

**Comisión Económica para América
Latina y el Caribe**



**Economic Commission for Latin
America and the Caribbean**

**Red sectorial Salud + Protección
Social en América Latina**



**Deutsche Gesellschaft für Techni-
sche Zusammenarbeit (GTZ) GmbH**

Universalidad en Solidaridad: Protección Social y el Financiamiento de la Sa- lud en América Latina

**Taller de Capacitación del 2 al 6 de junio de 2003 organizado por la
Unidad de Estudios Especiales, CEPAL, Naciones Unidas, y la
Red Sectorial de Salud de la GTZ en América Latina**

**Principios básicos de los países
Europeos en política social**

Jens Holst

Índice

1. Consideraciones generales respecto de los procesos de reforma del sector	2
2. Valores europeos	3
3. Enfocar los retos de universalidad, solidaridad y subsidiariedad	7
3.1. Universalidad	7
3.2. Solidaridad	8
3.3. Subsidiariedad	9
3.4. Combinación publico-privado	10
3.5. Sustentabilidad	10
4. Referencias	11



1. Consideraciones generales respecto de los procesos de reforma del sector

Antes de entrar al tema propiamente tal, conviene mencionar algunos aspectos generales, algunas pautas que parecen ser imprescindibles para que una reforma de salud sea más bien exitosa que costosa. En las discusiones sobre las reformas de salud se observa a menudo una cierta tendencia a la “calcomanía”, la manía de copiar calcos hechos o aplicados por otros. Sin embargo, no existen calcos omnicaptables, no hay modelos que se puedan aplicar en todas partes y no hay una receta única que pueda servir como directriz en la política social. Es más, los sistemas de protección social, en todas partes del mundo, reflejan muy fielmente el consenso y los valores fundamentales que existen en una sociedad. Este fenómeno se olvida muchas veces en las discusiones y propuestas de reforma a lo largo del continente latinoamericano. A pesar de que los desafíos y problemas puedan ser bastante semejantes, las condiciones políticas, históricas, sociales y económicas son demasiado distintas y dependen de muchos factores coyunturales.¹

Si bien no es suficiente limitarse a implementar la pura copia de otro modelo y adaptar la experiencia de otro país para realizar una reforma que sea efectiva, duradera y sustentable, no se debe perder la oportunidad de aprovechar las prácticas aplicadas y experimentadas en otras partes. Otra lección aprendida es que hay un montón de enfoques e intentos de reformas de distinta índole, en distintos lugares, pero hay muy poco intercambio de las experiencias acumuladas. Además, faltan definiciones claras respecto a dónde los distintos países quieren ir, a dónde quieren llegar y qué concepto de sociedad pretenden implementar. Sin embargo, la consensuación de un conjunto de valores y principios rectores a base de las experiencias históricas y sociales es una condición imprescindible de cualquier proyecto de reforma serio.

Otro factor esencial que determina las perspectivas y la sustentabilidad de las reformas del sector salud y protección social es definir y programar objetivos claros y realistas. Muchas veces las agendas de reforma son altamente ambiciosas y los reformadores se ponen tremendas metas que al final resultan ser inviables. Hay que tener en cuenta que cada intento frustrado causa desencanto y decepción en la población y obstaculiza todo futuro proyecto de reforma. Lo mismo pasa si no se logra identificar todas las partes interesadas y su influencia en el sector y en la sociedad. Antes de emprender la tarea de reformar los sistemas de protección social en salud es imprescindible saber dónde están los poderes, dónde están los grupos involucrados o de interés de influencia y de dónde puede surgir resistencia en el proceso de reforma. Un análisis realista de las condiciones y poderes al interior de una sociedad sirve para prevenir una serie de obstáculos y evitar algunas discusiones inútiles.

Al implementar una reforma en salud no sólo se deberían definir objetivos consensuados a nivel de la sociedad, también se requiere definir criterios para medir el impacto

¹ En muchos países, sobre todo en El Salvador, Honduras y Paraguay, el modelo de Costa Rica se ha convertido en una especie de referencia y mucha gente está soñando con el sistema costarricense sin darse cuenta de que las condiciones sociopolíticas son bastante distintas en comparación a los países vecinos y que en América Central, Costa Rica desempeña un papel muy especial que no sirve de calco para otros lugares.



de las distintas medidas, esto es fundamental para obtener una herramienta de análisis para valorar el progreso y efecto de la reforma. En salud, se habla mucho de la medicina basada en la evidencia, es necesario llevar este concepto también a los procesos de reforma. Hay que basar el debate público así como los mismos procesos de reforma cada vez más en las evidencias, para definir objetivos y directrices e implementar sistemas de monitoreo e información que permitan medir hasta qué grado se han logrado los objetivos y en qué medida se ha logrado introducir cambios reales en el sentido deseado.

Antes de presentar los adelantos y valores que podrían sacarse de las experiencias europeas para los procesos en América Latina, hay que hacer hincapié en el hecho de que no se trata de implementar estos conceptos, estos valores, uno por uno en todos los países del subcontinente, lo que no sería posible. A pesar de las diferencias que existen entre los países industrializados y los en vías de desarrollo y en transición, las experiencias y prácticas europeas en el área de política social e implementación de sistemas ofrecen una gama muy amplia y válida de ideas y conceptos de los cuáles los países latinoamericanos podrían elegir de acuerdo a las prioridades que se ponen en los procesos de reforma, enfocando en los criterios que les parezcan relevantes y estudiar algunas dinámicas que se dan en los procesos de reforma.

Las priorizaciones pueden variar de una parte del mundo a otra. En los Estados del ex bloque del Este y en la ex Yugoslavia, por ejemplo, los dos primeros logros y valores - universalidad y solidaridad - nunca aparecen como temas primordiales de reforma, dado que ambos problemas están históricamente resueltos puesto que hay cobertura universal y un alto grado de solidaridad. En América Latina, sin embargo, el tema de la universalidad ha quedado pendiente y representa uno de los desafíos más importantes en las reformas del sector salud. Pocos países en el subcontinente dan cobertura y acceso a la mayoría de la población. En general, los sistemas existentes no cubren sino una mínima o muy reducida parte de la población. Ni siquiera en los países donde la Constitución garantiza el derecho a la atención gratuita a todos los ciudadanos, como por ejemplo en Guatemala, se cumplen las normas legales.

2. Valores europeos

Universalidad

Hoy en día, la cobertura universal de la población de cada uno de los países miembros y de la comunidad en su conjunto representa uno de los avances más importantes respecto de la prevención y reducción de la exclusión social y postergación de grupos sociales. En Europa, la universalidad se ha conseguido gradualmente y hay que recordar que durante los primeros años de la implementación del sistema Bismarckiano en Alemania apenas se logró duplicar la cobertura de los seguros de salud del 5 al 10 % de la población. Vale recordar que la extensión de la cobertura hacia la universalidad demoró varias décadas y se basó en gran medida en los esquemas y las estructuras preexistentes.

Mientras que no se logre dar seguridad social a todos los ciudadanos del país, la universalidad de la seguridad social debería orientarse hacia la inclusión de la mayor pro-



porción posible de la población en los esquemas de protección social existentes.² Existen principalmente tres estrategias que se pueden aplicar de forma paralela: la adaptación de las disposiciones jurídicas, la ampliación de los esquemas de seguro social existentes y el fomento de estructuras alternativas de protección social.

Solidaridad

Existe una estrecha relación entre la universalidad de la protección social y la solidaridad del sistema, la solidaridad a su vez está interrelacionada con la obligatoriedad de los sistemas sociales. El apoyo mutuo y la solidaridad se han convertido en uno de los valores europeos más fundamentales y en un principio básico que incumbe a todos los estados y a todos los niveles de la sociedad. A pesar de la diversidad de sus expresiones, la ayuda mutua y el apoyo solidario se han convertido en pilares decisivos para la estabilidad tanto económica como social en el Viejo Continente. La solidaridad se ha establecido a través de la operativización del principio solidario que representa una potente herramienta de redistribución a nivel de la sociedad. De hecho, el efecto redistribuidor de los sistemas de protección social, y sobre todo de la seguridad social en salud, supera el del sistema progresivo de impuestos.

Subsidiariedad³

El principio de subsidiariedad surgió como un concepto de la doctrina social católica y pretende establecer mecanismos de protección contra la preponderancia de los niveles jerárquicos superiores. La subsidiariedad implica que las tareas y obligaciones siempre deben ser desempeñadas por el nivel más bajo de la sociedad que sea capaz de cargar con la responsabilidad y/o resolver el problema. Este principio conlleva que el gobierno sólo tenga que intervenir como regulador de asuntos privados si el sistema privado no consigue reconocer como suyos los objetivos sociales compartidos.

El concepto de la subsidiariedad refuerza la responsabilidad, la obligación de rendir cuentas y la autoconfianza, no sólo en los niveles más bajos o descentralizados de la administración pública, los servicios y los gobiernos locales, sino también en las organizaciones de la sociedad civil, comunidades, hogares e individuos. Este está ligado a una descentralización efectiva de la capacidad resolutive e implica un cierto grado de corresponsabilidad descentralizada, autoconfianza y capacidad resolutive autónoma que permitan la autogestión, soberanía económico-financiera y un mayor grado de independencia de los niveles de decisión.

² Existe una percepción generalizada que los sistemas de protección social europeos han logrado la cobertura universal y la proporción de beneficios integrales debido a su riqueza en recursos, y que, por esta razón, los países en vías de desarrollo no son capaces de conseguir niveles comparables en sus sistemas. Históricamente, sin embargo, hay muchos indicios que demuestran una interrelación directa entre la construcción del estado de bienestar y el crecimiento económico.

³ El principio europeo de subsidiariedad es más amplio y se distingue esencialmente del concepto norteamericano que prevalece en el debate en América Latina y adscribe al Estado un rol complementario y compensatorio en las áreas donde el mercado no consigue resolver los problemas (Reinhardt 1993).



Participación

La delegación de responsabilidades y funciones por parte del Estado en instituciones no estatales es un concepto esencial de la política social europea. La “Economía social” es uno de los sectores más relevantes en términos de importancia económica y de participación. Junto con las organizaciones benéficas y religiosas, las asociaciones, las organizaciones mutuales de salud, las cooperativas y las sociedades amistas de trabajadores, ha jugado un papel importante en el sector salud de Europa y ha asumido funciones y tareas que, en otros contextos, son asumidas por el Estado. Todas estas actividades no sólo tienden a reducir la responsabilidad del Estado respecto a estas obligaciones, sino que también contribuyen al crecimiento económico y generan nuevos puestos de trabajo.

Más que la combinación público – privada

La *privatización* es uno de los asuntos más ferozmente debatidos en todo el mundo. En el sentido estricto de la palabra, privatización se refiere a una particular manera de posesión de capital. Privado, es todo aquello que no es poseído por entidades públicas.⁴ A veces, sin embargo, la combinación público-privada sólo se discute en términos ideológicos, en la mayoría de acuerdo a la interpretación neoliberal. Aferrándose a los principios fundamentales de solidaridad y equidad, en Europa se ha logrado establecer un plan regulador estable para los actores privados del sector social. Siempre que se garantice un control y una regulación adecuados, los mecanismos del mercado y la propiedad privada de los servicios pueden ofrecer ventajas beneficiosas para la provisión de salud. En cambio, la financiación (es decir, la generación de recursos)⁵ y la asignación de fondos, tienden fácilmente a producir efectos no deseados si no se acompañan de una intervención pública directa y de una regulación mucha más estricta.

Portabilidad

Dentro de la Unión Europea existe un verdadero mosaico de modelos distintos, pero gradualmente se ha logrado coordinar y compatibilizar la variedad de sistemas sin que los distintos sistemas tuvieran que desaparecer. La convergencia permite ahora que todo ciudadano que se cambie de residencia dentro de la UE mantiene todos los derechos de seguridad social adquiridos en cualquier parte de la unión.⁶ Se han establecido

⁴ Sin embargo, existe una importante diferencia entre propiedades con y sin ánimo de lucro. El término con ánimo de lucro indica que particulares han invertido capital en el negocio, y esperan conseguir y acumular ganancias. El término sin ánimo de lucro describe una categoría rectora para diferentes formatos organizativos (organizaciones de la sociedad civil, como iglesias, instituciones benéficas, diversas asociaciones y uniones) en la que ningún grupo de individuos ha arriesgado su capital para sacar provecho de él (Stierle 1998).

⁵ En la mayoría de los casos, mediante alguna forma de afiliación obligatoria y/o cotizaciones, y por un amplio *pooling* de los riesgos.

⁶ A partir del 1 de julio de 2004, los ciudadanos de la UE tienen derecho a atención médica sin pago en cualquier parte de los países de la unión sólo a base de su carnet de afiliación de la caja médica de su país de origen.



regulaciones especiales para las zonas fronterizas y para las personas que cruzan la frontera asiduamente para trabajar. Teniendo en cuenta las diferencias de los sistemas de salud europeos, esta experiencia demuestra que es posible perseguir objetivos sociales acordados sin que ello signifique imponer la uniformidad.

La portabilidad se puede dar dentro del país, pero también entre países a nivel de continente donde la migración laboral es cada vez más importante. Por ejemplo, en Costa Rica un 25% de la población que se atiende en la seguridad social son extranjeros y nunca han cotizado ni cotizan al sistema. Algo similar pasa en Chile, donde hay muchos trabajadores de Perú, Bolivia que dependen de los servicios médicos del FONASA. Hay una creciente migración laboral que afecta directamente a los países “anfitriones” que suelen ser los más desarrollados y que además cuentan con sistemas de protección social más desarrollados.

Variedad, coordinación, convergencia

Los sistemas de salud europeos presentan todos los enfoques y elementos que se debaten a nivel mundial, como la relación entre ciudadanía y afiliación, variados conceptos de financiamiento, paquetes de prestaciones y la separación de funciones. En lugar de planes para imponer una uniformidad de los sistemas diferentes, se está aplicando una estrategia de coordinación de los distintos enfoques y sistemas que existen en el interior de la UE. El concepto de convergencia pretende compatibilizar todos los nuevos avances que se produzcan para alcanzar los objetivos acordados. El objetivo final es conseguir niveles equitativos de desarrollo socioeconómico y regulaciones comunes.

Modelar en lugar de implementar modelos

Las experiencias europeas nos han enseñado una importante lección: los sistemas, en primera instancia, no fueron diseñados inicialmente como se les observa hoy, son el resultado de complejos procesos los cuales se ven afectados por numerosos factores y desarrollos históricos, políticos, culturales y sociales. Teniendo en cuenta las diversas situaciones y condiciones, es difícil imaginar que exista una receta única para emprender las reformas sociales. Al contrario, más que imponer modelos hechos más vale “modelar” las propuestas derivadas de las experiencias empíricas de acuerdo las necesidades y las condiciones específicas del lugar y de la coyuntura.

Permitir la mayor participación social posible

La experiencia europea nos enseña que es imprescindible garantizar un alto grado de participación en la toma de decisiones políticas. Si los procesos sociales y políticos no permiten un alto grado de consenso y aceptación por parte de la población, corren el riesgo de percibirse como antidemocráticos y pueden provocar resistencia en las partes que se sientan excluidas del proceso. En muchos países de América Latina, se observa una notoria falta de participación lo que tiende a tener un importante efecto en la sustentabilidad de las reformas del sector salud y de los sistemas de protección social.



3. Enfocar los retos de universalidad, solidaridad y subsidiariedad

Respecto de las reformas en los países latinoamericanos, los tres valores esenciales y más relevantes que se pueden derivar de las experiencias europeas son la universalidad, la solidaridad y la subsidiariedad.

3.1. Universalidad

El reto prioritario en la región es la extensión de la cobertura de las redes de protección social que existen en los países facilitando la afiliación de sectores que han estado tradicionalmente excluidos. Las perspectivas de ampliación espontánea de la cobertura para estos segmentos no son muy favorables tanto para regímenes públicos como privados, por lo que su inclusión no se conseguirá sin una acción pública deliberada en base al reconocimiento de sus factores específicos para desarrollar la cobertura hacia una futura universalidad de la protección social. Una política hacia la universalidad de la cobertura en salud exige una revisión cautelosa de los mecanismos de financiación, de la administración y de la eficiencia de los esquemas de seguridad existentes y de los factores que limitan el acceso de otros sectores sociales. Al mismo tiempo, es necesario identificar, apoyar y fomentar otros esquemas de aseguramiento que se estén creando e implementando a nivel regional y local así como los que existan en empresas o ramas de producción, en organizaciones sociales y económicas y otras áreas. En muchos países, la segregación vertical de los subsistemas de salud y protección social obstaculiza o impide la ampliación de la cobertura y cementa la exclusión de grandes sectores de la sociedad.

La universalidad de la cobertura de los sistemas de protección social se puede conseguir a través del principio regional,⁷ del principio personal⁸ o del principio del lugar de trabajo.⁹ Estos procesos, sin embargo, pueden traer una serie de problemas que hay que tomar en cuenta para evitar altos costos sociales y una resistencia demasiado fuerte por parte de algunos sectores a quienes les costará aceptar la incorporación de otros beneficiarios. Por otra parte, el drenaje de recursos a favor de los asegurados y a los afiliados actuales de los sistemas puede tener un efecto negativo en el acceso de los no asegurados.

Dada la creciente importancia numérica y económica de ese sector, el empeño de ampliar la cobertura de la protección social debería enfocar en primer lugar el sector informal tanto urbano como rural. Hay muchos obstáculos que impiden que este sector

⁷ Un esquema de seguro se implementa primero en una determinada región, normalmente de mayor grado de desarrollo, y se extiende de allí gradualmente a las zonas menos desarrolladas.

⁸ La ampliación a nivel personal se refiere a la incorporación de nuevos individuos o grupos de individuos en un sistema existente y se puede dar de dos formas: horizontalmente a través del acceso de los ciudadanos al mercado laboral y el aumento de la ocupación formal, y verticalmente como consecuencia del incremento de ingreso.

⁹ En varios países de la región, antes de concentrarse en la afiliación de otros grupos laborales o gremiales habría que pensar en combatir la evasión y elusión de los institutos de seguridad social. De forma horizontal, el principio del lugar de trabajo se refiere a la inclusión de otros sectores económicos (empleadas domésticas, taxistas, microempresarios, campesinos etc.), y de forma vertical se da a través del aumento del tamaño de las empresas y la consecuente formalización de las mismas.



se vaya formalizando. En su valiosa obra “El misterio del Capitalismo”, el autor peruano Hernán Luis Soto da cuenta de los altísimos costos en dinero y en tiempo que significa formalizar una vivienda o un pequeño negocio informal en los países en vías de desarrollo. Es una tarea insuperable para la mayoría de la gente, que además puede significar un castigo de encarcelamiento. Eso me parece importante tenerlo en cuenta como condición básica si hablamos de la universalidad de la salud.

Gran parte de los obstáculos con los cuales el sector informal tropieza al intentar formalizarse se deriva de las altas barreras de acceso al mercado y a la sociedad formal. Para superar esta situación es imprescindible aplicar una estrategia multisectorial e interdisciplinaria para frenar la creciente informalización del trabajo. Ello requiere una iniciativa consensuada que incluya la participación de los gobiernos nacionales, regionales y locales, del empresariado, de los sindicatos y de otros entes sociales. Además habría que enfocar distintos pasos y varios niveles de actividad de forma paralela, entre ellos el marco legal o regulador bajo el cual se intente ampliar la cobertura. En muchos países de la región hay disposiciones y leyes que no corresponden a esa necesidad y que excluyen a importantes sectores de la sociedad. Superando estos problemas, la tarea más factible en un sentido horizontal, parece ser la afiliación de las empleadas domésticas, de otros grupos de trabajadores, de microempresarios y de productores agrícolas a los sistemas de protección social.

3.2. Solidaridad

Uno de los principios europeos más fundamentales que ha cristalizado con el tiempo es la experiencia que nos indica que el apoyo mutuo y la solidaridad son pilares decisivos para la estabilidad económica y social. En términos económicos, los mecanismos de solidaridad, especialmente aquellos implementados en sistemas de seguridad social, contribuyen a la estabilización de la demanda, al crecimiento del mercado interno y a la formación de capital¹⁰. En términos sociales, los mecanismos sociales contribuyen a la mitigación de la pobreza, a una sociedad más justa y equitativa, a la seguridad, y a una armonía y cohesión social.

La estabilidad socioeconómica se puede considerar como un bien público. Es importante observar que no sólo beneficia a aquellos que precisan solidaridad y ayuda. También tiene efectos positivos y tangibles sobre aquellos considerados los “pagadores netos”, y sobre la sociedad en general. Esto se da por dos vías: Un día, los “pagadores netos” también se pueden convertir en beneficiarios, y aquellos que no necesitan ninguna clase de apoyo mutuo debido a su cómoda situación económica, se beneficiarán de un entorno estable y apacible que no amenazará su estilo de vida ni la coherencia de la sociedad.

La aplicación del principio solidario en los sistemas de protección social significa una fuerte redistribución de recursos que se da entre ricos y pobres, entre sanos y enfermos, entre jóvenes y mayores de edad, entre personas económicamente activas e inactivas y entre solteros y familias con pocos hijos por un lado y familias numerosas por otro lado. Un criterio esencial del principio de solidaridad a nivel interindividual es

¹⁰ Mediante sus efectos de generación de recursos y redistributivos.



basar la contribución de las personas en su capacidad económica garantizando que la cotización sea proporcional al ingreso e independiente del riesgo individual y garantizando el acceso a los beneficios de acuerdo a la necesidad, posiblemente ofreciendo un paquete idéntico de prestaciones para todos los beneficiarios. Esto tiene que complementarse por medidas que van dirigidas a disminuir la selección de riesgos y el “descreme de mercado”. Por tal efecto es fundamental implementar una adecuada regulación que reduzca la exclusión o a través de un seguro obligatorio o de la obligatoriedad de contratación por parte de los aseguradores. Paralelamente hay que crear los incentivos aptos para reducir la selección de los usuarios por parte de los seguros, lo que se suele dar en forma de los mecanismos de ajuste de riesgo adaptando los ingresos por cotizaciones al riesgo de las personas o equivaliendo los gastos funcionales a base de las prestaciones otorgadas. Sin embargo, toda clase de ajuste de riesgo conlleva dos problemas fundamentales: No puede ser otra cosa que una correctiva *a posteriori* frente a los efectos del mercado, y hasta la fecha no existe ajuste que tome en consideración los dos predictores más fuertes de la salud, el ingreso y la formación de las personas.

3.3. Subsidiariedad

El concepto europeo de subsidiariedad se distingue fundamentalmente del concepto norteamericano, que describe rol complementador del Estado en el área donde el mercado no logra satisfacer las demandas. El concepto de subsidiariedad según la historia europea, tiene mucho más que ver con la descentralización de las responsabilidades, con la capacidad resolutoria en los distintos entes, sean éstos proveedores o financiadores en el caso de la salud. Los distintos organismos de una u otra forma pueden o deben cooperar, para mejorar el funcionamiento del sistema. En la región, y para dar otro ejemplo, en la mayoría de los países existe un sistema muy centralista, en los cuales el Ministerio de Salud define un montón de cosas, además de combinar las distintas funciones: son financiadores, son reguladores y son al mismo tiempo proveedores, además también toman decisiones referentes a los distintas localidades, departamentos y están involucrados en un montón de cosas que en el fondo solamente dificultan dedicarse a las tareas que yo consideraría importantes o sea la tarea reguladora y también de control del sistema y eso se pierde mucho por que hasta el ministro o algún dependiente directo del ministro, tiene que preocuparse de un problema de salud de un paciente de un lugar fuera de la capital. Uno observa muchas veces que es una pérdida de recursos que no se justifica y que hace más inflexible el sistema.

Por otra parte, en Alemania todas las negociaciones en cuanto a compra de prestaciones, a precios a tarifas se hacen directamente entre seguros públicos y prestadores, estos pueden ser tanto públicos como privados y negocian colectivamente a ese nivel, en los países federados incluso a nivel municipal. Cuando los prestadores son municipales, significa que ahí el Estado o el Ministerio de Salud nunca interviene, salvo en dos condiciones, primero que no logra un consenso o que el consenso pase por encima de la regulación existente, son las únicas condiciones en que el ministerio puede intervenir, pero no interviene. Yo creo que es muy importante tener eso en cuenta, porque cuando nosotros hablamos de subsidiariedad, nos referimos a eso, delegar la responsabilidad y la capacidad resolutoria al nivel más bajo posible, insisto mucho en ese punto



porque me ha pasado más de alguna vez que a pesar de explicar la diferencia, no ha llegado a la mente del público.

3.4. Combinación publico-privado

En las reformas del sector salud, resulta la difícil combinación del sector privado con fines de lucro con el sector público que se autodefine como benevolente, como garante de bienestar, muchas veces sin cuestionar la efectividad de ese enfoque que a veces da una cobertura de hecho muy reducida. En muchos casos, el sector público-estatal no presta los servicios que está prometiendo. Es la realidad en muchos países en el continente latinoamericano que en teoría debería dar cobertura a toda la población. Frente a estas falencias sistémicas, una de las lecciones aprendidas de Europa puede enseñar como organizar la combinación de los sectores público y privado sin reducir necesariamente los elementos de solidaridad y de equidad en el acceso. Los modelos europeos, que no son tan sospechosos de sacrificar los intereses y los derechos de los ciudadanos a la lógica del mercado, combinan ambos subsistemas bajo un elaborado sistema de regulación. La experiencia europea demuestra que la combinación de financiadores y también prestadores públicos y privados puede funcionar sin sacrificar el derecho de la salud de la gente.

3.5. Sustentabilidad

Este tema tiene directa relación con la forma de la cual se enfoca la reforma y con la cultura de cada país. Además, la historia enseña que dicha sustentabilidad nunca ha sido alcanzada utilizando la violencia y la dictadura. El sistema alemán, por ejemplo, lleva 120 años, y a pesar de todos los problemas financieros, políticos y sobre todo de algunas catástrofes como dos guerras mundiales, el sistema se ha mantenido por más de un siglo adaptándose continuamente. La sustentabilidad implica varios factores a nivel de la sociedad, entre otros el involucramiento y la participación de todos los actores, las partes interesadas y los beneficiarios, el respeto por las comunidades más pequeñas y por las minorías, la flexibilidad y tolerancia de las contrapartes, la ayuda mutua, la transparencia y la valentía para buscar nuevas soluciones, que pueden estar inspiradas en modelos existentes y que posiblemente tendrán que ser adaptadas a los contextos económicos y sociales imperantes.



4. Referencias

Bärnighausen, Till; Sauerborn, Rainer (2002). One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries? *Social Science & Medicine* 54, S. 1559-1597.

De Soto, Hernando (2002). *El misterio del capital. Por qué el capitalismo triunfa en Occidente y fracasa en el resto del mundo*. Editorial Sudamericana, Buenos Aires.

Holst, Jens (2003). *La protección social en Paraguay. Condiciones, problemas, desafíos y perspectivas de los sistemas de previsión*. Secretaría Técnica de Planificación/GTZ - Proyecto PLANDES. Asunción.

Laaser, Ulrich (2002). The Institutionalization of Public Health Training and the Health Sciences (La institucionalización de la formación en salud pública y las ciencias de salud). *Public Health Reviews* 30/1-4, 71-95.

OCDE/OMS (Organización de Desarrollo Económico y Cooperación) (2003). Documento de Referencia: *Pobreza y Salud*, Comité de Asistencia al Desarrollo (CAD) 25/REV1. París. ISBN: 92 4 156236 6 (WHO), 92 6 410018 8 (OECD)).

Titelman, Daniel; Uthoff, Andras; Jiménez, Luis Felipe (2000). *Hacia una nueva seguridad social en el siglo XXI: sin solidaridad en el financiamiento no habrá universalidad*. *Rev Panam Salud Pública* 8 (1/2), pp. 112-117. Washington.

Uthoff, Andras; Titelman, Daniel; Jiménez, Luis Felipe (2000). *Universalidad, solidaridad y responsabilidades fiscales en las reformas a la seguridad social en América Latina*. *Ibero-Amerikanisches Archiv. Zeitschrift für Sozialwissenschaften*, 26, 3-4, S. 329-354. Berlin.

Weber, Axel; Stierle, Friedeger; Hohmann, Jürgen; Schmidt-Ehry, Bergis (2002). *Protección social en salud. Valores y contribuciones de Europa*. Borrador final, Eschborn. www.health-insurances.org.