

Artículos

Reforma de salud reivindicativa, democrática y con enfoque público

Ernesto A. Selva Sutter¹

Resumen

Los efectos adversos de la crisis política, económica y social, incluida la polarización de las fuerzas políticas, han abierto un espacio para discutir propuestas de reforma del sector salud, de carácter reivindicativo. Dada la crisis del sector salud, lo fundamental es profundizar en la definición de las funciones, los derechos y las responsabilidades de los actores. Una reforma de salud es un cambio, regido por un plan con una misión: mejorar la equidad, la calidad y la eficiencia del sistema actual. Un sistema con estas características exige la fusión del subsistema de seguridad social con el de los servicios públicos, es decir, la fusión de las distintas instituciones: el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, Bienestar Magisterial y Sanidad Militar. Esta concepción rechaza tanto el asistencialismo estatal de corte neoliberal, como la práctica del sector privado que, en complicidad con el Estado neoliberal, convierte la atención de la salud en una práctica médica individualizada —curativa, paliativa o de rehabilitación—.

1. Introducción

Los efectos adversos de la crisis política, económica y social, y su complejidad, incluida la po-

larización de las fuerzas políticas, han abierto un espacio para discutir propuestas de reforma del sector salud, de carácter reivindicativo. Tal discusión

1. Jefe del Departamento de Salud Pública de la Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas".

para ser objetiva y responsable debe partir de asumir varias premisas: cualquier propuesta de reforma está indisolublemente relacionada con una propuesta de política económico-social que le dé sustento y de la cual la política sanitaria sea parte constitutiva; la reforma tributaria fundamentada en impuestos progresivos es condición requerida para garantizar el carácter reivindicativo y democrático de la reforma; ambas reformas son procesos cuya concreción exige el ejercicio del poder para la aplicación de políticas redistributivas en beneficio de las masas de población desfavorecidas del país. Es casi redundante decir que un presupuesto básico de una política sanitaria es que se trata de un plan para orientar determinadas acciones de corto, mediano y largo plazo.

Dada la crisis del sector salud y dado el nivel de desarrollo de las propuestas de reforma planteadas desde 1993, lo fundamental ahora no es hacer planteamientos técnicos detallados, sino profundizar y precisar sus conceptos fundamentales y su viabilidad. Una reforma de la salud es un cambio, regido por un plan con una misión: mejorar la equidad, la calidad y la eficiencia del sistema actual. En este momento, lo importante es profundizar en la definición de las funciones, los derechos y las responsabilidades de los actores —más que precisar el contenido de los programas y las intervenciones (nivel programático)—. Una buena política de salud debe tener claro cómo se produce el proceso de salud/enfermedad. Un proyecto de esta naturaleza demanda un desarrollo colectivo, cuyo apoyo financiero no es otro que el propio desarrollo económico de la sociedad.

La necesidad de hacer una reforma es una oportunidad, pero para aprovecharla es indispensable ampliar el debate sobre los conceptos sin exclusiones *a priori*. La meta de esta propuesta es la construcción de un servicio único, en el sentido de ser suficiente para cumplir lo que se decida que es su tarea a atender; de carácter público, financiado de manera solidaria, pro-activo —en contraposición al sistema reactivo—. Este propósito conlleva el diseño de una estrategia, que garantice el éxito. Un sistema con estas características exige la fusión del subsistema de seguridad social con el de los servicios públicos, o sea, la fusión del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI), Bienestar Magisterial y Sanidad Mili-

tar. El nuevo servicio debe mantenerse separado de los servicios privados, con o sin fines de lucro. Estos servicios deben considerarse como complementarios a los ofrecidos por el sector público al mismo tiempo que deben ser controlados por éste.

La fusión de estos subsistemas en uno solo de naturaleza estatal exige adecuar y uniformar el sistema legal y normativo, la forma de financiamiento, la orientación y el contenido de los servicios ofrecidos y una infraestructura administrativa y técnica eficaz. Subyace en esta propuesta la idea de que el Estado racional se hace cargo de los enfermos y los pobres, con quienes tiene una deuda social, y procura el bienestar de toda la población, al ofrecer protección sanitaria adecuada para poder llevar una vida humana digna y sana. Asimismo, implica comprometerse con el desarrollo de una cultura de autoayuda, que haga viable los proyectos de responsabilidad social.

Esta concepción rechaza el asistencialismo estatal de corte neoliberal, según el cual el Estado solo apoya las intervenciones paliativas de corto alcance y limitadas a los más pobres. Por otro lado, el sector privado con afán de lucro en complicidad con el Estado neoliberal convierte la atención de la salud en una práctica médica individualizada —curativa, paliativa o de rehabilitación— y en una mercancía con alto valor agregado. Para resultar en una alternativa conveniente para las mayorías y para evitar esos resultados es que una propuesta de reforma reivindicativa e integral no puede obviar que la construcción de la salud requiere la ansiada realización de la colectividad, lo que equivale a decir la construcción de una nación democrática sólida, que sea materialización y garantía de la justicia social, propósito por excelencia de todo pacto de convivencia en sociedad que procura el provecho equitativo de todos sus miembros, teniendo por referencia de tal provecho la satisfacción de sus necesidades fundamentales como humanos.

2. Los ejes de la propuesta

2.1. El protagonismo ciudadano

La sociedad civil se comprende como comunidad de personas con capacidad —potencial o actualizada— para diseñar sus proyectos de vida común y para ejecutarlos. De esta manera, preserva los intereses comunitarios por encima de los individuales. Cuando sucede lo contrario, los intereses individuales son un obstáculo para la solidaridad y

la democratización. El ciudadano protagonista, con recursos a su disposición, comprometido con la construcción de la democracia y la satisfacción de sus necesidades básicas, es, sin duda, la primera condición de éxito de una reforma de la salud y, por consiguiente, es el primer eje de ésta. Él es el protagonista de la autogestión y la autosuficiencia. Sobre él se apoya la concertación para armonizar el interés colectivo con el individual. De aquí se deduce que los objetivos de la reforma deben ser congruentes con las aspiraciones de las personas, puesto que la primacía de lo colectivo no significa la renuncia del interés individual genuino.

El protagonismo ciudadano descansa en la articulación orgánica de las personas con la naturaleza, de la ciencia con la tecnología, del proceso local con la conducta global, de la autonomía social con el Estado. En consecuencia, es necesario desterrar las actitudes y prácticas contrarias a la democratización de la sociedad.

2.2. El control del poder estatal

Los recursos son factor decisivo para la concreción de cualquier plan. Por lo tanto, el control ejercido desde el Estado es otro de los ejes. Sobre todo cuando sus prácticas se orientan más a satisfacer intereses particulares. Aun con los defectos que se le atribuyen, el Estado continúa siendo el mejor distribuidor de la equidad. De ahí la necesidad de poner el poder estatal al servicio de la sociedad, aprovechando así los espacios ofrecidos por la democracia formal predominante y aquellos otros que se vayan conquistando sobre la marcha.

2.3. La realización integral del humano

La razón de ser de este tercer eje es la satisfacción relativa de las necesidades fundamentales del ser humano. De aquí surge la salud como una de esas necesidades y, por eso, como un derecho fundamental. En consecuencia, la salud es un bien al cual la persona tiene derecho, pero que, en la actualidad, es un bien negado o una necesidad insatisfecha. Tiene, pues, el doble carácter de carencia y potencialidad.

El proceso salud y enfermedad tiene un carácter único, socionatural, por cuanto y por tanto es colectivo en su causalidad y desarrollo. La idea de



que este fenómeno es solo biológico, individual y autónomo es errónea. La salud es un atributo de la especie humana y una necesidad fundamental. Solo es posible cuando se satisfacen las demás necesidades fundamentales de la especie, y cuando además se supera la enfermedad. Para ello son indispensables prácticas especializadas, en un proceso que es, al mismo tiempo, de consolidación y cambio. Pero, la salud también puede ser negada. Entonces es mala salud o carencia —potencialidad—. Ambos procesos, el de salud y el de enfermedad, están vinculados de manera intrínseca e indisoluble. Son dos caras de una misma realidad, la cual debe considerarse sin escisión. Dicho de otra forma, la salud y la enfermedad no son reducibles a una dimensión biológica, individual o biológica-individual.

La realización de la salud es un imperativo y una necesidad de cualquier proyecto humano viable. En estos momentos, sin embargo, la salud realizada no es un bien universal, ni actual, aunque tampoco es una utopía en el sentido de irrealizable. La salud se vuelve irrealizable, cuando el concepto es comprendido de manera inadecuada, como algo infinito, incondicionado, inmutable o suficiente en sí mismo. Fuera de esto, salud quiere decir bienestar humano. La construcción de la salud exige superar la alienación, sobre todo la que se presenta como enfermedad. Esta es incompatible con la salud, aunque es posible admitir su presencia con ciertos grados de severidad en un proceso conducente a concretar la salud. En este sentido, la *enfermedad* incluye los eventos definidos de manera formal por la ciencia médica en la clasificación internacional, pero no solo a ellos, sino también las lesiones o traumatismos, los traumas, las dolencias, los malestares, las reacciones adversas ante los estímulos, las indisposiciones, las emociones nocivas, las penas, etc. Incluye, pues, procesos que distorsionan la vida normal de quienes las padecen. Esta ampliación del

concepto de enfermedad obedece, entre otras cosas, a que los otros procesos incluidos, a parte de aquellos identificados como enfermedad por la biomedicina, también presentan los requisitos que esta corriente de pensamiento médico exige para reconocer algún proceso como enfermedad —etiología reconocible, sintomatología y evolución predecibles y autonomía, puesto que el evento se desarrolla en contra de los deseos o esfuerzos del afectado—. En consecuencia, la enfermedad reconocida y los otros eventos mencionados, al igual que otras carencias e insatisfacciones, se convierten en condiciones potenciales de la causa de mala salud y, por lo tanto, en indicadores de falta de salud. Según esta concepción, la enfermedad, al igual que la salud, es un fenómeno continuo y dinámico.

Esta perspectiva evita hacer coincidir salud y enfermedad sin más o creer que incluso el enfermo se encuentra sano. La salud es incompatible con la enfermedad, en el sentido amplio del término, según el cual la presencia de toda etiopatogenia reconocible, predecible y con autonomía relativa es una alienación. Es una realidad que se desarrolla y se orienta hacia el daño, la discapacidad, el malestar o la insatisfacción. La falta de salud es carencia y potencialidad, porque encierra recursos, puesto que inspira, motiva, moviliza, identifica y solidariza para concretar o avanzar hacia la salud. De esta manera, se puede lograr una forma de vida aceptable e incluso satisfactoria, orientada a la salud realizada, incluso en personas discapacitadas o crónicamente enfermas.

La prevención de las enfermedades adquiere así la dimensión de evitar la generación de condiciones o factores etiológicos, lo cual implica la superación de la enajenación del hecho socionatural general. Los factores o agentes etiológicos reconocidos individualmente como la única causa de diversas enfermedades por la biomedicina (incluso los microorganismos y las partículas infecciosas) son caracterizados como productos socionaturales, particularmente en su papel de agentes etiológicos. Estos agentes etiológicos en interacción con otras condiciones, incluso con algunas no siempre reconocidas como parte de la etiopatogenia de las dolencias, son su causa estructural, en diferentes niveles de su desarrollo. En el mundo fáctico siempre hay causa, aun en lo llamado casual. Pero la causalidad es siempre estructural y, en cuanto tal, una totalidad dinámica. La causa, una vez completa, necesariamente conduce al efecto, cuya exis-

tencia, al igual que la de sus componentes, es efímera. Las condiciones de la causa, o sea, los factores etiológicos, los cuales son productos socionaturales, conforman la etiología. Al interactuar, se forma la patogénesis o la patogenia de las diversas dolencias —una causa estructural, en sí misma. Sin embargo, estas condiciones o factores etiológicos no son la causa en sí, tampoco se reducen a los factores tradicionalmente considerados como tales. No hay tal cosa como un solo factor-causa. La “causa eficiente externa” es un mito. No hay tal factor “causal” que actúe en el vacío; tampoco existe factor que no se altere ante determinado contexto o que no lo altere al actuar.

La naturaleza es influenciada por la actividad humana. No existe separación absoluta entre “lo social” y “lo natural”. Tampoco es posible la separación absoluta entre lo material “inorgánico”, “orgánico” y “social” o entre las diversas ramas de la ciencia. Así, pues, según esta concepción, lo social y lo inorgánico y lo orgánico se influyen de manera continua y constante y, en virtud de ello, experimentan transformaciones. Según este concepto, la salud no puede ser obtenida solo a través de los diversos servicios ofrecidos por el “sector salud”; en o desde sus instalaciones. La salud se construye, mediante la interacción, que permite la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales e implica, entre otras cosas, la orientación del esfuerzo de la sociedad hacia su realización colectiva. La construcción de la salud exige unas relaciones internacionales, unas obras y servicios públicos, un sistema educativo, una actividad agrícola, y una defensa y una seguridad públicas, orientadas a favorecer la satisfacción de las necesidades fundamentales de la población.

De aquí se deriva una serie de principios básicos sobre los cuales construir la salud.

Articulación. Es la acción por la que dos o más componentes del sector salud se mantienen unidos en la tarea de proteger o preservar, restaurar y promover la salud a través de políticas específicas, a la vez que mantienen alguna libertad de movimientos propios de su especificidad.

La articulación está relacionada con la *rectoría* o con la *governabilidad* de otras propuestas; según las cuales, la gobernabilidad se refiere a las alternativas que tienen o a las preferencias políticas, sociales y económicas que expresan el público y el gobierno o sus titulares en relación con el balance entre servicios, necesidades y recursos de salud del sistema.

Accesibilidad. Es la facilitación de la acción de la población para llegar a los servicios de salud y obtener atención en ellos, la cual, en nuestro medio, pasa por eliminar barreras geográficas, económicas, sociales, educacionales, etc. Tiende a identificarse con el ideal de que sea la necesidad la que regule la llegada y la obtención de atención en los servicios del sistema.

Calidad. La propiedad de los servicios ofrecidos que los hace ser apreciados como aquellos que intentan alcanzar y mantener en condiciones saludables a la población servida y satisfacer las expectativas de la misma. Representa la medida en que los servicios efectivamente recuperan o mejoran la salud, mediante la aplicación de la mejor estrategia de atención que la ciencia permita prescribir en determinado contexto, la cual también exige calidez.

Calidez. Es la propiedad de cumplir los servicios ofrecidos garantizando el trato humano a la población servida; garantizando comprensión, responsabilidad, entusiasmo, amabilidad, etc. en el proceso de atención. La sensibilidad y la simpatía están de la mano con el cumplimiento oportuno y con la calidad de las atenciones ofrecidas por el sistema.

Democracia. Es la proclividad a favorecer el predominio de la participación de la población servida en el proceso de definición y de desempeño del sistema de salud.

Derecho a la salud. Es el reconocimiento de que el servicio ofertado por el sector salud debe ser cumplido para la población cubierta porque leyes físicas y sociales la facultan a exigirlo. Inclusión social e igualdad de oportunidades y derecho social son criterios componentes de este valor-principio. La derechohabencia o derecho está muy relacionada con el concepto ciudadanía aplicado en otras propuestas.

Eficacia-Efectividad. Es el logro del objetivo de servicio cumplido a la población cubierta, en términos de sus efectos generalmente llamados biomédicos y sobre el proceso general de desarrollo socioeconómico.

Eficiencia. Es la expresión positiva de la relación entre los efectos de los servicios cumplidos a la población cubierta y los gastos correspondientes de recursos e insumos. Se refiere a la obtención de más salud por menos dinero.

Equidad. Es la disposición del ánimo social que mueve a cumplir la justicia natural, por oposición a la letra de la ley positiva, y a dar a cada uno lo que merece por su calidad de humano, lo que mueve a eliminar diferencias matemáticas injustas, previsibles, prevenibles y consecuentemente innecesarias, y exige, entre otras cosas, satisfacer las necesidades básicas y eliminar la pobreza estructural. Operativamente, es el grado en que los satisfactores se distribuyen de manera proporcional a las necesidades, de manera que todas las personas (derechohabientes o ciudadanos) tengan las mismas oportunidades.

[...] la salud es un bien al cual la persona tiene derecho, pero que, en la actualidad, es un bien negado o una necesidad insatisfecha. Tiene, pues, el doble carácter de carencia y potencialidad.

Equidad significa también que los ciudadanos obtienen la atención necesaria independientemente de su estatus social o características personales, como riqueza, edad, género, etnicidad o lugar de residencia y se preocupa por eliminar cosas tales como que algunos grupos tengan mejor acceso a la atención o mejores resultados de salud que otros. En la práctica, la equidad de los servicios propuestos debe reflejarse en que el acceso a ellos y su cumplimiento depende únicamente de la *necesidad*.

Financiamiento debido. El sistema que legalmente rige la forma de pago por los servicios que el sistema de salud ofrece a la población cubierta y que, tomando en cuenta equidad, distribución de riesgo y responsabilidades económicas, así como patrones de cobertura, el más adecuado resulta ser aquel fundamentado en impuestos progresivos. Por supuesto, el financiamiento debido es impensable sin el apoyo de la *transparencia* y de la *rendición pública de cuentas*.

Humanismo. Es la proclividad a considerar a la especie humana como sujeto y objetivo del sistema de salud.

Integralidad. Es la proclividad a considerar a la salud una necesidad humana fundamental cuya for-

ma realizada exige la concreción de las necesidades humanas de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, recreación, creación, identidad y libertad en interacción con acciones especializadas provenientes del sector salud; y a considerarla más que un estado absoluto, un proceso de consolidación y cambio, con niveles de consolidación cada vez más ascendentes en términos de mejor nivel de salud para las poblaciones.

Interacción. Es la acción que se ejerce recíprocamente entre dos o más elementos de la realidad, la cual es mutuamente transformadora y consecuentemente, en principio, niega principalidades.

Marco legal definido. Es el conjunto de normas y reglamentos que, prescrito por ley y conforme a ella y a derecho, permiten el fiel cumplimiento de las funciones adjudicadas al sistema de salud consensuadas socialmente. Transparencia y rendición de cuentas tienen importancia crítica para el marco legal del sistema.

Pobreza humana. Es la falta de capacidad humana básica expresada en términos de analfabetismo, desnutrición, breve duración de la vida, mala salud materna, carga de enfermedades susceptibles de prevención, determinantes de la falta de acceso a los bienes, los servicios y la infraestructura fundamentales: energía, saneamiento, educación, comunicaciones y agua potable.

Prestación adecuada de servicios. Es el cumplimiento fiel de las funciones correspondientes a cada situación prevista en cada nivel de atención, prescritas por ley para el sistema de salud.

Priorización de servicios o intervenciones. Es la acción de hacer explícitas las intervenciones que deberán ser cumplidas por el sistema de salud propuesto, teniendo como base tres consideraciones en orden descendente de importancia: dignidad humana libre de restricciones dictadas por características personales o por funciones sociales; necesidad/ solidaridad; y costo-efectividad.

Propiedad y responsabilidad. Es la proclividad de los derechohabientes a comprender, que como parte del sistema, deben observar conductas salutogénicas y estimular el sistema a enfatizar la prevención de las enfermedades y lesiones.

Redes de complementariedad. Son las formas de articulación de la atención pública que permiten perfeccionar el cumplimiento de servicios con-

sensuados socialmente. Aunque la atención privada puede ser complementaria de la atención pública, en la práctica la atención privada y el sistema privado de servicios deben estar separados administrativa, financiera y legalmente del sistema público encargado, sin embargo, de controlar la atención y el sistema privados.

Respeto al derechohabiente. Es el resultado esperado atribuible parcialmente a una educación de trabajadores de las ciencias de la salud, reorientada a ofertar servicios con el objetivo de mejorar el estado de salud de las poblaciones.

Solidaridad. Es la acción de proveer a todos los miembros del conglomerado social los servicios priorizados por consenso bajo la orientación de a cada quién según su necesidad, mientras el costo de ellos es asumido socialmente de acuerdo con el ingreso de cada ciudadano y es recolectado a través de impuestos generales progresivos. Se corresponde con la corresponsabilidad social entendida como la responsabilidad de cuidar de los enfermos y, o desposeídos impuesta al sano y, o al más pudiente por el carácter generalmente involuntario de la pérdida de salud. Refiere a la responsabilidad colectiva de los beneficiados de la generación más dinámica con sus pares y con las generaciones que en el pasado han trabajado para hacer posible el sistema y con aquellas nuevas o por venir.

Una expresión práctica de la solidaridad es la tendencia favorable a eximir de pagos directos o impuestos para el financiamiento del sistema de salud a sectores de la población de bajos ingresos y a que el pago de los servicios que esta población pueda recibir sea asumido por un Estado que se nutre principalmente de impuestos progresivos.

Sostenibilidad. Es la acción de propiciar la permanencia del sistema de salud a través de permitir su adecuado diseño y desempeño, haciendo énfasis en ceñir los gastos a los ingresos del sistema que no dependen de financiamiento externo, así como en desarrollar la cultura de autoayuda indispensable para el sostén de proyectos de responsabilidad social. Sostenibilidad también puede significar asegurar que haya suficientes recursos a largo plazo para la pronta accesibilidad al cumplimiento de calidad de los servicios requeridos ante determinada necesidad; en el entendido que recurso implica financiamiento, personal, cosas (facilidades, equipo, tecnología, investigación, datos, etc.) y que no hay "mano invisible" que provea todo esto.

Universalidad. Es la acción de reconocer la necesidad de cubrir a toda la población, pero a la vez reconocer que hasta el Estado tiene límites y no puede ofrecer todo para todos en términos de servicios de salud; además, es la acción de reconocer que este no puede soslayar su responsabilidad de liderar sistemas de salud; o la responsabilidad de priorizar, regular, financiar y proveer servicios de salud. Por supuesto, la universalidad refiere a la cobertura de la población derechohabiente en iguales términos y condiciones.

Esta concepción, sus porqués y sus proyecciones constituyen el “deber ser” de esta propuesta. En el espacio siguiente se describe somera, aunque suficientemente, el punto de partida del plan propuesto, el estado de salud de la población salvadoreña o la realidad sanitaria que es imperativo transformar para concretar la salud, desde el punto de vista sacionatural/estructural.

3. Realidad sanitaria

La población de El Salvador, que asciende a 6 428 672, está ubicada en una extensión de 21 040.79 kilómetros cuadrados, con una densidad poblacional de 306 habitantes por kilómetro cuadrado. El 58.8 por ciento reside en el área urbana y el 41.2 por ciento, en el área rural. El 52.5 por ciento de la población es mujer y el 47.5 hombre; el 55.1 por ciento es menor de 25 años y el 10 por ciento es mayor de 60 años. El país ocupa, según el índice de desarrollo humano (2002) del PNUD, el puesto 104.

El 77 por ciento de la población está en edad de trabajar. El 41 por ciento se considera económicamente activa. De ella, el 93 por ciento tiene empleo. De ella, el 62.1 por ciento es población urbana y el 37.9 por ciento es rural; el 60.3 por ciento es hombre y el 39.7 por ciento es mujer. El 9.8 por ciento entre 15 y 29 años está desempleado. El 28.1 por ciento de la población económicamente activa está subempleada. El ingreso promedio mensual nacional de la población ocupada asciende a 250.51 dólares; sin embargo, el promedio del área urbana es de 312.91 dólares y el del área rural, 138.86 dólares. El 16 por ciento de la población vive en pobreza extrema, es decir, no cubren el

costo de la “canasta básica de alimentos”, cuyo valor mensual es de 129.11 dólares, en la ciudad, y de 97.74 dólares, en el campo. El 22.6 por ciento de la población vive en pobreza relativa, la cual incluye a aquellos que no alcanzan a cubrir el doble de la canasta básica ampliada —alimentos, salud, vivienda, educación, vestuario y misceláneos—, cuyo valor es de 258.23 dólares, en la ciudad, y 195.48 dólares, en el campo.

Ahora bien, muchos no pueden ser calificados como pobres, de acuerdo con los métodos comúnmente aplicados. La población en el sexto, séptimo y octavo deciles superiores de ingreso solo cuenta, en promedio, con 2.13, 2.75, 3.60 dólares al día, respectivamente, para cubrir todas sus necesidades. Este ingreso los hace vulnerables y pueden caer en la pobreza a causa de cualquier fluctuación del mercado, del empleo, de la estabilidad política, climática, de salud, etc. Este hecho permite aseverar que más del 80 por ciento de la población salvadoreña es pobre o, al menos, vulnerable a la pobreza. No obstante, las fuentes oficiales siguen sosteniendo que el 51.6 por ciento de los hogares rurales se encuentra en pobreza, de los cuales 26.1 por ciento está en pobreza extrema y el 25.5 por ciento, en pobreza relativa.

La forma como es estructurada la canasta básica no es equitativa. Se establecen, sin tomar en



cuenta el “deber ser”, los alimentos que la población urbana y rural consume con mayor frecuencia y la cantidad que debe ingerir cada una de ellas para alcanzar las 2 200 calorías diarias. El cálculo obvia la combinación de alimentos para asegurar la complementariedad de las proteínas, la cantidad de vitaminas y minerales, etc. Así se explican las diferencias en contenido —la calidad en términos de peso y variedad de los alimentos— y costo de estas canastas básicas. La canasta urbana pesa 936 gramos, mientras que la rural, además de estar compuesta por una menor variedad de alimentos, pesa 671 gramos.

El 87.5 por ciento de la población habita en casa privada; el 3.9, en pieza o mesón; el 2.7, en casa y el 1, en apartamento. El tipo de construcción es mixto en el 66.6 por ciento de los casos, mientras que el 18.3 por ciento es de adobe. En el techo predomina la lámina de asbesto (36.9 por ciento), seguida de la teja de barro o cemento (35.7 por ciento) y la lámina metálica (24.7 por ciento). El piso es de ladrillo de cemento (56.7 por ciento), tierra (24 por ciento) y cemento (18.1 por ciento). Solo el 65.6 por ciento de los hogares posee servicio de agua por cañería. El 80.7 por ciento de los hogares tiene servicio de cañería intradomiciliar y el 11.2 por ciento tiene pila o chorro público. En el área rural solo el 40.2 por ciento de las viviendas tiene servicio por cañería; en el 26.9 por ciento, el agua proviene de pozo y en el 16.6 por ciento de un ojo de agua. El 7.6 por ciento de los hogares no dispone de servicio sanitario, 2.4 por ciento, en la ciudad, y 16.6, en el campo. El 48 por ciento de la población dispone de la basura en el servicio de tren de aseo y 15.4 por ciento, en cualquier lugar.

El analfabetismo es del 16.6 por ciento, el 10 por ciento es urbano, mientras que el 26.5 es rural; el 18.8 por ciento de las mujeres es analfabeta, mientras que solo lo es el 13.9 por ciento de los hombres. En el área rural, el 29.2 por ciento de las mujeres y el 23.7 por ciento de los hombres son analfabetos. La escolaridad promedio es de 5.4 grados, 6.8, en la ciudad, y 3.3, en el campo.

Según datos del Ministerio de Salud, hay siete médicos por cada 10 000 habitantes. La esperanza de vida al nacer es de 69.7 años. Las diez primeras causas de morbilidad general, en la consulta ambulatoria del 2001, son: infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, parasitismo intestinal, diarrea y parasitismo de presunto origen infeccioso, infecciones de las vías urinarias, bron-

quitis y bronquiolitis, micosis, infecciones de la piel y tejido subcutáneo, otitis media supurativa y no supurativa, gastritis y duodenitis e *hipertensión esencial* (primaria).

Las diez primeras causas de morbilidad, en ambos sexos, en mayores de 60 años, en la consulta ambulatoria del 2001, según datos del Ministerio de Salud son: infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, *hipertensión esencial* (primaria), artritis, infecciones de las vías urinarias, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, *diabetes mellitus*, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, gastritis y duodenitis, *dorsalgia*, parasitismo intestinal.

Las diez primeras causas de mortalidad hospitalaria general son: septicemia, traumatismo en diferentes regiones del cuerpo, *enfermedades cerebrovasculares*, neumonía y bronconeumonía, ciertas enfermedades originadas en el período perinatal, *insuficiencia renal aguda y crónica*, *enfermedad isquémica del corazón*, intoxicación por plaguicidas, enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana y *diabetes mellitus*.

Las diez primeras causas de mortalidad hospitalaria, en mayores de 60 años de ambos sexos son: *enfermedad cerebrovascular*, septicemias, neumonía y bronconeumonía, *enfermedad isquémica del corazón*, *insuficiencia renal*, traumatismo en diferentes regiones del cuerpo, *tumores malignos en diferentes sitios anatómicos*, *insuficiencia cardíaca*, *enfermedades del sistema digestivo* y *diabetes mellitus*.

La mortalidad neonatal por trastornos relacionados con la prematurez y el bajo peso al nacer es de 3.4 por 100 000 habitantes, con una tasa de letalidad de 11.3 por cada 100 egresos por la misma causa. La mortalidad por desnutrición, en la población de 1 a 4 años, es de 1.56 por 100 000 habitantes, con una tasa de letalidad de 3.69 por cada 100 egresos por la misma causa.

Ya en 1999, la mortalidad por grandes grupos de dolencias presentó la siguiente distribución: enfermedades del sistema circulatorio, 22.01 por ciento; causas externas, 20.52 por ciento; enfermedades transmisibles, 14.81 por ciento; neoplasias, 11.08 por ciento; ciertas afecciones originadas en el período perinatal, 2.57 por ciento, y total de las demás enfermedades, 29.21 por ciento.

El *Informe nacional del estado del medio ambiente* del año 2000 del Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales destaca que el 70 por

ciento de la contaminación del aire, en San Salvador y en las principales ciudades del país, es producida por fuentes móviles. El informe sostiene que estudios preliminares indican que la ubicación de industrias, en las zonas residenciales, sobre todo en San Salvador, agudiza el problema de contaminación ambiental. Las fuentes de emisiones de gases de efecto invernadero son energía (22 por ciento), agricultura (41 por ciento), cambio de uso de suelo y silvicultura (19%), desecho (11 por ciento) y procesos industriales (7 por ciento).

El sistema de salud está constituido por dos subsectores: el público, integrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Inválidos (ISRI), Bienestar Magisterial, Sanidad Militar y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), y por el privado, que incluye entidades lucrativas y no lucrativas.

El Ministerio de Salud cuenta con 610 establecimientos: 30 hospitales, 362 unidades de salud, 169 casas de la salud, 48 centros rurales de nutrición y 1 clínica para empleados del ministerio. Dispone de 19 170 plazas, de las cuales 3 544 son para médicos, 1 943 para enfermeras y 3 126 para auxiliares de enfermería. La relación plaza médico por 10 000 habitantes es de 7.

Finalmente, una descripción de la realidad salvadoreña no puede obviar la violencia intrafamiliar, ni el maltrato al menor, aunque se cuente con pocos datos confiables para constatarlo. En 1999, el Instituto Salvadoreño de Desarrollo de la Mujer registró 6 872 casos de violencia, mientras que en 2001, ese registro bajó a 3 423 casos. En 1999, registró 10 070 casos de maltrato al menor, mientras que en 2001, solo 1 196 casos. Sin embargo, de un total de unos 35 mil jóvenes pandilleros, 8 de cada 10 fueron víctimas o testigos de violencia intradomiliar.

Esta descripción difícilmente da soporte a la tesis de que la carga de enfermedad y muerte en El Salvador se reduce a la que corresponde a un país subdesarrollado.

4. La política de reforma del sector salud

Los cambios deberán llevarse a cabo en un contexto de presiones gubernamentales, pues requie-

ren de otra ideología, en particular en el campo de la economía. Asimismo, pueden esperarse presiones de los organismos financieros y monetarios internacionales, de los donantes y de los recortes fiscales. Aparte de estas presiones, las cuales son obvias, hay que estar alerta contra aquellas otras que ocultan sus intenciones verdaderas tras un discurso que habla de cambiar para alcanzar los objetivos deseados, pero para ello propone paquetes cuestionables. Estos paquetes suelen incluir una combinación de las estrategias siguientes: reorientar las funciones del sector público de salud (nuevas funciones esenciales de la salud pública), reconceptualizar la salud, la enfermedad, los indicadores de salud, etc., matematizar y elitizar de manera artificial el conocimiento, mediante el uso de definiciones e indicadores particulares, descentralizar la toma de decisiones, aparentar apoyo a la participación social o al protagonismo ciudadano o comunitario, introducir paquetes básicos de servicios, propiciar la

[...] más del 80 por ciento de la población salvadoreña es pobre o, al menos, vulnerable a la pobreza.

autonomía hospitalaria del sistema público, reformas financieras para facilitar la participación privada, cambiar el estilo administrativo y, por supuesto, aislar y, o desacreditar los planteamientos que ponen

en entredicho la validez de los planes de reforma neoliberal.

Las tendencias a la desigualdad y las presiones hacen que la construcción de un sistema único de salud, equitativo o igualitario, universal y financiado de manera solidaria —por medio de impuestos progresivos—, proactivo —más de búsqueda que de consulta—, eficaz y eficiente sea un imperativo. El enfoque de este nuevo sistema debe ser público, preventivo, curativo y de rehabilitación o recuperación de las capacidades remanentes, en relación con la enfermedad. Asimismo, el enfoque debe ser promocional, centrado en los resultados finales, precisamente, por razones de factibilidad y realismo.

El centro de esta reforma radica en las instituciones de atención de la salud, cuya actividad trasciende la curación médica individual. Sus líneas estratégicas se pueden resumir en seis grandes rubros: información y formación de recursos humanos, conducción y planificación, auditoría externa e interna, promoción y prevención y de vigilancia epidemiológica, paleación, curación y rehabilitación, y construcción y mantenimiento de ins-

talaciones y equipo, incluyendo la producción de materiales y medicamentos. Estas estrategias se inscriben en la política general de salud y no se pueden aislar unas de otras.

Si la salud y la carga de enfermedad, trauma, lesión, penas, etc., están determinadas, en parte, por la satisfacción o la insatisfacción de las demás necesidades fundamentales, es obvio que cualquier proyecto de salud con un fin similar debe contemplar la incidencia en cuestiones tales como las políticas de salario y empleo, vivienda y saneamiento ambiental, agropecuaria y nutricional, desarrollo y ecología, educación, administración de justicia y economía global, trabajo y desarrollo laboral. Cualquier proyecto nacional de salud al menos exige fortalecer la infraestructura para proveer agua potable, energía domiciliar, higiene, saneamiento y albergues. La idea que subyace en este enfoque exige que profesionales del sector salud practiquen y garanticen que la noción de salud sea contemplada en las decisiones nacionales. Por lo tanto, la política general debe considerar de manera cuidadosa el financiamiento del sector público de la salud, destinado a convertirse en el único servicio, según esta propuesta. Su financiamiento no puede depender solo de la deuda pública o externa, sino que es responsabilidad de los grupos económicos y políticos más importantes. El criterio de la política fiscal debiera ser que quien más debe, quien más riqueza haya acumulado y quien tenga mayor oportunidad de ganar sea quien más pague.

Una propuesta de esta envergadura no puede echarse a andar de un golpe y sin la garantía de financiamiento adecuado. El Estado es indispensable para garantizar su gradualidad, su financiamiento y la integración del esfuerzo público en una sola dirección. Es aquí donde se percibe con claridad que la salud es una construcción procesual, más que una prestación de servicios, los cuales, sin embargo, deben ser considerados y proporcionados lo más pronto posible, a fin de ser eficientes. Esto significa que hay que prestar atención primordial a la comunidad, el sitio donde se crean los problemas de salud. La enfermedad debe buscarse en la comunidad, en contraposición a esperar su aparición episódica individual, en las instalaciones de salud, bajo la modalidad de consulta. Esta perspectiva conlleva la interacción de servicio y comunidad, y el protagonismo ciudadano.

En otras palabras, la orientación general del servicio deberá enfatizar la promoción de la salud, la

prevención del malestar, relacionado con la enfermedad, las lesiones, las penas, los traumas o las emociones nocivas; es decir, deberá enfatizar, en el nivel fundamental, la prevención de los factores etiológicos de enfermedad y reforzar el primer nivel de atención, de tal manera que sea integral, de mayor calidad e impacto, en el nivel comunitario.

Contrario a lo que se ha venido sosteniendo en otras propuestas, lo antidemocrático es fundamentar el sistema de salud en la atención médica privada con fines de lucro. En la propuesta que aquí se hace no hay espacio para el enfoque de mercado, ni para el enfoque mixto, público y privado. Si lo que se persigue es construir un sistema de salud eficaz, eficiente y equitativo, esas alternativas terminan haciendo de la atención médica curativa individualizada una mercancía con mucho valor agregado, la cual desemboca, entre otras cosas, en un aumento del abuso de medicamentos (automedicación) y en la disminución de la consulta médica y profesional, por parte de quienes más lo necesitan.

El enfoque de mercado considera los servicios sanitarios como un bien en venta y, en consecuencia, regulado por el afán de lucro. El elevado nivel de financiamiento privado se traduce en cargo directo al seguro privado o al bolsillo de quien solicita el servicio. Según esta perspectiva, al Estado le corresponde prestar aquellos servicios que el sector privado no considera rentables o no esté dispuesto a proporcionar. Este modelo lleva, de manera inevitable, a desigualdades intolerables. Estudios recientes concluyen que el mercado ilimitado y mal regulado no favorece la equidad. En estas circunstancias, el Estado no puede asumir su responsabilidad de garantizar el acceso universal a la atención primaria (Alma Ata).

El enfoque mixto se fundamenta en la premisa de que el mercado garantiza la eficiencia y en que la intervención estatal reforzada, mejorará la equidad del modelo de mercado. Los datos empíricos que apoyan esta tesis 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. Se ha estimado que la introducción de elementos de mercado en los sistemas públicos es la fuerza de la globalización que más favorece las iniquidades. Si en el Reino Unido, Holanda, Suecia y otros países europeos este modelo ha sido descartado,

no existe razón alguna para sostener que en nuestro medio tendrá éxito, en cuanto a la equidad. La eficiencia en el negocio de la sanidad privada viene dada por la eliminación de los pacientes y los procesos que consumen más recursos, y por la disminución drástica de la cantidad y la calidad de los contratos de trabajo, lo cual exige niveles altos de gasto y tiempo administrativo. La eficiencia también se consigue disminuyendo la calidad de la atención, en particular la preventiva. La experiencia del modelo mixto de previsión ha dejado claro que la actividad de los trabajadores del sector público en el privado es la razón fundamental del incumplimiento laboral en dicho sector. La experiencia latinoamericana muestra que el sector privado de salud suele desarrollarse contraviniendo las probabilidades de acceso universal y que, cuando adquiere poder político, impide el desarrollo del sector público y bloquea su orientación a la cobertura universal.

La lógica del servicio privado de salud —excluyente, selectiva, de lucro y, a veces, protectora de la mala práctica profesional— se orienta casi de forma exclusiva a lo curativo-paliativo. Además, el servicio privado tiende a exagerar el uso de tecnología y a aplicar métodos para diagnosticar e intervenir de utilidad dudosa. Su criterio es la rentabilidad y la comodidad profesional, lo cual, a menudo, hace que recurra a procesos iatrogénicos, en el sentido usual del término. De aquí pasa a la “iatrogenia económica”. La búsqueda de la rentabilidad cierra el espacio al servicio gratuito o al costo para toda la población. Así, mientras el sistema público se beneficia de la ausencia de enfermos, el privado con fines de lucro necesita de enfermos que puedan pagar. Ahí donde se ha dado participación al sector privado, a través de concesiones, subrogaciones, pagos estatales directos o por medio del seguro también privado, pagados por el Estado, se ha dado la elevación de los costos, desigualdad, fraude, corrupción, explotación del trabajo profesional y otros males.

El sector salud tradicional ha adquirido importancia económica y, en el contexto de la economía neoliberal, se ha convertido en una actividad de rentabilidad elevada. Pero esto tiene consecuencias negativas en la atención colectiva. En el sistema actual, tanto en el sector público como en el priva-



do, la instalación por excelencia para prestar servicios es el hospital. Sus funciones se definen por criterios técnico-administrativos, según una fundamentación funcional-biológica. Estas funciones se orientan a generar “productos clínicos” determinados, mediante el internamiento y la atención ambulatoria. La complejidad de la infraestructura y del trabajo en los hospitales y las instalaciones médicas, y su estatus social dependen de la incorporación de tecnología. La racionalidad tecnológica determina costos altos y la posible rentabilidad del servicio. En el servicio privado, este último criterio determina la racionalidad tecnológica impuesta.

La racionalidad tecnológica actual, en el ámbito interno y externo (ambulatorio) de la institución (pública o privada), tiende a imponer respuestas complejas, costosas, impregnadas de biologismo y orientadas al alivio o, en el mejor de los casos, a la curación de la enfermedad individual. El costo del servicio no es problema para la institución privada, el usuario con capacidad lo paga así como también paga el cargo por rentabilidad. Sin embargo, el sistema público, agobiado por el constante recorte del gasto es incapaz para mantener el paso de la “carrera tecnológica”, consecuentemente su “ganancia” es el desprestigio, el cual, indirectamente, resulta en “prestigio” del sector privado. Al menos, éste puede ofrecer tecnología a un público influenciado por la racionalidad tecnológica, que, con toda razón, demanda equidad, calidad y eficiencia, pero que, en la mayoría de los casos, no puede obtener o sufragar. A esto hay que agregar el problema de la “medicalización de la vida social”, productora y producto del abandono de la práctica preventiva. Este problema es fomentado por psicólogos, cien-

tíficos, asistentes y trabajadores sociales, tecnólogos médicos, nutricionistas, etc., quienes adoptan el enfoque biomédico-curativo y lo promueven. Muchos de los problemas derivados del enfoque de mercado o del mixto se reflejan en el quehacer del referente empírico del paradigma de salud como inversión: el sistema de Estados Unidos.

Además, en relación con este problema, el Comisario de la Comisión para el Futuro de la Atención de Salud en Canadá, después de debatir acerca de la conveniencia de permitir mayor participación del sector privado con fines de lucro en el cumplimiento de los servicios que el sistema canadiense ofrece, con miras a la sostenibilidad del mismo, concluyó que la respuesta para asegurar el acceso oportuno a servicios de calidad no debía buscarse en el sector privado, sino dentro del sector público en atención a las anomalías derivadas de la mezcla público-privada ya señaladas y a otras.

De esta manera, la propuesta para construir un sistema público de salud *único* refiere a la concreción de la intención y la responsabilidad de ofrecer protección sanitaria estatal. La protección sanitaria estatal debe enfocarse a las prioridades dictadas por una lectura adecuada del perfil epidemiológico dominante. Estas son las que deben determinar los servicios, los cuales deben ser prestados con calidad, equidad, eficacia y eficiencia. La priorización de estos servicios debe abarcar las intervenciones en el nivel primario, secundario y terciario, mediante un sistema de referencias y contrarreferencias.

Esta propuesta busca conformar el mejor contexto y la mejor oportunidad para desarrollar un sistema público unificado y no el cierre de espacios al sector privado. Más bien insiste en que el aliciente de la demanda del sector privado no debe ser la mala calidad o la ineficiencia del servicio público, y está consciente de que las regulaciones efectivas del mercado son indispensables. De ahí que esta propuesta considere nexos normativos entre el sector público y el privado: **elaboración e**

imposición de normas de calidad, control de calidad y supervisión de su cumplimiento, mediante auditoría por colegas, regulación de adquisiciones, distribución o producción de medicamentos, equipo y otros insumos necesarios, supervisión de la información y formación del recurso humano. La institucionalidad pública debe contemplar también la regulación de la calidad, la calidez, la eficacia, etc. así como el precio de los servicios ofrecidos por el sector privado; sin embargo, debe respetar el carácter liberal de la prestación y los costos de la oferta de servicios, así regulados.

5. Elementos fundamentales de las líneas estratégicas

Las líneas estratégicas presentan características fundamentales comunes, aunque no exclusivas: interdisciplinariedad, consolidación permanente, a través de la investigación, e interacción social, que lleve al protagonismo colectivo ciudadano.

En la propuesta que aquí se hace no hay espacio para el enfoque de mercado, ni para el enfoque mixto, público y privado. Si lo que se persigue es construir un sistema de salud eficaz, eficiente y equitativo, esas alternativas terminan haciendo de la atención médica curativa individualizada una mercancía con mucho valor agregado, [...]

La primera línea estratégica es la información y la formación del recurso humano del sistema. Tanto el Banco Mundial como el planteamiento socrático consideran necesaria esta estrategia. El Banco Mundial afirma que la educación y la buena salud mejoran la capacidad de la gente, ya que consolidan su función en la sociedad y contribuyen en directo a su bienestar. Asimismo, destaca que la educación aumenta la ca-

pacidad de la mujer para obtener ingresos, mejora su salud reproductiva, reduce la mortalidad en la niñez y beneficia a las generaciones actuales y futuras. La educación es fundamental para el crecimiento económico, la reducción de la pobreza, la protección del medioambiente y también para la seguridad, la justicia social y la sostenibilidad.

Los pobres (analfabetas, discapacitados, ancianos, enfermos crónicos, aislados por el idioma, etc.) educados y con buena salud, según el Banco Mundial, pueden hacer frente a los cambios que ocurren en su entorno —encuentran mejor ambiente de trabajo y están más protegidos contra los reveses económicos—. En estas condiciones, pueden

superar los obstáculos sociales y aumentan su productividad. De la misma manera, el Banco sostiene que la educación reduce la presión demográfica sobre los recursos naturales y el ambiente, mejora el respeto de los derechos humanos y la justicia social, ayuda a comprender los derechos y refuerza las instituciones, mejora la gobernabilidad y la lucha contra la corrupción.

Por otra parte, la OPS-OMS, en algunas de sus publicaciones de 2001, sostiene que es válido incluir todas las acciones que contribuyen a mejorar la salud en la definición del sistema de salud. Esta postura, además de incluir toda la actividad humana, obliga a pensar que no hay distinción operativa entre los sistemas de salud y educación o los sistemas de salud y los agrícolas, porque el mejoramiento de la educación o el aumento de la producción agrícola tendrían efecto sobre la salud. Desde 1992, la teoría sacionatural y estructural ha hecho el mismo planteamiento, solo que en términos más formales. Con base en tal postura, OPS-OMS propone desarrollar los recursos humanos, capacitar e investigar en salud pública, a fin de superar el desequilibrio existente en la distribución de profesionales y la demanda de servicios, los modelos de formación del personal y la necesidad de servicios, las condiciones de trabajo del personal de salud y el financiamiento de la salud pública, la falta de flexibilidad administrativa y la desregulación del ejercicio profesional.

Por otro lado, la auditoría académica externa, como contraparte, es la garantía para desarrollar esta estrategia. Esta propuesta parte del rechazo deliberado a que el ejecutor gubernamental o la institución prestadora de servicios dicte o tenga prioridad al establecer la agenda de la docencia interdisciplinaria, la investigación y la proyección social. Respetar, por tanto, la autonomía de la administración del conocimiento. Sin embargo, debe haber mayor congruencia entre la actividad académica y la práctica del servicio. Al principio, el nuevo sistema tendrá la iniciativa en la formación del personal. Se trata de formar "una masa crítica" para llegar a contar con un trabajador de la salud con un perfil congruente con el modelo propuesto. Aunque este esfuerzo es permanente y debe abarcar todos los niveles del proceso, es evidente que, en la práctica, la educación superior debe cargar con gran parte de él. Ella es la más adecuada para arrojar resultados tangibles a corto plazo.

La segunda línea estratégica es la de conducción y planificación. Su objetivo general es facilitar, incluso por la vía de la participación propositiva, la articulación democrática de la política general del sector salud, así como también dictarla y conducirla. Es decir, el objetivo consiste en concretar el sistema único de salud propuesto. Esto significa fusionar el subsector del Ministerio de Salud y el del Seguro Social, para hacerlo universal —porque cubre a toda la población con los servicios que socialmente se acuerde cubrirla—, equitativo e igualitario —porque ofrece protección a quienes tienen derecho con la misma calidad y eficacia, según sus necesidades—, gratuito o solidario —porque no exige pago extra o, en algunos casos, ningún pago a cambio de servicios, como reconocimiento de la deuda social acumulada—, con enfoque público preventivo, curativo y rehabilitador, centrado en resultados finales y proactivo —porque privilegia la búsqueda de la enfermedad o el malestar; esto significa también propiciar antes, o a la par, cambios estructurales que alivien la carga de enfermedad—

La efectividad de esta estrategia depende del funcionamiento adecuado de otras estrategias, en particular de la anterior y de la obtención y distribución de recursos materiales suficientes, así como también de nuevas relaciones de poder entre la sociedad y el Estado. Dos tareas inmediatas para obtener efectividad son la superación de la incompetencia laboral, en particular el burocratismo, y de la tendencia a generar desigualdades. Especial atención se debe prestar al burócrata profesional, experto en sobrevivencia, aun cuando también sea técnico, puesto que muchas veces su especialización adolece de la ideología médica dominante. La tensión habitual entre el abuso del burócrata y los intereses de los usuarios puede ser resuelta por una combinación de planificación democrática y normas disciplinarias con la participación de éstos. El burócrata y el experto deben someterse a los lineamientos y objetivos establecidos de esa manera democrática. La planificación democrática así concebida es una delegación de autoridad y recursos, pero vinculada a la responsabilidad por los resultados. Sobre esta base puede descansar la descentralización racional, igualitaria y democrática. Los organismos mixtos de gestión los integrarían los usuarios, los trabajadores, los representantes de los partidos políticos y las organizaciones sociales.

El desarrollo de la capacidad técnico-científica y administrativa local y regional es un prerrequisito ineludible para hacer efectiva la descentralización y evitar así que los niveles menos desarrollados sean anulados, la centralización del beneficio al atender solo las necesidades de élites locales y la reducción del servicio a prestar solo la atención primaria selectiva, dependiendo de los recursos de cada comunidad.

La concreción de esta línea estratégica exige considerar que la equidad en salud no concierne solo a la salud sectorializada, ni trata solo de la distribución de la asistencia sanitaria. La equidad en salud está más relacionada con ser y estar saludable, con producir y tener bienestar, con vida social en bienestar, que con que una población tenga acceso garantizado al mismo servicio. Solo así es posible comenzar a superar la diferencia en la captación de recursos entre la capital y los otros asentamientos poblacionales, el área urbana y la rural, la pobres y la rica, etc. La distribución de los fondos públicos debe llevarse a cabo de acuerdo con la necesidad. Este criterio permite una mejor relación entre recursos asignados y cobertura. De ahí que la dirección estatal, ejercida desde el Ministerio de Salud Pública, debe ser firme. Su firmeza se deriva de la relación del financiamiento con la administración y la técnica.

La tercera línea estratégica es la auditoría externa e interna. Su objetivo es vigilar y promover. La auditoría se concibe como una función que a través de promover la noción ampliada de salud ha de alcanzar la vigilancia —intervención suficiente para el correcto desempeño del sistema—. Así se convierte en una aliada de las otras líneas de sistema y le permite ejercer vigilancia e intervenir enérgicamente ante diversas formas de corrupción, mal manejo, desperdicio, etc., como parte de la administración de los recursos del servicios, así como ante muchos otros tipos de abuso de poder y ante las distintas formas de mala práctica y de burocratismo que puedan desarrollarse dentro del sistema propuesto. Es evidente, entonces, que la rendición de cuentas es parte esencial de sus atribuciones.

La cuarta línea estratégica es la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y de otros tipos de alienación y la vigilancia epidemiológica o la inteligencia del sistema. Aun cuando el nuevo sistema debe privilegiar la prevención, integral, la cual comprende el ámbito del individuo, del medio ambiente y de las condiciones económicas y socia-

les, es evidente que esta tarea es inconcebible sin la atención y curación de los casos aparentes e inaparentes. La salud no se provee con “acciones de salud”, sino que se construye. Concebir la salud y la enfermedad como productos parciales de la actividad humana permite construir la salud de una forma más realista, inteligente y práctica. Hasta ahora, la prevención se ha limitado a evitar la exposición a los agentes-*causa* de la biomedicina y a destruirlos una vez producidos, antes de que ataquen al ser humano, o bien se ha limitado a alterar las defensas contra la posibilidad siempre existente de una “agresión” de parte de tales agentes o a adoptar medidas contra las condiciones que producen esa “agresión” (o a reemplazarlas si hay deficiencias), cuando ya han intervenido en la producción de efectos, o incluso a recuperar las capacidades remanentes, después del daño. En suma, la prevención se ha concentrado en contrarrestar la acción potencial de “factores de riesgo”.

Sin embargo, desde el punto de vista sociocultural/estructural, es evidente la factibilidad de obtener un nivel superior de prevención, evitando la producción de condiciones que pueden actuar como agentes etiológicos, al impedir su conformación como condición o factor de la etiopatogenia, porque de acuerdo con tal explicación de la naturaleza del proceso salud/enfermedad, la especie humana participa consciente e inconscientemente en su producción como tales, actuando como reservorio único o principal o al menos como parte del reservorio de los principales agentes, practicando conductas riesgosas o impidiendo el desarrollo de conductas salutogénicas, manipulando la producción y distribución de alimentos, convirtiéndolos en finalidades de los procesos productivos (alcohol, tabaco, otras drogas, patrones de conducta), etc.

De esta forma, la enfermedad, las lesiones, las penas, etc., no son vistas como hechos dados, ni como inevitables —tal como ocurre cuando son definidas como “naturales”—. Tampoco son consideradas como hechos solo “sociales”, lo cual impediría tratarlos desde una perspectiva científica, justa y acertada.

El área epidemiológica tendría que experimentar cambios profundos. Su nueva orientación obliga, entre otras cosas, a modificar su visión actual de la vigilancia epidemiológica. Esta modificación debe ser tanto cualitativa como cuantitativa. Ahora debe enfatizar —dado el cambio constante de los fenómenos— su carácter permanente y vigilar más

situaciones de su competencia, sobre todo aquellas que propician la generación de la enfermedad, y promover aquellas otras que propicien la construcción de la salud.

La vigilancia epidemiológica es parte del sistema de inteligencia institucional, cuyo objetivo principal es mejorar su capacidad de respuesta y su potencial para prevenir peores males. Para ello cuenta con la información, la innovación tecnológica y el desarrollo de recursos humanos.

La quinta línea estratégica es la paleación, la curación y la rehabilitación. El nuevo concepto de salud y enfermedad no excluye el objetivo tradicional de aliviar el sufrimiento. Tampoco excluye la excelencia académica y profesional, ni la intervención en los tres niveles de "atención de la salud", reconocidos universalmente. Sin embargo, implica renunciar a la práctica liberal, cuyo propósito principal sea el lucro, que virtualmente solo tiene lugar en instalaciones *ad-hoc*, a través de la consulta y que hace de la intervención paliativa, curativa o de rehabilitación individual un fin en sí misma.

Desde esta nueva orientación, el personal debe comprender que el estado de malestar del usuario no da derecho a someterlo a mayor sufrimiento, ni a concentrar en él la mayor parte de los procedimientos paliativos, curativos o rehabilitadores. Asimismo, el personal debe comprender que su trabajo le da derecho a una remuneración apropiada, pero no a explotar el sufrimiento con fines de notoriedad o lucro. Su deber es buscar las fuentes del sufrimiento, las cuales, por lo general, se encuentran fuera de las "instalaciones de salud", erradicar las existentes y prevenir su resurgimiento o la aparición de otras nuevas; de otra manera, actuaría sobre expresiones episódicas individualizadas y biologizadas de un proceso que es, más bien, socionatural y colectivo. Esto solo es posible con una actitud preventiva, la cual debe estar presente en toda intervención. De esto depende que la actividad del personal de salud pueda ser curativa o solo paliativa.

La planificación de toda intervención individual, por lo tanto, comprende la prevención colectiva, pues la mejor forma de aliviar, curar o rehabilitar, aun en los términos tradicionales, consiste en aplicar la intervención más temprana, de mayor calidad y con orientación preventiva. Ningún argumento económico, ni la comodidad en el diagnóstico, la educación, la investigación o la curación justifica el sufrimiento o el riesgo para el usuario.

La norma para la sexta línea estratégica de la propuesta, la de construcción, producción, evaluación y mantenimiento de instalaciones, materiales, equipo, medicamentos y servicios debe ser la calidad; su estrategia, el control de la calidad; su táctica, el uso racional de recursos; y su objetivo, la mejor atención al usuario y al trabajador. La calidad enfatiza la seguridad, el acceso, la comodidad y la prevención en la obtención, construcción, producción o uso de instalaciones, equipos, transporte, etc. En la práctica, esto significa no más instalaciones a las cuales no pueda tener acceso un usuario con limitaciones físicas y de autonomía, tampoco instalaciones y equipo de oficina sin consideraciones ergonómicas o equipo de diagnóstico y terapéutico, cuyo uso implique sufrimiento o daño imperceptible para el usuario o el trabajador, etc. El servicio deberá contar con un control de calidad de todo material que pudiera usar, sea este equipo de diagnóstico o terapéutico, así como de los medicamentos. El control de calidad implica legislar, normatizar, supervisar, certificar y, además, en casos extremos, penalizar. En el caso de los medicamentos, el sistema de control no puede ser reducido a un laboratorio y debe ampliarse para garantizar desde la calidad de la materia prima hasta su uso.

6. Prestaciones sanitarias del nuevo sistema de atención

Las líneas estratégicas pueden concretarse parcialmente en un conjunto de prestaciones, de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población. La vigencia de estas prestaciones está determinada por sus resultados finales. La modificación de este conjunto debe hacerse según la prioridad de los servicios y de las intervenciones.

La primera prestación es la atención primaria de salud comprensiva, que incluye prestaciones preventivas, derivadas de la integración del sector con la sociedad, es decir, las prestaciones personales de carácter preventivo. El objetivo de estas prestaciones es la reorganización y reorientación de los sistemas de producción y distribución de bienes y servicios: el control de las enfermedades endémicas locales, la expansión de las inmunizaciones para proteger con garantías, la atención materno-infantil, la promoción de la lactancia materna, la disponibilidad de medicamentos básicos, la promoción de la educación en salud, la nutrición, la seguridad alimentaria y la del tratamiento o saneamiento ambiental. Estas promociones exigen fortalecer la infraestruc-

tura para suministrar agua potable, vivienda humana, energía e higiene. La operativización de estas medidas se lleva a cabo a través de programas específicos, verticales y multidisciplinarios.

Además de atención primaria, este capítulo comprende la atención especializada, que incluye la institucional —centros de salud y hospitales—, la ambulatoria, la interna o domiciliar —adultos mayores y personas con reducción de su autonomía—, prestaciones farmacéuticas y servicios de información; la atención o las prestaciones complementarias y, por último, los servicios de información y documentación sanitaria.

Aparte de las actividades programadas por los servicios de salud en materia de educación sanitaria, vacunación, exámenes y otras actividades o medidas programadas para prevenir enfermedades, la promoción de la salud o la rehabilitación, *la atención primaria* comprenderá: asistencia sanitaria en consultas, servicios y centros de salud, y en el domicilio del enfermo; la indicación o prescripción, las pruebas y los diagnósticos básicos por el médico que brinde atención primaria, la administración de tratamientos parenterales, las curas y la cirugía menor, la atención médica, la asistencia psicológica y el seguimiento de casos de violencia intrafamiliar y maltrato al menor.

La atención a la mujer incluye, aparte de lo indicado arriba, de carácter general, la atención precoz y el seguimiento sanitario del embarazo, la preparación para el parto, la visita durante el primer mes del posparto, la detección de grupos de riesgo y el diagnóstico precoz del cáncer del cérvix, de otros cánceres ginecológicos y del cáncer de mama, y el tratamiento de las complicaciones patológicas de la menopausia.

En esta misma línea, la atención especial a la infancia, hasta los catorce años cumplidos, incluye la información y educación sanitarias a los interesados y a sus padres, tutores, maestros, profesores o cuidadores, las vacunas, según el calendario oficial, y las revisiones del niño sano, conforme a los programas establecidos por los servicios de salud.

La atención especial al adulto y al anciano, es decir, a los mayores de catorce años, comprende las vacunaciones recomendadas por los programas de los servicios de salud, la detección de factores de riesgo, si hay medidas eficaces para eliminarlos o reducirlos, la educación, la atención y las asistencias sanitarias a enfermos con procesos cróni-

cos, atención a problemas específicos de salud de la tercera edad y la atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales.

La atención primaria de urgencia a personas de cualquier edad se prestará de forma continua las veinticuatro horas del día, mediante atención médica y enfermería, en régimen ambulatorio o en el domicilio del paciente.

La atención primaria a la salud buco-dental comprenderá la información y educación en higiene y salud buco-dental, las medidas preventivas y asistenciales, aplicación de flúor tópico, obturaciones, sellado de fisuras u otras, para la población infantil, tratamiento de procesos agudos odontológicos, incluida la extracción de piezas dentarias y la exploración preventiva de la cavidad oral de mujeres embarazadas.

Otros servicios, atenciones y prestaciones de carácter primario serán la aplicación y reposición de sondas vesicales y nasogástricas, la remisión o derivación de los pacientes a la asistencia especializada, por indicación del médico de atención primaria, los tratamientos de rehabilitación básicos, previa indicación médica, conforme a los programas establecidos por los servicios de salud, y la indicación y el seguimiento de los distintos métodos anticonceptivos.

La atención y la asistencia sanitaria especializada, una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, comprenderá la asistencia ambulatoria especializada, en consultas, incluidos los procedimientos quirúrgicos menores; la asistencia ambulatoria especializada, en centros de salud para pacientes que necesiten cuidados continuados, médicos o de enfermería, incluida la cirugía mayor, si no requiere estancia hospitalaria; la asistencia en régimen de hospitalización, que incluye la asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica para procesos agudos, reagudización de procesos crónicos o tratamientos o procedimientos diagnósticos; y la atención de la salud mental y la asistencia psiquiátrica, que incluye el diagnóstico y el seguimiento clínico, la psicofarmacoterapia y las psicoterapias individuales, de grupo o familiares y, en su caso, la hospitalización. No incluye, sin embargo, el psicoanálisis, ni la hipnosis.

El acceso a esta asistencia especializada es diverso. El acceso a la asistencia ambulatoria especializada, en régimen de hospitalización, se llevará

a cabo por indicación del especialista o a través de los servicios de urgencia, cuando los servicios requeridos no puedan ser prestados de forma ambulatoria o a domicilio. En cambio, el acceso a los servicios hospitalarios de referencia se hará por indicación de los otros servicios especializados, conforme al procedimiento establecido por los servicios de salud.

La asistencia hospitalaria especializada comprenderá exámenes y pruebas diagnósticas, incluido el examen neonatal, y la aplicación de tratamientos o procedimientos terapéuticos, prescindiendo de si éstos se originan o no en el motivo de su admisión; tratamientos o intervenciones quirúrgicas, dirigidas a la conservación o mejora de la esperanza de vida, autovalimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento; tratamiento de las posibles complicaciones que puedan presentarse durante el proceso asistencial; rehabilitación; implantación de prótesis y su oportuna renovación; medicación, curas, gases medicinales y material fungible y productos sanitarios; alimentación, según la dieta prescrita; nutrición parenteral y enteral; estancia en habitación compartida o individual, incluyendo servicios hoteleros básicos relacionados con la hospitalización.

La atención de urgencia en los hospitales se prestará durante las veinticuatro horas del día, a pacientes no ingresados, que sufran una situación clínica aguda, que obligue a una atención inmediata. El paciente será remitido por el médico de la atención primaria o especializada o será ingresado por razón de emergencia o riesgo vital, que pudieran requerir medidas terapéuticas exclusivas del medio hospitalario. La asistencia hospitalaria de emergencia comprenderá diagnóstico, primeros cuidados y tratamientos, evaluación del proceso y de las circunstancias del paciente y referencia al nivel de atención primaria o especializada.

La asistencia sanitaria especializada incluirá, además, conforme a las normas de organización, funcionamiento y régimen de los servicios de salud, los siguientes servicios y prestaciones: hemoterapia, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad,

diagnóstico prenatal, en grupos de riesgo, diagnóstico por imagen —radiología general, ecografía, mamografía, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética, agiografía y gammagrafía, densitometría ósea, laboratorio —anatomía patológica, bioquímica, genética, hematología, inmunología, microbiología y parasitología—, litotricia renal, planificación familiar —consejo genético, en grupos de riesgo, vasectomías y ligaduras de trompas—, radiología intervencionista, radioterapia, trasplantes de córnea, hueso, médula ósea, piel y riñón, y probablemente de otros órganos o tejidos.

Las prestaciones complementarias, aunque adicionales, son necesarias para la consecución de una asistencia sanitaria completa y adecuada. Se consideran prestaciones complementarias la ortoprotésica —prótesis quirúrgicas fijas y su renovación, prótesis ortopédicas permanentes o temporales (prótesis externas) y su renovación, vehículos para inválidos—, el transporte sanitario —de enfermos o accidentados en riesgo vital o daño irreparable o con imposibilidad física—, la dietoterapia —para los trastornos metabólicos congénitos de hidratos de carbono (intolerancia hereditaria a la galactosa y, o galactosemia e intolerancia transitoria a la lactosa en el lactante) o aminoácidos—, y la oxigenoterapia a domicilio —gasometrías y espirometrías—. El acceso a estas prestaciones deberá ser autorizado por el médico especialista, según lo establecido.

Constituyen servicios de información y documentación sanitaria y asistencial la instrucción al paciente y sus familiares o allegados de sus derechos y deberes, en particular, para dar el consentimiento y sobre la utilización del sistema sanitario; la información sobre la tramitación de los procedimientos administrativos para garantizar la continuidad del proceso asistencial; la expedición de los partes de baja, confirmación, alta y demás informes o documentos clínicos para valorar la incapacidad u otros efectos; el informe de alta, al finalizar la estancia en una institución hospitalaria o el informe de consulta externa de atención especializada; la documentación o certificación médica de

La primera prestación es la atención primaria de salud comprensiva, que incluye prestaciones preventivas, derivadas de la integración del sector con la sociedad, es decir, las prestaciones personales de carácter preventivo.

nacimiento, defunción y demás datos necesarios para el registro civil; la entrega de un ejemplar de la historia clínica o de algunos datos de la misma, al paciente; y la expedición de otros informes o certificados sobre el estado de salud derivados de las demás prestaciones sanitarias.

La idea es proporcionar una gama de servicios que atienda las principales necesidades que derivan de la complejidad del perfil de enfermedad dominante, la cual, consecuentemente, debe incluir atenciones de salud pública y de soporte; una variedad de atenciones complejas e intensivas que requieren el uso incrementado de medicamentos, tecnologías y del trabajo de especialistas con sus equipos de apoyo; y, finalmente, atenciones continuas y las atenciones paliativas que, aunque cumplidas con participación profesional, no requieren hospitalización y pueden ser proporcionadas en instalaciones residenciales especializadas o en el hogar.

7. Lineamientos fundamentales del sistema de financiamiento

La propuesta de financiamiento parte del reconocimiento de la importancia de la salud para el desarrollo democrático de El Salvador. Asimismo, no ignora la existencia de una crisis mundial en el financiamiento de los sistemas de salud, debida a la menor importancia que se presta a la salud, en la práctica, a las posibilidades abiertas por la perspectiva reduccionista y biológica, al aumento de la esperanza de vida y al desmedido afán de lucro.

La optimización de los recursos y la rendición de cuentas imponen minimizar los costos. Las funciones del sistema de financiamiento para el sistema público, único y universal propuesto son la recaudación de recursos, a través de impuestos progresivos, la asignación de estos, determinada por la obtención de resultados, y el pago a los actores o prestatarios del servicio con el producto de la recaudación fiscal. Esto se explica porque solo el financiamiento público permite la redistribución entre quienes pueden pagar y quienes tienen necesidad de servicio, y porque un sistema público de

seguro de enfermedad es redistributivo, un instrumento colectivo de producción de equidad y una expresión concreta de valores colectivos. Además, los sistemas públicos de salud son considerados como seguros públicos de enfermedad económicamente importantes, en términos de generalizar la seguridad contra la enfermedad prevaleciente y redistribuir la riqueza nacional de manera equitativa. En efecto, un sistema estatal o nacional con cobertura universal funciona como un seguro de salud prepagado; la responsabilidad de la protección contra riesgos se diluye en el pozo de riesgos más grande posible.

[...] una amenaza para la viabilidad del sistema de atención de salud aquí propuesto: el estancamiento económico general, la escasez de recursos públicos y las presiones a favor de la penetración del sector privado en los asuntos públicos.

Investigaciones comparativas recientes señalan que un sistema con cobertura universal y equidad incrementada solo es posible a través de impuestos generales progresivos a la renta o al ingreso. Los seguros comerciales o privados son inestables y difíciles de regular, aparte de que cada asegurador constantemente ajusta el perfil de riesgo para que

los beneficios de su compañía sean mayores que los gastos. El cargo directo al usuario ha sido calificado como el sistema de financiamiento más inequitativo e ineficiente, por eso no es una opción.

8. Recomendaciones

No es posible concluir una propuesta de esta naturaleza sin hacer referencia a una amenaza para la viabilidad del sistema de atención de salud aquí propuesto: el estancamiento económico general, la escasez de recursos públicos y las presiones a favor de la penetración del sector privado en los asuntos públicos. Sin embargo, de aquí no sigue que se debe renunciar al sistema público. En cualquier caso, la mayor presión privada exige una mayor solidez estatal y un mayor control efectivo del Estado sobre lo público y lo privado.

El control estatal sobre la actividad privada en el campo de la salud debe ampliarse para controlar la calidad de los servicios prestados por los pequeños hospitales y los profesionales independientes; para expandir la responsabilidad del sector privado en relación con el tipo de servicios que pueda pres-

tar solidariamente, por ejemplo, la promoción, la prevención, la atención limitada de urgencias con independencia de la capacidad de pago del solicitante; para controlar el precio de la asistencia privada sin lesionar el derecho a cubrir los costos y adquirir beneficios razonables. En cuando a la localización de la asistencia privada, el Estado debe limitarse a controlar la expansión urbana del sector privado con fines de lucro e impedir que socave las posibilidades de contratación de personal con fondos públicos para atender a las comunidades rurales pobres.

San Salvador, diciembre de 2002.

Referencias bibliográficas

- Abel, C.; Lloyd-Sherlock, P. "Health Policy in Latin America: Themes, Trends and Challenges". En Lloyd-Sherlock, P., *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*. Institute of Latin American Studies. School of Advanced Study. University of London. Londres, 2000.
- Análisis del sector salud en El Salvador. La reforma de salud: hacia su equidad y eficiencia. Informe final*. San Salvador, 1994.
- Atkinson, S. "Decentralisation in Practice: Tales from the North-East of Brazil". En Lloyd-Sherlock, P., *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*. Institute of Latin American Studies. School of Advanced Study. University of London. Londres, 2000.
- Barrientos, A. "Getting Better After Neoliberalism: Shifts and Challenges of Health Policy in Chile". En Lloyd-Sherlock, P., *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*. Institute of Latin American Studies. School of Advanced Study. University of London. Londres, 2000.
- Blumenthal, D. "Health Care Reform at the Close of the 20th Century". *NEJM*. 1999.
- CENDOC de la Izquierda Unida Federal. *Ante la privatización de la sanidad, ¿el silencio de los corderos? Comunicado del área de salud de la UI*. Editado por el Cendoc de la IU Federal, el 7 de enero de 1998. <http://www.izquierda-unida.es/Areas/AreaSalud/Documentos/corderos.htm> (noviembre de 2002).
- Comisión sobre Macroeconomía y Salud. *Macroeconomía y salud: Invertir en pro del desarrollo económico*. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. OMS. Canadá, 2002.
- Consejo de Reforma del Sector Salud. *Propuesta de reforma integral de salud*. Publicación del Consejo de Reforma del Sector Salud. San Salvador, diciembre de 2000.
- Contandriopoulos, A-P. *La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales*. Traducido de Contandriopoulos, A-P. "La santé entre les sciences de la vie et les sciences sociales" Ruptures, Universidad de Montreal, 1999.
- Contandriopoulos, A-P y Morales, C. *Financiamiento de la salud en Canadá. ¿un debate técnico o una discusión valórica?* Seminario de Análisis de la Reforma de la Salud. Universidad de Montreal, 5-6 de noviembre de 2002, Santiago de Chile.
- Denis, J-L, et al. "The Iron Cage Revisited-Technocratic Regulation and Cost Control in Health Care Systems". En Malek, M. (ed.). *Setting Priorities in Health Care*. John Willey & Sons Ltd., 1994.
- 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.
- Frenk, J.; Gómez-Dantés, O. "Globalization and the Challenges to Health System". *BMJ* 2002.
- Frenk, J., et al. Fundación Mexicana para la Salud, Economía y Salud. *Propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe final*. México, 1994.
- Garfield, R.; Holtz, T. H. "Health System Reforms in Cuba in the 1990s". En Lloyd-Sherlock, P., *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*. Institute of Latin American Studies. School of Advanced Study. University of London. Londres, 2000.
- Gomez-Dantés, O. "Health Reform and Policies for the Poor in Mexico". En Lloyd-Sherlock, P., *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*. Institute of Latin American Studies. School of Advanced Study. University of London. Londres, 2000.
- Homedes N., et al. "Health Reform: Theory and Practice in El Salvador". En Lloyd-Sherlock, P., *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*. Institute of Latin American Studies. School of Advanced Study. University of London. Londres, 2000.
- Homedes, N. y Ugalde, A. *Condiciones y condicionantes de salud y reforma*. Presentado en Foro APRESAL, Guatemala, 1999.
- ISDEMU. *Violencia intrafamiliar El Salvador 1996-2000*. Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer. San Salvador. S/f.
- Kutzin, J. *Experience with Organizational and Financing Reform of the Health Sector. Current Concerns*. ARA Paper Number 8, Division of Analysis, Research and Assessment, World Health Organization, 1995.
- Laurell, A. C. *La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud*. Serie Cuadernos de Trabajo No. 27, Fundación Friedrich Ebert México, 1991.

- 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, 1996, seminario. <http://info.med.yale.edu/EHNet/LevinsSeminar.html> (1 de noviembre de 2000).
- Lloyd-Sherlock, P. "Healthcare Financing, Reform and Equity in Argentina: Past and Present". En Lloyd-Sherlock, P., *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*. Institute of Latin American Studies. School of Advanced Study. University of London. Londres, 2000.
- Londoño, J. L.; Frenk, J. "Structured Pluralism: Towards and Innovative Model for Health System Reform in Latin America". En Lloyd-Sherlock, P., *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*. Institute of Latin American Studies. School of Advanced Study. University of London. Londres, 2000.
- Mahler, H.; Foreword, In White. K. L. *Healing the Schism. Epidemiology, Medicine, and the Public's Health*. Verlag, New York, 1991.
- Max-Neef, M., et al. *Desarrollo a escala humana, una opción para el futuro*. Cepaur. Fundación Dag Hammarskjöld. Development Dialogue, Uppsala, 1986.
- Ministerio de Economía Dirección General de Estadística y Censos. *Encuesta de hogares de propósitos múltiples 2001*. San Salvador, 2002.
- Ministerio del Medio Ambiente y Recursos Naturales. *Informe nacional estado del medio ambiente 2000*. San Salvador, 2001.
- Morrow, R. H. "Macroeconomics and Health". *BMJ*, 2002.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Estadísticas 1998-2001*. <http://www.mspas.gob.sv/estadisticas.htm>. Sin fecha (noviembre de 2002).
- Organización Panamericana de la Salud. *La salud en las Américas. Vol II*. Publicación Científica y Técnica No. 587. Washington, D.C., 2002.
- Organización Panamericana de la Salud. *Evaluación y mejora del desempeño de los sistemas de salud en la región de las Américas*. Washington, D.C., 2001.
- 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.
- Organización Panamericana de la salud. *Nuevos rumbos para la salud en las Américas. Informe cuatrienal del director*. Documento Oficial No. 306. 2002.
- Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. *Perfil del sistema de servicios de salud El Salvador*. Organización Panamericana de la Salud, 2001.
- Perez-Stable, E. J. "Managed Care Arrives in Latin America". *NEJM*, 1999.
- Pleitez, W. (coord.). *Informe sobre desarrollo humano, El Salvador 2001*, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. San Salvador, 2001.
- 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.
- San José, C. "La privatización de la sanidad". *Rebelión*. Periódico Electrónico de Información Alternativa. Opinión, 15 de abril de 2002. <http://www.rebelion.org/opinion/carmen150402.htm> (noviembre de 2002).
- Secretaría Permanente del SELA. *Privatización, desregulación y competencia: un marco de análisis para el estudio de casos en América Latina y el Caribe*. Marzo de 1999 <http://www.lanic.utexas.edu/~sela/docs/sprrpmdt2.htm> (21 de enero de 2000).
- 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).
- Selva Sutter, E. A. "Dengue con más ciencia y menos creencias disfrazadas de ciencia". Inédito.
- Selva Sutter, E. A. "Tropelías a la salud pública en tiempos de la globalización". *ECA* 648, 2002, pp. 958-968.
- Selva Sutter, E. A. "Líneas de pobreza y canastas de hambre en Zipitío". *ECA* 636, 2001, pp. 933-953.
- Selva Sutter, E. A. *Causalidad del cólera en América en la década de los 90*. Publicaciones del Departamento de Salud Pública, Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas". San Salvador, 2001.
- Selva Sutter, E. A. "Al oído de aquellos interesados en la reforma de salud". *ECA* 619-620, 2000, pp. 573-598.
- Selva Sutter, E. A. *Historias prohibidas de la reforma en salud en El Salvador*. Publicación del Departamento de Salud Pública, Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas". San Salvador, 2000.
- Selva Sutter, E. A. *Epidemiología sacionatural. 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". San Salvador, 1992, 2000.
- Selva-Sutter, E. A. *Más allá de Sagatovsky y Antipov: la causalidad estructural puntualizada*. Febrero de 1999. <http://www.uca.edu.sv/facultad/chn/sagindice.html>. (agosto de 2002).
- Selva Sutter, E. A. *Nuevo concepto sobre los procesos salud-enfermedad*. Publicaciones Unidad de Salud Comunitaria, Departamento de Medicina Preventiva

- y Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. San Salvador, 1990.
- 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, 1-3, 1989 y Vol. XVI, 2, 1990.
- Selva Sutter, E. A. *Articulación social del proceso salud-enfermedad a través de su causalidad estructural. Nueva propuesta teórica conceptual en el desarrollo del pensamiento epidemiológico*. Publicaciones del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. San Salvador, 1986.
- 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". San Salvador, 2002.
- Selva Sutter, E. A. y Cañas López, S. A. *Las políticas sociales de un plan de desarrollo a escala humana como base de una nación democrática. Notas para la política sanitaria de El Salvador en los años noventa*. Departamento de Salud Pública, Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas". San Salvador, 1993.
- Sen, A. K. *Sobre conceptos y medidas de pobreza*. Sin fecha. <http://www.eumed.net/cursecon/economistas/textos/sen-medida%20de%20la%20pobreza.htm> (noviembre de 2002).
- Stoker, K.; Waitzkin, H.; Iriart, C. *The Exportation of Managed Care to Latin America*. NEJM, 1999.
- The New England Journal of Medicine*. "The Pharmaceutical Industry - To Whom Is it Accountable?". NEMJ, 2000.
- Thomas, V. et al. *La calidad del crecimiento*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica y técnica No. 584. Washington, D. C., 2002.
- Tomasetti, J. C. *Marcos regulatorios. Herramientas para consolidar la privatización y preservar la competencia*. Marzo de 1999. <http://www.lanic.utexas.edu/~sela/docs/sprprmdt2..htm> (21 de enero de 2000).
- 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.
- Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas". *Misión, identidad y funciones*. Sin fecha. <http://www.uca.edu.sv/interna/institucional/fmis.htm> (noviembre de 2002).
- 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.
- Walt, G. *Health Policy. An Introduction to Process and Power*. Witwatersrand University Press, Johannesburg. Zed Books, Londres y New Jersey, 1994.
- World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford University Press. Nueva York, 1993.
- World Bank. *World Development Report 2000/2001. Attacking Poverty*. Oxford University Press. Nueva York, 2001.
- WHO. *The World Health Report 1999. Making a Difference*. World Health Organization, Genova, 1999.
- Yepes, F. "Health Reform and Equity in Colombia". En Lloyd-Sherlock, P., *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*. Institute of Latin American Studies. School of Advanced Study. University of London. Londres, 2000.