

# *Tropelías a la salud pública en tiempos de la globalización*

## **1. El atropello: los motivos de “mi capital”**

La salud pública de El Salvador, entendida como la salud del público —de la población—, identificada con términos sencillos como el Rosales, el Bloom, Maternidad, unidades de salud, vacunaciones, etc., y relacionada con el completo bienestar que trasciende la mera ausencia de enfermedad, lesiones e incapacidades, ha sido atropellada con alarde. La salud pública, orientada por el concepto de la salud misma como una necesidad humana fundamental para el desarrollo con rostro humano, y por eso, un derecho inalienable, ha sido violentada por quienes deberían asumir el compromiso de protegerla.

Haciendo de una historia larga un cuento corto, se puede decir que este proceso *perverso* entró en su etapa de mayor definición con *los programas de ajuste estructural* y se agudiza cuando el capitalismo, en su expresión neoliberal y globalizada, promueve que el Banco Mundial e instituciones relacionadas con él asuman el liderazgo, en materia de salud. La consecuencia es el predominio de una racionalidad economicista y mercantilista, en el ámbito sanitario. Así se entronizan nociones tales como recuperación de costos, costo-efectividad, invertir en salud cuando la medida favorece al sector

privado, gasto sanitario cuando favorece a “sectores improductivos”, atención sanitaria como mercancía con valor agregado, etc.

Además de atentar contra la salud pública y los sistemas públicos de salud, la dinámica del capitalismo neoliberal y de la política de globalización han creado riesgos sin precedentes para la salud y también los han creado de manera perversa. Las tropelías contra los sistemas públicos de salud de los programas de ajuste estructural disminuyen la capacidad para combatir las enfermedades transmisibles y no transmisibles y las lesiones, prevaletentes en nuestros países. 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 habían desaparecido. Asimismo, explican trastornos sociales y de conducta, los cuales comprenden enfermedades mentales, el abuso de sustancias<sup>1</sup>, etc. Otros de estos trastornos son los peligros inherentes a ciertos comportamientos sexuales, el precio obligado de la violencia y de las lesiones y varios tipos de creencias negativas sobre la salud. Hay cierta “mentalidad absurda” que interfiere con el reconocimiento de lo obvio, aun cuando es explicado por la evidencia, que per-

---

1. Es importante reconocer que el movimiento global de sustancias es tanto siconatural como bidireccional; por ejemplo, de sur a norte, en el caso de la heroína y la cocaína, y de norte a sur, en el caso del tabaco. Es importante reconocer que los gobiernos del norte apoyan este flujo del tabaco con inversiones, subvenciones, donaciones de semillas, garantías de compra de la producción, estrategias que hacen pasar la semilla del tabaco como alimento para la paz, amenaza de sanciones comerciales, etc.

mite generalizaciones a partir de la experiencia científica.

Este tipo de mentalidad ha venido interfiriendo en el reconocimiento de los vínculos interactivos claros entre la globalización y la mala salud, tales como la transmisibilidad de las determinantes de los riesgos sanitarios<sup>2</sup>; las presiones crecientes sobre las reservas comunes de los recursos mundiales de aire, suelo y agua; amenazas ambientales compartidas; el cambio sanitario asociado con las transformaciones tecnológicas e institucionales: apertura de mercados y eliminación de aranceles y eliminación de subsidios; prioridad a los beneficios de las compañías farmacéuticas privadas; abandono de la investigación y del desarrollo de tratamientos contra las “enfermedades huérfanas” (malaria, tuberculosis, etc.), que afectan sobre todo a los pobres; la iatrogenia relacionada con la aplicación inadecuada de nuevas y a menudo costosas tecnologías y, sobre todo, la penetración de los mercados privados en los servicios sanitarios públicos.

La forma de operativizar la penetración privada en los servicios sanitarios servidos públicamente es impulsar las reformas del sector con el apoyo de instituciones financieras internacionales, en particular el Banco Mundial. La experiencia permite afirmar que toda propuesta de reforma inspirada por este banco privilegia la privatización y la descentralización.

Esto es tan cierto que la OPS-OMS, influenciada por las teorías privatizadoras de los servicios públicos, en su publicación *La salud pública en las Américas* (2002), advierte que la identificación de la salud con el bienestar es un defecto, ya que plantea dificultades operativas para delimitar las responsabilidades del sector de la salud. Este giro llama la atención porque la OPS-OMS fue la que, hace más de medio siglo, identificó salud con bienestar físico, mental y social.

El cambio conceptual sería aceptable si implicara beneficio directo para la salud u obedeciera al surgimiento de evidencia científica indiscutible; pero este no parece ser el caso. La explicación del cambio es simplemente que, en un sentido más sectorial y operativo, la salud, tal como ahora la entiende la OPS-OMS, es la realización del poten-

cial bio-psíquico de las personas y las poblaciones, de acuerdo con las circunstancias de vida, sin experimentar limitaciones por lesiones, incapacidad o enfermedad y, en el caso de que éstas ocurran, con la posibilidad de contar con la pronta recuperación o la adecuación funcional en las situaciones de discapacidad irreversible. Noción que representa un retroceso a la concepción reduccionista y biológica de la salud.

La identificación de salud con bienestar no nos aleja de la realización del potencial biopsíquico (más correctamente socionatural) de las personas y las poblaciones. Más bien, indica la necesidad de ampliar las responsabilidades del sector salud y de las acciones intersectoriales para alcanzar esa meta e indica lo inapropiado de reducir el campo de la salud y de sectorializar. La OPS-OMS en la publicación señalada reconoce ambiguamente que la identificación de la salud con el bienestar permite establecer la responsabilidad de otros sectores en la salud y la necesidad de actuaciones intersectoriales. Por qué, entonces, se propone abandonar el trabajo realizado alrededor de la idea del bienestar completo y, en cambio, se opta por una orientación más sectorial; cuál es la base conceptual para sectorializar la salud pública y reducir sus funciones esenciales, eliminando la prestación o el financiamiento de la atención curativa individual y reduciendo la capacidad de atención. En todos los ámbitos científicos surge evidencia “dura” y “blanda” a favor de la interdisciplinariedad, del marco conceptual socionatural y estructural para explicar los procesos de salud/enfermedad, presentado hace unos dieciséis años. La única explicación plausible es que OPS-OMS debe ceder a las presiones, porque donde manda capital no manda desarrollo con rostro humano.

Este es un buen ejemplo de la perversidad de la penetración de los mercados privados en los servicios sanitarios públicos. Es una imposición sutil y engañosa, pero grave, porque se ha forzado a una organización internacional a favorecer la conversión de la prestación de servicios públicos de salud en espacio de valorización del capital. Mientras tanto, otra agencia de Naciones Unidas (UNICEF) ha señalado que si la desnutrición en América Latina descendió entre 1970 y 1997 del

2. Relaciones internacionales intensificadas a través del aumento sin precedentes del comercio, la migración, los viajes y la información, todo lo cual acelera la transferencia internacional de riesgos sanitarios ambientales y de los vinculados al comportamiento.

21 al 7.2 por ciento, pese a que la tasa de pobreza solo fluctuó ligeramente, fue porque prevalecieron buenas prácticas de atención y acceso a servicios de salud. La imposición es grave porque la misma OPS-OMS ha reconocido el fracaso de las reformas propuestas por el Banco Mundial, en América Latina.

Se especula, no sin algún fundamento, que la ineficiencia de las instituciones del sector público de salud ha sido producto de acciones deliberadas para justificar la penetración del sector privado en este campo. Aun cuando no es posible negar la existencia de burocracias incapaces y abusivas, ni vicios como el incumplimiento, el desperdicio, el mal manejo y la corrupción en las instituciones públicas, hay que reconocer también que no se han hecho esfuerzos para proporcionar un buen servicio desde ellas. Algunas instalaciones del sistema público de salud todavía no han sido reparadas de los daños sufridos en los terremotos recientes.

Otro ejemplo de la perversidad de la penetración de las instituciones privadas con fines de lucro en los servicios sanitarios públicos, como parte de la reforma del Banco Mundial, es la práctica de “ungir” como “expertos” a personas (y organizaciones) sin preparación en salud pública, quienes, bajo la dirección de “expertos” extranjeros, avalan los planes privatizadores. De este “baile con el diablo” solo se puede salir “quemado”. En la actualidad, existen seis y tal vez hasta nueve propuestas para reformar el sector, pero ninguna es conveniente para la población. Esto facilita el avance de la reforma impulsada por el Banco Mundial.

Hasta la última década del siglo pasado, hablar de reformar el sector salud era rechazado de manera tajante y quien lo hiciera se exponía a ser perseguido. A partir de 1993, en El Salvador, y en la mayoría de países, muchos comienzan a hablar de una reforma sectorial de salud. Los objetivos que su discurso atribuye a esta iniciativa son la calidez, la calidad, la eficiencia, la eficacia, la libre elección, la equidad, etc. Dicen poder conseguirlos con las actitudes, estrategias y orientación pragmática de la lógica economicista. Su perspectiva coincide con la del Banco Mundial y la OMS —*Invertir en salud* (1993)—, la cual, a su vez, está recogida en la publicación de ANSAL.

Desde entonces, el Grupo de Reforma del Sector Salud (GRSS), CONASA, FUSADES, el Cole-

gio Médico y la Iniciativa Ciudadana, el STISSS, la Comisión Nacional de Desarrollo (Mesa 17 de la Consulta especializada) y el Consejo de Reforma del Sector Salud (CRSS) presentaron sus propuestas de reforma integral y holística. El presidente Flores señaló que el nuevo rumbo que propuso para el seguro social debía partir de la “Propuesta de reforma integral de salud 2000”, del CRSS, de la del plan de nación de la Comisión Nacional de Desarrollo y del documento “ENADE 2002”.

Todas estas propuestas han sido iniciativa o han sido aceptadas por los diversos gobiernos del período. Eventualmente, estas propuestas han sido influenciadas, unas más, otras menos, por las nociones del Banco Mundial. Todas ellas toman en cuenta las recomendaciones del grupo ANSAL. Es así como privilegian la eficiencia económica y quizás en algunos aspectos de gestión, pero relegan a un plano secundario la equidad, la protección social y la salud pública. En la práctica, todas garantizan un espacio de acción a la empresa privada de servicios de atención médica curativa como parte integral del, por lo general, mal definido sistema de atención médica de salud, y enfatizan la descentralización del mismo. Todas tienen la tendencia a identificar la atención de salud con la atención médica; en la práctica, en todas se habla de atención al cliente, libre elección, provisión mixta de servicios y también de la participación de personas vinculadas al sector privado de provisión de servicios médicos individuales en las comisiones o los grupos y equipos técnicos.

La influencia del Banco Mundial, del Fondo Monetario Internacional, del Banco Interamericano de Desarrollo, de la Agencia Internacional para el Desarrollo y de la OPS-OMS es evidente en estas propuestas. De la misma manera, todas ellas parecen ignorar que la reforma del sector sanitario que esas instituciones promueven está concebida de una forma estrecha y que, al dar prioridad al suministro, más que a la demanda o a los intereses del consumidor, privilegian la privatización y la descentralización. Dicho de otra manera, la reforma que impulsan no está centrada en la realización de la salud del público, sino en convertir el sector salud en un espacio para la valorización del capital. La reforma que estas agencias internacionales promueven convierte la atención sanitaria, incluida la prescripción de suero oral de rehidratación, en una mercancía con valor agregado.

Estas propuestas sostienen, consciente o inconscientemente, que la eficiencia del sector privado combinada con la protección de la equidad que garantiza el sector público resulta en un servicio aceptable. Los datos empíricos que apoyan semejante optimismo son más bien escasos. De hecho, los primeros experimentos no confirman las expectativas. La experiencia europea indica que la eficiencia lograda mediante la introducción de elementos de mercado en los sistemas públicos suele ser contrarrestada con el aumento de los costos. La eficiencia que garantiza el negocio de la sanidad privada se consigue eliminando a los pacientes y los procesos que consumen más recursos, y disminuyendo de manera drástica la cantidad y calidad de los contratos de trabajo, lo cual exige altos niveles de gasto y tiempo administrativo. La eficiencia también se consigue disminuyendo la calidad de la atención, en particular la preventiva. La experiencia con los sistemas de previsión mixta ha dejado en claro que la razón fundamental del incumplimiento laboral en el sector público son las actividades en el sector privado de los trabajadores de aquél.

La experiencia latinoamericana señala que los sectores privados de salud suelen desarrollarse contraviniendo las probabilidades de acceso universal a servicios de salud equitativo; y deja en claro que cuando el sector privado crece en importancia adquiere el poder político suficiente para impedir el desarrollo del sector público y bloquea su orientación a la cobertura universal.

En casi todas las propuestas y muchas de las intervenciones públicas de sus autores se observa la disposición para entregar en concesión los servicios de apoyo de las instalaciones públicas y la censura a aquellas posturas contrarias. Si en el Reino Unido, Holanda, Suecia y otros países europeos esta clase de reformas ha sido descartada, no existe razón alguna para sostener que en nuestro medio tendrá éxito, en cuanto a producir ganancias con equidad.

El fundamento teórico para permitir la penetración de la empresa privada en el sector salud se encuentra en el trabajo del grupo ANSAL, "Análi-

sis del sector salud de El Salvador. La reforma de salud: hacia su equidad y eficiencia. Informe final" (1994). Este análisis fue auspiciado por la Agencia Internacional para el Desarrollo, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la OPS-OMS. Sus autores fueron presentados como "expertos" nacionales y extranjeros. Del trabajo mismo se dijo que había sido muy participativo y resultado de un consenso nacional. Llama la atención que la formación en salud pública de los "expertos" era limitada. Su carácter interdisciplinario era, sin duda, una fortaleza, pero no ofrece garantía en cuanto a la naturaleza de la tarea encomendada. El aporte más importante lo dieron los extranjeros y, en menor medida, los nacionales, a quienes encargaron los informes técnicos. En este grupo local se encuentran algunos profesionales sin preparación en ciencias de la salud, ya no se diga con conocimientos formales en salud pública. En la lista de expertos aparecen Evelyn de Lovo, Héctor R. Silva<sup>3</sup>, Herbert Betancourt, Alcides Urbina, José Pereira, Eliseo Orellana y Sandra de Barraza. En la lista de las organizaciones aparecen FUSADES, Fundación Ungo, Fundación Maquishuat, Colegio Médico, PROFAMILIA, FUNDE y FUSAL. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social apoyó el proyecto desde el principio, aunque exigió una revisión del primer informe, debido a que el grupo ANSAL se esmeró en desprestigiar al sector público.

El documento de ANSAL avanza la propuesta de transferir la gestión de los hospitales públicos y del seguro social al sector privado, prescindiendo de si el patrimonio queda o no en manos del Estado. Si el patrimonio queda en manos del Estado, la transferencia puede hacerse por medio de un "régimen de concesión del servicio". Si este fuera el caso, dicha transferencia deberá ser precedida de la rehabilitación de la planta física y del equipo y deberá ser acompañada por un aumento del financiamiento y la modificación de la forma de pago a los nuevos gestores. Se propone pasar al pago *per cápita*. Se habla también de redefinir el papel del Estado, de fondos nacionales de salud, de co-pagos, de focalización del gasto, de reorganizar la APS, de canastas básica y ampliada y de la necesi-

3. Es, precisamente, el Dr. Héctor Silva, quien fuera tan felicitado por un agradecido Dr. Solari, en compañía de tantas otras personas clave, por ser un "entusiasta colaborador en toda la tarea de revisión" del documento ANSAL, el mediador designado por el presidente Flores en el conflicto y probable presidente de una nueva comisión de reforma del sector salud. Lo más probable es que sea otra comisión al servicio del poder económico.

dad de recurrir a la selección de usuarios, con base a la capacidad de pago o a la caridad para acceder a procedimientos excluidos de las "canastas".

Según el grupo ANSAL, la expropiación no debería ser impedimento para el proceso. En efecto, se pide modificar los derechos y los servicios recibidos por los asegurados, mediante co-pagos y limitación del acceso a medicamentos y a atención especializada. La participación del usuario del servicio en los costos no representa problema para este grupo, inspirado por la lógica privatizadora ya que, según él, "el cobro de los servicios, a diferencia de lo que comúnmente se cree, redundará en un aumento de la equidad si se hace en forma apropiada". Esto no debe sorprender, puesto que en el borrador del documento "Social Sector Reform Project", de una de las principales protagonistas de ANSAL, está claramente planteado que un "objetivo primario de la reforma del sector salud es formalizar la privatización que ya está ocurriendo".

El trabajo del grupo ANSAL, sin duda, inspiró el plan de gobierno de 1994-1999, aprobado en 1995, en lo que respecta a la configuración futura del sector, donde se destaca la privatización o la consolidación de la autonomía administrativa y financiera de los hospitales públicos y del seguro social. Inspirado por este trabajo comienza a operar bajo la dirección operativa de un neurólogo pediatra el Grupo de Reforma del Sector Salud, en 1994, al cual el gobierno le encargó planificar la reforma del sector. Este Grupo de Reforma presentó un borrador para discusión, "Documento guía para la reforma del sector salud en El Salvador", en 1995, donde se plantea que la privatización es concebida como un instrumento para liberar la administración pública de funciones de tipo productivo que, de acuerdo con el criterio gubernamental, pueden ser ejecutadas de forma más eficiente por el sector privado. Por lo tanto, la privatización está destinada a promover la participación de ese sector en la provisión de servicios de salud.

Al igual que el grupo ANSAL, este nuevo Grupo de Reforma retomó como una de sus prioridades destacar las deficiencias del sector público de salud para abrir espacios a la alternativa de privatizar. Al igual también que aquel multimillonario proyecto, no señaló nada particularmente interesante que no hubiera sido señalado ya. Siguiendo los pasos de su antecesor, el Grupo de Reforma se cui-

dó de no explicar por qué los problemas identificados en múltiples evaluaciones previas continuaban sin resolverse: costos elevados en relación con una productividad baja, incumplimiento de los proveedores de servicios, tecnología inapropiada, procesos gerenciales inadecuados, deficiencias presupuestarias y de rendición de cuentas, exagerada centralización, excesivo énfasis en lo curativo y hospitalario, falta de coordinación entre las diferentes instituciones del sector y duplicación de funciones. A diferencia de otras evaluaciones, estas dos omitieron señalar el desperdicio, el mal manejo y la corrupción.

El Grupo de Reforma recomendó aplicar el sistema de atención individual, propuesto por el Banco Mundial, es decir, servicio de atención privado —por el sector con fines de lucro y sin fines de lucro— virtualmente ilimitado, financiado de forma directa por el usuario y/o a través de seguros privados para la población con "capacidad de pago", y un paquete básico de servicios subsidiado, inspirado en la atención primaria en salud selectiva, para los indigentes y otros pobres —atención prenatal, planificación familiar, SRO, inmunización materna y de niños, alguna atención a preescolares y algunos suplementos alimentarios, como un complemento de vitaminas, supuestamente maravillosas—. Luego, siguieron otras publicaciones que proponían la participación privada para proveer los servicios públicos de salud, en los diferentes niveles de atención, bajo las modalidades de contratación de servicios o seguro médico privado. El presupuesto básico de estas propuestas es la recuperación de los costos.

De las propuestas, se pasó a la práctica. El Acuerdo 206 autoriza una tarifa a todas luces onerosa por la venta de servicios del Hospital Nacional Zacamil "Dr. Juan José Fernández", del Ministerio de Salud Pública. En el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom se introdujo la lógica de recuperación de costos, de tal manera que dicho centro es considerado como un parámetro regulador del costo en el mercado de salud.

En su paso posterior, los "expertos locales" con asesoría de los "expertos extranjeros" reemplazan las ideas locales sobre la reforma. Es así como se crean grupos diferentes, algunos de ellos con respaldo oficial, los cuales lanzan diversas propuestas. Sin embargo, los aportes de CONASA, FUSADES, del Colegio Médico de El Salvador y de la Iniciativa Ciudadana, del STISSS y de la Comisión Nacional de Desarrollo, a los cuales se

puede sumar la colaboración de los “expertos” oficiales, han sido incapaces de elaborar una propuesta congruente a favor de las mayorías. Tampoco lo logra la propuesta de reforma integral de salud del Consejo de Reforma del Sector Salud (CRSS) integrado por el Dr. José Francisco López Beltrán, Ministro de Salud; la Lic. Ana Vilma Albanez de Escobar, ex Directora General del ISSS; la Lic. Celina de Choussy, de FUSAL; el Dr. Guillermo Mata Bennett, presidente del Colegio Médico; Elsa Morales de Jiménez, de la Comisión Nacional de Desarrollo; el Dr. José Raúl Morán Tejada, representante de las Instituciones Formadoras de Recursos Humanos en Salud; y la Lic. Anabella Lardé de Palomo, de FUSADES, quienes contaron con el apoyo técnico de los doctores Mario Ernesto Cruz Peñate, del Ministerio de Salud Pública; Manuel Herbert Guzmán Romero, del Colegio Médico de El Salvador, y José Antonio Pereira Galván, del ISSS.

Cabe destacar aquí la propuesta producida por la Comisión Nacional de Desarrollo (Mesa 17 de la consulta especializada) como un ejemplo de la forma irresponsable en que se aborda el tema de salud. A estos “expertos”, algunos de los cuales justificaron sus acciones revolucionarias con la precariedad de la salud del pueblo salvadoreño, se les “olvidó” este tema, en el planteamiento original de su plan de nación. Para subsanar el error, lanzaron esta propuesta de reforma poco específica, pero con un claro contenido neoliberal<sup>4</sup>. No se podía esperar otra cosa de un planteamiento auspiciado por el Banco Interamericano de Desarrollo y de algunos de los integrantes de la mesa, aunque no de otros de ellos —Herbert Betancourt (coordinador), Héctor Castaneda, Celina de Choussy, Eduardo Espinoza, Herbert Guzmán, José Asención Marinero, Ana Isabel Nieto, Sonia Parada de Orellana, Margarita Posada, María Isabel Rodríguez, Zoila Marina Torres de Guadrón, Alcides Urbina, José Ruales y Roberto Badía—. En la actualidad, los autores del plan de nación son protagonistas del conflicto actual de salud (ISSS-Comisión Tripartita del Gremio Médico).

Aunque algunos “expertos” han participado en la elaboración de varias de las propuestas hechas, inexplicablemente éstas se contradicen en algunos

puntos, lo cual plantea la cuestión del profesionalismo y la responsabilidad de sus autores. En efecto, en la propuesta de la Mesa 17 —de enero de 1999—, anterior a la del Consejo de Reforma del Sector Salud —de diciembre de 2000—, se considera el perfil epidemiológico del país como mixto, compuesto por enfermedades del subdesarrollo y crónico-degenerativas, aunque reconoce el predominio de las patologías de la pobreza. En cambio, el Consejo de Reforma del Sector Salud sostiene, incorrectamente, que el perfil está compuesto por una alta prevalencia de enfermedades infecciosas, en combinación con la problemática de salud mental y el surgimiento de nuevas enfermedades, y sostiene que El Salvador enfrenta el doble reto de terminar con el atraso, representado por las enfermedades del subdesarrollo, y con una serie de problemas emergentes y re-emergentes mal definidos. Es decir, esta última propuesta solo reconoce, de forma vaga, la complejidad de la carga de enfermedad.

La contradicción aparece con mayor claridad en evaluaciones que asesores internacionales hicieron recientemente de la propuesta del Consejo de Reforma. Esas evaluaciones identifican el perfil de salud como el típico de un país subdesarrollado. Sin embargo, la diferencia es de suma importancia. Si solo nos enfermamos de diarreas, afecciones de las vías respiratorias y una que otra deficiencia de vitaminas o minerales, los paquetes de atención básica de salud tienen algún sentido; pero si además padecemos enfermedades crónico-degenerativas, nos abruma las lesiones, las afecciones mentales, toda clase de infecciones tradicionales, emergentes y re-emergentes, y las deficiencias de todo tipo de nutrientes es poco menos que un crimen limitar la atención médica a tales paquetes. El perfil epidemiológico de El Salvador posee una doble carga de enfermedad, infecciosa y no infecciosa, y presenta solo un mínimo de afecciones exóticas.

Como se puede constatar, varios de los mismos actores, ya sea por convicción, engañados, por falta de claridad conceptual, por no creer en la perversidad del sistema, por conveniencia, de derecha e izquierda o con una ideología que les permite declararse fieles, pero “reservándose el derecho de

4. Es curioso, en ella y en la propuesta de FUSADES se habla de “libre elección”. De acuerdo con esta propuesta, libre elección significa: “Todos los salvadoreños y salvadoreñas deben tener el derecho a elegir con libertad el sistema, profesional o establecimiento de salud en el que desea ser atendido/a”.



cambiar de amo”, han participado en la conformación de la base teórica de la reforma y, además, continúan ocupando posiciones claves, desde donde impulsan sus ideas.

La penetración del mercado en los servicios sanitarios, por otro lado, favorece las iniquidades y conduce al abandono de políticas reivindicativas, como la atención primaria de salud preventiva. Al final, es imposible descartar la mala intención con la cual se promueve esa penetración. Esta se inicia cuando se acusa, no sin razón, de ineficientes y abusivos a los estados, porque políticos y funcionarios buscan ganancias privadas. Sin embargo, se omite señalar que la disminución del Estado es consecuencia también de la limitación del presupuesto. Todo esto significa el abandono, en la práctica, del modelo de la responsabilidad estatal en el acceso universal a la atención primaria de salud, declarado en Alma Ata, en 1978. Asimismo, se ha abandonado el capital teórico de la corriente de la epidemiología social y los “expertos” lo satanizan o lo ridiculizan continuamente, pero sin dar razones.

## 2. Amenazas de las propuestas presidenciales de atención previsional

Los argumentos presentados hasta ahora por el presidente Flores llevan a concluir que en su propuesta hay malicia y, por lo tanto, atropello moral. En este contexto, ha surgido la candidatura del Dr. Héctor R. Silva para mediar en el conflicto y diri-

gir una Comisión de seguimiento del proceso de reforma de la salud. Si este proceso no se abre al debate y no es conformado de manera que la correlación de fuerzas en él permita la justa apreciación de cada postura (sin discriminación *a priori*) y la obtención de conclusiones que den prioridad al bienestar del salvadoreño desposeído, resultará siendo otra pinza del Canas del Banco Mundial, eviscerador y descuartizador del sistema público de salud del país. Los antecedentes, las actuaciones y las relaciones del Dr. Silva, tanto en el campo de la reforma de salud, como en la política, así lo sugieren.

De los antecedentes, las actuaciones y las relaciones del presidente Flores, en materia de salud, no se puede esperar nada bueno. Ya ha tratado de atropellar la salud pública por iniciativa propia. Su propuesta original para reformar el sistema era inconsulta, inequitativa, antisolidaria e injusta y, por tanto, incorrecta, pues se fundamenta en una noción de la salud como inversión, subsanable mediante la atención medicalizada y privatizada. Esta reforma es impulsada haciendo uso de atractivos como ampliación de cobertura —de ahí que ofrezca, de manera errónea o demagógica, todo a todos—, cobertura indiscriminada, libre elección, mantenimiento de cuotas, etc. Todo esto conociendo el fracaso y los efectos desastrosos de medidas similares en Europa, América Latina y Estados Unidos.

El fracaso de esta propuesta se vislumbra por la evidente contradicción de la lógica de concentración de aportes. En efecto, la concentración de gran número de aportes permite a los seguros sociales diversificar los riesgos médicos y financieros y tratar continuamente a quienes se enferman más seguido o son enfermos crónicos, en vez de discriminarlos. Esa concentración permite diversos tipos de economías de escala. Por el contrario, la variedad de centros médicos privados implica competencia por los aportes y los asegurados con una institución desprestigiada. La mezcla de lo público y lo privado genera aumento incontrolable de costos, ya que una parte muy importante de los gastos es invertida en la enorme burocracia que estos sistemas crean. Esto garantiza el predominio eventual de la oferta privada. Es más, la misma

acusación de la que es objeto el ISSS como prestador de servicios médicos, por parte de su mismo director, presagia su desaparición. Este señala la presencia de personas y prácticas nocivas a la institución, por lo que un plan que permite su persistencia o hegemonía resultaría absurdo.

Además, introducir dentro del sistema público competencia de entes privados que operan con autonomía y fines de lucro, podrá no ser privatización completa, pero es privatización. No se puede caer en el absurdo de aceptar la propuesta por el simple hecho de que pueda tener uno o varios aspectos buenos. Lo importante es valorar si como totalidad contribuye o no a que el pueblo salvadoreño tenga una atención médica de mejor calidad y con la mayor equidad posibles. No hay que olvidar que, como propuesta, es una totalidad y si en este carácter es injusta y, en consecuencia, incorrecta, no puede ser conveniente. Aunque parezca ofrecer cobertura a muchos grupos relegados, llama la atención que no incluya, por derecho propio, a las amas de casa del área rural, las trabajadoras por excelencia y las más explotadas de nuestro medio.

El intento de atropello a la salud pública es manifiesto en su contenido inequitativo y antisolidario, puesto que quien gane más de seis mil colones seguirá pagando, progresivamente, un porcentaje menor a su ingreso. La solidaridad se expresa al revés: quien gana más debe pagar progresivamente más.

Dar todo a todos no es posible, ni siquiera para el sistema más rico del mundo: el de Estados Unidos, el referente empírico del paradigma de la salud como inversión. Vale la pena aclarar que el sistema de atención de salud de este país no es ninguna panacea. De hecho, adolece de una incontrolable alza de costos, desde 1930, agudizada durante la segunda mitad de la década de los años cincuenta, cuando, irónicamente, tanto las enfermedades infecciosas como las no infecciosas mostraban una disminución sostenida, en dicho país. Es el sistema más caro del mundo, en términos absolutos y relativos —consume el 14 por ciento del PIB, más o menos—; a la industria farmacéutica le permite ganancias que superan a las del sistema financiero; deja sin cobertura al 15 por ciento de la población —unos 45 millones de personas menores de 65 años— y subcubierto al 10 por ciento de la misma; se financia, en su mayor parte, con contratos con seguros privados o pagos directos; es adminis-

trado por organizaciones que mantienen la salud (*HMO*) y por compañías que manejan la enfermedad (*DMC*) y es responsable del 40 por ciento de las quiebras personales de ese país. Medio millón de estadounidenses se declaró en bancarota, en 1999, debido a gastos médicos exagerados. Dado que las desigualdades en salud se hallan íntimamente relacionadas con las sociales, la salud en el país con la distribución más desigual de la riqueza debe considerarse muy desigual. En este sistema, el Estado no garantiza prestaciones a toda la población, sino que, más bien, ofrece servicios parecidos a los de beneficencia, mediante sistemas como *Medicaid* para los indigentes y *Medicare* para los mayores de 65 años. Sistemas que, en 1995, financiaron el 36 por ciento del gasto personal en salud y representaron, aproximadamente, el 81 por ciento de la porción pública de ese gasto.

Vale la pena señalar también que la atención administrada, a través de *HMO* y *DMC*, causa preocupación en Estados Unidos, debido a que junto al aumento incontenible de costos, aumenta el porcentaje de desatendidos y baja de manera ostensible la calidad de la atención. Por atención administrada se entiende la provisión de servicios de atención en salud, bajo control administrativo de organizaciones privadas grandes y poderosas (con fines de lucro), las cuales utilizan mecanismos de pagos a terceros por capitación y (supuestamente) compiten entre sí, en el mercado. Este sistema previsional ya ha sido abandonado en Europa.

Conviene recordar, para valorar con propiedad las propuestas presidenciales, que la atención administrada afecta al gremio de trabajadores de las ciencias de la salud, porque medicaliza los servicios, les suprime privilegios y prestaciones, porque más que hacerlos socios en algunos procesos, comparte los riesgos financieros con ellos, pero no en igualdad de condiciones. Además, enfatiza el acortamiento de la estadía de los pacientes en los hospitales, limita los sueldos de los profesionales, sobrecarga de trabajo a los profesionales inexpertos, aumenta el costo de los seguros contra mala práctica, limita el acceso a especialistas, a menos que el paciente asuma una parte sustancial del costo y aumenta la competencia de parte de médicos extranjeros. La proletarianización del gremio médico y de otros gremios dentro de las ciencias de la salud y su conversión de profesionales liberales en asalariados del sistema corporativo privado en extensión son consecuencias frecuentes. *HMO* y



*DMC* pueden pregonar y apoyar al inicio políticas de diversificación y descentralización, porque favorecen el desmembramiento del sistema público y porque calculan que luego ellas prevalecerán e impondrán condiciones que empeoran las condiciones laborales para los profesionales sanitarios.

El presidente Flores todavía tiene la oportunidad para concretar el atropello utilizando al Dr. Héctor Silva y aprovechando que los probables insumos para el seguimiento que realice la comisión, designada para ello, están influenciados por las ideas del Banco Mundial. El Dr. Mata Bennett, por ejemplo, sostiene que no hay que discutir más propuestas, porque la alternativa es la "Propuesta de reforma integral de salud" del Consejo de Reforma, sometida a consideración del Presidente de la República, el 15 de diciembre de 2000<sup>5</sup>. Esta propuesta, en lo fundamental, no explicita que la protección sanitaria estatal será suficiente y tampoco defiende la idea de que el Estado racional es aquel que procura bienestar y es responsable de los enfermos y los pobres. Tampoco expresa la intención de desarrollar la cultura de autoayuda, que hace viable la responsabilidad colectiva. No ha surgido de la confianza mutua, ni del debate, y mucho menos de un debate de propuestas alternativas, verdaderamente reivindicativas.

No es extraño, entonces, que la propuesta presente problemas relacionados con los principios y valores que la orientan, tal como la solidaridad, cuyo significado es reducido a que "la salud de todos es responsabilidad de todos", un eslogan que corresponde más a una estrategia de culpar a la víctima que a una actitud de quien gana más y/o se enferma menos aporta más para atender igualitaria, efectiva y dignamente a quienes se enferman más y/o pueden aportar menos.

La equidad en salud, tal como sostiene Amartya Sen, no concierne solo a la salud sectorializada, ni trata solo con la distribución de la salud, por no hablar del campo todavía más limitado de la distribución de la asistencia sanitaria. La equidad en salud tiene más que ver con ser y estar saludable en términos poblacionales, con producir y tener bienestar, con vida social en bienestar. La propuesta del Consejo de Reforma reduce la equidad a garantizar que, ante una misma necesidad,

toda persona, sin discriminación de ningún tipo, tenga acceso a los mismos servicios. Universalidad y ciudadanía se corresponden con el derecho irrestricto a recibir atención y con el derecho al acceso, igualmente irrestricto, a los servicios de salud, según la propuesta; pero el nuevo universalismo pregonado por la OMS se refiere a priorizar —con la dignidad humana a la cabeza— y a consensuar las intervenciones que pueden ofrecerse. Por lo tanto, se refiere más a que no se puede ofrecer o dar todo a todos. Según la propuesta de reforma integral, la eficiencia es un valor referido a la obtención del mayor nivel posible de salud para toda la población con los recursos que la sociedad asigne para tal fin. Pero esto es muy ambiguo. Eficiencia es un indicador que compara el impacto sobre la salud de determinadas intervenciones y su costo; es más eficiente aquella intervención que con igual efecto que otra consume menos recursos.

Pero, además, la propuesta no parte de una visión confiable, pues no explica su holismo biopsicosocial y adolece de lo siguiente: no recupera las potencialidades locales para formular las políticas de salud; al parecer su concepción de los procesos de salud y enfermedad los reduce a la carga de enfermedad y, acaso, a la carencia de agua potable, higiene y saneamiento ambiental; parte de que esta carga está constituida por enfermedades del subdesarrollo y que el perfil de salud de El Salvador es el de un país subdesarrollado; no desarrolla el marco legal, las fuentes y los mecanismos de financiamiento, el sistema de rendición de cuentas, el instrumento para definir pobreza, la prioridad de atenciones, el paquete de servicios esenciales propuestos, la atención para los no favorecidos por paquetes esenciales y el reconocimiento de derechos adquiridos; finalmente, la definición del modelo de atención mixta pública-privada es insuficiente.

Los autores y sus asesores que con el aval de algunos miembros del Consejo de Reforma abordaron el tema del financiamiento, parten de la idea discutible de que se necesitarán fondos extra del presupuesto para financiar la reforma —la cual comprende paquetes básicos de salud para poco más del 35 por ciento de la población, autofinanciamiento para el resto y aprovechamiento de los

5. Hasta los defensores de la propuesta gubernamental original resaltan la relación de la propuesta presidencial con la propuesta del CRSS (Dr. Norman Quijano, "Entrevista Al Día", Canal 12, 28 de octubre de 2002).

recursos del Ministerio de Salud y del ISSS—. En consecuencia proponen: incrementar la presión tributaria al menos al 14 por ciento, en el mediano plazo, e incrementarla más, en el largo plazo; e incrementar el presupuesto de salud y aumentar las fuentes de ayuda técnica y económica que prestan las organizaciones y los gobiernos. Esta propuesta parece olvidar que aumentar la recaudación y los presupuestos sin más, sin tomar en cuenta otros factores, puede alimentar la corrupción, el descuido, el raterismo, el mal manejo, el desperdicio y el aumento de la iniquidad y del gasto.

Al hablar de su visión, el Consejo de Reforma señala que, en suma, busca encaminar el esfuerzo nacional para alcanzar la plena vigencia de la salud como un bien público, tal como lo declara el Artículo 65 de la Constitución. Pero este artículo 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 este caso, toda persona está obligada a someterse a dicho tratamiento”. De manera que la visión del CRSS parece ser muy limitada.

### 3. La alternativa

La conclusión que se impone es la urgente necesidad de construir una propuesta de realización de la salud, la cual, por definición, debe ser un proceso permanente y de carácter social, poblacional, equitativo, solidario e interdisciplinario. En esta coyuntura es importante, con independencia de las motivaciones personales de actores como el alcalde Silva, el presidente Flores y sus respectivos partidos, garantizar la no-privatización, al menos temporal, para construir una alternativa al sistema de salud actual, que sea verdaderamente equitativa, solidaria, reivindicativa, sostenible, eficiente, nacional y consensuada.

Alternativa que necesariamente ha de ser diferente a las propuestas más conocidas de reforma holística, integral, neoliberal, etc., incluyendo la reforma integral de salud del CRSS porque todas ellas se inspiran en el paradigma de salud como una inversión y, por lo tanto, pueden abrir el sector público al mercado, o representan reacciones

sectoriales, no siempre libres de las influencias neoliberales, y porque ni conceptual ni técnicamente, solas o en conjunto, tienen los requisitos de un verdadero plan de reforma.

Porque ninguna de ellas expresa, excepto en su retórica, la intención de ofrecer la debida protección sanitaria estatal, sin la cual, al menos el 70 por ciento de la población, no puede aspirar a tener una vida humana aceptable<sup>6</sup>. Tampoco explicita la intención de desarrollar la cultura de la autoayuda o de la responsabilidad individual, indispensable para sostener proyectos de responsabilidad social. Porque ninguna de ellas defiende la idea fundamental de que el Estado racional es aquel que procura el bienestar y asume la responsabilidad social por los enfermos y los pobres. Porque su contenido no surge de la confianza mutua, ni del debate, y mucho menos del debate de propuestas alternativas con verdadera intención protectora.

Aprovechar la oportunidad exige ampliar el debate y la capacidad para confrontar los conceptos sin perjuicios, más allá de las comisiones gubernamentales, viejas o nuevas, conformadas por “expertos”, quienes a menudo se apropian de este título por haber sido designados así más que por su preparación en salud pública. Implica retomar el objetivo y el requisito de una verdadera reforma integral de salud: construir la salud. Ello exige satisfacer la subsistencia, proteger, dar participación, recrear, creatividad, identidad, libertad, además reclama afecto así como entendimiento, en interacción permanente con un sector salud orientado para tal fin.

Una reforma integral implica crear precondiciones: la participación de los ciudadanos como actores; adaptar la estructura política, el sistema jurídico legal y el policial a la reforma; asegurar la capacidad financiera y las habilidades técnicas y administrativas y gerenciales; fortalecer la capacidad reguladora del Estado; fortalecer la infraestructura para proveer agua potable, energía domiciliar, higiene, saneamiento y albergues para disminuir la carga de enfermedades, así como recuperar estrategias ignoradas —enfoque de género, salud medioambiental, mental y rehabilitadora, investigación cualitativa, etc.— y superar los defectos que prevalecen en los subsectores privado y público, en particular la injerencia político parti-

6. El ingreso promedio per cápita diario en el séptimo decil superior de ingreso de la distribución de hogares salvadoreños —más del 70 por ciento de la población es de solo 2.75 dolares—.

dista, el desperdicio, el mal manejo, la corrupción, el descuido, el raterismo, el excesivo afán de lucro, los incumplimientos, la medicalización, la exagerada concentración de recursos, etc.

Implica aplicar un enfoque público, preventivo, curativo y de rehabilitación, orientado a obtener resultados finales, donde la asignación de recursos está determinada por éstos, a partir de medidas prioritarias (no se puede ofrecer todo a todos), servidas según la necesidad de los pacientes y financiadas de forma solidaria por impuestos progresivos. Un enfoque en el que los servicios privados con y sin fines de lucro son solo complementarios a los ofrecidos por el sector público y son controlados por éste.

La competencia sana se puede inducir separando la financiación pública de la provisión pública y privada de servicios, cuidando de que la atención sanitaria, en particular la médica individual, no sea convertida en una mercancía con alto valor añadido. Puesto que la teoría de la reforma reivindicativa de la salud destaca que si las precondiciones no están dadas hay que proceder a concretarlas, luego a implementarla de manera progresiva y escalonada, y evaluar su desarrollo constantemente, parece que en El Salvador hay mucho por hacer.

**Ernesto A. Selva Sutter**  
**Jefe del Departamento de Salud**  
**Pública de la UCA**

