

## *La crisis del sistema de salud y sus desafíos*

### **La actual crisis en salud: ¿Tragedia u oportunidad?**

Al referirnos a la actual crisis en salud, señalamos un proceso que posee importantes antecedentes, entre ellos, los programas de ajuste estructural y las recomendaciones del Banco Mundial, contenidas en sus publicaciones *Financiando los servicios de salud en países en desarrollo*, de 1987; el *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud*. Con tales propuestas, la institución financiera trató de delinear políticas con los siguientes fines: amortiguar los costos sociales y políticos de los ajustes; tratar de armonizar las políticas de salud con el capitalismo neoliberal y, finalmente, establecer la salud como un bien privado, con lo cual, la atención de salud debería manejarse con criterios mercantilistas, en las manos de organizaciones privadas que

operen bajo la lógica del mercado. Por supuesto, la actual crisis, como todo proceso, tiene relaciones internas y relaciones con los factores externos. El futuro no se vaticina en absoluto halagüeño, sobre todo, si el desarrollo de la crisis continúa el curso actual.

Y es que tal crisis confronta a la sociedad salvadoreña con una realidad preñada de irresponsabilidades, contrasentidos y perversidades sin precedentes en el área de las ciencias de la salud; quizás, en gran parte, debido a que se le obliga a tratar con un problema *eminente científico, que es a la vez profundamente ideológico*. Afirmamos esto último, por cuanto se tiende a describir el problema en cuestión con premisas que no constituyen hechos científicamente probados, en tanto no se han sometido a una comprobación rigurosa.

En efecto, aparte de que la comprobación científica no puede reducirse al experimento controlado y aislado, resulta que la premisa que afirma que la salud es asunto privado tiene su oposición: la salud es un asunto público. Y si tal contraposición no es resuelta mediante la experimentación controlada, ¿cómo probamos experimentalmente si la salud es un bien público o un bien privado?

Pero, entonces, ¿con base a qué el Banco Mundial afirma que la salud como un bien privado, susceptible de ser comercializado y privatizado?, ¿será acaso porque la vivencia en salud es una experiencia humana individual? Toda experiencia humana es individual —aunque la mayoría de las veces es compartida y no siempre es universal—, pero no es procedente reducirla a lo individual obviando el contexto sacionatural/estructural en que ocurre. Menos procedente es individualizar la experiencia y a la vez reducir los bienes públicos a medidas con la aplicación de las cuales todos puedan beneficiarse y que su uso por algunos no excluye su uso por otros.

Ahora bien, como resultado de la experiencia acumulada, el carácter público de la salud, así como el de otros bienes, el de una acción, de una idea o el carácter público de una meta se

determina a partir de que la sociedad lo considera valioso y, o prioritario y, consecuentemente, decide asumirlo como un valor superior, institucionalizarlo y muchas veces, cuando procede, hasta financiarlo colectivamente. Es más, en el caso de la salud, dado que esta concierne directamente a la preservación de la vida y al desarrollo de las capacidades humanas, se sostiene que es una necesidad humana básica en el sentido estricto y que por ello todo humano debe tener derecho a la satisfacción óptima de esa necesidad.

Ni la evidencia científica, ni el sentido común o la experiencia humana parecen apoyar la ideología y las iniciativas (particularmente de privatización y de descentralización) del Banco Mundial, las cuales son apoyadas al nivel local por múltiples acciones lideradas por el gobierno y la empresa privada, interesados en la salud como negocio, quienes continúan apoyando las políticas bancomundialistas, pese a la existencia de tres piezas de evidencia científica que indican que ese no es el camino a seguir.

En primer lugar, muchas investigaciones muestran que el *estado de salud* está influenciado de manera *inequívoca* por la *posición social*, cualesquiera que sean los indicadores seleccionados para medirla (nivel de educación, ingreso, ocupación, condiciones de trabajo, riqueza del ambiente durante la primera infancia, estrato social, apoyo social, etc.); que hay una diferencia entre la posición ocupada y la salud; que *cuanto más alto se está en la jerarquía social, mejor es la salud y que cuanto más igualitaria es una sociedad, mejor es la salud de su población y mayor su esperanza de vida*. Como tampoco las diferencias de mortalidad están asociadas a enfermedades específicas y se las encuentra con la misma amplitud para los cánceres, las enfermedades respiratorias, los problemas gastrointestinales, las enfermedades cardiovasculares, etc. se puede concluir que la *posición social refuerza las resistencias a la aparición de la enfermedad* en general y permite a algunos, cuando están enfermos, estarlo durante menos tiempo y con menor gravedad.

Este hecho científico también tiende a desvirtuar tanto la hipótesis según la cual la mala salud en la base de la escala social es explicable porque las personas más pobres no tienen acceso al mínimo vital, como aquella que sostiene que las diferencias de mortalidad en función de la posición social son explicables por la alta prevalencia de malos hábitos de vida (consumo elevado de tabaco, alcohol y colesterol y otras conductas riesgosas) relacionados con falta de conocimiento o de educación en salud.

La solución de la problemática no tiene mucho que ver con mínimos vitales, tiene más que ver con plenitud, con integralidad, con experiencias de vida con suficiente calidad humana.

Esta aseveración es derivada de y reforzada por la segunda evidencia científica: si las necesidades humanas para el desarrollo son atributos esenciales de la especie humana, relacionadas con su evolución, que tienden a la universalidad y que si acaso sufren cambios es al ritmo de la evolución humana, entonces la salud es una de ellas, concretable en la forma de una relación de continua consolidación y cambio mediante acciones especializadas provenientes del sector salud en interacción con la satisfacción relativa de la subsistencia, la protección, el afecto, el entendimiento, la identidad, la recreación, la creatividad, la libertad y la participación.

La tercera evidencia está constituida por todo el cúmulo de evidencia generada por experiencias en otras regiones y países (Europa, Asia, África, Norte América, otros países de Latinoamérica) que indica el fracaso de las reformas en salud promovidas por el Banco Mundial y sus aliados.

La evidencia presentada documenta la tragedia, la enfermedad física y moral prevaleciente en la sociedad salvadoreña; porque es necesario un alto grado de irresponsabilidad para dirigir una institución de salud pública y no conocer tal evidencia. Por otra parte, es un contrasentido reconocer la importancia de la posición social y reconocer la salud como una necesidad humana y un derecho fundamental, sin reconocer las correspondientes obli-

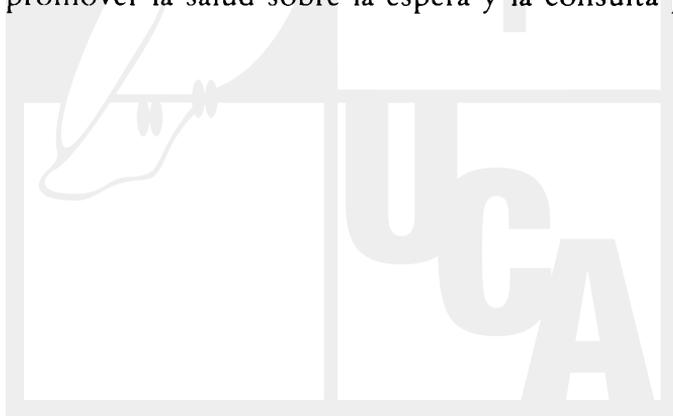
gaciones sociales y públicas. Es perverso reconocer la validez de la evidencia científica presentada y hacer de la salud un bien sujeto de privatización y convertir la atención en salud en una mercancía con mucho valor agregado.

Esta evidencia también conduce inevitablemente a preguntarse por qué existe tanta resistencia a aceptar la influencia de lo social en la determinación de los procesos de salud/enfermedad y a reconocer las correspondientes obligaciones sociales; y por qué, además, teniendo el pleno conocimiento de la problemática, los gobiernos y el sector privado de nuestros países destruyen el apoyo social para los desposeídos.

En nuestra opinión, la respuesta a estas preguntas no podría dejar fuera que una característica del sistema capitalista es la *incapacidad de encontrar nuevas áreas productivas para valorizar el capital acumulado*, en exceso, legal e ilegalmente, aunque siempre injustamente acumulado, ya que se fundamenta en la explotación del trabajo asalariado; porque ahora más que nunca el sector privado del orden social capitalista (motivado por el afán de lucro, enlazado con y disciplinado por una red de mercados y también caracterizado por una división de poder y de funciones entre un sector público y uno privado) se siente con toda libertad para tomar del mundo —incluso del sector público del sistema— lo necesario para protegerse de tal incapacidad, porque ahora tal sector tiene la oportunidad de poner a su servicio al sector público.

Pero, ¿habrá una oportunidad para la salud pública en el medio de tanto contrasentido y perversidad? Toda crisis encierra una oportunidad; sin embargo, además, la actual crisis en salud ha descubierto que la población no acepta la privatización, que una porción significativa de ella está consciente de lo negativo de la medida y esto es decisivo para que otras propuestas necesariamente diferentes de las más conocidas de reforma de salud en nuestro medio tengan una oportunidad.

En nuestra opinión, el nuevo sistema de salud salvadoreño debe tener las siguientes características: *único*, porque concreta la intención y la responsabilidad de ofrecer protección sanitaria estatal suficiente, explicitando su separación de un sistema privado, que sin estar integrado a él, podrá complementar sus acciones en algunas ocasiones y deberá ser controlado por el nuevo sistema de atención sanitaria estatal. *Unificado*, porque fusiona lo que se podría llamar el subsector Ministerio de Salud y al subsector ISSS; *modernamente universal* porque cubre a toda la población, pero no ofrece ni puede dar todo a todos; *equitativo e igualitario* porque la protección sanitaria es ofrecida a todos los derechohabientes con la misma calidad y la misma eficacia según sus necesidades; *financiado solidariamente* o gratuito en el sentido de no exigir pagos extra o en algunos casos ningún pago al beneficiario a cambio de los servicios en reconocimiento a la deuda social acumulada; apoyado en *cambios estructurales* más amplios y orientado por un *enfoque público* preventivo, curativo, rehabilitador y *centrado en resultados finales*, precisamente por razones de factibilidad y por realismo. *Proactivo*, porque privilegia la búsqueda de la enfermedad o el malestar y de la oportunidad de promover la salud sobre la espera y la consulta por malestar.



# La reforma de la seguridad social en la encrucijada

Desde que se inició la discusión sobre la reforma del sistema de pensiones, se avizoraron nuevos indicios de que los procesos de reforma del Estado y de privatización abarcarían áreas sensibles de la seguridad social. La reciente crisis en torno a la reforma del sistema de salud previsional ha puesto de relieve el hecho de que existen planes gubernamentales tendientes a concesionar los servicios de salud y profundizar la reforma de la seguridad social.

Así fue anunciado en uno de los discursos públicos del presidente Flores que, dicho sea de paso, es uno de los que más polémica y resistencia social ha generado. De hecho, la propuesta de reforma del sector de salud previsional, lejos de reducir la intensidad del conflicto entre el Estado y los empleados del sector salud, vino a elevar la intensidad del mismo, aglutinando a nuevos sectores y forzando al gobierno a retroceder en la implementación de la reforma anunciada.

Detrás de la reforma propuesta por el gobierno se encuentran motivaciones que van más allá de la mejora de la calidad y accesibilidad a los servicios de salud. Existe un trasfondo económico en la propuesta de la reforma que bien vale la pena examinar a la luz de la experiencia sufrida con la reforma del sistema de pensiones y de la privatización en general.

Pero antes de revisar la experiencia reciente, es fundamental señalar que la propuesta del gobierno apunta claramente hacia una privatización de la prestación de los servicios de salud, aun y cuando se argumente que solamente se trata de un proceso de concesión de servicios y no de venta de activos. La privatización no necesariamente implica la venta de activos físicos del Estado, también puede darse a través de un retiro del Estado de la administración de flujos económicos y de la creación de condiciones para la entrada de la empresa privada —que han sido por lo general, excepcionalmente favorables—. Inclusive, puede darse el caso de una combinación de ambas opciones, como ha sido el caso en la privatización de la telefonía y la distribución de energía eléctrica.

En el caso de la reforma del sistema previsional, la principal medida fue la transferencia de las funciones de administración de los fondos de pensiones del ISSS e INPEP hacia las administradoras de fondos de pensiones. Los ofrecimientos iniciales de aumento de la cobertura del sistema de pensiones, aumento del monto de las pensiones, libertad de elección entre diferentes administradoras de fondos de pensiones y reducción de costos fiscales contrastan con la realidad configurada con la citada reforma. Ninguno de los ofrecimientos ha sido cumplido, ni parece viable en un contexto determinado por los altos costos del sistema privado, baja rentabilidad de los fondos de pensiones y fusión de las administradoras de fondos de pensiones en una sola que domina el mercado.

Lo más grave es que el sector laboral y estatal son los que han sufragado los costos de la reforma mientras la empresa privada se usufructúa de ella. Los trabajadores iniciaron pagando una cuota de comisión y seguro que superaba con creces los montos que se destinaban para la cuenta de ahorro individual del trabajador. En los primeros momentos el trabajador pagaba aproximadamente tres veces más en comisión y seguro que lo que pagaba en concepto de aportes a su cuenta de ahorro para pensiones, en la actualidad el trabajador paga prácticamente lo

mismo para cada rubro. Por su parte, el Estado ha incurrido en una onerosa deuda en concepto de traspaso de cotizaciones que amortiza anualmente y está colocando mayores presiones sobre el déficit fiscal. Al final, pues, quedan fuertes dudas acerca de la pertinencia e intencionalidad de la reforma del sistema de pensiones que en realidad no sólo se limitan a este caso.

La telefonía y la distribución de energía eléctrica son otros casos en los que resulta claro que la privatización no necesariamente se traduce en una mejoría de las prestaciones para los usuarios, tal y como falsamente ha querido hacerse creer. Basta hacer memoria para caer en la cuenta de que los cambios han obrado en contra de los usuarios e, inclusive, en contra de los intereses del Estado.

Antes de proceder a la venta de la compañía estatal encargada del suministro telefónico, el gobierno en turno realizó ajustes en los métodos de cálculo, lo que en la práctica triplicó el costo del impulso telefónico: se redujo su duración de sesenta a veinte segundos y se mantuvo fijo su costo. De esta manera, el costo de un minuto de llamada local se triplicó, en un momento en que la privatización de la empresa telefónica era solo cuestión de tiempo.

En el caso de la distribución de la energía eléctrica se han suscitado procesos más complejos, que no por ello dejan de evidenciar a quiénes beneficia el diseño. En primer lugar, en los últimos tres años se ha venido ejecutando una gradual eliminación del subsidio al consumo de energía eléctrica que, aun sin que se susciten incrementos en el costo del kilovatio/hora, han incrementado el valor de la factura eléctrica para gran parte de los usuarios. En la actualidad, solamente los que consumen por debajo de los cien kilovatios al mes reciben subsidio. Adicionalmente, se introdujeron dos nuevos costos fijos a la factura de consumo eléctrico: atención al cliente y uso de la red. Estos costos se vinieron a sumar a la factura final e, indiscutiblemente, han provocado una escalada en el valor de la factura eléctrica de los hogares.

Pero si está dinámica ha podido ser sostenida en los sectores mencionados, no puede esperarse que lo mismo sucede en el caso de las prestaciones de salud previsional, donde se pretende trasladar un esquema similar al implementado con el sistema de pensiones. De hecho, la oferta del presidente Flores para reformar las prestaciones de salud introducía la participación de nuevas empresas de salud previsional en el nuevo sistema.

Según el Presidente, el sistema podía resumirse en cuatro principios: cuota solidaria, ampliación de cobertura, plan integral y libertad de elegir. En el último de ellos, el Presidente abría la opción de que los trabajadores pudieran optar por recibir los servicios de salud en las clínicas de su predilección. Algo que luego fuera desmentido por el Director del ISSS, quien señaló que el servicio sería prestado solamente por instancias autorizadas para ello. En la práctica, esto abre la posibilidad de que los flujos económicos queden concentrados en unas pocas empresas o, incluso, en una sola tal y como ha sido el caso del sistema de pensiones.

A este punto debe sopesarse el hecho de que la salud previsional implica la movilización de recursos que, para el próximo año, sobrepasan los 346 millones de dólares; una cifra nada despreciable para los intereses empresariales que han encontrado en la privatización una nueva fuente de generación y concentración de riquezas. Cabe destacar el hecho de que los procesos de privatización han favorecido a un reducido grupo de familias acaudaladas del país, comenzando con la reprivatización de la banca hasta llegar a la privatización del sistema de pensiones.

La férrea oposición del movimiento social, catalizada por la lucha particular del gremio médico, provocó que el proyecto del ejecutivo para reformar el sector salud fuera abortado, al menos de forma temporal. No está claro qué ruta seguirá la reforma del sector salud pero, así como puede constatararse que la privatización no es tan bondadosa como el gobierno pretende hacer creer,

también puede constatarse que la reforma del sector salud es necesaria e impostergable.

A final de cuentas, lo importante no es aumentar la presencia de la empresa privada en el sector, o reducir el gasto en la salud previsual, lo más importante es mejorar el acceso y la calidad de los trabajadores a un servicio que es pagado de sus propios salarios y de los aportes de sus empleadores. Más aún, la discusión debe extenderse a la prestación de los servicios de salud pública financiados con fondos del Estado, donde también existen numerosas restricciones y deficiencias que desmejoran la prestación del servicio para la población más necesitada.

