

La descentralización y la reforma de salud neoliberal

*Ernesto A. Selva Sutter**

Resumen

Las políticas de salud son cuestión de poder y de proceso más que de contenido. De ahí que esas políticas se fundamenten muy poco en la evidencia epidemiológica o en otro tipo de evidencia científica. La mayoría termina siendo, en realidad, politiquería disfrazada de ciencia. La misma experiencia de la descentralización neoliberal es un error y otro experimento fracasado. Es una medida impulsada e impuesta de manera improvisada por los bancos multilaterales a los países latinoamericanos, sin identificar siquiera cuál de las muchas modalidades de descentralización se quiere implementar y, además, sin estimar costos, anticipar problemas y buscar soluciones y sin tener en cuenta contextos históricos, políticos, socioeconómicos, etc. Es evidente que la medida discutida en este escrito no se debe diseñar ni imponer desde fuera, y menos de manera improvisada, descontextualizada y sin las consideraciones técnicas necesarias, dado que la descentralización es un proceso político complejo y porque es una medida que carece de fundamento teórico y empírico sólido.

Introducción

Es importante, quizá, comenzar por el final y destacar que, después de analizar las diversas definiciones y categorizaciones de descentralización o de su forma de presentarse, en el contexto de reforma de salud neoliberal (1, 13, 16, 46), no hay

consenso claro sobre su significado. Asimismo, si algún provecho se puede obtener de su imposición es que recuerda la relación entre el poder y la conformación e implementación de las políticas de salud. Recuerda también que las políticas de salud son cuestión de poder y de proceso más que de

* Jefe del Departamento de Salud Pública de la UCA.

contenido (28, 30, 32, 49). De ahí que esas políticas se fundamenten muy poco en la evidencia epidemiológica o en otro tipo de evidencia científica. La mayoría termina siendo, en realidad, politiquería disfrazada de ciencia (28, 30, 32, 44, 45).

No es posible desestimar estas puntualizaciones, que ya han causado resultados adversos. La misma experiencia de la descentralización neoliberal es un error y otro experimento fracasado que, con frecuencia, ha producido resultados opuestos a los buscados (7, 15, 21, 22, 30, 32, 34, 46). Es una medida impulsada e impuesta de manera improvisada por los bancos multilaterales a los países latinoamericanos, sin identificar siquiera cuál de las muchas modalidades de descentralización se quiere implementar y, además, sin estimar costos, anticipar problemas y buscar soluciones, y sin tener en cuenta contextos históricos, políticos, socioeconómicos, etc. (46).

La experiencia de América Latina muestra que este error y su consecuente fracaso pudieron prevenirse. Ni siquiera ahora, cuando se dan cuenta de las ventajas y desventajas teóricas de la descentralización (16, 46) y conocen los problemas de implementación y los efectos negativos de esa política (7, 15, 16, 21, 22, 46), es posible concluir en un marco teórico, que pueda predecir el éxito de la descentralización y recomendar, por tanto, su adopción sin más. Obviamente, su imposición ha sido y es parte de una tropelía contra la salud pública (30, 32) y una temeridad (46).

Casi está de más decir que otro efecto negativo de no atender el hecho de la ausencia de consenso sobre el significado de la descentralización y de la gran variedad de modalidades de la medida es que abre las puertas a una presentación eufemística o francamente engañosa y, por lo tanto, a una implementación maliciosa de la misma. Todo por prescindir del consenso sobre el significado de la descentralización y de la gran variedad de sus modalidades. Poca duda cabe de la influencia que esto tiene en la aceptación de la política, aun por sus opositores tradicionales, quienes han demandado, de forma constante, mayor autonomía local en los países subdesarrollados. A diferencia de lo sucedido en los países desarrollados, la descentralización neoliberal ha sido impulsada desde el centro, más que exigida por la periferia (16). El Estado impulsa estos procesos y luego el sector salud hace lo

suyo. Por lo tanto, los criterios sanitarios no marcan la dirección de esta reforma. La descentralización ha sido más bien una maniobra política para abandonar funciones, para recortar gastos, para dispersar o desarmanar conflictos sociales y políticos y para reforzar el acceso a las discusiones de los grupos locales dominantes o simplemente para fortalecer el predominio de los gobiernos centrales en los espacios locales, en los países mal llamados en vías de desarrollo(16). La medida fue impulsada por los gobiernos del primer mundo, los cuales controlan los bancos que protagonizan el proceso de reforma neoliberal. Luego los estados dependientes relanzan la medida y el sector salud hace lo suyo sin deliberar.

No es posible desestimar que, a menudo, las políticas de salud terminan siendo politiquerías disfrazadas de ciencia. Es evidente que la medida discutida en este escrito no se debe diseñar ni imponer desde fuera, y menos de manera improvisada, descontextualizada y sin las consideraciones técnicas necesarias, dado que la descentralización es un proceso político complejo (46) y porque es una medida que carece de fundamento teórico y empírico sólido. Virchow afirmó que "la medicina es una ciencia social y la política no es nada más que medicina en gran escala" (6). Sin embargo, en más ocasiones de las deseadas, la política, al igual que muchas intervenciones médicas, ha demostrado ser amarga e ineficaz. En pocas palabras, insoportable y no recomendable.

1. Provisión de servicios de salud, privatización y descentralización

En la mayoría de países latinoamericanos se reconocía el derecho de los ciudadanos a la salud y la responsabilidad del Estado de promoverla. Los gobiernos latinoamericanos aprovecharon el crecimiento de la economía que siguió a la segunda guerra mundial e incrementaron la financiación y cobertura de la atención médica y de salud, aunque nunca de modo suficiente como para cubrir a gran parte de la población (10).

La expansión se llevó a cabo a través de las redes de servicios de salud de los ministerios de salud pública y los seguros sociales. Tradicionalmente, en la mayoría de los países de la región, los servicios médicos y de salud pública se han proveído de manera gratuita¹, a través de los ministerios del ramo.

1. Estos servicios universales deben ser gratuitos en el sentido de no exigir pago adicional alguno para recibir el servicio, ya que la sociedad tiene una deuda con las clases desposeídas (31). En la práctica actual, el servicio es pagado a través de cuotas "voluntarias".

De ellos hacían uso la población del sector informal, los indigentes y la población rural. El resto, el sector formal de la economía y los grupos con capacidad de pago, acudía al seguro social, financiado por el trabajador, el empresario y el gobierno y, o al sector privado con y sin fines de lucro (10, 30).

La falta de decisión para proveer una cobertura universal apropiada, el permitir a sectores secularmente atendidos de forma insuficiente o desatendidos acceso universal a medicamentos (rara vez reconocido), y la insuficiencia de fondos para la atención, el mal manejo, el desperdicio, la corrupción y la ineficiencia en la gerencia de las instituciones sanitarias, hicieron que la población, incluso la beneficiada por el seguro social, acabara comprando servicios y medicamentos en el sector privado. De manera que, antes de los procesos neoliberales actuales, el 50 por ciento del gasto en salud se realizaba en el sector privado, por la vía de la automedicación y, o la consulta esporádica, por lo general, de tipo ambulatorio (10, 30, 35).

La reforma neoliberal alteró conceptos, derechos, funciones y responsabilidades, y la atención médica y de salud pública (10, 30, 32). Por ejemplo, la Constitución de El Salvador establece que "El Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y a los habitantes en general cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible. En ese caso, toda persona está obligada a dicho tratamiento". Aunque todavía responsabiliza al Estado de los indigentes y de quienes por su incapacidad física o mental no pueden trabajar, descarga la obligación de velar por la conservación y el restablecimiento de la salud a la personas y al Estado (3, 23).

En realidad, toda la población salvadoreña goza de cobertura ante ciertos riesgos y, o daños para la salud, en instituciones públicas o privadas, a cambio de determinada contraprestación económica. El Ministerio de Salud Pública cubre a todos los ciudadanos sin excepción con sus servicios médicos y hospitalarios, financiados con fondos públicos y cuotas voluntarias de los usuarios². El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) cubre, aproxi-

madamente, al 15 por ciento de la población. Otros seguros públicos cubren a poco más del 2 por ciento de la población. Finalmente, el sector privado cubre al 5 por ciento (23). Sin embargo, si se considera el régimen de capacitación de recursos humanos, el de empleo en el sector público, el de concesiones del sector público, etc., se comprueba que el sector público subsidia al sector privado, en El Salvador.

No hay impedimentos para que los derechohabientes puedan también hacer uso tanto de las prestaciones del Ministerio de Salud Social, como de los servicios del sector privado (23). Ya en 1998, la población salvadoreña gastaba un 8.3 por ciento del producto interno bruto en salud, lo cual corresponde a 165 dólares anuales, por persona (23).

Cuando el crecimiento de la economía latinoamericana se redujo, a partir de los años ochenta, los gobiernos habían acumulado una enorme deuda pública y se enfrentaban con una seria recesión económica, que dificultaba su pago (10, 30, 35, 36). El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional exigieron reducir la participación del sector público en la gestión de actividades comerciales y de servicios públicos y sociales, como condición para extender créditos a corto plazo para pagar o refinanciar la deuda pública. Así, pues, la deuda contraída por elites locales con las del norte, ahora debía ser asumida por las clases populares. Estas instituciones multilaterales atribúan la recesión al modelo de economía mixta, es decir, a la participación del sector público en actividades económicas y a su incapacidad para gestionarlas (7, 10, 11, 30, 35, 36).

El Banco Mundial con su nada despreciable capacidad para persuadir, empezó a financiar reformas de los servicios de salud. Dos elementos fundamentales de esa reforma fueron la privatización y la descentralización. Estas medidas se basan sobre todo en el suministro más que en la demanda. En combinación con otras estrategias, listadas a continuación, sustituyeron el acceso universal a la asistencia básica, que favorece la equidad, con la llamada reforma del sector sanitario, es decir, paquetes básicos de salud, reajustes financieros, e intentos para mejorar gerencia y reorientación de las

2. Cabe aclarar tanto que en una maniobra reciente y confusa, el Presidente de la República eliminó por decreto en los cobros o las cuotas voluntarias de los servicios nacionales de salud, después de que por años la existencia de la práctica fuera negada, como que los cargos están vigentes. Además que en la práctica, el MSPAS atiende aproximadamente al 80% de la población (23).

funciones del sector público (7, 10, 11, 30, 46). Este es el tipo de privatización y descentralización al que nos referimos.

El problema es que las evaluaciones recientes de las reformas neoliberales de salud señalan que, en la práctica, la equidad, la protección social en salud, la salud pública, la cobertura de los grupos vulnerables, etc., han sido relegadas a un plano secundario, si es que no han sido olvidadas; la gestión y la eficiencia económica son ahora la prioridad. Las evaluaciones señalan también que el avance de la descentralización estatal y del sector sanitario y el surgimiento de otros actores ha hecho que la provisión de los servicios, sobre todo la atención a las personas, tiendan a dejar de ser una responsabilidad directa de los ministerios. Y, para que no haya duda, indican que algo similar sucede con la provisión de servicios de salud pública y la regulación sanitaria, las cuales tienden a ser asumidas por las instancias intermedias (estados, departamentos o provincias) o locales (municipios y cantones) (15, 22, 30). Aquí se comprueba, pues, que el término descentralización comprende tendencias diversas como la privatización o la comercialización (7, 30).

Las instituciones multilaterales continúan presionando a los gobiernos para que adopten el neoliberalismo y su prioridad por el crecimiento económico, pues sostienen que la pobreza solo puede ser aliviada con crecimiento, productividad y políticas distributivas paliativas. Los ajustes estructurales que prescriben equivalen a prescribir sangramientos a pacientes anémicos. Saben bien que en el siglo XXI, la mitad de la población mundial vive en pobreza, una proporción que alcanzará el 75 por ciento, en el año 2025, y que el 90 por ciento del crecimiento poblacional ocurrirá en zonas urbanas (5). Pero ésta no es una buena noticia, porque pese a que las ciudades son centros de concentración de riqueza, de capacidad productiva y de creatividad, que satisfacen los servicios básicos con mayor calidad y a menor precio *per cápita*, a que en ellas también sus habitantes pueden organizarse mejor para cuidar sus derechos y a que cuando ellas son planificadas con responsabilidad social pueden proveer seguridad sanitaria (5), es precisamente en las ciudades donde ahora se concentra la pobreza y se exacerbán las desigualdades. La vida de las personas está muy amenazada en las ciudades, por la falta de agua potable, manejo de basura y excretas, dependencia de economías en efectivo, pérdida de la familia extensa, desintegración social, violencia, estrés medioam-

biental severo, asentamientos en zonas de riesgo y condiciones que favorecen de forma directa el desarrollo de enfermedades infecciosas y no infecciosas (5, 29, 41).

Los bancos continúan sus políticas, cuando lo que se necesita es la redistribución del poder. En las últimas seis décadas, la economía mundial se ha quintuplicado, el comercio internacional se ha multiplicado por doce, los flujos financieros internacionales han crecido entre veinticinco y treinta veces (5, 33, 35), pero las desigualdades se han triplicado. La población urbana ha crecido entre el 17 y el 50 por ciento, pero la inversión en infraestructura ha descendido, la disponibilidad de agua *per cápita* es menos de la mitad de lo que fue hace medio siglo, se quema cinco veces más combustible fósil que entonces, la polución por biomasa ha alcanzado niveles alarmantes y la explotación de la fauna marina se ha cuadruplicado (5, 41).

Los bancos y sus aliados persisten en su receta, pese a que uno de ellos, la OPS-OMS, sostiene, en publicaciones de 2002, que ni las promesas del neoliberalismo, ni las de la globalización han sido cumplidas. Al contrario, las reformas de muchos años han hecho que "la mayoría de estos países en América Latina y, en general en el mundo, parecen estar en peor situación relativa, y en algunos casos absoluta, que la que tenía antes". Desde entonces, esa organización reconoció la alarmante agudización de la exclusión económica, social, étnica y cultural, derivada de la combinación del crecimiento poblacional con el estancamiento del crecimiento económico, el aumento del desempleo y la profundización de desigualdad en la distribución del ingreso. Ya entonces se reconoció también la insuficiencia de los mecanismos de protección social en salud, debilitados por los programas de ajuste estructural y las reformas de salud para privatizar la atención individual, (7, 15, 21, 22, 30).

El segundo informe sobre desarrollo humano de Centroamérica y Panamá, del PNUD, sostiene que la reforma del Estado y la descentralización están en la agenda de discusión regional, desde hace más de una década. La reforma del sector salud, por tanto, se encuentran inmersa en ese contexto. Es más, se afirma que los bancos Mundial e Interamericano de Desarrollo y la Organización Panamericana de la Salud hace poco acordaron elaborar una agenda compartida para la salud de las Américas, cuya base será el apoyo a la reforma neoliberal, incluidos los servicios de saneamiento básico, el fortale-

cimiento institucional de programas y el afianzamiento del liderazgo de las autoridades sanitarias (24).

Cabe, pues, concluir con dos hechos. El primero es que ni la descentralización, ni la provisión de servicios públicos por parte del sector privado son novedades, tampoco perversidades o prácticas inefectivas, en sí mismas. Desde hace décadas han existido políticas descentralizadoras, más bien inefectivas. La provisión de servicios públicos por el sector privado es eficiente, cuando existe una regulación estricta. Sin embargo, el sector salud es diferente (10, 46). El segundo es que, en una época no muy lejana, muchos establecimientos de salud gozaban de autonomía administrativa, pero por razones muy similares a las usadas para justificar la descentralización, se decidió centralizarlos. De hecho, en 1978, una evaluación de los servicios de salud salvadoreños, hecha por la Agencia Internacional para el Desarrollo, identificó la descentralización y la autonomía hospitalaria como uno de los obstáculos más serios para planificar los recursos y la eficiencia de los hospitales (10, 46).

2. El significado de la privatización y la descentralización

La racionalidad de la privatización y la descentralización de la salud se fundamenta en los principios economicistas y mercantilistas neoliberales, que promueven recuperación de costos y efectividad. Por eso, se invierte en salud cuando favorece al sector privado; pero se habla de gasto sanitario, cuando favorece a "sectores improductivos". La atención sanitaria es tratada como una mercancía con valor agregado. Estos cambios fueron introducidos por el Banco Mundial a partir de 1993 (10, 11, 30, 31, 34, 52); sin embargo, no debe perderse de vista que forman parte de un contexto más amplio.

Algunos "entendidos", no obstante, argumentan con gran ingenuidad que modernización no es lo mismo que privatización, que ésta no es tan nociva, que hay grandes diferencias entre privatizaciones y descentralizaciones y ajustes estructurales,

globalizaciones, modernizaciones, etc. Desde principios de la última década del siglo pasado, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, director emérito de la Organización Panamericana de la Salud, indicó la necesidad de reaccionar ante los desequilibrios macroeconómicos y la privatización del Estado, dados sus grandes riesgos (9, 22, 30, 35). Curiosamente, el director emérito es ahora asesor permanente de la iniciativa "La Salud Pública en Las Américas" (22). Obviamente, una contribución favorable al esfuerzo reformista neoliberal.

[...] las reformas neoliberales de salud señalan que, en la práctica, la equidad, la protección social en salud, la salud pública, la cobertura de los grupos vulnerables, etc., han sido relegadas a un plano secundario, si es que no han sido olvidadas; la gestión y la eficiencia económica son ahora la prioridad.

Por otra parte, la privatización se entendió, desde el principio, como traspaso de responsabilidad, funciones o propiedad del Estado a empresas privadas, en particular, a aquellas con fines de lucro, aunque se acepta el traspaso a organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro como una forma blanda de privatización (30). Formalmente, las privatiza-

ciones implican un cambio de titularidad de ciertos activos o derechos de uso de ciertos recursos. La venta de empresas ha sido la modalidad de la privatización más extendida en los países subdesarrollados; sin embargo, otras modalidades contemplan contratos de concesión en diferentes sectores y en sectores con normativas generales, el contrato actúa como marco regulador (30).

El modelo del Banco Mundial para América Latina tiene un claro sello neoliberal, ya que privilegia reducir el gasto y las funciones del sector público y (supuestamente) promover la competencia (10). Más en concreto, la privatización se entiende como transferencia de la responsabilidad de la provisión de servicios de salud del sector público al privado (11). En consecuencia, el Banco favorece los seguros privados y las organizaciones de mantenimiento de la salud, tal como existen en Estados Unidos, pese a que estas últimas están cada vez más desprestigiadas, por corruptas, ineficientes y por dar servicios deficientes. El Banco también fomenta la recuperación de costos, a través de copagos y la reducción del gasto público con paquetes básicos "gratuitos", pero limitados, para los indigentes (10, 30).

funciones del sector público (7, 10, 11, 30, 46). Este es el tipo de privatización y descentralización al que nos referimos.

El problema es que las evaluaciones recientes de las reformas neoliberales de salud señalan que, en la práctica, la equidad, la protección social en salud, la salud pública, la cobertura de los grupos vulnerables, etc., han sido relegadas a un plano secundario, si es que no han sido olvidadas; la gestión y la eficiencia económica son ahora la prioridad. Las evaluaciones señalan también que el avance de la descentralización estatal y del sector sanitario y el surgimiento de otros actores ha hecho que la provisión de los servicios, sobre todo la atención a las personas, tiendan a dejar de ser una responsabilidad directa de los ministerios. Y, para que no haya duda, indican que algo similar sucede con la provisión de servicios de salud pública y la regulación sanitaria, las cuales tienden a ser asumidas por las instancias intermedias (estados, departamentos o provincias) o locales (municipios y cantones) (15, 22, 30). Aquí se comprueba, pues, que el término descentralización comprende tendencias diversas como la privatización o la comercialización (7, 30).

Las instituciones multilaterales continúan presionando a los gobiernos para que adopten el neoliberalismo y su prioridad por el crecimiento económico, pues sostienen que la pobreza solo puede ser aliviada con crecimiento, productividad y políticas distributivas paliativas. Los ajustes estructurales que prescriben equivalen a prescribir sangramientos a pacientes anémicos. Saben bien que en el siglo XXI, la mitad de la población mundial vive en pobreza, una proporción que alcanzará el 75 por ciento, en el año 2025, y que el 90 por ciento del crecimiento poblacional ocurrirá en zonas urbanas (5). Pero ésta no es una buena noticia, porque pese a que las ciudades son centros de concentración de riqueza, de capacidad productiva y de creatividad, que satisfacen los servicios básicos con mayor calidad y a menor precio *per cápita*, a que en ellas también sus habitantes pueden organizarse mejor para cuidar sus derechos y a que cuando ellas son planificadas con responsabilidad social pueden proveer seguridad sanitaria (5), es precisamente en las ciudades donde ahora se concentra la pobreza y se exageran las desigualdades. La vida de las personas está muy amenazada en las ciudades, por la falta de agua potable, manejo de basura y excretas, dependencia de economías en efectivo, pérdida de la familia extensa, desintegración social, violencia, estrés medioam-

biental severo, asentamientos en zonas de riesgo y condiciones que favorecen de forma directa el desarrollo de enfermedades infecciosas y no infecciosas (5, 29, 41).

Los bancos continúan sus políticas, cuando lo que se necesita es la redistribución del poder. En las últimas seis décadas, la economía mundial se ha quintuplicado, el comercio internacional se ha multiplicado por doce, los flujos financieros internacionales han crecido entre veinticinco y treinta veces (5, 33, 35), pero las desigualdades se han triplicado. La población urbana ha crecido entre el 17 y el 50 por ciento, pero la inversión en infraestructura ha descendido, la disponibilidad de agua *per cápita* es menos de la mitad de lo que fue hace medio siglo, se quema cinco veces más combustible fósil que entonces, la polución por biomasa ha alcanzado niveles alarmantes y la explotación de la fauna marina se ha cuadruplicado (5, 41).

Los bancos y sus aliados persisten en su receta, pese a que uno de ellos, la OPS-OMS, sostiene, en publicaciones de 2002, que ni las promesas del neoliberalismo, ni las de la globalización han sido cumplidas. Al contrario, las reformas de muchos años han hecho que "la mayoría de estos países en América Latina y, en general en el mundo, parecen estar en peor situación relativa, y en algunos casos absoluta, que la que tenía antes". Desde entonces, esa organización reconoció la alarmante agudización de la exclusión económica, social, étnica y cultural, derivada de la combinación del crecimiento poblacional con el estancamiento del crecimiento económico, el aumento del desempleo y la profundización de desigualdad en la distribución del ingreso. Ya entonces se reconoció también la insuficiencia de los mecanismos de protección social en salud, debilitados por los programas de ajuste estructural y las reformas de salud para privatizar la atención individual, (7, 15, 21, 22, 30).

El segundo informe sobre desarrollo humano de Centroamérica y Panamá, del PNUD, sostiene que la reforma del Estado y la descentralización están en la agenda de discusión regional, desde hace más de una década. La reforma del sector salud, por tanto, se encuentran inmersa en ese contexto. Es más, se afirma que los bancos Mundial e Interamericana de Desarrollo y la Organización Panamericana de la Salud hace poco acordaron elaborar una agenda compartida para la salud de las Américas, cuya base será el apoyo a la reforma neoliberal, incluidos los servicios de saneamiento básico, el fortale-

cimiento institucional de programas y el afianzamiento del liderazgo de las autoridades sanitarias (24).

Cabe, pues, concluir con dos hechos. El primero es que ni la descentralización, ni la provisión de servicios públicos por parte del sector privado son novedades, tampoco perversidades o prácticas inefectivas, en sí mismas. Desde hace décadas han existido políticas descentralizadoras, más bien inefectivas. La provisión de servicios públicos por el sector privado es eficiente, cuando existe una regulación estricta. Sin embargo, el sector salud es diferente (10, 46). El segundo es que, en una época no muy lejana, muchos establecimientos de salud gozaban de autonomía administrativa, pero por razones muy similares a las usadas para justificar la descentralización, se decidió centralizarlos. De hecho, en 1978, una evaluación de los servicios de salud salvadoreños, hecha por la Agencia Internacional para el Desarrollo, identificó la descentralización y la autonomía hospitalaria como uno de los obstáculos más serios para planificar los recursos y la eficiencia de los hospitales (10, 46).

2. El significado de la privatización y la descentralización

La racionalidad de la privatización y la descentralización de la salud se fundamenta en los principios economicistas y mercantilistas neoliberales, que promueven recuperación de costos y efectividad. Por eso, se invierte en salud cuando favorece al sector privado; pero se habla de gasto sanitario, cuando favorece a "sectores improductivos". La atención sanitaria es tratada como una mercancía con valor agregado. Estos cambios fueron introducidos por el Banco Mundial a partir de 1993 (10, 11, 30, 31, 34, 52); sin embargo, no debe perderse de vista que forman parte de un contexto más amplio.

Algunos "entendidos", no obstante, argumentan con gran ingenuidad que modernización no es lo mismo que privatización, que ésta no es tan nociva, que hay grandes diferencias entre privatizaciones y descentralizaciones y ajustes estructurales,

globalizaciones, modernizaciones, etc. Desde principios de la última década del siglo pasado, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, director emérito de la Organización Panamericana de la Salud, indicó la necesidad de reaccionar ante los desequilibrios macroeconómicos y la privatización del Estado, dados sus grandes riesgos (9, 22, 30, 35). Curiosamente, el director emérito es ahora asesor permanente de la iniciativa "La Salud Pública en Las Américas" (22). Obviamente, una contribución favorable al esfuerzo reformista neoliberal.

[...] las reformas neoliberales de salud señalan que, en la práctica, la equidad, la protección social en salud, la salud pública, la cobertura de los grupos vulnerables, etc., han sido relegadas a un plano secundario, si es que no han sido olvidadas; la gestión y la eficiencia económica son ahora la prioridad.

Por otra parte, la privatización se entendió, desde el principio, como traspaso de responsabilidad, funciones o propiedad del Estado a empresas privadas, en particular, a aquellas con fines de lucro, aunque se acepta el traspaso a organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro como una forma blanda de privatización (30). Formalmente, las privatiza-

ciones implican un cambio de titularidad de ciertos activos o derechos de uso de ciertos recursos. La venta de empresas ha sido la modalidad de la privatización más extendida en los países subdesarrollados; sin embargo, otras modalidades contemplan contratos de concesión en diferentes sectores y en sectores con normativas generales, el contrato actúa como marco regulador (30).

El modelo del Banco Mundial para América Latina tiene un claro sello neoliberal, ya que privilegia reducir el gasto y las funciones del sector público y (supuestamente) promover la competencia (10). Más en concreto, la privatización se entiende como transferencia de la responsabilidad de la provisión de servicios de salud del sector público al privado (11). En consecuencia, el Banco favorece los seguros privados y las organizaciones de mantenimiento de la salud, tal como existen en Estados Unidos, pese a que estas últimas están cada vez más desprestigiadas, por corruptas, ineficientes y por dar servicios deficientes. El Banco también fomenta la recuperación de costos, a través de copagos y la reducción del gasto público con paquetes básicos "gratuitos", pero limitados, para los indigentes (10, 30).

Por eso, algunos sostienen que una de las mejores expresiones de la privatización es la transferencia de funciones y, si conviene, de la propiedad pública. El propósito es crear espacios para valorizar el capital acumulado, en muy pocas manos, y satisfacer afanes de lucro o, al menos, reducir el gasto estatal para pagar la deuda (35, 36). Sin embargo, la experiencia latinoamericana muestra que la mejor expresión de la privatización es poner al servicio de las elites del capitalismo neoliberal prácticamente todos los recursos del Estado.

Las funciones para la atención médica se pueden agrupar en tres categorías: financiación, organización y gestión, y provisión de la atención, en las cuales se pueden identificar dimensiones o modalidades para la participación del sector privado (10). Estas son útiles para explorar el significado de privatización. Las principales modalidades de privatización desde la financiación son el co-pago, el seguro privado o público, cuando el usuario o el empresario paga parte de la póliza o se exigen co-pagos para activarlos, el pago directo, monetario o en especie, por el usuario y una combinación de las tres modalidades en el mismo sistema de salud. Por ejemplo, inmunizaciones servidas por el sector público con o sin co-pagos, atención médica servida por seguro social y atención odontológica, pagada por el usuario. Otra modalidad son los grupos financiados de forma diferente —los trabajadores del sector formal por seguros sociales, los ejecutivos por seguros privados y los indigentes por el Estado (10).

En la organización y gestión de los servicios de salud hay privatización cuando el sector público contrata con el privado, ya sea con asociaciones comunales, profesionales o empresas privadas, la gestión de la financiación, los establecimientos de salud, los servicios a grupos específicos, auditorías

financieras y asistencia técnica (10). En la provisión de la atención se reconoce privatización cuando el sector público contrata con el privado servicios médicos, ambulatorios y hospitalarios para poblaciones o grupos específicos, servicios médicos específicos, técnicos de diagnóstico, terapéuticos, auxiliares, de hostelería y programas de capacitación (10).

Aquí se puede percibir parte del problema de la privatización. Primero, si se toma en cuenta que estas funciones pueden ser ejecutadas por varios tipos de instituciones privadas —comerciales, cooperativas, asociaciones de beneficencia y sin ánimo de lucro comercial³— y si, en una matriz de privatización, se cruzan estas instituciones contra todas las variedades posibles de participación privada en financiación, gestión y provisión de servicios, el número de posibilidades es enorme. La privatización se puede referir a cualquiera de ellas. Por lo tanto, puede adquirir un significado ambiguo y confuso, el cual termina favoreciendo a quienes luchan por imponerla, porque confunde a los adversarios y porque los interesados pueden disfrazarla con facilidad. De ahí que, tal como señalan Homedes y Ugalde, la privatización significa, y, se oculta en transferencia de recursos públicos a empresas privadas para

[...] la privatización se entiende como transferencia de la responsabilidad de la provisión de servicios de salud del sector público al privado (11).

En consecuencia, el BM favorece los seguros privados y las organizaciones de mantenimiento de la salud, tal como existen en Estados Unidos, pese a que estas últimas están cada vez más desprestigiadas, por corruptas, ineficientes y por dar servicios deficientes.

la provisión de servicios, transferencia de la financiación del sector público al usuario, quien debe comprarla o poseer un seguro privado que la pague por él, transferencia de servicios médicos, contratación de algunos servicios técnicos o de hostelería, transferencia de la gestión de hospitales a organizaciones no gubernamentales, comerciales, de beneficencia, etc. (10). Estas posibilidades se disfrazan como propuestas de reformas, que favorecen enfoques de mercado o mixtos, públicos y privados (31, 32).

3. Las asociaciones comerciales sin ánimo de lucro se diferencian de aquellas comerciales con ánimo de lucro, en que estas últimas destinan sus ganancias para el pago de dividendos, mientras que las primeras las destinan al aumento de sueldos (10)

En segundo lugar, tanto el significado como la imposición de la privatización tienen un fundamento claramente ideológico, puesto que parte de premisas y no de hechos científicos. En cualquier caso, son ideas que no han sido comprobadas de forma científica. Es decir, que la mayoría de veces no han pasado la prueba del experimento aislado (30). Este planteamiento responde a la visión de mundo, al cúmulo de creencias, incluso inconscientes, del Banco Mundial, las cuales mezcla con explicaciones, esperanzas o simples deseos. En este caso, la ideología se identifica con el individualismo y su acompañante, el reduccionismo. El Banco impone la privatización aprovechándose de que la sociedad moderna enfatiza en extremo la autonomía personal y la autorrealización; asimismo, se aprovecha de que en las ciencias de la salud todavía prevalece la separación de salud individual y colectiva (30). No obstante la existencia del planteamiento socio-natural estructural que establece la unidimensionalidad de los procesos de salud y enfermedad, en tanto colectivos y socio-naturales, mientras relega los casos "individuales" a expresiones episódicas sin autonomía respecto al proceso socio-natural colectivo (30, 37, 38, 39, 40).

En tercer lugar, la privatización de servicios llamados auxiliares, o más delicado aún, la de los servicios de atención directa de salud, los cuales son muy complejos y cuya calidad es difícil de establecer sin una gran experiencia en el campo, genera problemas. El consumo de una comida pobremente preparada en una cafetería privatizada, por lo general, no pasa de ser una experiencia desagradable, pero una cirugía de mala calidad es otra cosa muy diferente. Está comprobado que, una vez privatizados los servicios públicos, los sistemas públicos pierden su capacidad para proveerlos, es decir, ya no hay vuelta atrás (25, 30) y se debe, por tanto, aprender a vivir con servicios desagradables y peligrosos.

El significado de la privatización no es absoluto. La práctica lo modifica. En efecto, su significado no puede desligarse del de descentralización. A diferencia de la privatización, la descentralización puede darse tanto en el sector privado como en el público. Aunque algunos autores la circunscriben al contexto nacional o gubernamental (13). Por lo general, se utilizan cuatro términos para explicarla: desconcentración, delegación, devolución y privatización (1) —aunque no hay acuerdo entre los autores (1, 13, 16, 46). Uno de los desacuerdos principales es si la privatización es una forma de des-



centralización (1, 7, 16) o no. Sin embargo, quienes defienden esta postura, la justifican por razones políticas, administrativas y económicas, y es claro que su objetivo es facilitar la privatización. Además, de hecho, una de las estrategias de descentralización es la autonomía hospitalaria. Pero cuando el control del hospital o del centro de salud pasa a una junta comunal, a una fundación u a otra entidad sin fines de lucro, o a una empresa privada, aun cuando la financiación siga siendo pública, se privatiza la gestión. Así lo han intuido los trabajadores hospitalarios, quienes, por lo general, se oponen a ella por miedo a perder su privilegio de empleado público (46).

En algunos países, los planes de descentralización incluyen la privatización de los servicios. En El Salvador, uno de los objetivos de un proyecto de reforma, que sería financiado en gran parte por el Banco Mundial, identificaba al complejo descentralización y privatización como uno de sus objetivos. Los planes de municipalización de los servicios de salud contemplan facultar al gobierno local firmar contratos con organizaciones no gubernamentales y empresas comerciales para la provisión de tales servicios (11, 46, 51). Tampoco hay acuerdo sobre el significado de los términos con los cuales se caracteriza la descentralización o sus modalidades. Para algunos, desconcentración significa que ciertas funciones administrativas —la elaboración del presupuesto— son transferidas del centro a instancias inferiores de la misma agencia u organización,

pero el control del programa continúa en manos de aquél (1, 13). Otros entienden por desconcentración una transferencia administrativa limitada (46).

Mientras unos destacan la *delegación* como una forma de descentralización y la describen como un enfoque mediante el cual el nivel central transfiere la responsabilidad de funciones gerenciales específicas, *organizaciones que se encuentran fuera de la estructura burocrática normal* como las paraestatales, solo indirectamente controladas por el gobierno central (1, 13), otros ni siquiera la mencionan y sí reconocen como descentralización otras formas que quienes reconocen a la delegación como una modalidad de descentralización ni siquiera las mencionan. Quizá una de las diferencias más importantes sea en el caso la devolución de poder a instancias subnacionales, cuyas actividades caen fuera del control directo del gobierno central. Por lo general, en este caso, la responsabilidad y la autoridad se transfieren a un gobierno estatal, departamental o municipal (1, 13). Sin embargo, otros la definen como transferencia irrestricta del poder decisorio a unidades gestoras menores (46), no necesariamente subnacionales o gubernamentales. Estos últimos dirían que, por razones geográficas y, o por la complejidad de la realidad se han creado distritos o regiones de salud, los cuales pueden o no coincidir con la división político administrativa de un país. En este caso, la descentralización significa la desconcentración o devolución de autoridad a estas unidades (46).

Además, no es posible obviar que, en América Latina, los institutos de seguridad social son una modalidad de descentralización muy difundida, ya que se les ha otorgado capacidad para tomar decisiones sin tener que consultar con los poderes legislativo y ejecutivo, los cuales, irónicamente, están muy jerarquizados y poseen sistemas administrativos y de decisión muy centralizados. Otra modalidad muy difundida, que también se caracteriza por la concesión de cierto grado de autonomía a una unidad de servicios, es la autonomía hospitalaria o de otros centros de salud (46).

Es necesario, pues, reconocer la existencia de una gran variedad de modalidades para descentralizar los servicios de salud. A medida que las tecnologías cambian y las políticas experimentan transformaciones, las opciones también sufren modificaciones. La enorme variedad de la gestión del sector salud incluye muchas funciones —fiscales, programáticas, recursos humanos, mantenimiento,

compra de insumos, etc.—, las cuales pueden ser descentralizadas a varios niveles y establecimientos. Esas mismas funciones pueden ser desagregadas y dar paso a una gran variedad de modalidades (46). Kutzin sostiene que las modalidades no son un simple problema académico, porque cada una de ellas puede conducir a resultados diferentes, ya que las diferentes estrategias de descentralización afectan de manera diversa el proceso de decisiones (13). De ahí la importancia de establecer cómo las estrategias pueden afectar la toma de decisiones. Ello obliga a sopesar la influencia de elementos clave —nivel de descentralización del poder, a quién se le otorga, funcionarios elegidos por votación popular, designados, burócratas, profesionales de la salud, etc., clase de poder a descentralizar y estatus legal del poder al ser descentralizado (13)

No es conveniente olvidar que la descentralización es un instrumento de redistribución de poder, es decir, capaz de aumentar el poder, la autonomía de decisión y de control de recursos, las responsabilidades y las competencias de las colectividades locales en detrimento de los órganos del Estado central (16).

3. Efectos de la descentralización y privatización del sector salud

A pesar de los desaciertos de las políticas del Banco Mundial, la balanza se inclina ante el peso de la supresión de los sistemas públicos (7, 14, 15, 21, 22, 30, 31, 33, 34, 35). Incluso autores identificados con esas políticas, quienes destacan las muchas amenazas de la globalización, las cuales no sólo conciernen al comercio, las finanzas, la ciencia, el medio ambiente, la delincuencia y el terrorismo, sino también a la salud, reconocen tales desaciertos. Según ellos, la globalización de la salud va más allá de la difusión acelerada de enfermedades o factores de riesgo e influye en la atención de salud. No sólo personas y microbios viajan de un país a otro, sino ideas y estilos de vida con efectos devastadores sobre las poblaciones (8).

Ante este panorama es absurdo intentar justificar la globalización argumentando que ésta favorece el intercambio de información acerca de atención de salud y que difunde la aspiración a la buena salud, la cual es un factor unificador en todo el mundo (8). De acuerdo con otros autores, los beneficios de la reforma en el área de salud se reducen a ser casi inadvertidos progresos en el área gerencial, de financiación y quizás en el área de

participación y control social a costa de la equidad, la calidad, la cobertura universal, etc. (7, 15, 21, 22, 30).

Esto pudo ser previsto. Se sabía que el sector salud tiene características especiales y por ello es un caso diferente en cuanto a la provisión de servicios públicos con entidades privadas, porque entre otras cosas, para mejorar la salud de la población, se requieren intervenciones colectivas o comunitarias e individuales y a diferentes niveles: a nivel individual, propiamente dicho, a nivel del ambiente inmediato y a nivel social o comunitario (10, 37), en contraste con la provisión de otros servicios públicos por entidades privadas.

En poblaciones con niveles bajos de educación, éstas no siempre saben cuándo utilizar los servicios de atención médica o los apoyos preventivos. Por lo tanto, aunque es difícil distinguir entre las responsabilidades públicas y las individuales, en salud, los servicios de atención se deben considerar como bienes de interés social. Además, cuando se trata de la vida, del sufrimiento y de la discapacidad de seres humanos, la búsqueda de soluciones no puede basarse sólo en consideraciones económicas de alto contenido ideológico. Incluso los economistas admiten que las actividades de salud pública son responsabilidad del Estado y aceptan que la atención médica constituye un mercado imperfecto con grandes dificultades para aplicar principios económicos; particularmente cuando se trata de aplicarlos a la interacción salud pública-atención médica. Cuando los economistas han utilizado marcos de análisis para distinguir las actividades de salud propias del sector público de aquellas propias del sector privado, dichos marcos no reflejan la interacción salud pública-atención médica. De hecho, la economía no ha desarrollado una teoría que permita dar una solución científica a este problema (10, 30).

Algunas de las imperfecciones importantes del mercado del sector salud son la diferencia del conocimiento entre la oferta y la demanda, la tendencia monopolística, sobre todo de los hospitales y servicios de alta tecnología, la tendencia del sector privado a excluir a los grupos de alto riesgo y a los que padecen enfermedades costosas y, por supuesto, a aquellos que no pueden pagar, la disociación entre el uso de alta tecnología y el aumento de la productividad, ya que con frecuencia aquélla emplea más personal y, por lo tanto, aumenta el costo unitario (10). Los proveedores generan de-

manda innecesaria o restringen el uso de servicios necesarios, si eso repercute directamente en sus beneficios económicos. Los servicios médicos privados con fines de lucro tienen un gasto *per cápita* mucho más alto que los públicos, lo cual indicaría que son más ineficientes.

Los mismos promotores de la privatización admiten la necesidad de subsidiar los servicios médicos de los pobres. La pobreza predominante y creciente impide que la privatización neoliberal de los servicios médicos sea un proyecto plausible. En México, por ejemplo, sólo el 2 por ciento de la población parece tener capacidad para comprar seguros privados (10). La vulnerabilidad a la pobreza de grandes sectores poblacionales es otra imperfección del mercado de la salud (15, 21, 22). En El Salvador, por ejemplo, se estima que al menos el 80 por ciento de la población no cuenta con ingresos suficientes para adquirir los bienes básicos para tener calidad de vida como lo demanda su condición humana y si no es absolutamente pobre o relativamente pobre, es vulnerable a la pobreza (33).

Los problemas potenciales de la descentralización también eran conocidos. Por consiguiente, pu-



dieron ser evitados. La equidad inter-regional puede ser afectada por la descentralización neoliberal, ya que implica la generación local de recursos, en particular a través de impuestos o cargos al usuario. En consecuencia, el recurso financiero depende de la habilidad de la autoridad local para generarlos. Además, si esta autoridad tiene libertad para utilizar recursos conforme a sus prioridades, residentes de otras áreas, en condiciones similares, podrían no tener igual acceso a beneficios de salud. En segundo lugar, la tensión centro-localidad puede ser fuente de conflictos, algo inherente a la descentralización. Estos se manifiestan de manera especial cuando hay necesidad de equilibrar las prioridades nacionales con las locales. En tercer lugar, la descentralización puede entrar en conflicto con las líneas de autoridad y rendición de cuentas, en particular cuando sólo algunas funciones son descentralizadas. Finalmente, la incapacidad gerencial local, el aumento del gasto administrativo y de la burocracia, los "cuellos de botella" en la toma de decisiones, la dificultad del nivel central para acomodarse a su nuevo papel de supervisor y vigilante eran conocidos, y, por consiguiente, se pudieron haber evitado (13).

Estos problemas, pero sobre todo la desigualdad inter-regional, son una amenaza constante para los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI), las unidades operativas fundamentales donde se efectúa la descentralización de los servicios de salud, en El Salvador. Estos sistemas constituyen el modelo de gestión descentralizada y la piedra angular del proceso de modernización y de reforma, puesto que uno de sus componentes es el financiamiento de los servicios de salud, el cual no solo está vagamente definido, sino que se entiende como asignación equitativa, ejecución eficiente y control efectivo de los recursos financieros del Estado, de la empresa privada, de las municipalidades y de otras fuentes identificadas con tales estructuras (18).

Se conocía y se pudo prever que premisas inmorales conducen a conclusiones inmorales (6); así como que el área de salud está conformada por conceptos éticos, tanto que en ella lo injusto se equipara con lo erróneo (14). La reforma de salud, en la actualidad, no es más que un eufemismo para suprimir los servicios de salud pública (14). Siempre se tuvo claro que la privatización era injusta y, probablemente, inmoral, aun en su forma más racional, porque atenta contra el principio fundamental para construir sociedades: su realización colectiva (37). En la práctica, es el manejo de bienes y

dinero públicos por y para beneficio de elites privadas (25, 30, 43). Se conocía y era reconocido por las publicaciones del Banco Mundial que el propósito de la descentralización respondía al deseo de las elites y los "barones" políticos latinoamericanos de aumentar su poder, se conocía que en países en los cuales la *privatización* se impone e implementa, la *descentralización* adquiere la forma de transferencia de poder y responsabilidades al sector privado y que la descentralización paradójicamente demanda más gobierno central y habilidades políticas para ser conducida (12).

En este sentido, es ilustrativo comparar los casos de Chile y Costa Rica. Los economistas neoliberales han presentado la privatización de la atención médica en Chile como modelo para países subdesarrollados. Aunque Costa Rica es más rural y pobre que Chile y ello dificulta y aumenta el costo de los servicios, ambos países tienen indicadores básicos socioeconómicos y de salud muy parecidos. En Chile, la privatización se llevó a cabo a través de compañías privadas de seguros y de organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO por sus siglas en inglés) para los más ricos y de servicios públicos descentralizados para las clases más pobres. En cambio, Costa Rica, pese a las presiones y concesiones, ha mantenido el financiamiento público central de sus servicios de salud (10). Esta diferencia permite comparar los resultados de una privatización pervertida con los de una privatización más blanda, puesto que el gobierno chileno subsidia al sector privado a través de las organizaciones de mantenimiento de la salud. De esta manera, los ricos aprovechan mejor los subsidios que los pobres. La privatización chilena es más propia de un sistema mixto, mientras que la costarricense da cabida al sector privado, pero con control público y predominio de los servicios públicos. Este último proceso ha sido llevado a cabo de manera autóctona y gradual (10).

Los resultados sugieren que los principios neoliberales en los que se basan estos modelos de privatización producen efectos no deseables. Por lo tanto, debieran ser revisados. La experiencia muestra que con menos recursos, los servicios públicos de Costa Rica han logrado indicadores básicos de salud muy semejantes o mejores a los del sistema mixto chileno. Mientras Costa Rica, al menos hasta ahora, mantiene la equidad en el acceso a los servicios, en Chile ha aumentado la desigualdad. En Costa Rica, el acceso a los servicios de

salud es un derecho garantizado por el Estado; en Chile, el Estado se responsabiliza sólo de algunos que no pueden acceder al sistema privado (10). Dado que las compañías aseguradoras chilenas (o institutos de salud previsional), que cubren a una población más joven y sana, tienen más gasto, que la red pública, se plantean dos opciones indeseables como explicación: los servicios privados son más ineficientes que los públicos o la demanda de una gran parte de la población con menos recursos no es atendida (10).

Mientras en Costa Rica el financiamiento de estos servicios favorece la cohesión social, ya que se basa en un impuesto progresivo sobre el salario, el cual tiende a incrementar la equidad social y respeta el principio de solidaridad, el sistema de Chile es regresivo, de manera que los pobres financian los servicios de las clases más acomodadas. En Chile, además, la descentralización regional de hospitales y municipal de clínicas, concomitante a la privatización, ha creado desigualdades en la calidad de la oferta, puesto que las jurisdicciones más pobres no tienen capacidad para ofrecer servicios con igual calidad que las más ricas. Tanto en Chile como en Costa Rica, las clases más acomodadas consumen más servicios de salud que las más pobres (10).

Costa Rica, sin embargo, no es el modelo a seguir, puesto que la participación del sector privado fue resultado de las presiones del Banco Mundial. La resistencia a esas presiones hizo al proceso gradual, muy limitado, dirigido a mejorar la eficiencia y autóctono, en el sentido de no haber sido importado, ni diseñado por economistas extranjeros o nacionales formados en el extranjero⁴ durante una dictadura militar de extrema derecha, como fue el caso de Chile. Entre los males documentados de la "medicina mixta" costarricense se destacan la imposición de doble carga económica al usuario, la falta de estímulo para mejorar la organización de la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS) y así conservar la demanda de servicios privados —puesto que los beneficiarios de la primera pueden acudir a un médico privado, de libre elección, a quien pagan la consulta, y seguir recibiendo los servicios de aquella—, la subcontratación de médicos para disminuir la lista de espera, lo cual se presta a abusos y deteriora el siste-

ma público; que los médicos de la Caja Costarricense utilizan la infraestructura pública para dar consulta privada con lo cual limitan el acceso a pacientes nuevos a la vez que obtienen beneficios de derechohabientes(10) y el aumento de referencias innecesarias a hospitales y especialistas de la Caja Costarricense por médicos de cooperativas privadas, financiadas por dicha Caja, según el sistema de capitación (46).

El informe del año 2003 de Social Watch, *Los pobres y el mercado*, señala que la privatización de la salud, del agua, de la educación y de la energía rara vez ha mejorado el servicio, pero con frecuencia sí ha aumentado los precios. En buena parte, esto se debe a que se privatiza sin un concepto y sin un plan (4). No hay, pues, espacio para el mercado, ni para el sistema mixto, público y privado, si lo que se persigue es construir un sistema de salud eficaz, eficiente y equitativo. Estas alternativas, al final, hacen de la atención médica curativa individualizada una mercancía con mucho valor agregado, lo cual desemboca en abuso de medicamentos, automedicación, disminución de la consulta médica y profesional, elevación de costos, desigualdad, fraude, corrupción, explotación del trabajo profesional y otros males (31).

Tampoco las políticas de descentralización han alcanzado sus objetivos, excepto facilitar la privatización. La evidencia disponible, sin embargo, no permite discernir si esto es debido al tipo de política o a la implementación (46). En efecto, la descentralización no ha aumentado la participación comunitaria, porque las elites nacionales y/o locales no tienen interés en compartir su poder. Quizá sólo raramente habrá una descentralización auténtica, porque a nivel local es una amenaza para los intereses de las clases dominantes (46). En El Salvador, además, la descentralización distorsiona el significado de la participación social y comunitaria, y la de la consulta social. El Sistema Básico de Salud Integral contempla varios tipos de participación: pasiva, si los usuarios ejecutan acciones a solicitud del personal especializado, sin intervenir en la toma de decisiones y en la implementación; informativa, si hay interacción entre el usuario como informante y el entrevistador, pero el informante no tiene acceso al uso de esa información; consultiva, si el entrevistado expresa puntos de vista

4. Otro ejemplo de la perversidad del esfuerzo privatizador-descentralizador alentado por el BM, es la práctica de "ungir" como "expertos" a personas (y organizaciones) sin preparación notoria en salud pública, quienes, bajo la dirección de "expertos" extranjeros, avalan los planes privatizadores (32)

sobre un tema que interesa al establecimiento de salud o a sus agentes externos, pero éste no tiene incidencia en las decisiones; negociada, si el establecimiento de salud o el agente externo ofrecen incentivos (materiales, sociales, capacitaciones) a cambio de trabajo del grupo beneficiado, pero sin que estos últimos incidan en las decisiones; así como la participación social de tipo *interactivo* y *autoparticipativo* (18) que denotan intención privatizadora sin un plan definido. La cuestión es qué clase de participación social puede ser aquella que niega al público el derecho a intervenir y a tomar decisiones en la concepción, conducción, evaluación y corrección del sistema. ¿Qué se puede esperar de una concepción tan utilitarista de la participación social?

La eficiencia, la equidad, la calidad o la satisfacción de los usuarios no han mejorado, tal como se constata en los estudios de casos. Muchas razones explican el fracaso de la descentralización. Es difícil reclutar personal técnico capacitado, retenerlo o atraerlo cuando las localidades son pobres y carecen de la infraestructura física y social adecuada a sus expectativas. Estas limitaciones no pueden ser superadas con facilidad, porque se transfieren responsabilidades al nivel local, pero sin transferir fondos. De hecho, las evaluaciones de proyectos como la descentralización, financiados por las agencias de desarrollo, demuestran no sólo que los objetivos no se alcanzan, sino que las condiciones empeoran (46). La eficiencia y la equidad se ven comprometidas porque la descentralización aumenta el número de decisiones inadecuadas. Los líderes de las comunidades tienden a satisfacer grupos de interés o a financiar actividades sanitarias no recomendables. Por ejemplo, gastos en atención médica con alta tecnología, en vez de programas preventivos (46).

Más directamente, los efectos negativos de la descentralización sobre la eficiencia se observan en la actitud de los trabajadores del sector, quienes dificultan su desarrollo. La experiencia de países que han avanzado más en la descentralización sugiere que la regionalización crea problemas de coordinación e ineficiencias, al aumentar las referencias innecesarias a niveles superiores. El problema se agrava cuando cada nivel es financiado por una entidad diferente y los niveles inferiores dan la im-

presión de disminuir su gasto, pero transfieren el cuidado del paciente a un nivel de complejidad superior, en un ambiente donde la ambigüedad técnica de las referencias hace difícil su reglamentación y así satisfacen mejor al usuario, superficialmente (46). Cuando los gobiernos centrales transfieren fondos para salud y educación, con frecuencia, los alcaldes prefieren emplearlos en infraestructura física de otros sectores o han aumentado la cuota de recuperación de costos y la venta de medicamentos para obtener más ganancias y convertir el centro de salud en hospital. Incluso la descentralización de instrumentos de prevención, como las letrinas, ha llevado a que éstas sean vendidas y no hayan sido utilizadas por el destinatario original (46).

La desigualdad en la globalidad se da porque la descentralización financiera de departamentos, estados o municipios más pobres hace que éstos tengan menos recursos que los más ricos y que los habitantes de los municipios más pobres tengan menos acceso a los servicios que antes de la descentralización. Aun cuando no hay descentralización financiera y los niveles locales reciben fondos de los superiores, aquel poder distribuye esos recursos entre los hospitales y centros más poderosos, incluso entre los que están fuera del sistema, como los círculos universitarios locales, con lo cual las poblaciones más pobres quedan desatendidas (46).

Pero la descentralización no ha disminuido el gasto, debido a la inversión en la organización de las nuevas administraciones, los programas de entrenamiento, del personal descentralizado y del nivel central, la subida de salario por homologación del personal y al posible aumento de la demanda. El gasto aumenta por la pérdida de las economías a escala, en la adquisición de insumos⁵ y contratos para mantener los equipos, sobre todo en zonas con poca población. En la privatización y descentralización costarricense, por ejemplo, aquélla sirve para comprar servicios a cooperativas de médicos, aun cuando el costo *per cápita* de atención es tres y hasta cinco veces más alto que en la Caja Costarricense del Seguro Social (46). Los estudios indican también que los gobiernos provinciales descentralizados se endeudan y que el gobierno central asume esa deuda (46).

5. No obstante, también se puede pensar que en la "agenda" de las fuerzas privatizadoras también cuentan las economías de escala, porque la descentralización de hospitales podría ser solo una fase táctica inicial para la conformación de grandes corporaciones privadas a costa de propiedad pública, las cuales serán muy pocas y podrán imponer sus condiciones (26).

4. A manera de cierre: los peores resultados de un proceso

La combinación de la globalización y la salud, en concreto, de la globalización y la enfermedad (7) y la reforma del sector salud o supresión de los sistemas públicos de atención sanitaria, fundamentados en la privatización y la descentralización, es una serie de abusos y tropelías que, a menudo, es letal (30, 31, 32). En efecto, aun desde un punto de vista biomédico es posible distinguir tres o cuatro vínculos interactivos entre globalización y enfermedad.

El primero es la clara transmisibilidad de los determinantes de la salud y los riesgos sanitarios, expresada en las infecciones emergentes y re-emergentes, con toda probabilidad vinculadas a la aceleración de los viajes y del comercio, en el cambio de las interacciones entre microbios y huéspedes, en la penetración humana en selvas vírgenes, en la domesticación intensiva de la vida salvaje, en el cambio artificial del ganado bovino, que pasa de herbívoro a carnívoro, en las alteraciones en la ecología de vectores y predadores y en la ecología de una urbanización sin precedentes, debida a la emigración (7, 14). Cada vez es más aceptada la contagiosidad de la violencia, ya sea debida a razones de género, etnia, raza, religión, crimen organizado, presión política o al rápido cambio social (7).

La urbanización rápida, la pobreza y la miseria urbanas, las migraciones, los cambios de conducta y las movilizaciones explican el surgimiento de enfermedades nuevas y el regreso de otras que ya habían desaparecido. Así se explican también trastornos sociales y conductuales, los cuales comprenden enfermedades mentales, abuso de sustancias, etc. Otros trastornos provienen de ciertos comportamientos sexuales y de creencias negativas sobre la salud. Hay cierta "mentalidad absurda" que interfiere con el reconocimiento de lo obvio, aun cuando sea evidente (32).

El segundo es la participación de todos en los riesgos y las consecuencias, en todo el mundo y en todo momento. El mejor ejemplo de esto lo constituyen las presiones crecientes sobre las reservas

comunes de los recursos naturales del planeta (7). El tercero es el cambio sanitario, asociado a las transformaciones tecnológicas y a las instituciones de la globalización. Los progresos tecnológicos que las sostienen alteran el paisaje de la salud mundial, lo cual es evidente al analizar las prioridades de las compañías farmacéuticas privadas dedicadas al comercio, la penetración de los mercados privados en los servicios sanitarios, el abandono de la investigación y del desarrollo de tratamientos contra enfermedades que afectan mayoritariamente a quienes no pueden pagar y la iatrogenia provocada por la aplicación inadecuada de tecnologías sanitarias nuevas y menudo costosas (7). El cuarto es que los determinantes sanitarios y los medios

para hacerle frente son cada vez más globales. Así, la revitalización o el agotamiento de diversas instituciones sanitarias podría estar relacionada con la globalización (7).

El enfoque socio-natural estructural (37, 38) reconoce estos vínculos, fundamentado en investi-

gaciones biomédicas. Este enfoque pone en evidencia que si las fuerzas de la globalización no son contrarrestadas, podrían agravar de forma significativa las desigualdades en salud y que no se puede esperar que mercados liberalizados o mal regulados, que solo obedecen al lucro, favorezcan la equidad. La experiencia y la evidencia demuestran que los mercados ilimitados y mal regulados son quizá la fuerza de la globalización más poderosa que favorecen las desigualdades en salud (7, 30). Entre los determinantes socio-naturales de la salud importantes se encuentran la riqueza y el ingreso. Las primeras pruebas indican que la globalización económica empeora la distribución y la estabilidad de los ingresos y precipita el empobrecimiento o la vulnerabilidad de decenas de millones de personas, tanto en países subdesarrollados como en países desarrollados (7, 30, 33).

El comercio de sustancias adictivas es uno de los mejores ejemplos de desigualdad perversa y de desconexión entre equidad en salud y normas internacionales. Ese comercio es de doble dirección, de sur a norte, en el caso de la heroína y la cocaína, y de norte a sur, en el caso del tabaco. Pero el comercio de esta sustancia no sólo es legal, sino

No hay, pues, espacio para el mercado, ni para el sistema mixto, público y privado, si lo que se persigue es construir un sistema de salud eficaz, eficiente y equitativo.

sobre un tema que interesa al establecimiento de salud o a sus agentes externos, pero éste no tiene incidencia en las decisiones; negociada, si el establecimiento de salud o el agente externo ofrecen incentivos (materiales, sociales, capacitaciones) a cambio de trabajo del grupo beneficiado, pero sin que estos últimos incidan en las decisiones; así como la participación social de tipo *interactivo* y *autoparticipativo* (18) que denotan intención privatizadora sin un plan definido. La cuestión es qué clase de participación social puede ser aquella que niega al público el derecho a intervenir y a tomar decisiones en la concepción, conducción, evaluación y corrección del sistema. ¿Qué se puede esperar de una concepción tan utilitarista de la participación social?

La eficiencia, la equidad, la calidad o la satisfacción de los usuarios no han mejorado, tal como se constata en los estudios de casos. Muchas razones explican el fracaso de la descentralización. Es difícil reclutar personal técnico capacitado, retenerlo o atraerlo cuando las localidades son pobres y carecen de la infraestructura física y social adecuada a sus expectativas. Estas limitaciones no pueden ser superadas con facilidad, porque se transfieren responsabilidades al nivel local, pero sin transferir fondos. De hecho, las evaluaciones de proyectos como la descentralización, financiados por las agencias de desarrollo, demuestran no sólo que los objetivos no se alcanzan, sino que las condiciones empeoran (46). La eficiencia y la equidad se ven comprometidas porque la descentralización aumenta el número de decisiones inadecuadas. Los líderes de las comunidades tienden a satisfacer grupos de interés o a financiar actividades sanitarias no recomendables. Por ejemplo, gastos en atención médica con alta tecnología, en vez de programas preventivos (46).

Más directamente, los efectos negativos de la descentralización sobre la eficiencia se observan en la actitud de los trabajadores del sector, quienes dificultan su desarrollo. La experiencia de países que han avanzado más en la descentralización sugiere que la regionalización crea problemas de coordinación e ineficiencias, al aumentar las referencias innecesarias a niveles superiores. El problema se agrava cuando cada nivel es financiado por una entidad diferente y los niveles inferiores dan la im-

presión de disminuir su gasto, pero transfieren el cuidado del paciente a un nivel de complejidad superior, en un ambiente donde la ambigüedad técnica de las referencias hace difícil su reglamentación y así satisfacen mejor al usuario, superficialmente (46). Cuando los gobiernos centrales transfieren fondos para salud y educación, con frecuencia, los alcaldes prefieren emplearlos en infraestructura física de otros sectores o han aumentado la cuota de recuperación de costos y la venta de medicamentos para obtener más ganancias y convertir el centro de salud en hospital. Incluso la descentralización de instrumentos de prevención, como las letrinas, ha llevado a que éstas sean vendidas y no hayan sido utilizadas por el destinatario original (46).

La desigualdad en la globalidad se da porque la descentralización financiera de departamentos, estados o municipios más pobres hace que éstos tengan menos recursos que los más ricos y que los habitantes de los municipios más pobres tengan menos acceso a los servicios que antes de la descentralización. Aun cuando no hay descentralización financiera y los niveles locales reciben fondos de los superiores, aquel poder distribuye esos recursos entre los hospitales y centros más poderosos, incluso entre los que están fuera del sistema, como los círculos universitarios locales, con lo cual las poblaciones más pobres quedan desatendidas (46).

Pero la descentralización no ha disminuido el gasto, debido a la inversión en la organización de las nuevas administraciones, los programas de entrenamiento, del personal descentralizado y del nivel central, la subida de salario por homologación del personal y al posible aumento de la demanda. El gasto aumenta por la pérdida de las economías a escala, en la adquisición de insumos⁵ y contratos para mantener los equipos, sobre todo en zonas con poca población. En la privatización y descentralización costarricense, por ejemplo, aquella sirve para comprar servicios a cooperativas de médicos, aun cuando el costo *per cápita* de atención es tres y hasta cinco veces más alto que en la Caja Costarricense del Seguro Social (46). Los estudios indican también que los gobiernos provinciales descentralizados se endeudan y que el gobierno central asume esa deuda (46).

5. No obstante, también se puede pensar que en la "agenda" de las fuerzas privatizadoras también cuentan las economías de escala, porque la descentralización de hospitales podría ser solo una fase táctica inicial para la conformación de grandes corporaciones privadas a costa de propiedad pública, las cuales serán muy pocas y podrán imponer sus condiciones (26).

4. A manera de cierre: los peores resultados de un proceso

La combinación de la globalización y la salud, en concreto, de la globalización y la enfermedad (7) y la reforma del sector salud o supresión de los sistemas públicos de atención sanitaria, fundamentados en la privatización y la descentralización, es una serie de abusos y tropelías que, a menudo, es letal (30, 31, 32). En efecto, aun desde un punto de vista biomédico es posible distinguir tres o cuatro vínculos interactivos entre globalización y enfermedad.

El primero es la clara transmisibilidad de los determinantes de la salud y los riesgos sanitarios, expresada en las infecciones emergentes y re-emergentes, con toda probabilidad vinculadas a la aceleración de los viajes y del comercio, en el cambio de las interacciones entre microbios y huéspedes, en la penetración humana en selvas vírgenes, en la domesticación intensiva de la vida salvaje, en el cambio artificial del ganado bovino, que pasa de herbívoro a carnívoro, en las alteraciones en la ecología de vectores y predadores y en la ecología de una urbanización sin precedentes, debida a la emigración (7, 14). Cada vez es más aceptada la contagiosidad de la violencia, ya sea debida a razones de género, etnia, raza, religión, crimen organizado, presión política o al rápido cambio social (7).

La urbanización rápida, la pobreza y la miseria urbanas, las migraciones, los cambios de conducta y las movilizaciones explican el surgimiento de enfermedades nuevas y el regreso de otras que ya habían desaparecido. Así se explican también trastornos sociales y conductuales, los cuales comprenden enfermedades mentales, abuso de sustancias, etc. Otros trastornos provienen de ciertos comportamientos sexuales y de creencias negativas sobre la salud. Hay cierta "mentalidad absurda" que interfiere con el reconocimiento de lo obvio, aun cuando sea evidente (32).

El segundo es la participación de todos en los riesgos y las consecuencias, en todo el mundo y en todo momento. El mejor ejemplo de esto lo constituyen las presiones crecientes sobre las reservas

comunes de los recursos naturales del planeta (7). El tercero es el cambio sanitario, asociado a las transformaciones tecnológicas y a las instituciones de la globalización. Los progresos tecnológicos que las sostienen alteran el paisaje de la salud mundial, lo cual es evidente al analizar las prioridades de las compañías farmacéuticas privadas dedicadas al comercio, la penetración de los mercados privados en los servicios sanitarios, el abandono de la investigación y del desarrollo de tratamientos contra enfermedades que afectan mayoritariamente a quienes no pueden pagar y la iatrogenia provocada por la aplicación inadecuada de tecnologías sanitarias nuevas y menudas costosas (7). El cuarto es que los determinantes sanitarios y los medios

para hacerle frente son cada vez más globales. Así, la revitalización o el agotamiento de diversas instituciones sanitarias podría estar relacionada con la globalización (7).

El enfoque socio-natural estructural (37, 38) reconoce estos vínculos, fundamentado en investi-

gaciones biomédicas. Este enfoque pone en evidencia que si las fuerzas de la globalización no son contrarrestadas, podrían agravar de forma significativa las desigualdades en salud y que no se puede esperar que mercados liberalizados o mal regulados, que solo obedecen al lucro, favorezcan la equidad. La experiencia y la evidencia demuestran que los mercados ilimitados y mal regulados son quizá la fuerza de la globalización más poderosa que favorecen las desigualdades en salud (7, 30). Entre los determinantes socio-naturales de la salud importantes se encuentran la riqueza y el ingreso. Las primeras pruebas indican que la globalización económica empeora la distribución y la estabilidad de los ingresos y precipita el empobrecimiento o la vulnerabilidad de decenas de millones de personas, tanto en países subdesarrollados como en países desarrollados (7, 30, 33).

El comercio de sustancias adictivas es uno de los mejores ejemplos de desigualdad perversa y de desconexión entre equidad en salud y normas internacionales. Ese comercio es de doble dirección, de sur a norte, en el caso de la heroína y la cocaína, y de norte a sur, en el caso del tabaco. Pero el comercio de esta sustancia no sólo es legal, sino

No hay, pues, espacio para el mercado, ni para el sistema mixto, público y privado, si lo que se persigue es construir un sistema de salud eficaz, eficiente y equitativo.



que es apoyado por el gobierno de Estados Unidos que, por una parte, amenaza con sanciones a naciones que impidan el acceso de cigarrillos estadounidenses a sus mercados y, por otra, dona semilla de tabaco a los países pobres bajo el paraguas del programa Alimentos para la paz (7).

La tendencia a ignorar las enfermedades que afectan a la mayor parte de la humanidad y a centrarse sólo en los productos que procuran beneficios económicos es otra preocupación de las ciencias biomédicas y la equidad. Sin embargo, quizá la preocupación principal sea que para lograr políticas sociales tendientes a la equidad mundial en salud, son necesarias instituciones fuertes en las esferas comunitaria, nacional y mundial (7). Sin embargo, la realidad muestra lo contrario, el debilitamiento de las instituciones existentes (30). Esto concluye en la supresión de los sistemas públicos de salud y en las tropelías contra la salud pública. Estas últimas se dan por la aplicación de medidas engañosas, injustas y de dudosa legalidad de una manera desordenada y violenta. Estas medidas son planificadas y ejecutadas por instituciones concebidas para la protección y el desarrollo humanos y, en este caso, para proteger y promover la salud, lo cual puede tipificarse como abuso de poder. Aunque sea cierto que las instituciones están en transformación continua y que pueden ser transformadas para mejorar sus condiciones, también es cierto que esto no siempre se cumple (11, 35).

Repentinamente, casi todos los gobiernos están hablando de lo que antes era tabú y hasta motivo

de persecución. En efecto, ahora hablan de reforma en salud y usan los mismos términos. En los países de ingresos medios y bajos, tales reformas están siendo definidas por expertos extranjeros, muy influenciados por ideologías y directrices de agencias multilaterales y bilaterales. Los países desarrollados han llevado a cabo sus propias reformas, ajustadas a sus propias condiciones. Sin embargo, sorprendentemente, los criterios utilizados en ellos, propios de avanzadas economías de mercado, han influenciado más el diseño de los programas de reformas de los países de bajos y medianos ingresos, entre los que se encuentran la mayoría de países latinoamericanos (11, 35).

Es curioso que la región americana de la Organización Mundial de la Salud es la que más activamente ha caído en esta corriente de reformas, cuya autoría, razón de ser, objetivos más inmediatos y características fundamentales ya hemos discutido. Sin embargo, para evitar confusiones, vale la pena señalar que los objetivos más inmediatos de esa reforma incluyen reducir el gasto público y aumentar la participación privada, orientar el gasto en salud a la universalización de un paquete básico de intervenciones, proporcionar atención médica y promover medidas de salud pública de alto costo y efectividad (la llamada canasta básica), focalizar el gasto público en los grupos de extrema pobreza, disminuir el aparato gubernamental con la privatización y descentralizar la provisión de servicios y explorar nuevas formas de contratación de servicios (11, 30, 35).

También es conveniente incluir en la lista de estrategias más favorecidas por quienes auspician el proceso: aislar o desacreditar los planteamientos conceptuales que discuten la validez de la reforma; desestimar los planes locales para reformar; usar indicadores matemáticos y definiciones particulares para convertir la salud en asunto de elites; presionar para reorientar las funciones esenciales del sector público de salud; hacer creer que se descentraliza la toma de decisiones y la ejecución de intervenciones; propiciar la participación aparente de la comunidad en el proceso; introducir la lógica economicista en salud —costo y efectividad, gasto o inversión en salud—; ampliar el papel privado en la provisión y financiamiento de servicios de

mayor especialización y costo; impulsar reformas financieras para facilitar la participación privada en el sector público; propiciar la aparente mejoría del sistema gerencial; cambiar el estilo de la administración del sector; publicitar que la reforma progresa más en la implementación de estrategias, que en la concreción de objetivos; publicitar que el sector privado es eficaz y transparente, mientras que el público es ineficaz y corrupto; propiciar la autonomía hospitalaria del sistema público; reconceptualizar la salud, la enfermedad, los indicadores, etc., para adaptar el pensamiento de la salud pública al neoliberalismo (11, 30, 35).

A esta situación se llegó después de cometer algunos abusos. Para hacer corta una historia larga, diremos que, en gran parte, a consecuencia de la crisis de 1973, muchos países latinoamericanos sufrieron una recesión económica al final de la década de los setenta, a tal punto que necesitaron refinanciamiento para pagar sus préstamos. Este fue ofrecido por los bancos multilaterales, con la condición de implementar programas de ajuste estructural (30). Quizás 1983 marque el clímax de la aplicación de estos programas, cuyas principales características son: reducir el gasto público en salud, educación y asistencia social; implantar el pago por servicios sociales para recuperar costos (cuotas voluntarias); reducir la intervención estatal en la economía; liberar precios y congelar sueldos; producir para exportar y no para satisfacer la necesidad y seguridad locales; privatizar los servicios de utilidad pública, las empresas estatales y las instituciones reivindicativas; aumentar impuestos al consumo; reducir aranceles y regulaciones y crear facilidades para atender el capital y el comercio extranjeros (30).

De esta manera, se abrió la puerta a la penetración ideológica y a la privatización "blanda" y "dura": injerencia creciente de organizaciones no gubernamentales, cuotas voluntarias, recuperación de costos en efectivo o mediante otros insumos, "salud es responsabilidad de todos", "servicio público ineficaz y corrupto", "privado es mejor", "hay que ser realista", etc. (30). De ahí que esos programas de ajuste estructural constituyan el primer asalto contra la salud pública (30, 32).

Una de las primeras y principales víctimas de esta situación, cuya complejidad apenas alcanzamos a dibujar en este escrito, fue la *estrategia, quizá paradigma, de la atención primaria de salud*; la cual, en realidad, nació muerta en 1978, a pesar de los cuidados y atención de UNICEF y la Organización

Mundial de la Salud, y de ser presentada como elemento esencial para alcanzar "salud para todos en el año 2000" (50). Nació muerta porque tal como apareció en la declaración de Alma Ata enfatizaba la *reorganización y la reorientación de los sistemas de producción y distribución de bienes y servicios como base para que sus elementos operativos fueran eficaces*. Pero esto nunca se impulsó seriamente, sino que sólo sirvió para reconocer la importancia de lo social, en el discurso, pero para negarla luego, en la práctica (30).

Este primer asalto a la atención primaria en salud, y segunda tropelía a la salud pública, redujo esa estrategia a lo que luego, en la práctica, se identificó como la atención primaria "comprensiva", la cual, aun así, mantuvo el carácter relativamente revolucionario de la propuesta original. El propósito era satisfacer los criterios básicos de ésta (30). Pero a finales de los setenta y principios de los ochenta, expertos en salud de alto nivel de los países industrializados le quitaron las alas a esta estrategia aún reivindicativa, mientras sus promotores y seguidores todavía celebraban su advenimiento (30). Los expertos, "realistas" y "objetivos", argumentaron que, dada la recesión mundial y el recorte de los presupuestos en salud, una aproximación con la atención primaria comprensiva no sería viable y, en consecuencia, se imponía enfocar los grupos de mayor riesgo (los más pobres de los pobres). A estos grupos se les aplicarían unas pocas medidas costo-efectivas. Se trataba de una versión saneada de la estrategia original: la atención primaria selectiva. Este fue el tercer asalto contra la salud pública (30). En otras palabras, era dar menos para cada vez más pocos de entre los más necesitados. Su número puede ser manipulado, según conveniencias. Si ahora esos grupos están integrados por quienes viven con menos de dos dólares al día, mañana pueden estar integrados sólo por quienes viven con menos de un dólar (30).

Las consecuencias son obvias: servicios públicos de salud más precarios y bloqueo de la ejecución de paradigmas reivindicativos. Menos obvia, pero no por ello menos importante, es la apertura del sector a la privatización, así como también a la penetración ideológica con la extrema polarización de la población y la agudización de las disparidades, que estas políticas conllevan (30).

La corriente neoliberal de reformas en salud surgió de un cuarto asalto, cuando el Banco Mundial asumió el liderazgo de la planificación de las

políticas de salud de los países subdesarrollados (27, 48). La tesis central, tal como aparece en el *Informe mundial de desarrollo: invertir en salud* de 1993, es mantener saludables a las personas para promover el crecimiento económico (30, 52). Justo cuando se comenzaba a documentar el fracaso de la iniciativa del Banco Mundial, en América Latina, incluso por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (15, 21, 22), esta última ejecuta el quinto y último asalto al presionar para reorientar las funciones del sector público de salud, para lo cual cambia el concepto de salud y enfermedad, los indicadores de salud, etc. El propósito era adaptar el pensamiento a las exigencias del modelo neoliberal (30). Este es quizás el peor ataque de todos, por su sutileza. Tiene lugar cuando el neoliberalismo más lo necesita, sale de una prestigiosa organización de salud, es introducido conociendo su potencial dañino directo sobre las poblaciones y representa un retroceso en el pensamiento de salud pública. Quizá esta situación no nos debería extrañar tanto.

Desde ya hace algún tiempo, las concepciones paradigmáticas de estas agencias han sido criticadas como utópicas e irracionales y han sido calificadas como invenciones de la "inteligencia internacional" para mantener el actual orden económico, ofreciendo alternativas "baratas" para satisfacer las expectativas de la población de los países desarrollados, sin los necesarios cambios estructurales. Además, se las ha acusado de ceder a las presiones internacionales para convertir la atención primaria comprensiva en selectiva, contradiciendo así los principios fundamentales de la atención primaria de salud de Alma Ata, lo cual fue denunciado y rechazado en el Manifiesto de Amberes de 1985 (2).

Esta combinación de vacío de liderazgo y capacidad de influencia y la presión de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud se constata en su respaldo a la discutida publicación-paradigma *Invertir*

en salud del Banco Mundial (52) y también a otras publicaciones menos conocidas, pero del mismo corte. Es ampliamente conocido que, a consecuencia de estas posturas, el monto de los préstamos para salud del Banco Mundial era inferior al presupuesto de 1984 de la Organización Mundial de la Salud; sin embargo, en 1996, ese monto lo superó dos veces y media (11, 36, 47). Las propuestas de la Comisión de Macroeconomía y Salud de esta última institución —uno de sus últimos intentos para demostrar su liderazgo—no contribuyen a desvirtuar esta impresión. Más bien parecen a tono con el contenido de los debates de los líderes mundiales (42). Aunque los argumentos de estas propuestas están bien articulados, su parte técnica es débil (19).

[...] la OPS y la OMS corroboran las limitaciones y los fracasos del modelo neoliberal (22) y la forma cómo este lleva a cabo sus postulados —las reformas sectoriales—pero, por otra parte, no contrarrestan sus efectos y parecen no aprender de la experiencia. [...] En concreto, [la OPS] propone más neoliberalismo y, en consecuencia, menos protección pública y seguridad estatal, cuando lo que se necesita es menos neoliberalismo (30).

Sea como sea, el caso es que, en su iniciativa *La salud pública de las Américas*, y en otros documentos, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud plantean que "el fortalecimiento de la capacidad rectora de las autoridades sanitarias, ahora y en futuras décadas, es asunto de relieve en el contexto de la reforma sectorial. Implica, entre otras cosas, replantear el lugar que ocupa la salud en el contexto de las principales tendencias sociales y económicas observables en el mundo en los albo-

res del nuevo siglo, constituidas fundamentalmente por la redefinición del modelo de desarrollo, la creciente participación en el quehacer sanitario de entidades ajenas al Estado, la transición hacia una democracia participativa en diversos países, la modificación del concepto de lo 'público' y lo 'privado' y la globalización de la economía" (22). En este nuevo panorama, se impone que el sector sanitario asuma una función distinta: "coordinar la movilización de los recursos nacionales, a escala multisectorial, con miras a mejorar la equidad y el bienestar social y focalizar los escasos recursos que existen en los grupos sociales más desprotegidos" (17). En otras palabras, repensar la salud, en función del neoliberalismo. De ahí el sentido de la

declaración siguiente: “la liberalización en la producción y la distribución de los bienes y servicios de salud, así como la dinámica de mercado que se observa cada vez más en el ámbito de estos servicios y la creciente autonomía de los sistemas de aseguramiento constituyen nuevos retos para el ejercicio de la autoridad en materia de salud. Adicionalmente, la formación de bloques económicos regionales y el enorme peso ejercido por las grandes compañías multinacionales, con su control del mercado de medicamentos, instrumentos y tecnología médicas, obligan al sector de la salud a buscar maneras de armonizar la legislación en el ámbito sanitario con las negociaciones de carácter internacional” (17).

Además, en esta nueva iniciativa, el organismo mundial propone que “las reformas planteadas en el sector de la salud pública conllevan la necesidad de fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria y una parte importante de este papel consiste en hacer cumplir las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), que competen al Estado, en sus niveles central, intermedio y local” (22). Asimismo, “la salud pública es entendida como la salud del público, de la población, y abarca, por tanto, todas las dimensiones colectivas de la salud. Esta noción de salud pública nace del mismo concepto de salud, concebida como la ausencia de enfermedad, de lesiones y de incapacidad, en un completo estado de bienestar. Sin embargo, la identificación de la salud con el bienestar plantea dificultades operativas para delimitar las responsabilidades del sector de la salud, al mismo tiempo que establece la responsabilidad de los otros sectores en la salud y la necesidad de actuaciones intersectoriales. En un sentido más sectorial y operativo, la salud es la realización del potencial bio-psíquico de las personas y de las poblaciones de acuerdo con las diferentes circunstancias en las que viven, sin limitaciones por lesiones, incapacidad o enfermedad y, en el caso de que estas ocurran, con la posibilidad de contar con la pronta recuperación o la adecuación funcional en las situaciones de discapacidad irreversible” (22).

Uno de los problemas de estas propuestas es que, entre once nuevas funciones esenciales de la salud pública (FESP), que coinciden en gran medida con las del Programa Nacional de Desempeño y Estándares de la Salud Pública (NPHSP) de Estados Unidos y con las del estudio Delphi de la Organización Mundial de la Salud, no se incluye la organización de servicios para la atención cura-

tiva individual (20, 22) y se excluye la prestación y, o el financiamiento de esa atención. La pregunta obligada es, entonces, ¿qué sector deberá asumir la organización y prestación de estos servicios curativos individuales? No hay donde perderse, porque no hay otra alternativa que el sector privado (30). Es decir, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud corroboran las limitaciones y los fracasos del modelo neoliberal (22) y la forma cómo este lleva a cabo sus postulados —las reformas sectoriales—pero, por otra parte, no contrarrestan sus efectos y parecen no aprender de la experiencia. Así, pues, la Organización Panamericana de la Salud trata de cubrir con un discurso su denuncia de la “grandeza infinita del mal” neoliberal y habla de rescatar la salud pública como un asunto de responsabilidad social (15, 22), pero al mismo tiempo propone una acción con un enorme potencial privatizador — la exclusión de la acción curativa individual de las funciones esenciales de la salud pública. En concreto, propone más neoliberalismo y, en consecuencia, menos protección pública y seguridad estatal, cuando lo que se necesita es menos neoliberalismo (30).

Es necesario insistir en que esto no se debe a un olvido o a ignorancia. La Organización Panamericana de la Salud lo deja claro, en sus publicaciones del año 2002. Reconoce al neoliberalismo y a la globalización como causa de la profundización de las desigualdades mundiales y a éstas como responsables primarias y principales de los riesgos y problemas de la salud y de la salud pública (7, 22, 30). Además, señala que, pese a la necesidad de modificar las características del modelo neoliberal, éste prevalece en su forma más pura (22, 30). Esto es suficiente para afirmar que la incapacidad para abstraerse de o la disposición a colaborar con políticas de salud neoliberales de parte de las organizaciones internacionales de salud constituye la debilidad esencial de sus iniciativas, llámense éstas *invertir en salud, en pro del desarrollo económico, haciendo la diferencia, gestión de bienes públicos globales, reforma de salud orientadas para las funciones esenciales de la salud pública, la salud pública en Las Américas o de la ética a la acción* (7, 15, 22, 30, 53) y constituye también la motivación fundamental para que las agencias de salud protagonicen esta quinta tropelía, uno de cuyos pilares es la descentralización.

San Salvador, 10 de septiembre de 2003.

Referencias bibliográficas

1. Actualidad Gerencial en Planificación Familiar. *La descentralización de los servicios de salud y planificación familiar*. Vol. IV, No. 2, 1995.
2. Alarcón, J. *et al.* Taller latinoamericano de epidemiología aplicada a servicios de salud (TLEA). 2° ed. OCISA, Lima, 1991.
3. Asamblea Legislativa. *Constitución Política de la República de El Salvador*. 1983.
4. D+C Development and Cooperation. *Public Services: Privatisation Without Concept*. Vol. 30, No. 4, abril, 2003.
5. De la Barra, X. "Fear of Epidemics: the Engine of Urban Planning". *Planning Practice & Research*, Vol. 15, N° 1-2, pp. 7-16, 2000.
6. Eisenberg, L. Rudolf, Ludwig Karl Virchow, "Where Are You Now that We Need You?". *The American Journal of Medicine*, Vol. 77, septiembre, 1984.
7. Evans, T. *et al* (Eds). *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica, No. 585. Washington, D. C., 2002.
8. Frenk, J. y Gómez-Dantés, O. Globalization and The Challenges to Health System. *BMJ* 325, 2002, pp. 95-97.
9. Guerra de Macedo, C. "El contexto", en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Publicación Científica, No. 540, Washington, D. C., 1992.
10. Homedes, N. y Ugalde, A. "Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica". *Gac Sanit* 16(1), 2002, pp. 54-62.
11. Homedes, N., *et al.* "Health Reform: Theory and Practice in El Salvador", en Lloyd-Sherlock, P. (Ed), *Health Care Reform and Poverty in Latin America*. Institute of Latin American Studies, School of Advanced Study, University of London, 2000.
12. Hommes, R. *Conflicts and Dilemmas of Decentralization*. *Annual Bank Conference on Development Economics*. The World Bank. May 1-2, Washington, D. C., 1995.
13. Kutzin, J. "Experience with Organizational and Financing Reform of The Health Sector", *Current concerns*, ARA paper number 8, Division of Analysis, Research and Assessment, Organización Mundial de la Salud, 1995.
14. Levins, R. *Why Was Public Health Caught by Surprise by New and Resurgent Disease? Emerging Infections Information Network*. Department of Epidemiology and Public Health. Yale University School of Medicine, seminario, 1996. <http://info.med.yale.edu/EHNet/LevinsSeminar.html> (1 de noviembre de 2000).
15. López Acuña, D. *et Al.* "Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones". *Rev. Panam. Salud Pública / Pan. Am. J. Public Health* 8 (1/2), 2000.
16. López Cervantes, M. "Reformas de salud y descentralización: retos para la convergencia del conocimiento aplicado". Seminario de Métodos de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud. Programa de Doctorado. Morelos. Abril de 1997.
17. Marín, J. M. "Fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias en las reformas del sector salud". *Rev. Panam. Salud Pública /Pan Am. J. Publica Health* 8 (1/2), 2000.
18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI). Marco conceptual y operativo (versión revisada)*. San Salvador, septiembre de 2001.
19. Morrow, R. H. "Macroeconomics and Health". *BMJ* 325, 2002, pp. 53-54. 13 July. <http://bmj.com/cgi/content/full/325/7355/53>.
20. Muñoz, F. *et al.* "Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud". *Rev Panam. Salud Pública / Pan. Am. J. Public Health* 8 (1/2), 2000.
21. Organización Panamericana de la Salud. *La salud en las Américas. Vol I*. Publicación Científica y Técnica, No. 587. Washington, D. C., 2002.
22. Organización Panamericana de la Salud. *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Publicación Científica y Técnica, No. 589. Washington, D. C., 2002.
23. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. *Perfil del sistema de servicios de salud El Salvador*. Junio de 2001.
24. Proyecto Estado de la Región PNUD. *Segundo Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá*. Proyecto Estado de la Región-San José, Costa Rica: Proyecto Estado de la Nación. San José, 2003
25. Romanow, R. J. *Building on Values. The Future of Health Care in Canada. Final Report*. Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.
26. San José, C. "La privatización de la sanidad". *Rebelión. Periódico Electrónico de Información Alternativa*. Opinión, 15 de abril de 2002. <http://www.rebellion.org/opinion/carmen150402.htm> (noviembre de 2002).
27. Secretaría Permanente del SELA. "Globalización con desarrollo. Aportes de la Secretaría Permanente a la agenda de América Latina y el Caribe en la UNCTAD

- X". Junio de 1999 <http://www.lanic.utexas.edu/~sela/docs/spdi9-99.htm> (21 de enero de 2000).
28. Selva Sutter, E. A. *De política y de políticas de salud*. Publicación del Departamento de Salud Pública, Maestría en Salud Pública, Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas". Agosto de 2003.
 29. Selva Sutter, E. A. "Dengue con más ciencia y menos creencias disfrazadas de ciencia". *ECA*, 656, junio, 2003, pp. 563-587.
 30. Selva Sutter, E. A. "Evolución de los conceptos acerca de salud, salud individual, salud colectiva y salud pública. Evolución de la salud pública en Latinoamérica y su situación actual". Informe del Paquete de Trabajo 7 de la Evaluación del efecto/ impacto de las reformas de salud en relación con los programas e intervenciones en salud pública. INCO. Comisión Europea INCO-DEV Contract number: ICA 4-CT-2000-30037. Marzo de 2003.
 31. Selva Sutter, E. A. "Reforma de salud reivindicativa, democrática y con enfoque público". *ECA* 651-652, enero-febrero, 2003, pp. 21-41.
 32. Selva Sutter, E. A. "Tropelías a la salud pública en tiempos de la globalización". *ECA* 648, octubre 2002, pp. 958-968.
 33. Selva Sutter, E. A. "Líneas de pobreza y canastas de hambre en Zipitío". *ECA* 636, octubre, 2001, pp. 933-953.
 34. Selva Sutter, E. A. *Causalidad del cólera en América en la década de los 90*. Publicaciones del Departamento de Salud Pública de la UCA, Maestría en Salud Pública, San Salvador. Enero de 2001.
 35. Selva Sutter, E. A. "Al oído de aquellos interesados en la reforma de salud". *ECA* 619-620, mayo-junio, 2000, pp. 573-598.
 36. Selva Sutter, E. A. *Historias prohibidas de la reforma en salud en El Salvador*. Publicación del Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias del Hombre y de la Naturaleza, UCA. Revisado en marzo de 2000.
 37. Selva Sutter, E. A. *Epidemiología sicionatural. Su interacción con un nuevo concepto sobre la calidad de los procesos de salud/enfermedad*. Publicación del Departamento de Salud Pública. Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas", 1992. Revisado en agosto de 2000.
 38. Selva Sutter, E. A. "Un concepto nuevo sobre los procesos de salud-enfermedad". *Boletín de la Federación Panamericana de Facultades (escuelas) de Medicina (FEPAFEM)*, Vol. XXV, números del 1 al 3, 1989 y Vol. XVI, No. 2, 1989-1990.
 39. Selva Sutter, E. A. *La continuada interacción sociobiológica en la causalidad estructural y en la articulación social de los procesos de salud-enfermedad*. Publicaciones D.M.P.S.P., Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, 1987.
 40. Selva Sutter, E. A. *Articulación social del proceso salud-enfermedad a través de su causalidad estructural*. Publicaciones D.M.P.S.P., Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, 1986.
 41. Selva Sutter, E. A. y Cañas López, S. A. *En un vistazo: la pobreza crónica de la salud de la niñez y un paso para su superación*. Publicación del Departamento de Salud Pública. Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas". Mayo de 2002.
 42. Smith, R. "A Time for Global Health". *BMJ* 325, 2002, pp. 54-55. 13 de julio. <http://bmj.com/cgi/content/full/325/78355/54>
 43. Sparer, M. "Myths and Misunderstandings. Health Policy, the Devolution Revolution, and The Push for Privatization. *American Behavioral Scientist*. Vol. 43, No. 1, septiembre, 1999, pp. 138-154.
 44. Tesh, S. N. *Hidden Arguments. Political Ideology and Disease Prevention Policy*. Rutgers University Press. New Brunswick y London, 1988.
 45. Tesh, S. "Disease Causality and Politics". *Journal of Health, Politics, Policy and Law* 6, No. 3, 1981, pp. 369-390.
 46. Ugalde, A. y Homedes, N. "Descentralización del sector salud en América Latina". *Gac Sanit* 16(1), 2002, pp. 18-29.
 47. Ugalde, A. et al. *Reconstruction and Development of the Health Sector in El Salvador After the 1981-1982 War. A Report to the European Union in Fulfillment of Contract No. TS 38-CT94-03-5 (DG 12 HSMU)*, San Salvador, 1996.
 48. UNRISD. *Estados de desorden. Los efectos sociales de la globalización. Un informe del UNRISD para la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social*. Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social. Palais des Nations. Ginebra, 1995.
 49. Walt, G. *Health Policy. An Introduction to Process and Power*. Witwatersrand University Press, Johannesburg. Zed Books, Londres y Nueva Jersey, 1994.
 50. Werner, D. *Does Primary Health Care Have a Future? Address Leidge Hogeschool, Leiden, The Netherlands*, 1995. Available from Health Wrights, 964, Hamilton Ave. Palo Alto, California.
 51. Banco Mundial. *El Salvador. Health Sector Reform Project', Staff Appraisal Report, Ddraft*. Washington, D. C. Noviembre, 1995.
 52. Banco Mundial. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford University Press. Nueva York, 1993.
 53. Organización Mundial de la Salud. *The World Health Report 1999. Making a Difference*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1999.