

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 socionatural/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.