.
- Stralen, Cornelis van (1998). **The Struggle Over a National Health Care System. The “Movimento Sanitário” and Health Policy Making in Brazil: 1960-1990.** Utrecht: Universiteit van Utrecht.
- Vianna, Maria Lúcia Teixeira Wernick (1998). **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: Estratégias de bem-estar e políticas públicas.** Rio de Janeiro: Revan-UCAM-IUPERJ.
- Zimmermann, Augusto (1999). **Teoria Geral do Federalismo Democrático.** Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris.