

7. Navarro, V., *Dangerous to Your Health: Capitalism in Health Care*. Monthly Review Press, New York, 1998.
8. Vagero, D., "Do health inequalities persist in the new global order? A European perspective", en *Inequalities in the World*, ed. G. Therborn, Verso, London, 2006.
9. Burström, B., et al., *Winners and losers in flexible labor markets: The fate of women with chronic illness in contrasting policy environments – Sweden and Britain*. Int. J. Health Serv. 33:199-218, 2003.
10. Wilkinson, R., *The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier*, New Press, N. Y., 2005.
11. Benach, J., "Analysis of Mortality Differentials by Social Class", *Papers of the Department of Health Policy*, Pompeu Fabra University, Barcelona, 2005.
12. Whitehead, M., B. Burström, *Evaluation of the UK and of the Swedish Health Policies*, Seminar on Health Inequalities, Johns Hopkins University Fall Institute, Barcelona, 4 de noviembre de 2005.
13. Navarro, V. (ed.), *The Political and Social Contexts of Health*. Baywood, Amityville, NY, 2005.
14. Wilkinson, R., *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Routledge, London, 1996.
15. "A Child Centered Social Investment Strategy", en *Why We Need a New Welfare State*, ed. G. Esping-Andersen, Oxford University Press, Oxford, 2002.
16. The International Value Survey, 2003 y 2005.
17. Putnam, R. *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, Simon and Schuster, New York, 2000.
18. Navarro, V., "A critique of social capital", en *The Political Economy of Social Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life*, ed. V. Navarro. Baywood, Amityville, NY, 2002.
19. Navarro, V., *Why Some Countries Have National Health Insurance, others Have National Health Services, and the United States Has Neither*, Int. J. Health Serv. 19:383-404, 1989.

LA SALUD ¿UN BIEN SOCIAL O UN BUEN NEGOCIO?

Julio A. Osorio B.*

I. Marco ideológico

El mundo se debate entre dos visiones filosóficas por más de una centuria. Una cree que el libre mercado es capaz de regular eficientemente todas las esferas de la vida cotidiana. La otra cree en un mundo más justo, para lo cual es necesario un Estado con leyes que protejan a los más débiles de la sociedad.

La primera, corresponde a la visión de un Estado neoliberal, que premia el esfuerzo, competitividad, eficiencia y capacidad de los emprendedores (empresarios grandes y pequeños). Cree que el bienestar proviene del esfuerzo individual. Considera que el Estado paternalista premia la holgazanería y a los vagos y desincentiva a los emprendedores al crear leyes que protegen a los trabajadores. La segunda,

*Médico, especialista en medicina interna y cuidados intensivos en el Hospital Regional de Chiriquí, miembro directivo de la Comisión Médica Nacional (COMENENAL) y presidente de la Asociación de Médicos del Hospital Regional de Chiriquí (AMEHR)

concuera con la visión del Estado social (o Estado de bienestar) que debe dar cobertura social a todos los miembros de la sociedad. Las leyes deben contemplar una seguridad social expresada en función de:

1. Estabilidad laboral
2. Trabajo formal con pago de una cuota para asegurar y cubrir las jubilaciones y pensiones, una cuota para asegurar y cubrir la enfermedad y una cuota para asegurar y cubrir los riesgos de accidentes laborales
3. Derecho a una educación pública gratuita, que permita escalar socialmente
4. Plenos derechos humanos
5. Seguridad pública
6. Visión ecologista del mundo
7. Seguridad y soberanía alimentaria

Dentro de esta controversia global se enmarca la política neoliberal de los “ajustes estructurales” del consenso de Washington de 1989, sintetizada por John Williamson,¹ que estableció:

a) Disciplina presupuestaria, b) Cambios de prioridad del gasto público, c) Reforma fiscal, d) Liberación financiera (tipos de interés), e) Tipos de cambio competitivos, f) Liberación comercial, g) Apertura a inversiones directas, h) Privatizaciones, i) Desregulación del mercado y capital y j) Garantía de derechos de propiedad.

Se le impone a los Estados gastar proporcionalmente menos en salud y educación, reconocidos como los pilares del desarrollo social. Estos presupuestos son sacrificados para pagar la deuda externa o, en el caso de Panamá, para poder invertir en la ampliación del Canal.

Consecuentemente, las instituciones financieras internacionales (IFI) establecieron estos conceptos² como precondition para que los países puedan ser sujeto de crédito.

Marco nacional

El problema se agrava cuando el costo total de la ampliación del Canal de Panamá será superior a los 5,250 millones de dólares. Se estima entre 8,000 y 13,000 millones de dólares,³ producto de:

- a. Subestimación de costos (para manipular la opinión ante el referéndum del 2006).
- b. Sobre-costos por inflación y especulación en los combustibles y materias primas.
- c. Un mal cálculo al pensar que los fondos de pensiones serían suficientes para pensar que los fondos de pensiones serían suficientes para financiar la obra, basados en experiencias anteriores. En el caso de los fondos de pensiones de la ciudad de Nueva York que han respaldado el financiamiento de la guerra de EEUU en Irak.

El apego a estos “ajustes estructurales” en el sector salud se demuestra al analizar el gasto de las dos instituciones que brindan atención en salud en Panamá. El Ministerio de Salud (MINSA) ha disminuido el monto *per cápita* (cuadro 1) y el monto total (cuadro 2)⁴ aportado para la atención de los “no asegurados”. Por el contrario, la Caja de Seguro Social (CSS), los ha aumentado, cargándole el costo de esta atención.

Cuadro 1
Aportes anuales *per cápita* del MINSA y CSS
(en millones de dólares)

Año	MINSA	CSS
2000	306.4	164.0
2001	242.0	179.0
2002	262.2	206.0
2003	212.5	182.2
2004	190.1	206.5
2006	170.3	237.9

Fuente: Contraloría General de la República.

La consecuencia directa de esta política ha sido el desabastecimiento de equipos e insumos en el MINSA, con presupuestos que en agosto-septiembre de cada año se agotan. En 2005 y 2006 se empezaron a suspender las cirugías electivas en Veraguas y Azuero, respectivamente, a partir de esos meses.

Pero como esta medida es totalmente impopular, se siguió cargando el gasto a la CSS, situación que ha resentido las finanzas de la institución porque se le suman:

1. Un pésimo sistema de registro de costos y compensaciones por los servicios brindados por la CSS a los no asegurados.
2. Los costos de salud de los beneficiarios que, al no ser cotizantes, debieron ser cubiertos por el presupuesto del MINSA.
3. Una desastrosa política fiscal para recuperar lo adeudado a la CSS.

Cuadro 2

Aportes anuales del MINSA y CSS (en millones de dólares)

Año	Total	MINSA	CSS
2000	620.8	291.4	329.4
2001	604.0	253.7	350.3
2002	692.5	289.4	403.1
2003	604.3	249.1	355.2
2004	675.2	254.0	421.2
2006	715.9	182.8	533.1

Fuente: Contraloría General de la República.

Antecedentes inmediatos:

En 2006, luego de la tragedia del envenenamiento masivo de la población con dietilenglicol, contenido en medicamentos producidos en el laboratorio central de la CSS, el gobierno inició una campaña multimillonaria para convencer al país de la necesidad de una reforma al sistema de salud.

La Comisión Médica Negociadora Nacional (COMENENAL), organización colegiada que aglutina a los gremios médicos en Panamá, aclaró a la ciudadanía que:

1. La tragedia era consecuencia de haberse violado leyes, normas y protocolos de bioseguridad y calidad en la elaboración de productos para el consumo humano.
2. Que una reforma al sistema público de salud no garantizaría que esto no volviera a suceder hasta tanto no se cumpliera con las leyes. Es decir:
 - a. Destinar a este aspecto de la salud pública todos los recursos necesarios.
 - b. Respetar la autonomía e independencia del laboratorio de vigilancia de la Universidad de Panamá.

- c. Abandonar la politización de los puestos de mando y realizar nombramientos ganados por concurso con base en méritos académicos.
3. Para hacer una investigación objetiva e imparcial de la tragedia, como debe ser en un “país de derecho”, debían ser separadas de sus cargos las máximas autoridades de la CSS y del MINSA, directamente implicadas en los hechos.
4. Nuestro sistema público de salud tiene deficiencias importantes derivadas de una falta de financiamiento adecuado y falta de una administración transparente y despolitizada. A pesar de ello, Panamá tiene índices de mortalidad infantil, mortalidad materna y expectativa de vida, que nos coloca en los primeros puestos de América Latina, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
5. Siempre nos llamó la atención la asociación de catástrofes nacionales con los intereses de las esferas de poder.
 - a. Transporte urbano, interés en un transmilenio y la tragedia de bus quemado.
 - b. Sistema sanitario, interés en privatizar la salud y la tragedia de envenenamiento masivo con dietilenglicol.

El empeño del gobierno en justificar la necesidad de una reforma al sistema público de salud, llevó a la COMENENAL a hacer un análisis de estas reformas en la mayoría de los países de América Latina. Llegamos a una conclusión reveladora. El interés de fondo es privatizar, externalizar, terciarizar y concesionar los servicios públicos de salud, como ha sido la constante en la región.

II. Políticas neoliberales en salud en América Latina

El modelo neoliberal para la salud se aplicó por primera vez en Chile en 1981, en el marco de una dictadura militar. Tras su aplicación en muchos países de América Latina, a partir de 1988,⁵ y al no poder solucionar el problema de la cobertura universal, se implantó una nueva versión 2.0 del mismo, llamado “pluralismo estructurado”.⁶ Esta versión se estrenó en Colombia en 1993 con la Ley 100. Al igual que en Panamá, en aquel entonces, se manejaron nociones como humanismo, calidez humana, calidad, atención universal, equidad y, además, mayor eficiencia en los sistemas sanita-

rios.⁷ Sin embargo, lo que sucedió en realidad fue lo siguiente:

1. En Colombia la cobertura del seguro social de casi el 82 por ciento, antes de la reforma, disminuyó a casi el 63 por ciento en la actualidad (después de 15 años).
2. La salud se privatizó en su modalidad de externalizar, terciarizar o dar en concesiones administrativas los servicios públicos de salud.
3. Se crearon, como intermediarios, compañías de seguros (algunas creadas sólo para tal efecto como forma de negocio nuevo) que administran los fondos públicos para contratar a los proveedores privados.
4. Los fondos se descentralizaron hasta el nivel de los municipios con lo cual se atomizó y se difundió por todo el país la corrupción. Las compañías de seguros dan coimas al gobierno para ser los elegidos para administrar los fondos públicos de salud. A su vez, las compañías proveedoras dan coimas a las compañías de seguros para ser los elegidos.
5. Las ganancias de estas compañías intermediarias provienen de dos fuentes:
 - a. Pagando menos a los trabajadores de la salud. Se les recorta el salario a médicos, enfermeras, técnicos, paramédicos, administrativos y trabajadores manuales. No se les brinda seguro social ni se contempla el riesgo profesional. Se les paga a destajo por su trabajo, se obvian las vacaciones proporcionales, sus días libres y pre-avisos.
 - b. Dando cada vez menos servicios de salud y cubriendo menos enfermedades y sacrificando la calidad de los insumos, medicamentos y equipos para gastar menos en salud. En pocas palabras, sacrificando al pueblo y dejando morir a muchos por no tener cobertura.

Esta aberración se puede resumir en 5 puntos:

1. Se creó la “cartera de enfermedades”, que significa que de las 10,000 enfermedades humanas se especifica una lista de exclusiones, como en los seguros privados.
2. Se creó la “cartera de servicios”, que significa que incluso para una enfermedad cubierta, hay una serie de servicios que no están cubiertos, porque no se tiene derecho o porque no lo oferta el sistema público de salud. Tal como en los

seguros privados.

3. Se creó la figura del “co-pago”. Es decir, aunque la enfermedad está cubierta y los servicios necesarios están cubiertos, hay que hacer un aporte o pago adicional por cada uno de ellos, como en los seguros privados. Se legitima por ley el “gasto de bolsillo” en salud, que empobrece más a las capas medias y a los trabajadores.
4. Se crearon 6 categorías de ciudadanos, de acuerdo a lo que cada uno aporta o puede aportar mensualmente para salud:
 - a. Personas con ingresos definidos como de extrema pobreza (15 por ciento de la población).
 - b. Personas dentro del rango de pobreza (40 por ciento).
 - c. Personas apenas por encima de la línea de pobreza (20 por ciento).
 - d. Personas de las capas medias que tienen otros medios de ingresos (12 por ciento).
 - e. Personas solventes por participar en compañías de diferentes áreas de la economía (10 por ciento).
 - f. Ricos, etc. (3 por ciento).
5. En Colombia y otros países, no sólo se “privatizó la medicina pública” sino que también se “socializó la medicina privada”:
 - a. La población empobrecida por el “gasto de bolsillo” creciente, cada vez tuvo menos para comprar servicios en el sector privado.
 - b. Las compañías de seguro que pagaban 50 pesos (en Colombia) por cirugía cesárea en el sector público (con jugosas ganancias por lo ahorrado), al fortalecerse y empezar a construir monopolios, recapacitan ¿porqué pagar tanto (1,200.00 pesos) en el sector privado? si son los mismos trabajadores (médicos, enfermeras, técnicos) y se impusieron honorarios cada vez más bajos.

Las consecuencias sociales en salud han sido nefastas en toda América Latina como lo muestran algunos estudios de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas⁸ y del Centro de Estudios Públicos de Chile.⁹

III. La reforma propuesta en Panamá: Sistema público unificado de salud (SPUS)

Las autoridades de salud han difundido en 2008 la idea de que sus objetivos de salud incluyen universalidad, cobertura total y oportuna, solidaridad y calidad, calidez humana.

La concatenación de acontecimientos es más que demostrativa del verdadero interés:

1. En vez de separar a los altos funcionarios de la salud ante la tragedia del dietilenglicol, cumplir las leyes existentes y reorganizar los procesos de salud para evitar que vuelva a suceder, las autoridades promueven una reforma con elementos de la agenda pendiente de compromisos adquiridos con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
2. En 1997, el Gobierno, con el apoyo del BID, promulgó la ley que creó la Coordinadora Nacional de Salud (CONSALUD)¹⁰ y la ley del Hospital Integrado San Miguel Arcángel (HISMA)¹¹. El modelo de externalización de servicios a través de las 16 compañías que funcionan en el HISMA tiene las siguientes características:
 - a. Violando la misma ley, se contrataron compañías privadas con fines de lucro y no las ONG que estipula la ley.
 - b. Se entregó el presupuesto público de 13 millones de balboas (6.5 de la CSS y 6.5 del MINSA) a un patronato (embrión de una compañía privada o compañía aseguradora) que, a su vez, sub-contrató a 16 compañías privadas para proveer los servicios (privatización).
 - c. Las ganancias provienen del pago a destajo que se hace a los médicos y a los demás trabajadores de la salud. El gobierno actual y sus altos funcionarios se “escandalizan” cuando en la Mesa de Salud del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) “se enteran” que no se les paga seguro social ni riesgos profesionales a los trabajadores de la mayoría de las 16 empresas.
 - d. El MINSA no pagó a tiempo su parte, por lo cual tienen demandas por meses de atraso en los pagos a las empresas.
 - e. En los inicios de este gobierno, se dejó para el final el pago a una compañía cercana a un partido opositor.
 - f. Existen demandas por mala práctica, por no atender a pacientes que llegaron graves o que se agravaron en sus instalaciones.
 - g. Existen 18 distorsiones, además de las mencionadas, re-

lacionadas a procedimientos tasados como más costosos para poder facturar más por las compañías de proveedores.

3. En 2002 para la creación del modelo Paquete Integral de Servicios de Salud (PAISS), de corte neoliberal,¹² con un costo de 50 millones de dólares pagados por los contribuyentes, nos volvieron a comprometer con la reforma en salud.
4. Se otorgaron préstamos para el programa de organizaciones externalizadas de servicios – privadas- (OES) para las comarcas indígenas, dejando de lado el programa FOGI, público, más completo en su cobertura.
5. Entre 2000 y 2007, los gobiernos disminuyeron los fondos destinados al MINSA (cuadros 1 y 2).
6. El primer borrador de ley que se presentó a los garantes el 4 de diciembre de 2006 hablaba de concesionar los servicios a compañías no gubernamentales, mercantiles, y “no sin fines de lucro”. Un sector de los garantes rechazó esta opción privatizadora y recomendó que el modelo CONSALUD debe desaparecer. La reacción fue crear el “Diálogo 2” del PNUD y proponer un sistema único de salud.
7. El borrador de ley que presentó el gobierno en noviembre de 2007,¹³ propuso recortar todos los derechos anteriores de los trabajadores de la salud.
8. El nuevo reglamento de la CSS, que actualmente se debate en su Junta directiva, intenta eliminar el derecho a huelga de los trabajadores de la salud.
9. A pesar de que el Gobierno concertó con la COMENENAL, dentro del acuerdo de levantamiento del paro, no privatizar, ni externalizar, ni terciarizar, ni otorgar en concesiones administrativas los servicios públicos de salud, ni sinónimos ni similares,¹⁴ los últimos 3 conceptos no aparecen en el anteproyecto de ley de la reforma del servicio público de salud.
10. El financiamiento, elemento sin el cual todo lo demás será letra muerta, no ha sido adecuadamente estructurado ni garantizado en el borrador de ley, dejando la puerta abierta para recostar sobre la CSS los gastos de la salud pública.
11. En 2007, cuando en Colón se necesitó dar mantenimien-

to a los quirófanos, se licitó este servicio y lo ganó un hospital que estaba intervenido por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Rápidamente, agilizaron el desenlace del pleito para declararlo quebrado e insubsistente para que asumiera su lugar el segundo postor, un hospital con socios en altas esferas del gobierno.

12. Desde 2007 se alquilan las máquinas de anestesia que se usan en los hospitales de la CSS descartando máquinas que aún estaban en uso y generando así un negocio para los dueños de una empresa.
13. El 24 de junio de 2008, *El Siglo* publicó un acuerdo entre el MINSA y la Fundación Carso del multimillonario mexicano Carlos Slim. Por Panamá el acuerdo lo suscribió la Ministra de Salud y la primera dama de la República como testigo de honor.¹⁶ El Instituto Carso tiene un “modelo de franquicias de centros de salud” (Espacios Casalud), “especialmente en aquellos modelos dirigidos a las áreas rurales de difícil acceso.”¹⁷

IV. Los modelos sanitarios

Como ha puntualizado el Dr. Ramón Ramón, un modelo sanitario es el conjunto de criterios o fundamentos doctrinales en los que están cimentados los sistemas sanitarios. Son el resultado de un largo desarrollo histórico. No se aplican estrictamente y aunque prevalezcan las características de uno de ellos, recogen algo de otros modelos.¹⁸

Las características de los principales modelos sanitarios en el mundo son:

1. Modelo Bismarck, inspirado en la legislación social de Alemania de 1883, se caracteriza por una financiación mediante cuotas obligatorias pagadas por las empresas y los trabajadores a unos fondos públicos, gestionados por representantes de los asegurados. La población que no tiene acceso a este tipo de fondos, puede tener cobertura mediante el sistema impositivo o a través de los seguros privados. Los profesionales son retribuidos mediante acto médico y las instituciones hospitalarias reciben un presupuesto global.
2. Modelo Beveridge, inspirado en el informe Beveridge, de 1942, al parlamento inglés, que formalizó la organización

adoptada por Suecia en la década de 1930.

Este modelo se distingue por tener una financiación pública a través de impuestos y mediante presupuestos estatales, control parlamentario, *libertad de acceso de toda la población*, gestión y frecuentemente prestación de los servicios de salud por parte de empleados públicos, profesionales sanitarios asalariados o retribuidos mediante capitación, presupuesto global limitado para las instituciones hospitalarias, propiedad estatal de los medios de producción, aunque existe un sector privado.

3. Modelo Semashko, instaurado en los países ex-socialistas. Este modelo se realiza con cargo a los presupuestos del Estado. Se caracteriza por un acceso libre y gratuito para toda la población, un control gubernamental mediante un sistema de planificación central, empleados retribuidos mediante salario y un sector privado prácticamente inexistente.
4. Modelo público unificado, el Estado financia y suministra servicios de salud directamente a través de un sistema único integrado verticalmente. En Cuba y Costa Rica cumplen muchas de estas premisas.
5. Modelo segmentado, es el modelo más frecuentemente utilizado en América Latina. Se hace distinción entre los grupos pobres y la población con capacidad de pago. Este último grupo se divide en dos: los que trabajan en el sector formal y están cubiertos por instituciones de seguridad social y las capas medias y altas cuyas necesidades de salud son atendidas por el sector privado, mediante financiación con recursos propios a través de seguros o planes privados prepagados.
Los ministerios de salud se encargan de suministrar servicios a los pobres, además de la responsabilidad para con toda la población. Cada segmento institucional (MINSA, Seguridad Social y sector privado), desempeña las funciones antes descritas para cada grupo específico, lo que genera duplicación de funciones, desperdicio de recursos, diferencias importantes de calidad entre los diversos segmentos de la población. Todo esto trae como consecuencia la inequidad. Es el modelo actual vigente en Panamá.
6. Modelo privado atomizado, en este modelo la financiación se lleva a cabo, ya sea por medio de desembolsos del bolsillo

de los consumidores o mediante múltiples agencias de seguros privados, los cuales les reembolsan a los distintos proveedores de servicios. En este modelo se presentan dos modalidades:

- a. Mercado libre, en este caso, la mayoría del gasto en salud es privado, en un entorno desregulado con niveles de aseguramiento o pre-pago. Aunque existe libertad de elección, las diferencias de grados de acceso financiero generan un mercado privado segmentado que excluye a la gran mayoría de la población, lo que trae como consecuencia ineficiencias globales en el sistema de salud e inequidad.
 - b) Modalidad corporativista, se caracteriza por la segregación de diferentes grupos ocupacionales en los fondos de enfermedad exclusivos, no competitivos. Este modelo fue frecuente en Latinoamérica, actualmente prevalece en Argentina.
7. Modelo de contrato público, en el que el financiamiento público se combina con una creciente participación privada en la provisión de los servicios de salud, mediante la contratación de servicios. Los proveedores encuentran más oportunidades para la autonomía y la competencia. El presupuesto público global se asigna a un conjunto plural de proveedores en función de ciertos criterios de productividad y calidad. Sin embargo, este modelo conduce a la fragmentación de la provisión y complica el control de la calidad y los costos. Un ejemplo de este modelo lo tuvo Brasil y en Panamá se creó el HISMA. Es la punta de avanzada de la privatización de la salud, su primer escalón.
8. Pluralismo estructurado, es un modelo que intenta encontrar un punto medio entre los dos polos en los que han funcionado los sistemas de salud. Evita el monopolio en el sector público y la atomización del sector privado, y pretende obviar los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas para evitar las fallas del mercado. El sistema ya no estaría organizado por grupos sociales sino por funciones. En este modelo, la regulación se convierte en la principal misión de los ministerios de salud encargados de la conducción estratégica, en lugar de ser un proveedor más de servicios de salud. La financiación se

convierte en la responsabilidad principal de la seguridad social y pretende ampliarse gradualmente a fin de alcanzar una protección universal, guiada por principios de finanzas públicas.

V. Principios de la COMENENAL para la atención en salud

Para la Comisión Médica Nacional (COMENENAL) la atención en salud debe ser:

1. *De esencia pública*: En su rectoría, financiación y provisión de servicios. Es decir, pública – pública – pública. Se acepta la compra de insumos al sector privado y compra de algunos servicios sólo en casos extraordinarios, cuando el sistema no cuente con ellos y prime el concepto de salvar la vida humana o salvaguardar su salud.
2. Considera indivisibles el sistema sanitario y el sistema de atención en salud.
3. Cobertura con *acceso universal*: Cada ciudadano tiene derecho y debe ser atendido de acuerdo a su necesidad y no a su capacidad económica.
4. *Equidad*: todos, en Panamá, deben atenderse en unidades ejecutoras que tengan igual equipamiento y capacidad de respuesta a iguales niveles de complejidad y de atención.
5. Una *reforma profunda e integral*: Para poder cumplir con los postulados anteriores.
 - a. *Gradualidad de los cambios*: Con base en la experiencia mundial los cambios deben darse a lo largo de varios años (5 o 10) e incluso de varios gobiernos.
6. *Coordinación interinstitucional* transitoria: Si bien concordamos en que un sistema público de salud que cumpla con los postulados anteriores debe ser *único*, consideramos que por las particularidades actuales en Panamá, el paso inicial debe ser a través de una comisión coordinadora del servicio de salud pública, con fondos inicialmente autónomos.
 - a. El reto fundamental de esta coordinación interinstitucional es la realización de un verdadero *estudio diagnóstico* completo que incluya no sólo un censo de planta, equipo y recursos humanos, y el censo de la demanda, la oferta, cantidad de procesos y productos e impactos sino, tam-

bién, de las múltiples *distorsiones* que aquejan a los dos subsistemas. Este estudio debe ser global, por región e institución.

- b. Este estudio daría paso a la *verdadera hoja de ruta crítica*, que corregiría las múltiples distorsiones mencionadas e incluiría un cronograma de los cambios.
7. *El Estado es el responsable del 100 por cien de la salud* y no puede delegar esta responsabilidad ni recargar al subsistema contributivo de seguridad social (CSS).
8. *Financiación solidaria*: lo que verdaderamente define a cualquier modelo de sistema de salud es la forma y cuantía de la financiación. Un sistema público de salud único (SPSU) sólo puede ser real si se financia a través de un único "impuesto para la salud".
 - a. La financiación solidaria implica que los que más ganan aportan proporcionalmente más a los fondos del sistema, evitando las distorsiones contenidas en la Ley 51 que disminuyó relativamente la cotización de algunos grupos que más ganan.¹⁹
 - b. Si bien los recursos son finitos y deben ser plasmados en base a un presupuesto, el presupuesto en salud es equivalente al costo de la capacidad total disponible, maximizada, pues es predecible que la demanda siempre sea superior.
9. *Despolitización* del SPS: Este punto crucial implica que todos los cargos de mando sean elegidos por concursos imparciales que midan sólo la calificación y capacidad de los aspirantes. Implica también que todas las decisiones administrativas y operativas deben ser técnicas y no político-partidista, teniendo como meta sólo la *eficiencia* de los procesos, la *eficacia* de los productos y sobretodo *la efectividad de los impactos*.
10. *Preservación de los derechos laborales* de todos los trabajadores de la salud.

VI. Pasos para mejorar el financiamiento del sistema público de salud de Panamá

Sólo tres organizaciones de cuarenta que participaron en la mesa de Salud del PNUD presentaron una propuesta financiera en 2007.

La COMENENAL calculó necesario aumentar el gasto en salud a 1,400 millones de balboas anuales para 2011. Se basó en 3 pasos:

1. Equiparar el *per cápita* del MINSA al de la CSS (de 170 a 240 balboas anuales).
2. Que el gobierno asuma al menos el 50 por ciento del gasto de los beneficiarios de la CSS porque ellos no son trabajadores cotizantes. (Se crea un nuevo *per cápita* de 339 balboas).
3. Aumentar el *per cápita* al nivel de un país de medianos ingresos, es decir 400 balboas por persona por año. (Al valor del dólar de mayo de 2007).

La CSS por intermedio de la Dra. Elzevir de Castellero calculó que para hacer realidad la reforma del modelo del sistema ya acordado se necesitaban 1,200 millones de dólares anuales para 2012. El gobierno jamás estuvo dispuesto a honrar dichas cifras, aunque la COMENENAL manifestó que podía considerarlas aceptables bajo ciertos conceptos y compromisos serios del Gobierno.

Finalmente, no es casual que, en la actualidad, los demócratas en EE.UU. tengan como plataforma política un sistema universal de seguridad social en contra del modelo neoliberal del *Managed competition* y del pluralismo estructurado.²⁰

Notas

1. Williamson, John, "What Washington Means by Policy Reform", en Williamson, John (ed.): *Latin American Readjustment: How Much has Happened*, Washington: Institute for International Economics, 1989.
2. Santillán C., "Impacto de la reforma en salud en el Perú sobre el acto médico", *Paedriática*, 2002, 4, N° 2, Oct. 2001 - Mar. 2002.
3. Illueca, J.E., F. Manfredo Jr., J. Manduley y E. Illueca, *Segundo informe al país. Nuestro Canal: Una ampliación innecesaria y riesgosa ahora o una alternativa de desarrollo nacional propio para todos*, 2 de octubre de 2006, <http://www.suntraccs.org/v2/media/Segundo%20Informe%20Ampliación%20al%20Canal.pdf> pág. 10.
4. Contraloría General de la República, <http://www.contraloria.gob.pa/dec/>
5. "Managed competition", http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/12/suppl_1/24
6. "Pluralismo Estructurado", <http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubWP-353.pdf>
7. Brito Q., P., "Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los

- recursos humanos y la gestión laboral. *Rev Panam Salud Pública*/(Pan Am J Public Health) 8(1/2), 2000.
8. Homedes N., Ugalde A. *Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica*. *Gac Sanit* 2002;16 (1):54-6.
 9. Lehmann S-B C. www.cepchile.cl on line. Centro de Estudios Públicos de Chile, agosto 2002:261.
 10. Ley No 27 (de 1° de mayo de 1998), “Por la que se autoriza la creación y organización de la empresa de utilidad pública Coordinadora Nacional de Salud, y se dictan normas con relación a esta empresa”. *Gaceta Oficial* No 23,535, 5 de mayo de 1998.
 11. Ley No 28 (de 1° de mayo de 1998), “Por la cual se crea y se organiza el Patronato del Hospital San Miguel Arcángel y se dictan disposiciones relativas a la administración de este hospital”, *Gaceta Oficial* No 23,540, 12 de mayo de 1998.
 12. Resolución DE-67/01. “Proyecto contrato de préstamo No. 1350/OC-PN”, entre la República de Panamá y el Banco Interamericano de Desarrollo. Programa Multifase de Transformación Institucional del Sector Salud-Fase I. 8 de marzo de 2002. RGII-PN184”.
 13. Borrador de ley “Por medio de la cual se crea el sistema público unificado de salud y se dictan otras disposiciones”. *La Prensa*, 21 de nov. 2007.
 14. Acuerdo (de 14 de diciembre de 2007) entre el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y los médicos y odontólogos al servicio del Estado agremiados dentro de la Comisión Médica Negociadora Nacional. No 26044 *Gaceta Oficial Digital*, miércoles 21 de mayo de 2008.
 15. Borrador de anteproyecto de ley para la transformación del Sistema Público de Salud. Mesa de Salud. *Critica*, 18 de junio 2008, http://www.ops-oms.org.pa/alsps/doc/Propuesta_final.pdf .
 16. México y Panamá fortalecerán sistemas de salud en áreas rurales *El Siglo*, 24 de junio de 2008.
 17. Fundación Carso, <http://www.salud.carso.org/index01.html> , http://www.lostiempos.com/noticias/23-01-08/23_01_08_ultimas_vyf16.php .
 18. Ramón R., C. Quintero, F. Díaz Mérida, J.A. Osorio, “Marco conceptual de COMENENAL para la reforma al sistema de salud en Panamá”. Mesa de Salud, Diálogo del PNUD, 7 de mayo de 2007.
 19. Ley N° 51 (de 27 de diciembre de 2005) “Que reforma la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social y dicta otras disposiciones” *Gaceta Oficial*, miércoles 28 de diciembre de 2005, N° 25,453.
 20. Michel Moore, película *Sicko*, nominada al Oscar como el mejor documental, febrero 2008.

ENTREVISTA

UN ENCUENTRO CON JOSÉ RENÁN ESQUIVEL*

Kurt Dillon y Jorge Ventocilla**

*“La medicina es una ciencia social,
y la política no es más que la medicina en gran escala.
Los médicos son los abogados naturales de los pobres
y los problemas sociales deben ser, en gran parte,
resueltos por ellos.”*
Rudolf Virchow***

Yo le voy a decir algo a ustedes: fue mi madre quien influyó definitivamente en mi formación. Decía ella que había que trabajar con la gente, los campesinos, con la gente más humilde. Y había que estar cerca y ayudarles a que pudieran mejorar...

Así empezó nuestra larga conversación con José Renán Esquivel, allá en Bajo Mono, Boquete; su refugio, su descanso entre cafetales. En esta crónica compartimos parte de nues

*Entrevista efectuada en Bajo Mono, Boquete, el 25 y 26 de enero 2008.
**Arquitecto y biólogo, respectivamente. Miembros del Comité directivo del CELA.

***Médico patólogo alemán(1821-1902), conocido como el fundador de la medicina social.