

Hacia la realización del derecho a la salud y la seguridad social

Åsa Cristina Laurell

Resumen

Para superar aquellos estudios que sólo abordan las razones del ataque neoliberal contra las instituciones de salud y eluden el análisis de las consecuencias sociales y políticas de tal desmantelamiento, la autora propone combinar la construcción de ejes de interpretación teórica con la realización de estudios empíricos. Bajo este marco, Laurell analiza la situación de los servicios de salud en el modelo neoliberal, no sólo en cuanto a la concepción que éste tiene de aquéllos, sino en cuanto a las consecuencias sociales inmediatas y mediatas.

Abstract

To compensate for the large number of research studies that solely examine the reasons why the public health industry is disadvantaged under the auspices of neoliberal policies, but avoid the analysis of the consequences of its dismantling, the author recommends the combination of a theoretical frameworks with empirical studies. In this setting, Laurell not only analyzes the neoliberal model's notion of the delivery of health services, but also examines its immediate and future social consequences.

Antes de entrar propiamente al tema, quisiera hacer una brevísima reflexión sobre el papel de la sociología y de los sociólogos en la actual reorganización global de la sociedad que involucra muy centralmente a las instituciones de bienestar social. En mi opinión, nuestro campo de conocimiento se encuentra inmerso en una lucha ideológica (en el sentido de lucha entre ideas) muy intensa. Una de sus expresiones en el mundo académico es la canalización de recursos de investigación muy importantes a proyectos que obedecen al interés de fortalecer la línea argumental de la instrumentación de la política social neoliberal. Incluso es necesario reconocer que la discreta inducción del trabajo académico en determinada dirección, mediante su mercantilización y el otorgamiento de estímulos a cierto tipo de productividad, pudo más que mil planes de desarrollo científico formulados por gobiernos coercitivos y centralistas.

Si se admite esta caracterización, es ineludible que cada investigador se verá precisado a definir su punto de partida, aclarar sus objetivos y decidir la orientación de su trabajo en las actuales circunstancias cuyos determinantes, si bien rebasan en mucho su control, le deja márgenes de libertad. Aunque parezca un eco del pasado, hoy más que nunca es necesario decidir si se quiere ser

intelectual orgánico y, en este caso, de qué fuerzas. El señalamiento metodológico –pero también de ética intelectual– de Bordieu¹ sobre la necesidad del investigador de explicitar los valores a partir de los cuales elige y construye su objeto de estudio adquiere una renovada actualidad ante el reclamo de que el quehacer de los científicos sociales es esencialmente técnico, pragmático y por encima de los valores.

Los científicos sociales latinoamericanos de la corriente marxista habíamos enfocado nuestro trabajo hacia un análisis del papel de las instituciones públicas de salud y seguridad social en la acumulación y la reproducción de la fuerza de trabajo, particularmente en su carácter de instituciones legitimadoras del orden capitalista. En unos cuantos años el contexto cambió totalmente ante el auge de la crítica que la corriente neoliberal hizo a estas instituciones con el fin de justificar políticamente su desmantelamiento. En esta nueva situación muchos nos hemos visto obligados a “pensar al revés”, es decir, a preguntarnos no sólo sobre las razones que están detrás del ataque a estas instituciones, sino también sobre las consecuencias sociales y políticas de su desmantelamiento.

Responder a tales interrogantes requiere construir ejes de interpretación teórica y producir conocimiento histórico-empírico. En este contexto resultan particularmente importantes los estudios comparativos, ya que permiten contrastar las características de los procesos cuando transcurren en contextos económico-políticos y sociales distintos y desentrañar sus diversas trayectorias e impactos.

La ofensiva ideológica del neoliberalismo y la política de la nueva derecha han provocado un renovado interés por las instituciones o las políticas sociales del llamado Estado de bienestar, no sólo en América Latina. Desde inicios de los años ochenta el pensamiento académico alrededor de esta problemática experimentó un auge importante,² debido a que tales políticas son un elemento central y definitorio de la organización de las relaciones sociales, de la forma de satisfacción de necesidades y de las características de la estratificación social.

El conocimiento producido demuestra varias cuestiones importantes que califican y precisan la relación contradictoria “legitimidad-acumulación”. Una es que no existe “el Estado Capitalista de Bienestar”, o tipos de Estado capitalista de bienestar, en función de las características específicas del nexo Estado-mercado que genera grados de mercantilización/desmercantilización y una estratifi-

¹ P. Bordieu et al., *El oficio del sociólogo*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1975.

² Ver G. Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton Press, 1990; Pierson C. *Beyond, The Welfare State*, Oxford, Polity Press, 1991; G. Therborn, A. Pfaller, I. Gough, *Can the Welfare State Compete?*, London, MacMillan, 1993; V. Navarro, *El Estado de Bienestar ¿parte del problema o de la solución?*, Madrid, Sistema, 1990.

cación social muy diferentes. Esto confirma que la lógica del capital no se impone ciegamente sino que es moldeada y modificada por la política. O como plantea Esping-Andersen, "la política no sólo importa, sino es decisiva"³ para la forma de generar el bienestar social y la extensión y amplitud de los beneficios y servicios sociales. Otro hallazgo es que las determinantes de la constitución de los distintos regímenes de bienestar se encuentran en la historia política de las naciones e involucran el carácter de las alianzas políticas, el predominio de distintas ideologías políticas y la cultura.⁴

Por otra parte, estos estudios revelan que los distintos regímenes de política social han cumplido en muy diferente grado con los objetivos de garantizar condiciones de vida digna a toda la población y de universalizar el acceso a los servicios y beneficios sociales. Esto se expresa en una estratificación social diversa —con patrones característicos de inclusión/exclusión o igualdad/desigualdad—, cuestión que permite verificar que la política social desempeña un papel central en la conformación concreta de las sociedades modernas. Asimismo, estos estudios documentan la solidez de las grandes instituciones de bienestar en la mayor parte de los países desarrollados ya que, hasta ahora, la sociedad se ha resistido a su desmantelamiento,⁵ pese al innegable éxito ideológico del proyecto neoliberal como proyecto global de reorganización de la sociedad.⁶ Es decir, uno de sus objetivos centrales no ha trascendido del discurso a la práctica. Esto ha llevado a varios autores a hablar de la irreversibilidad del Estado de Bienestar.⁷

Aun así, las ideas neoliberales han cuestionado valores sociales casi universalmente compartidos: han puesto en duda el concepto de los derechos sociales o, en todo caso, han provocado un debate sobre el límite entre la responsabilidad pública o común y la libertad individual en la satisfacción de necesidades. De allí que otro tema emergente sea el concepto de necesidad humana,⁸ central a la idea de los derechos sociales pero desdibujado en las distintas visiones del relativismo histórico o cultural. Si bien los planteamientos conceptuales que han madurado durante la última década ofrecen herramientas analíticas para explorar la realidad latinoamericana, habría que advertir contra el uso irreflexivo de

³ Esping-Andersen, *op. cit.*, p. 4.

⁴ *Ibid.*

⁵ P. Taylor-Gooby, *Welfare, Hierarchy and the "New Right" in Sociology*, *Int. J. Health Serv.* 4, 4, 1989, pp. 431-446; Pierson C. *Beyond*, *op. cit.*

⁶ G. Therborn, P. Andersson *et al.*, *Pos-neoliberalismo. As Políticas Sociais e o Estado Democrático*, São Paulo, Paz e Terra, 1995.

⁷ C. Offe, *Contradicciones en el Estado de Bienestar*, Madrid, Alianza Editorial, 1991; G. Therborn y J. Roebroek, *The Irreversible Welfare State*, *Int. J. Health Serv.* 16, 3, 1986, pp. 332.

⁸ I. Gogh y L. Doyal, *A Theory of Human Need*, London, MacMillan, 1991.

algunas tipologías y, sobre todo, contra la extrapolación ingenua del contenido de los procesos concretos de transformación a nuestras realidades. Esta advertencia vale tanto para los neoliberales conversos como para los que confían en la "irreversibilidad del Estado de Bienestar".

La velocidad y profundidad con las que se ha impuesto el proyecto neoliberal en América Latina alertan sobre la posibilidad de que las principales instituciones públicas de bienestar sean desmontadas y sustituidas por servicios y beneficios mercantiles y programas de asistencia social discrecionales y selectivos, tal como ya ocurrió, por ejemplo, en Chile. Esta posibilidad deriva de la dinámica que se establece entre un Estado fuerte —y crecientemente privatizado— que se impone a una sociedad débil —y que lo es cada vez más por la disgregación social—, para destruir o modificar la esencia de instituciones que han sido erosionadas por años de estrangulamiento financiero y con cada vez menos capacidad para cumplir con sus funciones sustantivas. Como dice un refrán mexicano: "llueve sobre mojado".

Sin embargo, la capacidad de realizar su proyecto en todas sus vertientes, bien puede ser una victoria pírrica de los estrategas neoliberales porque la crisis social resultante amenaza con inviabilizar el proyecto mismo. La trayectoria de México —hace poco su caso ejemplar— es aleccionadora: después de una década de ortodoxia neoliberal no sólo debe enfrentar un levantamiento indígena sino además la crisis económica más grave del siglo. En estas circunstancias es ineludible preguntarnos si el neoliberalismo realmente existente puede cumplir sus promesas y hacer realidad sus compromisos.

Mi objetivo es revisar, a partir de esta pregunta y del interrogante sobre las razones de fondo de la reforma a las instituciones de salud y seguridad social, el contenido de tales medidas y sus consecuencias sociopolíticas, a fin de apuntar algunas alternativas de transformación. La exposición, necesariamente esquemática, se rige por las siguientes cinco hipótesis, o si se quiere ideas rectoras:

1) La reforma neoliberal se basa en una premisa, esencialmente ideológica, que es la superioridad del mercado sobre otros mecanismos de asignación de recursos y de regulación de las relaciones entre los individuos. Esto conduce a un intento de mercantilizar todas las relaciones sociales y crear o recrear el mercado o introducir reglas mercantiles. De allí el afán de ponerle un precio a todo servicio y someterlo a un régimen gerencial, así como la aversión por formas colectivas de "salario indirecto" y la preferencia por los subsidios individuales en dinero o bonos.

2) Esta postura ideológica se enlaza con —aunque no es reducible a— el objetivo económico básico del ataque a las instituciones públicas de salud y seguridad social, esto es, convertirlas en un medio directo de la acumulación de capital.

3) Desde el ángulo del bienestar social, las políticas económico-sociales del

neoliberalismo producen una dinámica perversa: por un lado, minan las bases regulares del bienestar al generar desempleo alto y deprimir el salario y, por el otro, consecuencia de lo anterior, hacen que la "profecía se cumpla a sí misma" al hacer imposible el financiamiento a las instituciones públicas de bienestar debido a la caída de sus ingresos y el incremento de sus erogaciones.

4) En esta reforma la intervención estatal no disminuye, sólo cambia de orientación al igual que los subsidios estatales que se trasladan del ámbito público colectivo al ámbito privado.

5) El resultado político de esta reforma es un cambio en la relación de fuerzas que desemboca en la emergencia de una nueva fuerza hegemónica: los grupos financieros y la gran empresa médica.

Seguridad social y rentabilidad financiera

Los argumentos típicos para justificar la reforma neoliberal de los sistemas de salud y seguridad social son el desfinanciamiento y la escasez de recursos públicos; la ineficiencia de las instituciones públicas, derivada de su situación monopólica, gigantismo y burocratismo; la inequidad de los servicios públicos, provocada por la presión ilegítima ejercida por grupos organizados y privilegiados para apropiarse de una parte desproporcionada de ellos. Tales argumentos, se supone, entrañan tanto la promesa de resolver estos problemas, como el compromiso de encontrar mecanismos para incrementar los recursos y lograr mayor eficiencia y equidad.

Un mal augurio para el cumplimiento de esta promesa es el hecho de que el problema central de los institutos de seguridad social en América Latina —su desfinanciamiento— es el resultado directo del nuevo modelo económico. Así, este problema tiene sus raíces en la depresión salarial sostenida y en los cada vez más altos niveles de desempleo. Sirva de ejemplo el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual perdió ingresos equivalentes a cinco veces su presupuesto anual en el periodo 1993 a 1994.⁹ El desfinanciamiento no sólo es la causa principal del deterioro de los beneficios y servicios que prestan las instituciones, sino también —como sucede en el caso de este Instituto— ha generado una desvaloración del trabajo en términos salariales y laborales. Este proceso, inducido deliberadamente o no, está generando cierta aceptación social en torno a su reforma.

El primer blanco de la reforma neoliberal en el ámbito de la seguridad social, son los fondos de pensiones porque representan enormes recursos financieros. La medida consiste en transformar el régimen de fondos colectivos o comunes

⁹ A. C. Laurell, "El diagnóstico del IMSS", en *La Jornada Laboral*, México, abril 1995.

regido por el principio solidario (beneficios según necesidad y contribución según capacidad económica), a un régimen de capitalización individual con administración privada, regido por el principio de equivalencia (beneficios equivalentes al pago realizado).¹⁰ Este cambio pone en manos de los grandes grupos financieros privados el control sobre los fondos financieros más importantes de un país. En la actualidad estos fondos no han sido destinados a la inversión productiva sino, principalmente, a la especulación financiera; el que constituyan una parte de los célebres "capitales golondrinos" a nivel mundial es, sin duda, un hecho ilustrativo.¹¹ Los fondos de vivienda, aunque con plazos de depósito más cortos, suelen ser integrados al mismo esquema.

Cabe preguntarse si esta reforma permite resolver los actuales problemas de los sistemas de pensiones y ofrecer seguridad económica con equidad a los ciudadanos de la tercera edad. Las evidencias empíricas existentes sugieren una respuesta negativa. En primer lugar es ampliamente reconocido entre los expertos¹² que los métodos de financiamiento individual son más costosos y tienen menos beneficios que los sistemas basados en fondos solidarios de reparto, es decir, son menos eficientes.

Por otra parte, el principio de equivalencia elimina la solidaridad intergeneracional al impedir, por una parte, el uso de las primas de los trabajadores en activo para financiar las pensiones exiguas y al excluir, por otra, la posibilidad de completarlas con recursos comunes de los fondos colectivos. Sólo se podría sostener que este arreglo promueve la equidad interpretándola como el trato igual a todos puesto que cada quien, sin excepción, recibe lo que pagó.

Esta reforma tampoco favorece las finanzas públicas ya que el Estado tiene que financiar los llamados costos de transición con recursos fiscales generales. Es decir, tiene que pagar las pensiones de los asegurados excluidos del nuevo sistema durante un periodo de quince a veinte años. Por añadidura, provee un subsidio fiscal mayor a los que más cotizan a su seguro —los de los ingresos más altos— dado que la prima generalmente es deducible en el pago de impuestos. El nivel de rentabilidad de los fondos en el mediano y largo plazo es, además, incierto y cualquier fracaso de las compañías administradoras privadas tendrá que ser compensado por el Estado para proteger a los asegurados. Así, las ganancias se privatizan y las pérdidas se socializan. La reforma neoliberal tiende,

¹⁰ J. Piñera, *Cascabel al gato. La reforma previsional en Chile*, Santiago de Chile, Zig-Zag 1992.

¹¹ R. Petrella, *Le Monde Diplomatique*, septiembre 1995.

¹² A. Sánchez Hazas, "Proposición y soluciones a la problemática actual de las pensiones", en *El Sistema de Pensiones en México dentro del Contexto Internacional*, México, Coparmex-Instituto de Proposiciones Estratégicas Themis, 1993; A. Bonilla, ponencia presentada en la Reunión Internacional de Expertos en Seguridad Social, Cd. de México, 28 de abril de 1995.

por último, a eliminar los beneficios sociales ampliados de los fondos de pensiones al canalizarse estos al mercado financiero y no a la inversión social en provecho de la mayoría (por ejemplo, en infraestructura de salud o proyectos de vivienda).

Estos hechos permiten concluir que la reforma neoliberal del sistema de pensiones difícilmente cumplirá los compromisos de eficiencia, equidad o mayores beneficios ni es la opción para resolver las necesidades de los ciudadanos de tercera edad y garantizar su derecho a una vida digna.

Los servicios de salud en la visión neoliberal

El segundo gran ámbito de la reforma neoliberal son los servicios de salud, tanto los estatales como los de seguridad social. Tiene dos grandes vertientes complementarias: por un lado, la reducción de la intervención estatal directa y, por otro un proceso selectivo de privatización que desemboca en el establecimiento de dos sistemas paralelos, el público y el privado, de seguros-servicios de salud.

En su modalidad más ortodoxa, la reforma reduce la responsabilidad estatal a proporcionar un "paquete básico de salud" de bajo costo y alta eficiencia a través de un sistema descentralizado de servicios públicos, focalizado principalmente en la población no-asegurada pobre.¹³ El acceso a otros servicios —los llamados "discrecionales"— es responsabilidad de los privados (los individuos o las familias), y debe entrañar un esfuerzo o contra-prestación como puede ser el pago por el servicio o la compra de un seguro médico, lo que a su vez daría derecho a elegir libremente entre las opciones de atención en el mercado. Este esquema permitiría una "universalidad modificada" dentro de la cual se entiende a la equidad como la igualdad de esfuerzos por acceder a los servicios;¹⁴ definición que dista mucho de coincidir con la Organización Mundial de la Salud, organismo que define a la equidad en salud como "el acceso igual a la atención disponible en igualdad de necesidad e igual utilización de atención de igual calidad para todos".¹⁵

El proceso de privatización de los servicios de salud es más complejo que el aplicado para el sistema pensionístico, puesto que aquél requiere de mecanismos para separar aquello que resulta rentable para el sector público. Una vía para lograrlo es pasar del principio solidario al principio de equivalencia lo que, en la práctica, ha significado sustituir los fondos comunes por fondos individuales. El

¹³ *Invertir en Salud*, Washington, Banco Mundial, 1993.

¹⁴ *Bases Doctrinarias de la Reforma en Salud*, México, Fundación Mexicana para la Salud, 1994, p. 27.

¹⁵ M. Whitehead, *The Concepts and Principles of Equity and Health*, *Int. J. Health Serv.* 22, 3, 1992, pp. 429-445.

monto cotizado y el estado de salud se han usado como criterios básicos para separar a los asegurados y las actividades potencialmente rentables de los no-rentables. La privatización en salud se da, por tanto, selectivamente y sobre la base de la constitución de dos sistemas paralelos (el privado y el público) de financiamiento-producción de servicios.

Otra modalidad de conducción del proceso de privatización selectiva que hoy se discute en México, es introducir una cuota uniforme (e indizada al costo de los servicios) para el seguro obligatorio de salud a fin de incrementar la cobertura y establecer la "libertad de elección" entre el sistema público y el privado. Se supone que la cuota uniforme sólo cubre un plan básico de atención, por lo que el acceso a otros servicios queda sujeto a un pago o seguro adicional. Esta modalidad tampoco promueve la equidad ya que significa una redistribución regresiva entre los cotizantes, por cuanto quienes perciben ingresos menores pagan proporcionalmente más, mientras que sólo los de mayores ingresos tendrían acceso a los planes adicionales. Por otra parte, en condiciones de ingresos mayoritariamente bajos, tal acceso sólo es viable mediante un subsidio estatal a aquellos que no pueden pagar la cuota. Es decir, se subsidia a los individuos para constituirlos en clientes con poder de compra en el mercado.

Cuando se habla de la "libertad de elección" se soslaya sistemáticamente que esta libertad es bidireccional: del cliente respecto al proveedor y de éste con respecto al cliente. En esto radica el secreto de la selectividad de la privatización en salud porque los proveedores aseguradores privados usan esta libertad para elegir a los buenos y sanos pagadores, dejando para las instituciones públicas a los pobres, enfermos y viejos. De allí que se genere un círculo vicioso para el sistema público ya que tiene la obligación, legal y ética, de atender a la población más necesitada mientras que la mayoría de los recursos son captados por el sector privado.

No hay ninguna evidencia empírica que demuestre que es posible anular esta "selección adversa". Como tampoco la hay para sostener la promesa de lograr mayor eficiencia en el terreno de la salud. Por el contrario, las evidencias apuntan a una mayor ineficiencia de los sistemas privados ya que el motivo de lucro genera una espiral incontenible de inflación de costos. Baste como ejemplo el célebre caso de Estados Unidos donde, contrario a lo que ocurre en los sistemas universales de alguna modalidad pública, han sido incapaces de parar el vertiginoso crecimiento de costos y constante caída de cobertura, a pesar de sistemas de control sofisticadísimos.¹⁶

Por último, el compromiso de mayores beneficios —que para el caso de los servicios de salud sería mejor calidad en la atención— tampoco parece posible

¹⁶ I. Hellander et al., *The Growing of Uninsurance*, Int. J. Health Serv. 25, 3, 1995, pp. 377-392.

de cumplirse con la reforma. Por un lado, está ampliamente documentado¹⁷ que el afán de ganancias distorsiona el modelo de atención y la calidad de los servicios en la medida que conduce a un énfasis en las acciones curativas y diagnósticas de alto contenido tecnológico e invasivas. Por el otro, la introducción de criterios gerenciales en los servicios públicos obliga a adoptar criterios semejantes a los del sector lucrativo con la desventaja, además, de contar con pocos recursos y mucha demanda.

En torno a una propuesta alternativa

En resumen, la reforma neoliberal en la salud y la seguridad ha dado como resultado: un proceso acelerado de mercantilización de los beneficios y servicios sociales con la desarticulación de las instituciones; un incremento en la inequidad social; un aumento de los costos de los servicios-beneficios, tanto para los individuos como para las naciones; y una distorsión en los modelos y la calidad de la atención médica al subordinarlos al afán de lucro.

La reforma significa, además, un cambio en la relación entre el sector público y el privado con implicaciones de largo alcance sobre las políticas de salud y seguridad social. Una vez que los grupos financieros, las grandes compañías de seguros y hospitales privados, hayan consolidado su control sobre los fondos de pensiones y la prestación de servicios médicos, subordinando incluso a los médicos, no permitirán una política de fortalecimiento y expansión de las instituciones públicas, tal como la fracasada reforma del sistema de salud en Estados Unidos demuestra contundentemente.¹⁸ Con ello las instituciones públicas perderán su lugar central y dejarán de ser el motor de la extensión de la seguridad social integrada y solidaria a grupos cada vez más amplios de la población. En los hechos, queda negado el derecho a la salud y la seguridad social.

Una reforma alternativa a la neoliberal y encaminada a la realización del derecho a la salud y la seguridad social debe ir en la dirección opuesta. Tiene que construirse sobre los elementos que han demostrado ser garantía de estos derechos, o sea, un sistema integral, solidario, redistributivo y organizado bajo alguna modalidad pública. La precondition de una reforma de estas características es romper el círculo perverso de caída salarial, destrucción de empleo, incremento en la demanda de los servicios-beneficios y baja en los ingresos de

¹⁷ P. Starr, *La transformación de la medicina en los Estados Unidos*, México, FFC, 1991; A. Relman, *What Market Values are Doing to Medicine*, *The Atlantic Monthly*, 1992.

¹⁸ Ver, por ejemplo: M. Podhorzer, *Unhealthy Money: Health Reform and the 1994 Elections*, *Int. J. Health Serv.* 25, 3, 1995, pp. 393-402; *Editorial Soc. Sci. & Med.*, julio 1995.

la seguridad social. No pueden resolverse de forma duradera ninguno de los problemas de la seguridad social en ausencia de una política activa y sostenida de creación de empleo y recuperación salarial; sólo así podrían reconstruirse las bases regulares del bienestar social y la capacidad de la sociedad de financiar sus instituciones. Esto supone una redefinición de las prioridades nacionales de desarrollo.

Una reforma socialmente útil y de largo alcance del sistema de pensiones debe resolver dos problemas distintos. El primero es establecer mecanismos financieros que garanticen el mantenimiento del poder adquisitivo de las pensiones. El segundo problema es proporcionar protección social a la creciente población de la tercera edad que no está protegida por un seguro.

El mercado no ha sido un mecanismo eficaz para proporcionar seguridad económica a los viejos en ninguna parte y sólo los sistemas públicos han podido garantizarles una plena ciudadanía social.¹⁹ Mantener el carácter público del sistema de pensiones es una condición necesaria para darle a éste una orientación solidaria y redistributiva, cuestión que resulta particularmente importante en países con grandes desigualdades sociales y cuya población es mayoritariamente pobre. El sistema público permite manejar los fondos con bajas tasas de interés y usarlos para la inversión social o productiva estratégica con el fin de ampliar sus beneficios sociales, directos o indirectos. Puede, así, constituir un instrumento clave para un desarrollo económico con justicia social.

El esquema básico de un sistema público de pensiones, con vistas a lograr las condiciones necesarias para la universalización del derecho a una pensión, descansaría en cuatro elementos: la introducción del principio de jubilación por edad o por incapacidad de realizar un trabajo; el establecimiento de una pensión básica garantizada y una pensión complementaria individualizada (proporcional pero no necesariamente equivalente al pago), ambas financiadas con fondos colectivos de reparto; la protección del poder adquisitivo mediante un sistema de indización de la pensión; y eventualmente la sustitución de la cuota por un impuesto de seguridad social. El objetivo sería universalizar la pensión básica y extender la pensión complementaria a grupos cada vez más amplios de trabajadores.

La primera condición para superar el deterioro de las instituciones públicas de salud es revertir su prolongado desfinanciamiento y garantizar un crecimiento programado y estable del gasto público en salud, reconstituyendo la aportación estatal y reorientando el subsidio fiscal —hoy crecientemente absorbido por el sector privado— a las instituciones públicas.

¹⁹ G. Esping-Andersen, *op. cit.*

A pesar de sus deficiencias, las instituciones públicas de salud ocupan el lugar central en la atención a la salud; de ahí que la reforma para garantizar el derecho a ésta sólo puede construirse sobre la base de estas instituciones. Esta reforma se encaminaría a fortalecerlas, transformarlas para avanzar en la integración de un sistema único de salud de acceso universal. Sus objetivos centrales deberían ser el adecuar los servicios a la problemática sanitaria, garantizar la calidad técnica y humana de los servicios, y manejar de forma eficiente y transparente los recursos. En el marco de la expansión de la acción pública debe priorizarse un esfuerzo especial y acelerado hacia los grupos más pobres pero sin segregarlos a un sistema paralelo discrecional-asistencial.

Cuando la sociedad asume como responsabilidad común y pública garantizar el derecho a la salud, le corresponde una participación democrática en la formulación y gestión de la política sanitaria. Aunque la sociedad encargue al Estado su ejecución no está obligado a delegar en el poder ejecutivo central las decisiones políticas y técnicas. La democratización del ámbito de salud no es sólo un instrumento para lograr servicios más adecuados a las necesidades sociales, sino también para fortalecer el compromiso social con la realización plena del derecho a la salud. Esta democratización se concretaría en una nueva distribución del poder de decisión no sólo dentro de las instituciones sino también en los ámbitos nacional, estatal y municipal-local.