

INDICE
Panamá, septiembre - diciembre 2008**SALUD**

| | | |
|--------------------|--|-----------|
| Francisco Díaz M. | Crítica a la concepción de los modelos de atención en salud en Panamá | 5 |
| Vicente Navarro | ¿Qué es una política nacional de salud? | 39 |
| Julio A. Osorio B. | La salud ¿Un bien social o un buen negocio? | 59 |

ENTREVISTA

| | | |
|-----------------------------------|---|-----------|
| Kurt Dillon y Jorge Ventocilla | Un encuentro con José Renán Esquivel | 75 |
|-----------------------------------|---|-----------|

HOMENAJE

| | | |
|--------------|---------------------------------------|-----------|
| Mario Amorós | Salvador Allende ante el mundo | 85 |
|--------------|---------------------------------------|-----------|

NUESTRA AMERICA

| | | |
|----------------------|--|------------|
| Alvaro García Linera | Marxismo e indianismo | 107 |
| Héctor Alimonda | ¿Una ecología política en la revista <i>Amauta</i>? | 121 |

TAREAS SOBRE LA MARCHA

| | | |
|----------------------|--|------------|
| Theotonio Dos Santos | André Gunder Frank | 139 |
| Relator especial ONU | Violación de derechos humanos en Bocas del Toro | 143 |

Presentación

CELA

“Justo Arosemena”
Apartado 0823-01959
Panamá, R. de Panamá

Comité directivo: Marco A. Gandásegui, h., Carmen A. Miró G., Miguel A. Candanedo, Kurt Dillon E. y Jorge Ventocilla. **Secretaría administrativa:** Gabriela Rodríguez F. **Publicaciones:** Valeria Neumann G. y Enrique Chuez. **Documentación:** Azael Carrera, Samuel Pinto y Deilys Avilés. **Investigadores asociados:** Enoch Adames M., Hildebrando Araica A., Magela Cabrera A., Juana Camargo, Azael Carrera, Alfredo Castellero C., Dídimo Castillo, Janio Castillo C., Bolívar Franco R., Françoise Guionneau, Ligia Herrera J., Juan Jované, Edwin Land, Raúl Leis, Gerardo Maloney, Luis Pulido R., George Priestley y Alvaro Uribe.

Teléfono: 223-0028
Fax: 269-2032

cela@cableonda.net
www.clacso.org.ar/cela

Los primeros ocho meses de 2008 resultaron muy difíciles para el gobierno nacional. Más aún, para los distintos sectores sociales del país la situación fue incluso peor. La inflación continuó golpeando la calidad de vida de los trabajadores y de los sectores populares. Además, la política neoliberal recortó los servicios de salud, de educación y de seguridad social. Para colmo, los servicios de transporte público se encuentran a punto de colapsar. El sector empresarial tampoco se salvó de la crisis. La tasa de crecimiento de las actividades asociadas con el comercio marítimo (Canal de Panamá) tiende a disminuir. La burbuja inmobiliaria sigue avanzando bajo la mirada de un gobierno indolente que no toma medidas para evitar la crisis anunciada.

A los problemas sociales y económicos de los sectores populares se agregaron los proyectos de decretos-ley que pretenden legalizar la represión contra quienes protestan. La legislación del Ejecutivo quiere crear un aparato de seguridad e inteligencia emulando a EEUU. Entre los problemas que ocupan las posiciones prioritarias de la agenda, se encuentra el de la salud. Hay una línea muy clara entre la pequeña minoría que defiende las políticas de privatización y, del otro lado, la gran mayoría de los panameños que lucha por un plan de salud basado en los recursos del país.

En este número 130 de la revista *Tareas* se ha hecho un esfuerzo para someter a discusión la situación de la salud en el país. Ésta se inicia con un trabajo del salubrista público y médico, Francisco Díaz Mérida. Con un acumulado de 30 años al servicio en la Caja de Seguro Social (CSS), Díaz M. presenta una visión de la crisis del sector de salud resultado de las políticas de ajuste neoliberales. Recomienda una revisión de las políticas equivocadas.

Tareas también trae a sus páginas al salubrista Vicente Navarro quien presenta un trabajo sobre las modalidades para organizar un programa de salud nacional. La salud pública, dice Navarro, tiene como objetivo garantizar una población en óptimas condiciones para producir las riquezas que requiere un país, en un marco de bienestar material y cultural.

En años recientes se ha querido construir modelos de salud

pública que facilitan la generación de ganancias para los sectores empresariales. Sobre este problema conflictivo, Julio Osorio, médico y dirigente de COMENENAL, aporta un artículo que analiza la coyuntura panameña y las luchas en defensa de la seguridad social de los trabajadores.

Tareas también se propuso llevar a sus lectores un mensaje de José Renán Esquivel, el salubrista público más destacado de Panamá. Kurt Dillon y Jorge Ventocilla, miembros del Comité Directivo del CELA, se sentaron a conversar con Esquivel y se produjo un documento de incalculable valor. El eje central del mismo destaca el compromiso social que debe tener el trabajador de la salud.

En honor a su centenario, la portada de este número de *Tareas* es ilustrada por una foto de Salvador Allende, fallecido a raíz del golpe de Estado perpetrado por los militares en Chile, hace 35 años. Allende encarna el compromiso social del médico y de todo ser humano que lucha por una mejor sociedad. Mario Amorós presenta una síntesis biográfica de Allende, el médico, el socialista, el presidente de Chile, el mártir cuyo sacrificio abrirá las grandes alamedas por donde avanzarán los nuevos hombres y mujeres libres latinoamericanos.

En la sección Nuestra América, *Tareas* presenta una conferencia del vicepresidente de Bolivia, Álvaro García Linera, quien analiza la relación entre el pensamiento marxista y las teorías surgidas de las experiencias indígenas en Los Andes. El trabajo de García Linera representa un aporte significativo al mejor conocimiento de los problemas actuales y, además, a la comprensión de los avances de las transformaciones sociales que caracterizan a Bolivia.

Héctor Alimonda aborda la cuestión ambiental en la obra de Mariátegui, el pensador marxista latinoamericano más destacado de la primera mitad del siglo XX. Alimonda revisa la teoría ecológica del pensador peruano dándole seguimiento a sus publicaciones en la revista *Amauta*.

La sección cierra con un artículo-homenaje a la memoria de André G. Frank, preparado por Theotonio dos Santos. Ambos mantuvieron una relación de trabajo y amistad por casi 50 años y han contribuido de manera significativa a la teoría de la dependencia.

En *Tareas* sobre la Marcha se reproduce un comunicado del Relator especial de la ONU sobre Asuntos Indígenas denunciando la persecución de comunidades del pueblo Ngobe, en la provincia de Bocas del Toro, por una empresa extranjera interesada en construir una represa hidroeléctrica.

SALUD

CRÍTICA A LA CONCEPCIÓN DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD EN PANAMÁ*

Francisco Díaz Mérida**

Mientras la creación y el mantenimiento de unas condiciones de vida decentes para todas las personas no sean reconocidos como una obligación natural por todos los pueblos y países -mientras tanto- no podremos hablar, con un cierto grado de justificación, de una humanidad civilizada.
Albert Einstein, 1945.

1. Introducción

Henderson en el documento *La salud pública más allá del año 2000*¹ se pregunta “¿es la salud pública una parte de la medicina? Según el autor “tradicionalmente, la mayoría de los programas de salud se han configurado y administrado como dos actividades independientes: una, relacionada con la medicina curativa y la otra con las actividades de salud pública. Basándose en el razonamiento lógico de que, al fin y al cabo, el objetivo de ambas actividades es la salud y el bienestar de la sociedad en su totalidad, los funcionarios de salud han realizado esfuerzos periódicos por fusionar las dos actividades y, en la mayoría de los casos, le han asignado las res-

*En este número, por razones de espacio, *Tareas* presenta sólo la primera parte del artículo original.

**Médico, salubrista público.

ponsabilidades de salud pública a los médicos que están a cargo de los programas de atención curativa”. Prosigue afirmando que, entonces, “no es sorprendente que los resultados hayan sido decepcionantes”. Los fracasos para crear un sistema de salud unitario, capaz de reunir armónicamente a los programas curativos y de salud pública en forma efectiva, se deben, según este autor, a la falta de comprensión sobre la naturaleza diferente de ambas actividades.

Nadie puede negar que la salud pública y la medicina curativa, tal como las conocemos en el presente, pudieron alcanzar su desarrollo actual únicamente a partir de los numerosos puentes prácticos y conceptuales que establecieron a lo largo de su historia. Empero, aceptar que ambas disciplinas han estado siempre estrechamente ligadas no implica que, necesariamente, alguna de ellas sea o haya sido parte de la otra. En apoyo de esta hipótesis pueden esgrimirse algunos datos históricos. El esfuerzo de la sociedad por desarrollar instrumentos capaces de salvaguardar la salud de sus miembros ha seguido dos estrategias, esencialmente distintas, a través de su historia: por un lado, se encuentra el desarrollo de una práctica y un saber basados en la atención de los enfermos, con el propósito explícito de restablecer en ellos aquellas condiciones anatómicas y funcionales cuya presencia es reconocida socialmente como salud y cuya pérdida llamamos enfermedad. Por definición, esta estrategia trabaja con el enfermo y su principal objeto de estudio es la enfermedad. Este objeto de estudio determina la lógica de su desarrollo y el conjunto de métodos y técnicas que debe desplegar para su estudio.

En resumen, el saber de la medicina es un saber sobre la enfermedad y su ámbito de acción es la persona enferma; esta precisa delimitación metodológica y conceptual ha sido probablemente una de las razones del enorme éxito de la medicina para contender con su objeto de transformación. La segunda estrategia, por su parte, está orientada a dotar a todos los miembros de la sociedad de aquellas condiciones capaces de salvaguardar su salud antes de que ésta se pierda. Esta provisión de condiciones de protección (que se despliega principalmente desde las estructuras administrativa, política y económica de la sociedad), constituye lo que tradicionalmente se ha llamado salud pública. En este caso, el objeto de

estudio no es la enfermedad, sino la salud considerada como un fenómeno colectivo, y el espacio de las acciones desplegadas se encuentra en el ámbito poblacional”. Esta disyuntiva entre salud pública y medicina curativa ha sido la espada de Damocles del sistema público de salud del país, en cuanto que si es bien cierto se han hecho avances importantes en el terreno de la salud pública en términos globales no lo ha sido así localmente. Las asimetrías y desigualdades en salud preventiva como curativa son enormes entre las diferentes regiones del país y dentro de las mismas. En este escenario el peso mayor del gasto público en salud ha sido orientado a las instalaciones de salud de mediana y alta complejidad (policlínicas, centros de salud, hospitales) a expensas de las instalaciones para los pobres y desfavorecidos socialmente. En efecto, a pesar de que la estrategia de atención primaria definida en Alma-Ata (1978) se sustenta en una visión holística de salud, desde la década de 1980 se desarrolló una práctica sanitaria basada en la concepción de “atención primaria primitiva” o “atención primaria para pobres”.² En el primer caso, el autor indica que “la contextualización de la atención primaria de salud está dada, en primera instancia, por el sistema de salud en que se encuentra inserta. Ese sistema es el que concreta la significación de dicha atención en el nivel de la organización sectorial: es decir, la atención primaria de salud puede tener un significado concreto, el que le otorga su inserción en un sistema de salud o tener un significado abstracto, que corresponde a su definición ideológica con una propuesta aislada tal como se ha tratado de vender en el país por el Ministerio de Salud (MINSAL) y la Caja de Seguro Social (CSS) desde hace más de 20 años. La clave del problema descansa en la calidad de la atención para evitar errores diagnósticos y terapéuticos. Si se entiende la atención primaria como la puerta de entrada al sistema de servicios de salud (del enfermo o del sano) las funciones a desarrollar en este nivel debe ser dada por personal de alta calificación para lo cual existen diversas opciones organizativas.

En un país como Panamá con un sistema de salud diferenciado que privilegia a los sectores socialmente más favorecidos (basta pensar dónde se concentran los recursos humanos tecnológicos e instalaciones) la atención primaria se

transforma en un mecanismo de focalización para los menos favorecidos sobre la base de dos consideraciones fundamentales:

1. El diseño de una atención primaria como forma de disminuir el gasto social para la salud aunque ello signifique ineficiencias en el sistema³ y
2. El uso de recursos menos especializados

En el contexto actual, lo anterior explica, porque de las 837 instalaciones de salud existentes en el país (2005), 520 corresponden a subcentros y puestos de salud. Es decir, el 62 por ciento del total de las mismas. Estas instalaciones funcionan con recursos humanos de baja calificación y de baja tecnología sanitaria y corresponden al único servicio disponible para dichas poblaciones. El autor concluye que la diferencia sustantiva entre “atención primaria y la atención primitiva está dada por el derecho real del usuario de acceder a toda la red asistencial”, lo cual implica la dotación presupuestaria requerida. No es casual el desarrollo de los Programas de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS) mediante las opciones privatizadoras de las organizaciones extrainstitucionales (OEI) responsables de lo acontecido en Chirú (comarca Ngöbe Buglé) en 2007. Cabe destacar que en dicha comarca el 88 por ciento de las instalaciones de salud corresponden a la atención primitiva.

Los problemas que afectan al sistema de salud del país datan de más de 50 años como resultado de la incapacidad del mismo, de adaptarse a los cambios que ocurren desde el punto de vista demográfico y epidemiológico pero sobre todo de lo que ocurre en la base de la economía de la sociedad y en el mundo. Ello ha conducido a que en muchas ocasiones se planteen modelos de salud que han fracasado en otros países (como cobertura y prestaciones) o se recurra a modelos de atención que en su momento correspondían a un avance cualitativo en las prestaciones en salud pero que en la actualidad están desfasadas en sus contenidos programáticos. Por otro lado, se han planteado diversas opciones para la organización de las prestaciones en salud que van desde la óptica privatizadora oculta hasta las formas más ostensibles de este proceso,

pasando por los intentos de colapsar la CSS. En efecto se ha planteado y se sigue planteando que la CSS asuma la responsabilidad de la atención de toda la población panameña y el MINSA como autoridad rectora de formular políticas y estrategias, supervisar hospitales y la supuesta excelencia de las prestaciones médicas. En este contexto se afirma que cada institución financiera lo que le corresponde en relación a su población, 70 por ciento la CSS y 30 por ciento el MINSA, en 2006.⁴ Sin embargo, ¿qué garantía se tiene de que el Estado pagaría sus compromisos en efectivo y no en bonos redimibles? En este último caso sería, entonces, la CSS quién asumiría esa responsabilidad financiera y cuando requiriera de efectivo el Estado respondería con más bonos redimibles. En consecuencia, esta opción conspira contra la CSS, vulnera los fondos del Programa de Enfermedad y Maternidad (PEM) y del Programa de Riesgos Profesionales (PRP) y conduciría a un traslado de funciones de producción, sobre todo la atención discrecional al sector privado de la salud, como una supuesta forma de salvar a la CSS. En otros planteamientos, se tiene como opción, a partir de premisas que son correctas pero que no compartimos sus conclusiones, un sistema mixto de salud público-privado en el que se integra el sector privado al sistema de salud público, vía licitaciones. En este último caso, hay que entender que en materia de la reforma de salud, según Sergio del Prete hay “dos corrientes de pensamiento: La corriente neoliberal y la corriente sanitaria.”^{4a}

La primera, por lo general, presiona desde el exterior al sistema de salud público y se enmarca en la economía de mercado y procura encontrar soluciones financieras y estructurales a las complejas relaciones y dinámica de la atención de salud sobre la base de los siguientes cuatro principios:

1. La administración privada de los servicios de salud
2. La libertad de mercados para las aseguradoras
3. La libre elección del individuo
4. El rol subsidiario del estado

La segunda corriente de pensamiento, visualiza la necesidad de reformar el modelo sanitario desde el reconocimiento de los problemas inherentes al sector que incluyen cam-

bios en la organización y financiamiento de la salud , sin dejar de lado el paradigma que define la salud como un proceso de construcción social permanente vinculado a la capacidad de mantener las raíces sociales y culturales de la organización sanitaria, su relación estrecha con el desarrollo económico, el crecimiento demográfico y la percepción de las demandas que surgen de la población. Este modelo denominado sanitario, procura crear un nexo coherente entre los valores sociales y la estructura y organización de las instituciones de salud. Se dirige no solo a obtener mejor eficiencia y calidad de atención, sino a vincularse estrechamente con los problemas reales y concretos de los sistemas de salud, no solo financieros, tecnológicos, organizacionales, sino a vincularse en componentes propios epidemiológicos, demográficos, sociales y culturales” En este sentido es necesario admitir que por “regla general , los países en los cuales el sistema de salud ha sido el resultado de normas liberales y autorreguladas entre un oligopolio de proveedores, por una parte, y un oligopsonio de financiadores/aseguradoras están muy lejos de la equidad”.^{4b} En este sentido es obvio que el modelo solidario basado en que los costos del cuidado de la salud sean subsidiados en forma cruzada y progresiva desde los jóvenes a los ancianos, desde los ricos a los pobres y desde los sanos a los enfermos, seguirá siendo la única manera que el estado garantice la equidad.

2. Salud pública, medicina preventiva y medicina curativa

Según Frenk⁵ cualquier proyecto para renovar la salud pública sería inútil si no partiera de un esfuerzo sistemático por precisar su significado actual y deslindarlo de concepciones obsoletas. Debido a ello intentaremos primero definir las dos caras de la salud pública: como campo de investigación y como ámbito para la acción. En el caso de la investigación propondremos una tipología y haremos una reflexión sobre la contribución de las distintas disciplinas científicas a la salud pública. También examinaremos las razones por las cuales consideramos que el término “salud pública” debe mantenerse. En efecto, siempre que se le defina con rigor, este término resulta superior a las alternativas que han propuesto otros proyectos renovadores. La actualización que hoy exige la sa-

lud pública debe ser realmente conceptual y no únicamente terminológica.

Ahora bien, un desarrollo conceptual completo no puede limitarse a las definiciones, sino que debe también abordar los modelos que han guiado a la salud pública.

Definición de salud pública

El término *salud pública* está cargado de significados ambiguos. En su historia han sido particularmente prominentes cinco connotaciones. La primera equipara el adjetivo *pública* con la acción gubernamental, esto es, el sector público. El segundo significado es un poco más amplio, pues incluye no sólo la participación del gobierno sino de la comunidad organizada, es decir, el *público*. El tercer uso identifica la salud pública con los llamados *servicios no personales de salud*, es decir, aquellos que se aplican al ambiente (por ejemplo, el saneamiento) o a la colectividad (por ejemplo, la educación de las masas de modo que acepten los programas de salud) y que por lo tanto no son apropiables por un individuo específico. El siguiente uso va un poco más allá del tercero, al cual le añade una serie de servicios personales de naturaleza preventiva dirigidos a grupos vulnerables (por ejemplo, los programas de atención materno-infantil). Por último, la expresión *problema de salud pública* se usa a menudo, sobre todo en el lenguaje común, para referirse a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad.

También existen asociaciones entre estos diferentes significados. Por ejemplo, en algunos países industrializados ha habido una tendencia a que el sector privado preste la mayor parte de los servicios terapéuticos personales, mientras que el sector público ha asumido la responsabilidad de los servicios preventivos y no personales, los cuales suelen ocuparse de problemas que se producen con alta frecuencia. Ello ha reforzado la noción de la *salud pública* como un subsistema separado de servicios, proporcionados por el Estado y paralelos a la corriente principal de la medicina curativa de alta tecnología.

¿Qué es salud pública? Esta pregunta no tiene una respuesta fácil. Diversas definiciones se han planteado para intentar especificar este concepto. Uno de los principales innovadores en el desarrollo conceptual de la salud pública fue, en

1920, C. E. Winslow.⁶ Según Winslow, la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”.

Concepto de salud pública de Winslow

La salud pública es el arte y la ciencia de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de los padecimientos transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud. Organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad.

Fuente: *Revista Salud Pública y Nutrición*, vol.2, N°1, enero-marzo 2001.

Esta concepción de Winslow:

...subordina el amplio campo de la atención médica, en una forma un tanto artificial, a la salud pública, pues la primera es básicamente un campo interdisciplinario en donde intervienen un conjunto de profesionales de distintas disciplinas y la atención médica es impartida por un conjunto homogéneo de profesionales del área de la salud altamente especializados, que manejan complejos y costosos aparatos de diagnóstico y tratamiento, auxiliados por profesionales paramédicos.

Si se siguiera la línea marcada por el concepto anterior

resultaría por demás difícil subordinar a los profesionales de la medicina, sobre todo a los superespecialistas que tienen un enfoque restringido y a veces elitista de sus respectivos campos de acción.

Estas diferencias de criterio han contribuido a la disociación de la salud pública y la atención médica, las cuales deben estar completamente coordinadas. En última instancia, la potenciación de las acciones conjuntas produce mayor beneficio a menor costo.⁷

En 1990 Milton Terris introdujo una modificación a la definición de salud pública que había formulado Winslow en 1920. Así escribió Terris:

... es necesario modificar la definición de Winslow de manera que tome en cuenta los recientes acontecimientos. He intentado hacerlo del siguiente modo: La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida, y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.⁸

Esta nueva definición incorpora la atención médica y la rehabilitación como parte de la salud pública.

La confusión y el abuso de la terminología medicalizada ha conducido a confundir la salud pública con medicina preventiva, medicina comunitaria y medicina social. A este propósito Milton Terris⁹ afirma “que los términos de salud pública y medicina social o comunitaria o preventiva no son sinónimos”. Hablar de salud pública, según el autor, es hablar de “salud” y no “medicina”. Por lo tanto la medicina es un área de la salud pública. De la misma manera distintas ramas (aunque con identidad propia) se han querido diferenciar de la salud pública tales como salud comunitaria, salud familiar y

salud de los trabajadores, cuando no son otra cosa que la expresión y aplicación de los principios de la salud pública en las comunidades, en la familia y en los centros de trabajo y trabajadores. Es necesario comprender que la medicina comunitaria, la medicina familiar y la medicina de los trabajadores o del trabajo son los equivalentes médicos de estas ramas.

La medicina preventiva es la parte de la medicina encargada de la prevención de las enfermedades basada en un conjunto de actuaciones y consejos médicos. Salvo excepciones, es muy difícil separar la medicina preventiva de la medicina curativa, porque cualquier acto médico previene una situación clínica de peor pronóstico. El campo de actuación de la medicina preventiva es mucho más restringido que el de la salud pública, en la que intervienen esfuerzos organizativos de la comunidad o los gobiernos.

La medicina preventiva se aplica en el nivel asistencial en atención especializada u hospitalaria y constituye el eje cardinal de la medicina en la estrategia de atención primaria.

Henderson¹⁰ señala:

..el desarrollo de la medicina está constituido por el progreso de un saber especial (ya sea en forma acumulativa o mediante saltos) encaminado a la atención de la enfermedad de los pacientes, considerados individualmente. El desarrollo de la salud pública, en cambio, puede resumirse como el progreso de otro saber especial, en este caso encaminado a la conservación de aquellas condiciones en las que la salud, considerada en su expresión colectiva, se encuentra protegida. Para distinguir claramente esta relación puede seguirse la separación galénica del *pathos* y el *nosos*. Mientras que la medicina curativa se encarga del estudio del *pathos* (la enfermedad de facto, es decir, la enfermedad como un evento real, asentado en un organismo biológico), la salud pública se encarga del estudio del *nosos* (es decir, la enfermedad en potencia, como posibilidad). En este caso, el objeto de estudio (la enfermedad en potencia) está ubicado no sólo en el interior sino, sobre todo, en el exterior del organismo biológico. La enfermedad en potencia es lo que actualmente llamamos riesgo, en su sentido más amplio. La salud pública no es

parte de la medicina curativa. Ambas tienen el compromiso de lograr el máximo grado posible de salud de la población y sus miembros, pero sus objetos de estudio son muy diferentes.

Según el mencionado autor:

La aparición de una autoridad sanitaria que no es propiamente una autoridad médica (y que, incluso en ocasiones, no es un médico) y que posee el carácter de autoridad social capaz de emitir un reglamento, formular una ley y tomar decisiones relativas a un campo que rebasa el cuerpo del enfermo, constituye propiamente el momento en el que se inaugura la salud pública en su sentido moderno. A partir del surgimiento de la medicina de Estado, las acciones de salud involucrarán, formalmente, todos aquellos espacios restringidos para la medicina curativa. Los campos de intervención sanitaria ahora serán mucho más que los que son propios del enfermo: la autoridad de salud pública tendrá responsabilidad sobre el aire, el agua, las construcciones, el trabajo, etc.

Debemos reconocer que existe un grave problema de salud pública en el país y que los enfoques tradicionales de la salud pública han sido superados por los cambios que se han producido en la sociedad y en el mundo. No es casual que se hayan definidos como las principales categorías de las funciones esenciales de salud pública (FESP), en el estudio Delphi de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1998, las siguientes:

- Monitoreo de la situación de salud
- Protección del ambiente
- Promoción de la salud
- Prevención, vigilancia y control de las enfermedades transmisibles
- Legislación y regulación de la salud pública
- Salud ocupacional
- Servicios de salud pública
- Gerencia de la salud pública
- Atención de poblaciones vulnerables y de alto riesgo

En nuestra opinión a tales funciones esenciales de la salud pública hay que agregarle dos más. La garantía de la medicina asistencial a toda la población y la rehabilitación de las personas con discapacidad para evitar los efectos de la discrecionalidad (modalidades de privatización) de la reforma neoliberal en salud. El enfoque de salud de la población, bien entendido y aplicado, no deja fuera de la responsabilidad estatal y de las funciones de la salud pública la función asistencial

Según el documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Las funciones esenciales de la salud pública*:

Las actuaciones en materia de salud pública se llevan a cabo sobre objetos sustantivos de su campo de actuación, tales como la salud ambiental, salud ocupacional, salud materno infantil, enfermedades crónicas, etc. La intervención en esas áreas de actuación es posible gracias a la ejecución de funciones genéricas que se aplican sobre los diversos campos de actuación específicos o programáticos. Estas funciones genéricas conforman así el núcleo de la capacidad de actuación de la salud pública. Son ejemplos de estas funciones el seguimiento del estado de salud, la vigilancia de la salud pública, la regulación y fiscalización, etc. Si las funciones esenciales son definidas adecuadamente e incluyen las capacidades requeridas para la buena práctica de la salud pública, su funcionamiento apropiado estará asegurado en todas y cada una de las áreas de trabajo.

Las funciones esenciales de la salud pública, según la OPS, tampoco toman en cuenta las dos funciones que hemos añadido anteriormente.

Funciones esenciales de la salud pública (FESP)

- FESP 1 Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud
- FESP 2 Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública

- FESP 3 Promoción de la salud
- FESP 4 Participación de los ciudadanos en la salud
- FESP 5 Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública
- FESP 6 Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública
- FESP 7 Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
- FESP 8 Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
- FESP 9 Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud
- FESP 10 Investigación en salud pública
- FESP 11 Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

Las funciones esenciales de la salud pública no son sinónimo de las prácticas sociales que afectan la salud. Las prácticas sociales configuran ámbitos mucho más amplios que el de las funciones esenciales de la salud pública y son actuaciones de toda la sociedad aunque las realicen, específicamente, unos sectores o actores particulares. En cambio, las funciones esenciales son las actuaciones de un segmento específico y funcional del sistema de salud. Sin embargo, las prácticas sociales en materia de salud y las funciones esenciales de la salud pública están íntimamente vinculadas, ya que ambas pertenecen a la sociedad y las prácticas sociales son la matriz principal para la conformación de las funciones, a la vez que éstas deben servir como instrumento para el desarrollo de aquéllas. En efecto, las funciones esenciales de la salud pública deben ser vistas e identificadas, en primer lugar, como funciones que nacen de las prácticas sociales y al mismo tiempo tienen como uno de sus fines principales promover y reforzar prácticas sociales saludables. Es decir, que integren y promuevan simultáneamente las prácticas sociales. Asimismo, uno de los fines estratégicos principales de la salud pública es, concretamente, la comprensión de las prácticas sociales y la contribución para el desarrollo

de sus beneficios para la salud. La práctica de la salud pública, a través de sus funciones esenciales, viene así a formar parte de las prácticas sociales en materia de salud, que en último término la determinan y, al mismo tiempo, están afectadas por ella.¹¹

Para cualquiera estudioso de la salud pública se hace evidente que la separación entre salud pública y provisión de servicios de salud o medicina curativa en nuestro país es una falacia, ya que desnaturaliza la primera de la cual hace parte la segunda. Cuales son las razones que se mueven en este sentido, a nuestro juicio, son las siguientes:

- Aumentar la ineficiencia e ineficacia del sistema público de salud
- Trasladar las actividades de mayor costo a la seguridad social con el objeto de lograr su colapso
- Profundizar el proceso de traslado de funciones de producción en salud del Estado al sector privado
- Producir cambios en las relaciones laborales del sector salud con miras a su abaratamiento
- Priorizar las acciones de salud individuales sobre las colectivas

Hay que destacar que dentro de las cuatro opciones ideológicas de la salud pública: 1) Médico liberal de Pareto, 2) Médico social de Marx, 3) Holístico-liberal de Weber y 4) Holístico comunitario de Durkheim, la salud pública nacional se ubica en la médico liberal de Pareto. Es decir, en la fragmentación de lo colectivo de lo individual con mayor énfasis en esta última. Esta constituye la base ideológica que, hasta la fecha, ha sustentado los modelos de atención como expresión de la salud pública nacional.

“La medicalización de la salud pública, al compartir la medicina mayoritariamente los principios del experimentalismo positivista, limita en la salud pública el uso de los enfoques que provienen tanto de las ciencias sociales (especialmente los no positivistas) como de las ciencias morales y política”.¹²

Como resultado de lo anterior, las propuestas de *modelos de atención* realizadas hasta la fecha y en incipiente desarro-

llo descansan en los llamados “médicos de cabecera” como instrumentos para la prevención secundaria ajenos a la prevención primaria, a la promoción de la salud y rompiendo todo vínculo de carácter epidemiológico con su población de cobertura.

En este escenario es imperativo destacar que a partir de la década de 1990 ha surgido una tendencia sanitaria denominada “medicina basada en la evidencia”. Según los estudios de Cochrane,¹³ se puede definir la medicina basada en la evidencia como “el intento de usar la mejor información, fruto de los metaanálisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados como base para el diseño de estrategias y guías de práctica clínica, en aras de cerrar o aminorar el vacío existente entre la teoría racionalmente demostrada y la práctica clínica intuitiva. En ocasiones la mejor información no proviene de los ensayos clínicos y hay que recogerla de estudios con menor nivel de evidencia”.¹⁴

La medicina basada en la evidencia corresponde al neopositivismo o positivismo lógico que se ha desarrollado desde el siglo XIX, cuyo impacto en la gestión sanitaria y clínica puede producir problemas de carácter ético - organizativo, ya que se privilegian “los hechos que hayan sido contrastados o hayan demostrados ser las mejores soluciones, dejando de lado las percepciones sensoriales”.¹⁵ Las críticas hacia la medicina basada en la evidencia nacen de la escuela de Francfort que señala los siguientes hechos:

- El intento de una explicación matemática de la experiencia
- La generalización de la práctica científica en la vida cotidiana
- La aplicación de conceptos éticos a unos valores que estaban determinados previamente a la toma de decisiones

No cabe la menor duda de que las críticas que nacen desde la filosofía hacia la medicina basada en la evidencia, destacan sus debilidades y la necesidad de adoptar posturas relativas de sus resultados; de suerte que se transforme en buen elemento de juicio a la hora de la gestión sanitaria y/o clínica.

Para concluir nos parece que solo armados de enfoques

epidemiológicos no tradicionales, tomando en consideración la vida cotidiana de las personas en sus distintos escenarios: el ambiente natural, el trabajo, la familia, la escuela, el ambiente social, cultural, en otras palabras los factores determinantes de la salud, estaremos en grado de intervenir para que no se produzca la enfermedad y estar de lado de la prevención sin descuidar la curación y la rehabilitación.

3. Sistema de salud y estrategia de atención primaria

El *sistema de salud* abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud.¹⁶ Es decir, el sistema de salud está integrado por todos los elementos sectoriales y extrasectoriales que pueden influir sobre la salud, incluye la totalidad de elementos o componentes del sistema social que se relacionan, en forma directa o indirecta, con la salud de la población. *Por sistema de atención sanitaria*, en cambio, entendemos las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos. En este contexto “los dispensadores de atención sanitaria suelen participar en la promoción de entornos favorables a la salud en la comunidad. *Es más, esta relación entre la función de atención a los pacientes y la función de salud pública constituye uno de los rasgos definitorios de la atención primaria.*¹⁷ En este escenario es imperativo esclarecer algunos conceptos relativos al enfoque sistémico de salud:

1. *Sistema de producción de salud*: son los mecanismos sectoriales y extrasectoriales que se combinan para que los factores determinantes de la salud logren su objetivo

2. *El sistema de atención en salud* corresponde a los componentes del sistema social que se han diferenciado, formal o informalmente, para brindar acciones de salud a una población. Está compuesto por el sistema institucional de servicios de salud, el sistema tradicional comunitario y el sistema popular

3. *El sistema de servicios de salud* como el conjunto de recursos destinados a producir y ofrecer servicios a los seres humanos, al ambiente tanto en el momento reproductivo y pro-

ductivo del ciclo vital humano, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención y recuperación y rehabilitación de la salud

4. El término de *sistema nacional de salud* varía según el país. A veces es usado como sinónimo de sistemas de servicios de salud y en otros se refiere a la parte estatal del sistema

5. *El sistema de prestaciones en salud* define las modalidades y tipo de atención que brindan los servicios de salud

La estrategia de atención primaria de salud (APS) definida en Alma-Ata (Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, efectuada en Alma-Ata, Kazajistán, en 1978) fue considerada como un instrumento válido para el aumento de cobertura poblacional y una mayor equidad sanitaria. Sin embargo, su enfoque integral se ha ido paulatinamente desintegrando para transformarse en el primer nivel de atención, prevención primaria, sin servicios básicos de salud o canasta básica de salud.

“Tal como fue propuesto en Alma-Ata, el concepto de APS tenía fuertes implicaciones sociopolíticas. Primero, apuntaba explícitamente la necesidad de una estrategia de salud integral que no sólo abasteciera de servicios de salud, sino que afrontara las causas fundamentales, *sociales, económicas y políticas de la falta de salud*. En concreto, tal como se concibió en Alma-Ata, dicha estrategia debía promover una distribución más justa de los recursos. Aunque en una forma ambivalente la APS también hacía hincapié en la estrecha relación entre salud y desarrollo en los sectores más empobrecidos de la comunidad. La Declaración de Alma-Ata también mantiene que, para plantear y llevar a la práctica de forma eficaz la APS, la participación comunitaria ha de ser fundamental.

La notable participación de los usuarios había sido un signo común de los programas basados en la comunidad que habían sido estudiados en el proceso de elaboración de la Declaración. Esta afirma que “la autoestima y la conciencia social son factores clave en el desarrollo humano” y recalca la importancia de “la participación comunitaria en la decisión de las estrategias y en planificar, poner en marcha y controlar los programas de desarrollo.

Los programas comunitarios de salud que fueron la inspiración para la APS no eran sólo iniciativas sobre salud. Formaban parte de una lucha más amplia de la gente marginada por mejorar su bienestar y sus derechos. Como tales, se encontraban a menudo con una seria oposición. Incluso, programas que no proponían de forma explícita cambios sociales en sus objetivos suponían una amenaza para los intereses creados, por su insistencia en señalar las causas originales de la falta de salud y por querer “poner primero a los últimos”. Tanto la organización comunitaria, como la forma de despertar conciencias dirigidas a ese fin, eran vistas a menudo por las autoridades locales como una fuente de problemas. Los esfuerzos de las bases para poner la salud en manos del pueblo se convirtieron en una seria amenaza no sólo para las elites y los gobiernos, sino también para la clase médica que durante largo tiempo había mantenido un poderoso monopolio del saber y de la capacidad de curar. Su aversión a abandonar este control, combinado con los procedimientos burocráticos de los gobiernos, acarreó grandes obstáculos al desarrollo de estos nuevos programas.

Ahora, casi dos décadas después de la Declaración de Alma-Ata, muchos críticos han concluido que la APS fue un *experimento que fracasó*. Otros argumentan que, en su sentido pleno, liberador, la atención primaria de salud nunca se intentó llevar a cabo. Sin embargo, el peor ataque a la APS vino desde el propio sistema internacional de salud pública. Las poderosas instituciones mundiales de salud pusieron en marcha una campaña internacional para despojar a la APS de sus componentes de más alcance, potencialmente revolucionarios, y reducirla así a un planteamiento limitado con el cual las estructuras de poder nacionales y mundiales pudieran sentirse más cómodas

Por las razones que hemos comentado, el modelo de Alma-Ata de atención primaria de salud fue atacado casi desde el principio. Este ataque surgió incluso del mismo sector de la salud pública. Ya en 1979, antes de que la crisis de la deuda y los programas de ajuste estructural fueran usados como argumento en contra, Julia A. Walsh y Kenneth S. Warren de la Fundación Rockefeller argumentaban que la versión *integral* de la atención primaria de salud (APS-I) enunciada en la de-

claración de Alma-Ata era demasiado cara y poco realista. Si se querían mejorar las estadísticas de salud, planteaban, habría que “apuntar” a los grupos de alto riesgo mediante intervenciones eficientes elegidas con mucho cuidado. Esta nueva intervención más limitada se conoce como *atención primaria de salud selectiva* (APS-S).

Este nuevo planteamiento despoja a la APS de sus conceptos clave. La insistencia en el desarrollo social y económico fue eliminada, de la misma forma que lo fue la necesidad de incluir a todos los sectores relacionados con la salud en el planteamiento de los programas. Además, desapareció la piedra angular que era la participación de las comunidades en la planificación, decisión y control de la APS. Esta versión selectiva y sin contenido político (y por tanto inofensiva) de la APS se redujo así a unas pocas intervenciones tecnológicas de alta prioridad, determinadas no por las comunidades sino por expertos internacionales en salud. De esta forma, la atención primaria de salud selectiva, fue rápidamente aceptada por gobiernos nacionales, ministros de salud y muchas de las organizaciones internacionales más grandes e importantes.¹⁸

Si se considera la Declaración de ALMA-ATA de 1978 se entiende por *atención primaria como estrategia*

la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto - responsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como el desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

Se entiende el porqué de las críticas a su actual concepción selectiva y no integral. Al confundir la atención primaria con el primer nivel de atención y vaciar sus contenidos programáticos como estrategia de salud lo que se pretende es la segmentación y diversificación de los servicios médicos y de salud según el patrón de estratificación social vigente. Es lo que Mario Testa (*Pensar en salud*) denomina la “atención primitiva” o “atención para los pobres”, según otros autores, cuyo significado expresa como diseño de la atención primaria la disminución del gasto en salud y como opción para las poblaciones menos favorecidas. Esta es la razón de las denominadas canastas básicas de prestaciones o paquetes de servicios de salud (PAISS) que se plantean en el Programa Multifásico (PN-0076) firmado por el Ministerio de Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y que se constituyen en parte integrante de los planteamientos relativos a la integración de los servicios de salud. Por otro lado, en el lenguaje del Banco Mundial este planteamiento implica servicios clínicos esenciales para las poblaciones menos favorecidas. De suerte que los servicios discrecionales serían ofertados a los grupos sociales más favorecidos económicamente configurando así una oferta cada vez más diferenciada entre opciones privadas y públicas de diverso grado de desarrollo en función de su nivel adquisitivo y la capacidad efectiva de cobertura de la modalidad de financiación. El concepto de *integral* entendido como la disposición del sistema para garantizar las respuestas sanitarias que requiera la población en cualquier momento le son secuestradas y focalizadas en grupos vulnerables. Por otro lado se confunde lo integral tanto en términos individuales como colectivos en cuanto que se excluye:

1. *El ciclo vital humano* en sus dos componentes: Las condiciones de producción y las condiciones de reproducción.¹⁹ Se excluye el trabajo como categoría histórica determinante del proceso salud –enfermedad
2. *El ciclo vital familiar*, entendido como la secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución.²⁰

A pesar de los graves cambios introducidos en la atención

primaria de salud desde 1978 y hasta la fecha, el Banco Mundial se ha visto cada vez más involucrado en cuestiones sobre políticas de salud para el Tercer Mundo, tanto a través de créditos para programas de salud como incluyendo reformas de la política sanitaria en las condiciones de los préstamos de ajuste estructural. Los objetivos del Banco para rectificar las políticas sanitarias y reestructurar los sistemas de salud del Tercer Mundo se exponen en su informe sobre el desarrollo mundial de 1993, titulado *Investing in Health* (Inversión en salud). Este informe ha tenido (y continúa teniendo) una profunda influencia sobre las políticas de salud de los países subdesarrollados. Los países dispuestos a llevar a cabo las políticas recomendadas por el Banco son considerados candidatos adecuados para la ayuda oficial, y el Banco recomienda a otras instituciones donantes que ayuden a estos países a financiar los costes del cambio estructural del sector de la salud.

Este organismo, bajo el pretexto de promover sistemas de salud económicamente rentables, descentralizados y apropiados para cada país, ha hecho recomendaciones que han disminuido los niveles de salud allí donde han sido aplicadas. Según la receta del Banco Mundial, con el fin de ahorrar “millones de vidas y miles de millones de dólares”, los gobiernos deben adoptar un planteamiento triple para sus políticas de reforma sanitaria:

1. Fomentar un ambiente que permita a las familias mejorar su salud es una vuelta al desarrollo que “gotea desde arriba”. Las políticas para el crecimiento macroeconómico son prioritarias. La salud de la familia mejorará cuando los ingresos de sus miembros comiencen a aumentar.
2. Aumentar el gasto gubernamental en salud significa ajustar el gasto pasando de ofrecer un servicio integral a un pequeño número de programas planificados de forma vertical, seleccionados según su relación coste-efectividad: en otras palabras, *una nueva forma de atención primaria de salud selectiva*. También significa cobrar a los usuarios, pidiendo a las familias desfavorecidas que paguen sus propios gastos sanitarios, pese al hecho de que para muchos el coste de los servicios sanitarios será prohibitivo.
3. Facilitar la participación del sector privado significa entre-

gar a los médicos y empresas privadas y lucrativas la mayoría de los servicios gubernamentales que atendían a los pobres de forma gratuita o subvencionada... en otras palabras, *privatización de la mayoría de los servicios médicos y de salud*. Esto pondría los precios de muchas intervenciones fuera del alcance de los más necesitados.

Con su petición de “mayor diversidad y competencia en la oferta de servicios de salud, promoviendo actividades generadoras de competitividad, (y) fomentando una mayor participación de organizaciones no gubernamentales y otras de carácter privado”, la nueva política del Banco para el Tercer Mundo recuerda al modelo de salud de Estados Unidos. Argumenta que la oferta sanitaria privada da mayor satisfacción y poder de elección al individuo y es más eficiente. Pero hay muy pocas evidencias que apoyen esta afirmación. El sistema de salud estadounidense, dominado por un poderoso sector privado hambriento de ganancias, es con mucho el más caro del mundo y, aún así, las estadísticas de salud de ese país se encuentran entre las peores de los países industrializados. Es más, Washington DC, que posee mucha población con bajos ingresos, tiene peores tasas de mortalidad materno infantil que Jamaica. La política del Banco Mundial es poco más que vino viejo en botellas nuevas: una mezcla de las estrategias conservadoras que han dado al traste con la atención primaria de salud integral a las que se han añadido elementos del ajuste estructural. Es una versión de la atención primaria de salud selectiva “amiga del mercado”, complementada con privatización de servicios médicos y recuperación de costes a cargo de los usuarios. Como otros esquemas de APS-S, se centra en las intervenciones tecnológicas y pasa por alto los determinantes sociales y legislativos de la salud. David Legge observa que el informe del Banco Mundial está “orientado sobre todo a medidas técnicas antes que cualquier análisis de las causas estructurales de la mala salud de los pobres; se centra en una *pobreza más saludable*”.²¹

En este escenario donde se observa a qué se ha reducido la estrategia de atención primaria de Alma-Ata, se requiere rescatar los contenidos de esa Declaración exigiendo la puesta en marcha de aspectos fundamentales para dicha estrategia:

1. La atención primaria no es primer nivel de atención, por lo tanto no son los subcentros de salud o puestos de salud los instrumentos de su desarrollo
2. La atención primaria no es el uso de baja tecnología y de personal no calificado en salud
3. La atención primaria exige la asignación de recursos económicos, humanos etc. suficiente para obtener el mejor sistema de salud para la población
4. La atención primaria exige que el costo *per cápita* en salud esté en función de los grupos de edades y los distintos niveles de atención y de complejidad, desde la promoción de la salud hasta las más finas inversiones tecnológicas
5. La atención primaria de salud descansa en la participación social de la población en la toma de decisiones sobre su salud desde el nivel más periférico.
6. La atención primaria de salud exige que la red de instalaciones de salud en sus distintos niveles estén disponible para la población independientemente de la naturaleza de los problemas de salud
7. Para lograr, lo anterior se requiere, entre otras, las siguientes condiciones:

- Democracia participativa
- Lucha real contra la pobreza
- Distribución equitativa del ingreso
- Sistema educativo liberador

De manera que, a la hora de evaluar cualquier estrategia de salud o desarrollo, deberíamos preguntarnos constantemente:

¿Hasta qué punto la estrategia promueve la participación activa y significativa y la capacitación de aquellos que tienen peor salud (generalmente los miembros más pobres y con menos poder de la sociedad)? ¿Sirven los métodos usados para ayudar o para obstaculizar el proceso a largo plazo de corrección de las causas sociales, económicas y políticas que subyacen bajo la falta de salud?

Observando el proceso de concienciación y liberación de grupos marginados, podemos aprender algo de las estrategias y métodos que parecen funcionar. La tesis que subyace en este

escrito es que la salud para todos sólo se puede lograr mediante una distribución más justa de la riqueza, los recursos, las oportunidades y, en último término, del poder. Si esto es así, ¿cómo se pueden realizar los profundos cambios sociales necesarios para realizar este objetivo? Hay personas desfavorecidas y gente comprometida de todo el mundo buscando formas de forjar una vía alternativa de desarrollo que nos lleve a una comunidad mundial más sana, más compasiva y más sostenible. En este sentido cuando nos toque valorar cualquiera iniciativa en salud deberíamos responder a las siguientes preguntas:

- ¿Ayuda esta iniciativa a que la gente logre más control sobre su salud y su vida?
- ¿Les ayuda a desarrollar la confianza y habilidad colectiva para resolver sus propios problemas y defender sus derechos?
- ¿Ayuda a los más desfavorecidos a adquirir las habilidades analíticas, organizativas, comunicativas y de otro tipo que necesitarán para defender sus derechos?
- ¿Refuerza la base económica o incrementa la influencia política de los miembros más débiles de la comunidad respecto a los más fuertes?
- ¿Facilita o impide los cambios estructurales a largo plazo necesarios para lograr mejoras importantes y duraderas en la salud?

David Saunders ²² ha propuesto algunas estrategias para mejorar y democratizar el sector sanitario tanto en los países desarrollados como subdesarrollados que incluyen:

- Lucha por el control democrático de la atención de salud mediante representantes de la mayoría del pueblo en lugar de por los designados por el estado;
- Disminución del monopolio de la profesión médica sobre el conocimiento médico, que les permite mantener un control sobre la atención de salud;
- Limitación de los abusos de las empresas de salud (públicas y privadas) exponiendo sus operaciones a la vista del público.

He aquí las bases para la recuperación de la estrategia de la atención primaria:

- La participación activa de la población en el quehacer de la salud pública
- Desarrollo de la epidemiología comunitaria desde la perspectiva de la población
- Democratización del sistema de salud desburocratizando la toma de decisiones
- La rendición de cuentas en función de lo planificado con la población
- La atención primaria integral desechando la atención primaria selectiva

La política sanitaria del país ha carecido de un sustento epidemiológico que lleve a cabo programas permanentes de prevención y atención en la población. En cambio, son las políticas de corte clínico y la atención basada en la prescripción de medidas curativas en las que se ha sustentado la política sanitaria del país. Basta ver la manera en que se ha privilegiado la investigación clínica en detrimento de la valoración social de la enfermedad y muerte. Asimismo, el destino de la inversión en salud hacia una infraestructura encargada de atender a la enfermedad y no la prevención y manejo comunitario de medidas que alienten la toma de conciencia a favor de la salud como un problema y como un bien social. Según Francisco Rojas Ochoa²³

..las estrategias deben cubrir un amplio rango de determinantes de la salud: 1) ingreso y posición social, 2) educación, 3) entorno físico, 4) empleo y condiciones de trabajo, 5) características biológicas y condición genética, 6) desarrollo del niño sano, 7) redes de apoyo social, 8) servicios de salud. El sector salud no puede actuar solo, porque la mayoría de los factores determinantes de la salud están fuera de su competencia. Esto revela la necesidad del enfoque intersectorial. La estrategia para el desarrollo de la política de salud de la población contempla al menos tres direcciones: 1) fortalecer la comprensión de la población sobre los factores determinantes de la salud, y promover la participación popular en acciones que mejoren la salud de la población, 2) fortalecer la comprensión de los factores determinantes de la salud y apoyar el enfoque de salud de la pobla-

ción en otros sectores de gobierno, distinto al de salud y en organismos de masa y sociales, 3) promover y desarrollar iniciativas integrales, interdisciplinarias e intersectoriales de salud de la población para prioridades clave que potencialmente puedan repercutir de modo importante en la salud de la población).

El autor sostiene que el siglo XXI será el siglo de la aplicación de las ciencias sociales a la solución de los problemas de salud:

La tarea consiste, en primer término, en el estudio de la salud y las enfermedades como estados de la vida humana de todas las épocas y culturas, teniendo en cuenta plenamente la condición al mismo tiempo biológica, social y personal del hombre. Ello significa analizar las enfermedades como realidades biológicas cambiantes y sometidas a circunstancias ambientales determinadas, como fenómenos sociales condicionados por estructuras socioeconómicas e integrados en patrones socioculturales concretos y como vivencias personales existentes en cada situación histórica.²⁴

En todas las sociedades la medicina se ocupa de la lucha contra las enfermedades, no obstante se ha abierto paso, de modo lento, pero firme, el criterio de que la salud humana requiere que la organización de la sociedad dedique atención, con prioridad, a prevenir la enfermedad y promover la salud. Los sistemas de salud deben ser considerados simultáneamente como sistemas sociales y culturales. No sólo sistemas de atención médica curativa.²⁵

“En ningún sitio se encuentra la enfermedad humana como ‘mera naturaleza’, ya que siempre está condicionada y modificada por la actividad social y por el ambiente cultural que crea tal actividad”.²⁶

El enfoque de salud de la población se diferencia del concepto tradicional de atención médica en dos aspectos principales:

- Las estrategias de salud de la población abordan un amplio rango de los patrones determinantes de la salud. La atención tradicional se concreta en los riesgos y los factores clínicos relacionados con enfermedades específicas.

- Las estrategias de salud de la población están diseñadas para llegar a toda la población. La atención de salud está dirigida a las personas en forma individual, frecuentemente a aquellas que ya presentan un problema de salud o para las cuales el riesgo de presentar un problema es significativo.

Invertir en un enfoque de salud de la población ofrece beneficios en tres áreas principales. Mayor prosperidad, ya que una población sana contribuye a una economía dinámica. Menores gastos en salud y problemas sociales. Además, un clima general de estabilidad social y bienestar para los países.²⁷

¿Cuáles son los determinantes de la salud, que en un amplio rango deberán condicionar las estrategias sectoriales? El documento citado propone:

1. Ingreso y posición social. Este es el determinante más importante. El estado de salud mejora con el aumento de los ingresos y más elevada posición social.
2. Educación. El estado de salud mejora con un nivel de educación más alto.
3. Entorno físico. La calidad del agua, del suelo y del aire son influencias claves en la salud.
4. Empleo y condiciones de trabajo. Las personas que tienen un mayor control de las circunstancias de su trabajo y ambiente de trabajo sano y saludable
5. Características biológicas y dotación genética. La dotación genética del individuo y los procesos de desarrollo y envejecimiento son factores fundamentales que determinan la salud.
6. Hábitos personales de salud y aptitudes de adaptación. Los ambientes sociales y estilos de vida sanos, al igual que conocimientos, comportamientos y aptitudes de adaptación para hacer frente a la vida de manera sana, son influencias claves en la salud.
7. Desarrollo del niño sano. El efecto ulterior de las experiencias prenatales y de la infancia temprana en la salud, el bienestar, las aptitudes de adaptación y la competencia, es muy fuerte.
8. Redes de apoyo social. El apoyo de las familias, los amigos y

las comunidades va asociado a un mejor estado de salud.

9. Servicios de salud. Los servicios de salud, en particular los diseñados para mantener y promover la salud y prevenir las enfermedades, contribuyen a la salud de la población.

En este escenario hay que tener cuidado del “discurso neoliberal ya que este puede asumir como propio el enfoque de salud de la población e introducir distorsiones como la de no tomar acciones en relación a la asistencia de los enfermos y discapacitados, dejando esta esfera a la práctica privada. Tal es la concepción que nos ofrece la tesis de las funciones esenciales de la salud pública. Al enumerarlas no la incluye y define otras once, ciertas, pero dejando la cuestión asistencial a la reforma neoliberal que privatiza estos servicios y otros que deben ser públicos. El enfoque de salud de la población, bien entendido y aplicado, no deja fuera de la responsabilidad estatal y de las funciones de la salud pública la función asistencial”.²⁸

La radiografía nacional de instalaciones de salud, recurso humanos especializado o calificados en salud demuestra su concentración en las áreas de mayor concentración poblacional y con mayores ingresos (aún si al interno de ellas se manifiestan situaciones similares a las de mayor pobreza). En 30 años, en Panamá, se ha avanzado muy poco en el desarrollo de la atención primaria como estrategia. El énfasis mayor se ha hecho en una APS de tipo selectiva (atención primitiva) y no integral, según el mandato de los organismos internacionales.

4. Globalización y neoliberalismo en salud

De las diferentes versiones o fenómenos explicativos de la globalización se destacan dos: una está dada por la sucesiva expansión del sistema capitalista, como lo ve el enfoque del sistema-mundo.²⁹ La otra corresponde a la revolución tecnológica y electrónica actual, que soporta redes complejas que atrapan a todos los individuos en los mercados financieros y en los medios de comunicación, incluidos los actores sociales, culturales y políticos y no solo los económicos.³⁰

Lo político ha sido subordinado a lo económico, al interés universalista de las fuerzas económicas y del capital finan-

ciero internacional. Esta es la cara perversa de la globalización: la de “no hay alternativa”, la de “menos Estado y más mercado”,³¹ la del “pensamiento único”, que oculta las tremendas desigualdades existentes en el mundo, entre el centro y la periferia. Al respecto, Monsalve³² recoge varias interpretaciones sobre las tendencias de la globalización en una sociedad capitalista:

- La globalización podría entenderse como una mega cognición, como el planetarismo o como la totalidad (comprensión): consiste en superar marcos locales, regionales...
- “Las distancias se acortan dramáticamente, el tiempo se concentra... vivimos en directo acontecimientos lejanos... el mundo inmerso en nuestra casa (en nuestra privacidad)...”
- “Conjunto de interacciones económicas, políticas, culturales y valorativas a nivel planetario”.
- Globalización: conjunto de procesos, conocimientos y valores particulares que se universalizan y de universalismos que se localizan.
- Conjunto de sociedades interrelacionadas, cruzadas de conflictos y problemas transnacionales (distintos a los nacionales).

En la globalización se entrecruzan: economía de mercado transnacional, profundas asimetrías, aparición de órdenes jurídicos estatales supranacionales. Florecen las autonomías, la cultura del consumismo, la informática y los medios de comunicación electrónicos a escala mundial (conciencia global). Se universalizan el conocimiento científico-técnico y los problemas que atañen a la humanidad en conflicto.

Se globalizan la economía de mercado, las corporaciones transnacionales y el consumismo. Se localizan enclaves de libre comercio, agotamiento de recursos naturales y la degradación ambiental. Sus expresiones:

- Expansión de la economía de mercado
- Desmonte y crisis del Estado de bienestar
- Origen de grandes bloques económicos y políticos en el mundo

- Pauperización y marginación de los Estados periféricos (ajuste estructural)
- Pérdida de soberanía de los Estados
- Expansión del concepto de “democracia norteamericana” en el mundo
- Globalización de valores e ideologización (colonización del mundo de la vida por los subsistemas de la economía y la administración de políticas)
- Alternativos: globalización de localismos positivos y democráticos, de derechos, libertades y solidaridad

La expansión del neoliberalismo en América latina se dio en la década de 1980 a partir de la aplicación de las reformas de ajuste estructural (ajuste económico) para superar la “crisis”: reformas promovidas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI) que se fueron convirtiendo en la receta para superar el déficit público y estabilizar las economías. Esas propuestas fueron posteriormente denominadas “Consenso de Washington” por John Williamson, investigador del Institute for International Economies en Estados Unidos (ITE), que se sintetizan en los siguientes diez puntos:

1. Establecer una disciplina fiscal
2. Priorizar el gasto público en educación y salud de tipo focalizada
3. Llevar a cabo una reforma tributaria
4. Establecer tasas de interés positivas, determinadas por el mercado
5. Lograr tipos de cambio competitivos
6. Desarrollar políticas comerciales liberales
7. Una mayor apertura a la inversión extranjera
8. Privatizar las empresas públicas
9. Llevar a cabo una profunda desregulación
10. Garantizar la protección de la propiedad privada

El Consenso defiende las reformas y la retórica neoliberal para su legitimación en el continente, con argumentos como el de que las políticas neoliberales pueden tener un costo social alto (en el mediano plazo) pero (en el largo plazo) son la única salida para obtener las condiciones necesarias para un

desarrollo con equidad. El resultado no se hizo esperar: reducción del gasto público como porcentaje del PIB, privatización y aumento del gasto familiar, segmentación y dualización de servicios sociales, con diferenciaciones urbano-rurales y por clase social, y empeoramiento de la calidad de los servicios.³³

Las recomendaciones hechas en la década de 1980 por el Banco Mundial

..se refieren a la eliminación del déficit fiscal, estabilización de los precios, comercio internacional, así como, de manera muy puntual, a la reducción del papel del Estado en la política social y en la economía. Sin embargo, las consecuencias de la aplicación de estas medidas que teóricamente tenían el cometido de superar la crisis, fueron el empobrecimiento de amplios sectores de la población, pues aunque se logró reducir los niveles de inflación que se tenían, el comportamiento macroeconómico se mantuvo lejos de las aspiraciones previstas y supuso, como en el caso de México, privilegiar el destino de recursos al pago de la deuda externa, en aras de sanear la economía disminuyendo los desequilibrios financieros. Como contrapartida, se redujo el gasto social, siendo la salud una de las áreas más afectadas y más vulnerables por las condiciones de vida en que sobrevive la población. Por otro lado, es importante advertir la manera en que el trabajo de organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), entre los de mayor presencia en el ámbito mundial, han sujetado su trabajo y las líneas de la política sanitaria internacional a las disposiciones de los organismos financieros con influencias supranacionales.

En el caso particular que nos ocupa, la propuesta de una atención sanitaria focalizada, hecha por el Banco Mundial, supone una manera de enfrentar los problemas de salud desde una óptica de costo/eficacia, centrando su atención en la disminución de la incidencia de la enfermedad y la muerte, sobre todo de ciertos padecimientos, a partir de un paquete básico de servicios y atención.³⁴

En lo que a la salud se refiere, las pruebas acumuladas hasta el momento muestran que la globalización tiene poco interés por la promoción de una sociedad saludable. Es más, los efectos de la globalización han perjudicado las condiciones del estado de salud en muchas partes del mundo.

Las relaciones entre globalización y salud no son buenas. Con la globalización se comprueba la relación entre los planes de ajuste estructural y la ruptura de las redes de protección social y el incremento de la exclusión; las enfermedades aumentan con la exportación legal e ilegal de bienes, como drogas y tabaco; el movimiento de personas facilita la transmisión de enfermedades; con la degradación ambiental se deteriora la salud; la política de patentes se enfrenta con la incapacidad de millones de personas de acceder a las nuevas medicinas.³⁵

El conjunto de los sectores públicos y privados que están detrás de la globalización gastan 1300 billones anuales en investigación sanitaria, pero lo distribuyen de modo injusto, ya que las enfermedades que causan el 90 por ciento de la mortalidad e incapacidad en el mundo sólo reciben el 10 por ciento de ese dinero, porque la mayor parte de los presupuestos de investigación está en manos de unos pocos países, que dan prioridad a sus propios problemas sanitarios. Los países de rentas bajas y medias agrupan al 85 por ciento de la población mundial y soportan el 92 por ciento de la denominada carga de enfermedad (estimada a partir de la mortalidad prematura, la incapacidad y la pérdida de calidad de vida por causas patológicas), mientras que los países ricos, con el 15 por ciento de la población mundial, soportan sólo el 8 por ciento de esa carga.³⁶

El discurso globalizador intenta responsabilizar a la seguridad social de la crisis económica. Aunque la doctrina neoliberal puede tener dificultades para dismantelar estos sistemas de protección en países donde están muy arraigados, como es el caso de Panamá, poco a poco se van introduciendo reformas parciales que abren el camino a la mercantilización de los servicios públicos. Hay planes privados de pensiones (sistema de capitalización individual), gestión privada de

servicios públicos externalización tercerización (caso del Hospital San Miguel Arcángel (HISMA) y otros.

En 1987, el Banco Mundial, en su documento “Financiación de los servicios sanitarios de los países en desarrollo” plantea un programa de reformas y recomienda: 1) trasladar a los usuarios los gastos en la utilización de las prestaciones, 2) ofrecer esquemas de aseguramiento para los principales casos de riesgo, 3) utilizar de forma eficaz los recursos privados y 4) descentralizar los servicios sanitarios públicos.

Notas bibliográficas

1. Henderson, D., “La salud pública más allá del año 2000”, en OPS, *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*, Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud (Publicación Científica no. 540), 1992, pp. 97-98.
2. Testa, M., *Pensar en salud*, Lugar Editorial, 1993, pp. 161-176.
3. Ibid.
4. Caja de Seguro Social, Departamento de Estadísticas, Boletín 2000-2006
- 4a. Sergio del Prete, 2000, “Reforma económica o reforma sanitaria. *El ruido privatizador*”, Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CIESS).
- 4b. Idem.
5. Frenk, J., *La salud de la población: Hacia una nueva salud pública*.
6. Winslow, C.E.A., “The Untilled Fields of Public Health”, *Science* 51, 1920, pp 23-33.
7. Barquín Calderón, M., La moderna salud pública. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS)*, vol. 40, 2002, 483-486.
8. Terris, M., “Tendencias actuales en la salud pública”, en Organización Panamericana de la Salud (Ed.), *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*, Washington, D.C., OPS, 1992, pp. 185-204.
9. Idem.
10. Henderson, D., “La salud pública más allá del año 2000”, en OPS, *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*, Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud (Publicación Científica no. 540), 1992, pp. 97-98.
11. Alvarez-Dardet Díaz, C., *La salud pública. Proyecto docente*, Universidad de Alicante.
12. Idem.
13. Ortega Calvo, M., Cayuela Domínguez, A., “Medicina basada en la evidencia: Una crítica filosófica sobre su aplicación en la atención primaria”, *Revista Española de Salud Pública*, marzo-abril, vol. 76, No 2, 2002, pp. 115-120. Ministerio de Sanidad y Consumo de España.
14. Idem.
15. Idem.
16. *Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, 2000, Organización Mundial de la Sa-

- lud.
17. Idem.
 18. Werner, David y David Sanders. *Cuestionando la solución: Las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil*, 2000, Health Wrights.
 19. Díaz Mérida, F., “Elementos fundamentales para el abordaje en salud de los trabajadores”, *Salud y seguridad en el trabajo*, 2005, Editora Geminis.
 20. Zurro M., *Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*, 1999, Harcourt Broce, IV edición.
 21. Werner, David y David Sanders. *Cuestionando la solución: Las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil*, 2000, Health Wrights.
 22. Idem.
 23. Rojas Ochoa, F., “El componente social de la salud pública en el siglo XXI”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2004, 30, (3)
 24. López Piñero, J.M., “Los estudios históricos sociales sobre medicina”, en Lesky, E., *Medicina social. Estudios y testimonios históricos*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984, p 29.
 25. Rojas Ochoa, F., “El componente social de la salud pública en el siglo XXI”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2004, 30, (3)
 26. Rosen, G., “Análisis histórico del concepto medicina social”, en: Lesky, E., *Medicina social. Estudios y testimonios históricos*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo; 1984, p. 21
 27. Health Canadá, OPS, *Salud de la población. Conceptos y estrategias para las políticas públicas saludables: la perspectiva canadiense*. Washington, D.C., OPS, 2000, p. 8,13
 28. Rojas Ochoa, F., “El componente social de la salud pública en el siglo XXI”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2004, 30, (3)
 29. Sarmiento, L., *Sistema mundo capitalista. Fábrica de riqueza y miseria*, Bogotá, Ediciones Desde Abajo, 2004. y Gray, J., *Falso amanecer. Los engaños del capitalismo global*, Barcelona, Piados, 2000, p. 266.
 30. Hayek, F., *Los fundamentos de la libertad*, Madrid, Unión Editorial, 1998.
 31. Monsalve A., *Estado, sociedad internacional y derecho humanos en un mundo globalizado. Un estudio desde la ética argumentativa*, Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1998.
 32. Echavarría, J., *Telepolis*, Barcelona, Destino, 1994.
 33. Giraldo A., Franco, Presentación realizada en el IV Congreso Internacional de Salud Pública: Globalización Estado y Salud, organizado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Colombia, noviembre 2005.
 34. González, N., “Epidemiología y salud pública frente al proyecto neoliberal en México Ponencia presentada en el XXII Congreso de ALAS, celebrado en octubre de 1999, Concepción, Chile.
 35. Aguirre, M., “La globalización en el espejo de la salud”, *El País*, 18-04-01, p. 12.
 36. Palomo, L., *La globalización de la salud*, Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2005.

¿QUÉ ES UNA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD?*

Vicente Navarro**

Desafortunadamente, la mayoría de los estados nación han interpretado “política de salud” como homologables a “política de atención médica”. La política de atención médica es sin embargo una sola variable dentro de la ecuación de la salud nacional. El artículo describe cuales deben ser los principales componentes de una política nacional de salud, incluyendo, 1) los determinantes políticos, económicos, sociales y culturales de la salud que son los más importantes en cualquier país en explicar el nivel de salud de un país, 2) los estilos de vida que son los componentes más visibles de las políticas de promoción de la salud y 3) la socialización y el empoderamiento (empowerment) del individuo y de la población y que unen los primeros con los segundos componentes de una política nacional de salud, es decir, las intervenciones individuales y colectivas. El autor discute

*Este artículo es una versión de la intervención realizada ante la Asociación Internacional de Políticas en Salud en Barcelona, España el 21 de agosto de 2006, beneficiado con los aportes de Bo Burstrom y Margaret Whitehead. Traducción de Giovanni Apráez Ippolito.

**Profesor de Política Pública, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona y Johns Hopkins University, Baltimore.

cuales deben ser los indicadores para cada componente y para cada intervención. La viabilidad de este enfoque depende en gran manera en la voluntad de las autoridades nacionales así como de la amplitud del conocimiento existente sobre los determinantes de la salud. Un buen ejemplo es el Plan Nacional de Política de Salud que desarrolló el gobierno sueco a principios de los años 2000. Este artículo se construye y se expande sobre dicho modelo.

Un objetivo fundamental de una política nacional de salud debe ser el crear las condiciones que aseguren la buena salud para toda la población. Ni que decir tiene que todos los sectores y las agencias de la sociedad deben ser responsables de crear esas condiciones, pero la responsabilidad primera de asegurar las condiciones para tener buena salud recae en las agencias o instituciones colectivas que representan los intereses de la población (expresada libremente a través de instituciones democráticas) –esto es, las autoridades públicas y su administración pública. El Gobierno (en el nivel nacional, regional y local), por tanto, es la agencia primaria responsable del desarrollo de una política nacional de salud.

¿Cuáles son los principales componentes de una política nacional de salud? Son tres tipos principales. El primer componente incluye intervenciones públicas dirigidas al establecimiento, mantenimiento y fortalecimiento de los *determinantes estructurales de la buena salud*; a saber intervenciones políticas, económicas, sociales y culturales encaminadas a mejorar la salud. Son llamados estructurales porque ellos forman parte de la estructura política, social y económica de la sociedad y de la cultura que los determinan. Rara vez están incluidos en la mayoría de los planes nacionales de salud a pesar de que son las políticas públicas más importantes en la determinación del nivel de salud de la población. Existe una robusta evidencia científica que muestra por ejemplo, que países con menores desigualdades de clase, género y raza en los estándares de vida tienen mejores niveles de salud.¹ Las políticas públicas dirigidas a reducir las desigualdades sociales son, por tanto, componentes de una política nacional de salud.

El segundo tipo de intervenciones incluye políticas públicas dirigidas a individuos y están enfocadas en lograr cambios en el comportamiento individual y de los estilos de vida.

Estos estilos de vida determinantes son también muy importantes y han tenido mayor visibilidad en las políticas de salud. Una razón de la mayor visibilidad de las intervenciones de este tipo es que quienes formulan las políticas de salud los perciben como determinantes más manejables y más fáciles de acordar que los del primer tipo, los determinantes estructurales. No podemos excluir la posibilidad de otra razón para esta diferencia de visibilidad y frecuencia, y es que los estilos de vida enfocan la responsabilidad de la salud de la población en el individuo en vez de hacerlo sobre las instituciones públicas que son primariamente responsables de los determinantes estructurales. Esta es una razón del porqué gobiernos conservadores y liberales (y también, en muchas ocasiones, gobiernos progresistas) tienden a enfatizar el segundo tipo de intervenciones sobre las del primer tipo (las cuales son actualmente las más efectivas para lograr el mejoramiento de la salud de la población)

El tercer tipo de intervención pública, a la cual yo denomino como socialización y empoderamiento determinantes conectan el segundo tipo (estilos de vida) con el primer tipo (determinantes estructurales). Las intervenciones de socialización y empoderamiento establecen la relación entre las responsabilidades colectivas e individuales para la creación de las condiciones que aseguren buena salud. Este tipo de intervención incluye el alentar y animar a los individuos para llegar a involucrarse en los esfuerzos colectivos para mejorar los determinantes estructurales de la salud, como lo es la reducción de la desigualdades sociales en nuestras sociedades o la eliminación de las condiciones de opresión, discriminación, explotación o marginalización que producen enfermedad. Por ejemplo, animar a individuos que están explotados a responder a la explotación, no solo individualmente sino también colectivamente (con otras personas quienes son similarmente explotadas) es una intervención de política de salud extremadamente importante uniendo el mejoramiento de la salud individual con el mejoramiento de la salud de la población explotada.

Ejemplos de estas socializaciones y empoderamientos determinantes son muchos. Por ejemplo, cuando las Panteiras Negras controlaron parte de los barrios negros de Balti-

more (una ciudad con una población de un 75 por ciento afroamericana), en la década de 1960 y principios de la década de 1970, movilizándolo jóvenes negros desempleados, declinó la adicción a las drogas dramáticamente entre los jóvenes, y también en toda la población negra del oeste de Baltimore.² Otro ejemplo es el que ocurrió entre los mineros del carbón en *Appalachia* (zona occidental de Virginia) en la década de 1970, cuando ellos se movilizaron y fueron a la huelga para protestar contra las insalubres condiciones de trabajo.³ Paralizaron las operaciones mineras durante varios meses creando una situación en la cual los propietarios de la mina y los empleados estuvieron cerca de perder el control y llamaron al ejército para que asumieran el control de las minas. En aquella movilización, cada minero luchó no solo individualmente sino también colectivamente para mejorar la situación de salud de todos los mineros del carbón y en esa lucha su propia salud mejoró como también mejoró la salud de la población entera. Como ambos casos muestran, facilitar la unión de los individuos que luchan por mejorar la salud con la lucha colectiva por mejor salud es una intervención pública extremadamente importante para lograr este objetivo. El empoderamiento de poblaciones vulnerables es entonces un componente esencial de una política nacional de salud. Educar a la gente para actuar no solo individualmente sino colectivamente, hace que ellos tomen conciencia de lo común de sus problemas y los alienta a actuar tanto individual como colectivamente para resolverlos, es una importante dimensión de una política nacional de salud. Además, la unión del individuo con la colectividad es una importante función de las intervenciones públicas de salud. Permítanme ahora analizar cada tipo de intervención en mayor detalle.

I. Determinantes estructurales: políticos, económicos, sociales y culturales en las intervenciones de política de salud

Los agentes que llevan a cabo las intervenciones de este tipo son colectivos (no son personas individuales) con personalidad institucional incluyendo partidos políticos, sindicatos, asociaciones vecinales y otros. Los sujetos de estas intervenciones tampoco son individuales, pero son las institu-

ciones públicas y privadas cuyas acciones afectan las condiciones que aseguran una buena salud para toda la población. Estas acciones pueden resumirse como sigue.

Políticas públicas dirigidas a promover la participación y la influencia en la sociedad. Estas intervenciones extremadamente importantes están dirigidas a facilitar el desarrollo de instituciones y prácticas que creen las condiciones para que las personas (como miembros de clases sociales, géneros, razas, etnias, regiones y naciones) tomen decisiones sobre ellos y sobre el control de sus propias vidas. Intervenciones de este tipo están dirigidas al establecimiento de instituciones y prácticas que minimicen la alienación de la población y la pérdida de su poder –condiciones que causan una enorme cantidad de patología y enfermedad.⁴ De particular importancia son las intervenciones dirigidas a proveer instrumentos políticos y sociales (como partidos políticos, los sindicatos, las asociaciones de vecinos, movimientos sociales, grupos de pacientes) a la población y a sus diferentes componentes. Estos instrumentos facilitan y estimulan que la población se involucre activamente en sus órganos políticos y en la vida social, decidiendo sobre las materias que afectan sus vidas.

De especial importancia es la existencia de instrumentos políticos y sociales que permitan a los grupos que padecen marginación, discriminación, opresión y explotación para poder defender sus intereses lo cual es un elemento clave para su completa realización (alcanzando la salud de estas poblaciones). Es importante para estos grupos, establecer alianzas con otros grupos que experimentan similares condiciones, por tanto ensanchando su base social para fortalecer sus poderes. En este respecto, la segregación de las acciones políticas en movimientos sociales como es el caso de EEUU, en donde muchos “movimientos orientados a un tema específico” como los movimientos feministas, de adultos mayores, de minorías étnicas y otros pero sin estar basados fuertemente en un movimiento de clase o partidos como los partidos políticos que pueden relacionar diferentes tipos de explotación, pueden tener menores resultados en el mejoramiento de la salud que si fueran un gran movimiento y partido político que puede movilizarse a través de diferentes temas.

Movimientos de mujeres, de adultos mayores, de afroamericanos y de otras minorías en EEUU han conseguido menores derechos de salud y peores indicadores de salud que sus contrapartes en países con menor poder de los movimientos femenino, de adultos mayores o de minorías pero están basados fuertemente en movimientos y partidos de clase, como en Suecia por ejemplo.⁵ Hacer esta observación (empíricamente comprobable) no es caer en un reduccionismo de clase sino clarificar que la mayoría de las mujeres, los adultos mayores y las minorías están entre las clases trabajadoras y que si estos grupos combinan su lucha por mejor salud, trabajando en instrumentos sociales y políticos comunes, ellos pueden llegar a tener mayor influencia y poder que hoy tienen automatizados en movimientos sociales. Actualmente, existe una robusta evidencia científica que muestra la directa relación entre la duración del gobierno de un país por partidos (comprometidos con la redistribución de los recursos orientados hacia la disminución de las desigualdades sociales y el mejoramiento de las condiciones de salud de su población.⁶

Indicadores de estos determinantes de salud son:

1. Indicadores de poder de clase, género grupo poblacional, como años de gobierno de partidos políticos progresistas, fortalecimientos de los sindicatos de clase y otros.
2. Tipos de instituciones democráticas que facilitan la representatividad como la representación proporcional (basados en una persona un voto).
3. Ausencia de barreras para la participación electoral.
4. Diversidad y pluralidad ideológica en los medios de información y accesibilidad a los medios para todos los sectores de la población.

La limitada existencia de estos elementos (como es el caso de EEUU) restringe considerablemente la posibilidad de una población fragmentada y alienada para lograr buena salud. En los países desarrollados, de hecho, la evidencia muestra que cuánto más democrática es una sociedad, más sana es.⁶ Los pobres indicadores de salud en EEUU están basados tam-

bién en su muy limitada democracia.⁷ Si la población siente que tiene buenas instituciones e instrumentos de representación, ellos sienten mayor confianza en que pueden tener el control de sus propias vidas y mejorar su propia salud. El hecho de que la mayoría de las personas en Suecia confíen en sus instituciones representativas (con una alta participación electoral) mientras que la mayoría de la población en EEUU se siente negativa frente a sus instituciones representativas (con una muy baja participación electoral) explican las bajas tasas de alienación y de impotencialidad (*powerlessness*) de la población en Suecia en contraste con EEUU.⁸ Esto tiene enormes consecuencias para la salud de las poblaciones que viven en estos países: con muy buenos indicadores en Suecia e indicadores muy pobres en EEUU.

Determinantes económicos y sociales.

Estas son intervenciones que se dirigen al desarrollo de seguridad y que facilitan su realización. Incluyen: Políticas de pleno empleo dirigidas a crear buenos puestos de trabajo, bien pagados y satisfactorios. Políticas de pleno empleo que son buenas para la salud de todos, incluyendo para quienes no están empleados. Acceso a trabajos en cantidad suficiente da a todos una sensación de seguridad incluyendo a quienes actualmente no tengan trabajo (porque ellos sienten que pueden conseguirlo fácilmente si buscan uno, lo que no sería posible con altas tasas de desempleo o bajas tasas de empleo). No llegar a trabajar porque no se pueda conseguir un empleo genera enormes problemas de salud.⁹ Estas son las no saludables consecuencias del desempleo que no solo genera falta de recursos sino también la sensación de inseguridad que conlleva el desempleo en sí mismo. Indicadores de estas políticas incluyen:

1. Porcentaje de población adulta que trabaja e indicadores de dispersión salarial
2. Niveles de desempleo
3. Niveles de empleo

Las políticas de seguridad social y del Estado de bienestar de tipo universal proveen una sensación de seguridad a quienes están en riesgo, proveyéndoles de instrumentos, cono-

cimientos, prácticas y recursos que hacen que se sientan seguros y que tienen oportunidad de progresar. Los indicadores de estas intervenciones son los derechos sociales que están desarrollados en una sociedad (acceso a la atención médica, educación, atención domiciliaria en el hogar, atención infantil, servicios sociales, vivienda pública y pensiones para adultos mayores y discapacitados) y los recursos para el desarrollo de estos derechos. Las poblaciones de los países con mayores derechos sociales y mayores recursos públicos sociales (incluyendo fondos públicos y legislación para el ejercicio del poder social) están más sanas que aquellas poblaciones de países con menores protecciones sociales. Son indicadores de estas políticas:

1. Porcentaje de la población de ancianos y población con discapacidad que tienen adecuadas pensiones públicas.
2. Porcentaje de la población cubierta por la atención médica pública y cantidad de recursos públicos para la atención médica.
3. Porcentaje de niños con atención pública infantil y en educación primaria, secundaria, terciaria (incluyendo educación vocacional y universitaria) y recursos públicos invertidos en estos servicios.
4. Porcentaje de población de ancianos y población con discapacidad que reciben servicios de atención en el hogar y cantidad de recursos públicos invertidos en estos servicios.

Políticas de reducción de las desigualdades.

Las políticas para reducir las desigualdades sociales (incluyendo las inequidades en el ingreso de la renta) por clase, género, raza, etnia y región. Las desigualdades sociales pueden causar patologías y reducir las oportunidades para que las personas lleguen a ser más sanas.¹⁰ Las políticas para la reducción de las desigualdades deben incluir las medidas orientadas a la reducción de las diferencias sociales entre todas las clases y los grupos sociales, y no solo entre ricos y pobres. Existe una fuerte evidencia empírica que indica que la política pública más efectiva para salvar vidas y disminuir la mortalidad, en cualquier país, es aquella que garantizara

una tasa de mortalidad para todas las clases sociales igual que la mortalidad de las clases más favorecidas.¹¹ En este sentido, los programas anti-pobreza y los dirigidos a la prevención de la exclusión social (enfoque que ha caracterizado el Gobierno de Blair para reducir las desigualdades en Gran Bretaña) son muy importantes como componente de la reducción de las desigualdades, pero son solo uno de los componentes de estas políticas públicas y no son las más efectivas. Las estrategias dirigidas a la reducción de las desigualdades entre todos los sectores de la población (esto es políticas universales o generales para todos en vez de políticas anti-pobreza o anti-exclusión) como aquellas que son llevadas a cabo por los gobiernos socialdemócratas en Suecia son más efectivas en reducir mortalidad y morbilidad (incluyendo entre los pobres y los grupos excluidos) que las políticas orientadas a los pobres.¹² Los principales indicadores para este tipo de políticas son:

1. El impacto redistributivo de las intervenciones públicas del estado de bienestar (por ejemplo, cambios en la distribución del ingreso medidos por el coeficiente de Gini o el indicador de Theil, antes y después de las intervenciones del estado de bienestar). Estas políticas públicas, promulgadas para reducir las desigualdades sociales, deben ser parte de una política amplia dirigida a las causas de estas desigualdades, incluyendo la reducción y eliminación de las relaciones de opresión, explotación y discriminación.
2. Cambios en el porcentaje del ingreso nacional proveniente de los salarios. Evidencia empírica muestra que países con mayor cantidad de ingreso nacional atribuido a la propiedad y menor cantidad derivado del trabajo tienen peores indicadores de salud. A este respecto EEUU y Suecia representan los dos extremos del espectro.¹³ Políticas dirigidas a disminuir el porcentaje de renta nacional derivada del capital y a incrementar el porcentaje de distribución derivado del trabajo así como también políticas económicas y fiscales orientadas a la redistribución de los recursos son efectivas en el mejoramiento de la salud de la población.

Intervenciones culturales.

Las intervenciones culturales saludables están dirigidas a la creación de una cultura de la solidaridad en vez de a una cultura de la competición. Una fuerte sensación de competición crea una inseguridad y estrés enormes, lo cual produce muchas de las patologías. Esto fue lo que se mostró cuando las políticas liberales de Thatcher fueron establecidas y desarrolladas en Gran Bretaña, con la consecuente caída de las tasas de reducción de la mortalidad, tasas que disminuyeron en todos los grupos de edad.¹⁴ Una cultura de la alta competición se enfoca en la competitividad individual (reflejada en el eslogan “cada cual debe volar por su cuenta” (*everyone should fly on their own*) es insano, y esto crea ansiedad y frustración. Algunos rasgos culturales también pueden ser muy insanos, como lo es la excesiva comercialización en la sociedad y la preponderancia de valores como el egocentrismo, narcisismo, violencia y hedonismo, lo cual también crea estrés y frustración.

La contaminación de valores insolidarios y egocéntricos es uno de los nuevos retos de salud pública en la sociedad, siendo necesario que las autoridades de salud pública intervengan en establecer valores solidarios y sociales favorables a la salud, iniciándose ya en la escuela e incluyendo los medios de comunicación desalentando y eliminando valores insanos. Entre ellos, la definición de belleza como “joven y *sexy*”, por ejemplo, es muy explotadora, genera gran frustración entre la mayoría de las personas que no son jóvenes ni *sexys* (pero que sienten que deben esforzarse para parecerlo para ser aceptados en nuestra sociedad). También la ubicua presencia, en la mayoría de los países, de miembros de clase media alta como las principales personajes en los programas de televisión también crean frustración entre los televidentes, la mayoría de los cuales son de la clase trabajadora (y cuya vida es raramente presentada en los medios). Los indicadores de estas intervenciones incluyen:

1. Número de programas educativos que se basan en la solidaridad en vez de la competencia.
2. Grado de violencia en los programas de televisión.
3. Grado de reproducción de estereotipos de clase, género o raza en los medios.

Intervenciones para una vida laboral saludable

Estas intervenciones se dirigen a crear un trabajo seguro, satisfactorio, creativo y agradable. Existe una fuerte evidencia que indica que la naturaleza, las condiciones y el tipo de trabajo están entre las variables más importantes que determinan el nivel de salud de una población.¹⁵ Indicadores de este tipo de intervenciones incluyen:

1. Autoreporte del trabajo relacionando con el nivel de salud.
2. Indicadores de acumulación de factores de riesgo en el trabajo
3. Indicadores de condiciones de trabajo insalubres
4. Indicadores de satisfacción de los trabajadores con su trabajo.
5. Autopercepción de los trabajadores del nivel de control de sus condiciones de trabajo.

Protección ambiental y de los consumidores.

La protección está dirigida a mejorar el ambiente físico de trabajadores, consumidores y residentes, asegurando las condiciones que protejan y promuevan la salud. Indicadores de tales intervenciones incluyen:

1. Porcentaje de la población expuesto a niveles insanos de ruido.
2. Niveles de dióxido de nitrógeno en lugares al aire libre.
3. Niveles de sustancias químicas persistentes en la leche materna.
4. Incidencia de accidentes de trabajo y en otros lugares (muertes y número de lesiones tratadas en instituciones de atención médica) por 100.000 personas en diferentes ambientes.

Condiciones durante la infancia y la adolescencia.

Intervenciones de este tipo están entre las más efectivas para reducir la pobreza y prevenir la exclusión social. Existe plena evidencia de que los niños y adolescentes de familias que son pobres serán pobres en edad madura.¹⁵ De ahí que sea de gran importancia proveer una buena educación reparadora desde el nacimiento a los 18 años (incluyendo buenos

servicios de atención infantil) y buenos trabajos para sus padres (especialmente madres solteras) para prevenir la exclusión social. Indicadores de este tipo de intervenciones incluyen:

1. Porcentaje de niños (0-3 años) en centros públicos de atención infantil por clases sociales.
2. Nivel de la educación pre-escolar.
3. Porcentaje de jóvenes que finalizan la educación primaria y secundaria y que entran y completan la educación terciaria, por clase social.
4. Indicadores de la influencia de estudiantes y profesores en la escuela.

Intervenciones de atención de salud que promueven la salud.

Estas políticas deben enfatizar las intervenciones de salud pública, tanto fuera como dentro de los servicios médicos que cubren toda la población. Los servicios de atención médica deben estar diseñados de una manera que faciliten el acceso, confort y satisfacción de los usuarios y de la población en general. También, la promoción de la salud debe ser un elemento clave del sistema de atención médica y de todo el personal de salud (particularmente de médicos y otros profesionales de la salud) que deben ser entrenados en los determinantes políticos, sociales, económicos y culturales de la salud como también en las intervenciones del estilo de vida. Indicadores de este tipo de intervenciones incluyen:

1. Porcentaje de la población cubierta por el sistema público de atención médica y por los servicios de salud pública.
2. Porcentaje de la población adulta que trabaja en el sistema de salud.
3. Porcentaje del presupuesto público de la atención en salud que se gasta en atención primaria.
4. Indicadores de accesibilidad a los servicios de atención de salud.
5. Indicadores del poder que tienen las agencias públicas para sancionar conductas insalubres de agencias, grupos empresariales y corporativos.
6. Porcentaje de la población que es fumadora o alcohólica.
7. Porcentaje de embarazos no deseados.

8. Porcentaje del tiempo de radio y televisión dedicado a promover la salud.
9. Tasas de intoxicación alimentaria en la población.
10. Niveles de satisfacción de los ciudadanos con la atención de salud recibida y la información proveída.
11. Porcentaje de la población vacunada contra enfermedades transmisibles.
12. Tasas de VIH-Sida.

II. Intervenciones de los estilos de vida.

Las intervenciones del estilo de vida, como su nombre lo indica, están orientadas al cambio de los comportamientos no saludables de los individuos. Estas son las intervenciones más clásicas y los más visibles componentes de la promoción de la salud, incluyen:

Intervenciones en comportamientos de buenas prácticas sexuales y buena salud reproductiva

Estas intervenciones están dirigidas a desarrollar la sexualidad como un derecho humano, separando lo agradable y placentero de la reproducción. La sexualidad debe ser vista como una actividad agradable y un componente del cuidado humano. La información sobre sexualidad debe estar disponible para todos los grupos de edad empezando por los jóvenes. Las personas deben ser capaces de expresar su identidad sexual libremente, sin discriminación. La información y la atención sobre salud sexual y reproductiva debe estar disponible para todas las personas que puedan beneficiarse de ello. Indicadores de estas intervenciones incluyen:

1. Número de embarazos y abortos por 1.000 mujeres menores de 20 años.
2. Incidencia de infecciones por clamidia en los grupos de edad entre 15 y 29 años.
3. Porcentaje de la población que recibe información sobre sexo y sexualidad.
4. Disponibilidad de métodos de anticoncepción para la población.
5. Análisis de los contenidos en los medios de información para evaluar programas de radio y televi-

sión. Evitar la comercialización, explotación y estereotipos de comportamientos sexuales.

6. Redefinición de los estándares de explotación de la belleza (como cuando se los equipara a joven y *sexy*) que crean frustración en la población.

Incremento de la actividad física

Esta es una intervención importante que previene, entre otras enfermedades, la hipertensión y la diabetes mellitas tipo 2, las cuales están incrementadas entre las personas obesas y sedentarias. Las autoridades públicas deben promover la actividad física en jardines, escuelas, centros de trabajo y formación y deben alentar el uso de bicicletas y del caminar. Indicadores de estas intervenciones incluyen:

1. Porcentaje de la población físicamente activa por al menos 30 minutos al día.
2. Porcentaje de jóvenes (15-29 años) que han tenido examen físico.
3. Porcentaje del espacio físico en un centro urbano que es dedicado a la actividad física.
4. Disponibilidad de centros de ejercicio físico por 10 mil habitantes/año.
5. Disponibilidad de centros de ejercicio físico adaptados para ancianos y personas con discapacidad.
6. Porcentaje de la población que usa el caminar o la bicicleta del total de los métodos de transporte personal.

Buenos hábitos de alimentación y comida segura

Esta intervención se orienta a uno de los aspectos más importantes para mejorar la salud, pues al menos 30 por ciento de las enfermedades están relacionadas con comportamientos alimenticios, siendo hoy el sobrepeso uno de los principales problemas de salud en los países desarrollados. Es imperativo, por tanto, que a) buena y saludable alimentación este ampliamente disponible para toda la población, incluyendo una amplia variedad de opciones alimenticias, b) la comida debe ser higiénica y saludable, con una fuerte penalización para el comportamiento delincidental corporativo como es el caso de restaurantes responsables de intoxicaciones alimen-

tarias, c) el público debe ser informado sobre el contenido calórico y la composición de todos los productos alimenticios, d) el público debe ser informado de la relación existente entre alimentos y salud. Los indicadores de estas intervenciones incluyen:

1. Índice de masa corporal de la población.
2. Porcentaje de la población que consume al menos 500 gr. de frutas y/o vegetales todos los días.
3. Porcentaje de lactancia infantil (exclusiva hasta la edad de 4 a 6 meses).
4. Incidencia de la infección por campilobacter y salmonela.

Reducción del consumo del tabaco y alcohol, uso de drogas y exceso del juego

El tabaquismo es una adicción que debe ser curada ayudando al control individual de la adicción y debe prohibirse que la industria del tabaco aliente esta adicción. La publicidad del tabaco dirigida a los jóvenes debe ser ilegal, la publicidad debe estar restringida a ciertos foros con restricción de los anuncios comerciales de radio y televisión. El tabaco debe tener altos impuestos que permitan recolectar fondos y asignarlos a programas de curación del tabaquismo. Las contribuciones de la industria del tabaco a partidos políticos o candidatos o causas sociales o políticas deben ser prohibidas. El fumar debe estar prohibido en todos los espacios públicos como restaurantes, calles, teatros y lugares de trabajo. El consumo de alcohol debe ser reducido. Las bebidas deben ser objeto de una tasa impositiva proporcional a su contenido alcohólico. El consumo de alcohol solo debe permitirse en áreas restringidas y no en lugares públicos como calles, teatros o foros deportivos.

Los individuos adictos a las drogas deben ser asistidos y no penalizados (excepto cuando son consumidores de drogas en lugares públicos). Es la distribución de drogas la que debe ser fuertemente penalizada. Los indicadores de estas intervenciones incluyen:

1. Autoreporte del consumo del tabaco.
2. Autoreporte de la exposición a ambientes con humo de tabaco.

3. Porcentaje de restaurantes y lugares públicos que violan las restricciones para el consumo de tabaco, alcohol y drogas.
4. Consumo total de alcohol.
5. Mortalidad y lesiones debidas al consumo de alcohol.
6. Porcentaje de conductores intoxicados por alcohol.
7. Porcentaje de la población que consumen drogas (autoreporte e informes policíacos).
8. Mortalidad debida a enfermedades o lesiones relacionadas con narcóticos.
9. Prevalencia de juego excesivo (azar)

III. Estrategias de empoderamiento

Las estrategias de empoderamiento deben ayudar a los individuos a unir su lucha personal por el mejoramiento de la salud con la lucha colectiva por el mejoramiento de la salud de todos. Existe una fuerte evidencia que muestra que los individuos que son conscientes de sus limitaciones en salud y de las causas de esas limitaciones, pueden mejorar su salud si ellos unen su lucha por mejorar la salud con la lucha de otras personas que comparten sus limitaciones. Como ya señalé antes, jóvenes que eran adictos a las drogas se convirtieron en Panteras Negras en las décadas de 1960 y 1970 mejorando su propia salud (suspendieron el consumo de drogas) y la salud de sus vecindarios: las áreas controladas por las Panteras Negras llegaron a estar libres de drogas. Y los mineros del carbón de Virginia Occidental cuando se fueron a la huelga para mejorar sus condiciones de trabajo, mejoraron tanto su propia salud como la de su comunidad.

El compromiso personal para mejorar la salud de otras personas mejora la propia salud. Esto es, compromiso y solidaridad son parte de la buena salud. Compromiso significa el deseo de servir a otros y solidaridad significa desarrollar redes de apoyo para luchar unidos por la causa de mejorar la salud individual y colectivamente. Lo que es más, una respuesta colectiva alimenta los esfuerzos individuales para ganar poder, logrando, por lo tanto, el empoderamiento individual. Estas conexiones entre la respuesta individual y colectiva basadas en compromiso y solidaridad son elementos cri-

ticos para llegar a los determinantes estructurales de una buena salud. La acción colectiva (el empoderamiento político, usando el término político en el sentido amplio de la expresión colectiva del poder) es de extrema importancia en la conformación de una sociedad sana. Estas políticas públicas se oponen tanto a la aceptación conformista de la situación como a la alienación (individual y colectiva)*. La aceptación, de una realidad de explotación, sin embargo, puede no ser insana si la persona que es explotada fuera inconsciente de su explotación. Una persona puede creer que ella vive en la pobreza, por ejemplo, porque Dios quiere que ella sea pobre (lo que Madre Teresa llamaba el regalo de la pobreza). La pobreza es vista como una etapa bienvenida que ayuda a los individuos a llegar al cielo, su final y más importante destino (su estado en la tierra es meramente transitorio). Esta situación es altamente improbable hoy en el mundo, puesto que, la pobreza y la desigualdad no son bienvenidas por aquellos que las sufren. En realidad, pobreza y desigualdad deben ser resistidas porque toda la información disponible muestra que las desigualdades (y la distancia social que ésta crea) está basada frecuentemente en la explotación. Esto es, las clases ricas son más saludables porque las clases pobres tienen menos riqueza y menos salud. La percepción de la distancia social como explotación es la base de la amplia opinión en las sociedades occidentales que la sociedad no es justa y que en ellas hay una excesiva desigualdad. Las encuestas de opinión muestran que las grandes mayorías de los países desarrollados creen que existen demasiadas desigualdades en sus sociedades.¹⁶ Es de esperar que el 20 o 25 por ciento de la población con más altos ingresos (que tienen enorme poder e influencia en las sociedades occidentales y que son los sectores de la población con mayor salud) quieren que el otro 75 a 80 por ciento de la población crea que ellos están en la cima por mérito y que ellos merecen estar ahí, que la distancia en el estatus es un evento natural y que el orden social actual requiere de esa aceptación para el mantenimiento del ser social. El problema para ellos es que hay un número creciente de per-

*Alienación: Proceso mediante el cual el individuo o una colectividad transforman su conciencia hasta hacerla contradictoria con lo que debía esperarse de su condición. (N del T)

sonas que no creen que el mérito condicione la jerarquía social. La concienciación de la explotación es una de las mayores amenazas para aquellos quienes están en esa cima del poder.

La respuesta de una concienciación de la explotación puede ser doble: una puede ser individual, lo cual puede crear serias patologías (tanto a nivel individual como colectivo) como consecuencia de la frustración. Contrario a las ideas culturales prevalentes, como la imagen del cowboy solitario que solo con sus manos se deshace de una banda de chicos malos, la respuesta individual es insuficiente y de valor limitado. La respuesta individual de las personas negras en el este de Baltimore frente a la explotación es insana; toma la forma de enojo, frustración, alcoholismo, drogadicción y crimen. Esta enorme energía individualmente canalizada es de limitado valor y es improductiva para la sociedad. La otra posible respuesta a su condición de explotación es que las personas jóvenes se junten en un grupo para responder y luchar juntos contra esa explotación. Esta es una alternativa saludable.

El sentido de compromiso, lucha, solidaridad y esperanza en un futuro mejor son las coordenadas que unen los determinantes individuales del estilo de vida con los determinantes estructurales.

Esta larga tradición de conexión de la lucha individual con la colectiva (la cual ha caracterizado la historia del movimiento obrero y de otros movimientos progresistas) precede al defectuoso concepto de “capital social” usado por algunos investigadores en el campo de la desigualdad, concepto que trivializa el concepto de solidaridad. La famosa visión Putnam¹⁷ de alentar al capital social a fin de ser aun mejores capitalistas (es una de las frases usadas en el título de sus capítulos) y ganar en un mundo competitivo, es diferente del concepto de solidaridad. Eso es lo opuesto a lo que debe ser el comportamiento social sano y es lo opuesto por lo que abogamos aquí. Nosotros proponemos facilitar la conexión entre la lucha por la salud a nivel individual con la lucha colectiva. El objetivo no debe ser la realización de la competitividad en nuestras sociedades sino la realización de la solidaridad.¹⁸ También estoy en desacuerdo con el amplio uso del concepto de “cohesión social”, al cual yo considero como profundamente conservador. De hecho, este concepto fue establecido por

los tradicionales conservadores y las democracias cristianas como respuesta al movimiento obrero que luchaba para cambiar la sociedad.¹⁹ La cohesividad social puede existir, uno al lado del otro, con enorme explotación. Existen muchas sociedades cohesivas donde el orden social es ampliamente aceptado, pero donde la cohesividad enmascara una enorme explotación y altos niveles de enfermedad. De hecho, una intervención saludable puede ser el facilitar una respuesta colectiva de aquellos quienes son explotados y romper con aquella cohesión. Esto muestra la necesidad de favorecer el concepto y uso de la solidaridad y de una sociedad solidaria como alternativa a una sociedad altamente competitiva en la cual el capital social ayuda a los individuos a competir mejor.

Las ideas resumidas en este artículo presentan una alternativa para la visión dominante y hegemónica en nuestras sociedades. Aún más, nosotros hemos sido recientemente testigos de algunos desarrollos que son alentadores, entre ellos el Plan Nacional de Salud del Gobierno sueco, el cual incluye muchos de los determinantes estructurales e individuales de la salud y representa un paso gigante en la dirección correcta. Es importante expandirse más en estas líneas resumidas de este artículo, como incluir las estrategias de empoderamiento referidas también aquí. El Plan Nacional de Salud sueco es el más progresista de los planes existentes. Aquí lo expando en el intento de romper con una visión errónea y reduccionista de lo que es un plan de salud limitando este a planes de asistencia médica. Todavía se necesita hacer más y yo espero que este artículo ayude a poner puntos de trazo para una carrera hacia una mejor salud.

Notas bibliográficas

1. Navarro, V., y C. Muntaner, (eds.), *Political and Economic Determinants of Population Health and Well-Being*. Baywood, Amityville, N.Y., 2004.
2. Navarro, V., *The Health Situation of East Baltimore*, Department of Health Policy and Management, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, 1978.
3. Navarro, V. “Crisis, Work and Health”, en *Crisis, Health and Medicine: A Social Critique*, ed. V. Navarro. Tavistock, London, 1986.
4. Marmot, M., *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*, Owl Books, New York, 2004.
5. Navarro, V., et al., *The Politics of Health Policy*, Lancet, 2006.
6. Navarro, V. (ed.), *The Political and Social Contexts of Health*. Baywood, Amityville, N.Y., 2005, p.234.

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 alquilaron 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", *Paedriátrica*, 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.

tro intercambio. Desde su casa se escuchaba constantemente un ligero rumor de agua. Es el río Caldera, el mismo río de su infancia. Y ahí están las plantas, los árboles, muchos de ellos sembrados por él mismo, a partir de semillas que fue recogiendo en viajes por Panamá y otros países.

Oigan esto - nos dice, pidiendo atención al rumor de su finca -, aquí hay paz.

Pero no siempre estuvo en paz nuestro anfitrión. Infatigable trabajador y pensador, su tema de la vida fue la salud. No la de la farmacia sino la de la gente, de las madres y sus hijos: la salud igual para todos, como decía el lema que él escogió para el Ministerio de Salud de Panamá.

¡Qué bueno que vinieran! ...! Oigan! ...¡Muchachos!

Nos lo diría al vernos llegar a su casa, y lo repetiría varias veces en esos dos días. Con JV ya tenía una amistad “heredada”. Fue amigo de su padre, el periodista peruano Eleodoro Ventocilla. Al morir Eleodoro, José Renán mandó a llamar a Jorge, en 1990, “para continuar la amistad”. Con KD recién se conocían. Y lo primero que hizo fue retarlo...

¿“De dónde es esa bandera junto a la puerta de la casa? Le preguntó. Kurt no había tomado asiento y ya le contestaba la pregunta al vuelo: “De Chiriquí.” Y como quien no da importancia a la cosa, siguió diciendo: “...Con trece estrellas. Por Dolega, por Boquete, por Remedios...” “Ya, ya muchacho, pasa y siéntate”, sentenció un sonriente Esquivel.

Serían dos sentadas, en dos días seguidos, con almuerzos y desayunos compartidos. “Comiendo de los frutos de esta tierra: una tierra buena, ¡Muchacho!” Empezamos hablando de sus años de infancia y juventud.

Yo estudié la primaria en David, en la Normal Rural. Luego, para seguir estudiando, había que ir a la capital. No había carretera y teníamos que ir en barco; demorábamos tres días, haciendo una parada única en la isla Coiba. Luego allá, en la capital, nos que-

El doctor José Renán Esquivel en su retiro de Bajo Mono, Boquete. Plumilla de Ologuagdi.

dábamos en pensiones, por el Mercado Público. Estudie en el Instituto Nacional. Fue una experiencia muy buena, aunque faltaba la vida familiar. En las vacaciones volvíamos a David, donde la familia.

Mi madre nos leía; también en alemán; ella era de Bremen. Siempre nos estimuló. Nos animaba a sembrar la tierra, a desarrollar la agricultura, que era una debilidad de ella. Ella decía que ahí era donde se producía el alimento, que no viene de otro lugar. No viene del aire, nos decía.

La medicina ha sido su pasión de toda la vida. Pediatra de profesión, llegó a ser director médico del Hospital del Niño, en dos periodos, entre 1962-1968, y 1973-1989. Así también ministro de Salud y director de la Caja de Seguro Social. Durante su larga vida profesional visitó numerosos países, colaborando con organizaciones como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Nicaragua y Brasil, entre otros países, recibieron su asesoría en salud y medicina comunitaria. Recibió diversas condecoraciones, nacionales e internacionales, como El Premio Abraham Horwitz* de la OPS, por su liderazgo en salud a nivel continental. Pero el primer peldaño de su carrera de médico sería los estudios en la Universidad de Sao Paulo.

Mi interés en la medicina empezó desde muy chiquillo. Tenía esa influencia de mi mamá que decía que había que ayudar a la gente que no tiene a nadie: toda la vida escuche esto de ella. Y además, tenía un padrino, maestro y director de escuela primaria, se llamaba Félix Olivares Contreras. El me apoyaba mucho consiguiéndome materiales, brindándome lecturas. Este padrino fue algo muy especial para mí y lo recuerdo con mucho cariño.

Termino la escuela y quiero estudiar medicina. En Panamá no era posible hacerlo. Me fui a Brasil por la posibilidad de obtener becas. Fuimos un grupo de estudiantes panameños a Sao Paulo, ciudad que recuerdo con nostalgia. Aprendimos el portugués. Allí nos apoyaron y conocí gente muy buena.. En la universidad había, a veces, cursos de política, y yo me inscribía. Pero no tuve

* Abraham Horwitz (1910-2000) Chileno, médico salubrista experto en nutrición, fue director de la OPS entre 1959 y 1975.

una relación con partidos u organizaciones políticas en esta época. Fueron alrededor de cinco años en Brasil, sin volver a Panamá: un viaje de ida y otro de regreso, nada más. Esto fue antes del gobierno del presidente Juscelino Kubichek, en una época de mucha transformación en Brasil, cuando llegaron emigrantes de Europa. En 1950, a los 25 años, regresé a Panamá graduado de médico.

Era muy joven cuando se graduó de médico. Tendría tiempo para hacer más cosas, muchas cosas. La pediatría fue siempre su afán y nuevamente sale del país a México, ya con Vilma, su esposa, y sus hijos mayores. Se especializaría en este país y luego también en Suiza.

¿Por qué me especializo en pediatría? Todo el tiempo me interesó el desarrollo infantil: ahí está la base, ahí comienza la formación del ser humano. No había pediatras en Panamá. Estudié la especialidad en México y al regresar fui nombrado en el Hospital del Niño. Todo era nuevo en esa época; sin base científica, empíricamente se trabajaba. Era el año 1962 y empezamos formando enfermeras, médicos, “haciendo escuela”. Traíamos conferencistas de fuera pues en esos años la comunicación de nuestro medio profesional con el de afuera casi no existía.

Decía “Chuchú” Martínez que el General Torrijos tuvo la gran fortuna de poder contar con el doctor Renán Esquivel, como teórico y práctico de los Centros de Salud que proliferaron por el país. Esquivel sería el primer Ministro de Salud que tendría el país, de 1968 a 1973. Desde ahí realizó profundos cambios en la seguridad social panameña; fue un firme defensor del sistema integrado de salud e impulsó los programas de medicina preventiva y de la salud pública.

Yo tenía interés en participar con la gente, por algo había ido a estudiar. Vi posibilidades. Conocí a Torrijos en reuniones médicas. Cuando me oyó hablar en una de ellas se interesó en lo que decía. Hablaba de los comités de salud, de lo que necesitaban las comunidades: educación, agua, alimento, trabajo, organización... Unimos intereses. El acepta inmediatamente la propuesta de los comités de salud. En 1969 se me propone tomar el cargo

de un ministerio que incluía, entre otros, a la salud. Habían mezclados, claro está, otros intereses ajenos a la salud; además, mi campo era la medicina... Mi condición fue ser ministro de salud y ahí se crea entonces en Panamá el Ministerio de Salud.

Cuando creamos los comités de salud la reacción de la gente en las comunidades fue muy buena: comenzaron a entenderlos como instrumentos necesarios para mejorar. Inicialmente se vieron, desde arriba, con cierta indiferencia; luego ya cambian. Venía gente de fuera, de otros países, a ver esta experiencia, para informarse, con miras al desarrollo en sus comunidades. De El Salvador, Colombia, Venezuela... La gente comenzó a participar buscando mejorar sus condiciones de vida. Y no eran productos mágicos lo que se conseguía: se podía hacer algo, trabajar y tener agua potable, obtener cosas necesarias...

Han pasado treinta años desde la Declaración de Alma Ata, en donde los médicos y médicas salubristas del mundo hicieron su llamado a un Nuevo Orden Económico capaz de garantizar el derecho de salud a todos los pueblos. Su lema era “Salud para todos”. Usted lo mejoró en “Salud igual para todos”. ¿Qué pasó de esa época a la actualidad?

Se ha olvidado, se ha cambiado, el concepto de salud. Ahora está vinculado a intereses económicos. Los que venden salud invadieron todo. ¿Qué venden las farmacias? ¿Cuál es realmente su meta? ¿Vender para mejorar la salud o para obtener ganancias? El funcionario del Estado tiene que sentir una responsabilidad hacia la gente. Esta responsabilidad se debilitó por circunstancias de los mismos políticos, que se fueron hacia lo monetario. ¿No sabían? No: no se interesaban.

Ese concepto de salud igual para todos, procuraba un mejoramiento colectivo. Eso es lo que creemos que hay que rescatar. Tenemos que volver a mirar a la gente. Ahorita yo fui al pueblo y me encontré con una señora que esta enferma de lupus eritematoso... ¡Hoy en día! Y me da pena ver que ella no se está tratando adecuadamente. Estaba ahí, sentada... Pero se ha olvidado de que es humana y que hay que luchar por la salud, que tiene ese derecho. Vino a saludarme y me dijo: “Doctor, ¿Qué hay de nuevo? Hoy todo lo valorizan en plata. Ya te dije yo, ahorita, de esa señora con lupus, que vi abajo, en el pueblo. Y a otra gente vi ahí

Camino a casa del doctor José Renán Esquivel, en Bajo Mono, Boquete. Plumilla de Ologuagdi.

también, un viejito que conozco, que se me acerca y me dice “Estoy muy solo, los hijos se han ido...” La soledad no es buena compañera de nadie. Me dio pena porque es buena gente. “Vaya a Bajo Mono y conversemos y caminemos un poco”, le dije.

Sabemos que usted ha conocido a Fidel Castro, ¿Qué opinión le merece?

Lo conocí antes de ser ministro, en un viaje que se hizo a Cuba. La impresión que tuve al conocerlo fue extraordinariamente buena. Estaba luchando por la verdad. Todavía conservo esa impresión de él. A amigos médicos que necesitan continuar estudiando les recomiendo “vete a Cuba” Yo nunca puedo olvidar a Cuba. Y Fidel tiene cualidades excepcionales.

En 1984 usted fue candidato a la Presidencia de la República, con Carmen Miró como vicepresidenta, por el Partido Revolucionario de los Trabajadores (PRT), ¿Qué lo motivó a dar este paso?

Me motivó el sufrimiento de la gente, la falta de salud, la falta de organización, de organización también en el Estado. ¿Qué planteaba nuestra plataforma presidencial? Buscar el mejoramiento colectivo, igual para todos. Y todavía ese es el camino, no ha cambiado.

Y ahorita, que vi a la señora con lupus me dio tanta pena porque esa enfermedad se puede tratar, se debe tratar. Tantas cosas hay que debemos hacer; pensar nada más en el agua potable, que existan hoy comunidades sin agua...

Hoy tenemos nuevos retos, mayor violencia, nuevas enfermedades como el sida...

...¡Sufrimientos!

Correcto. Al final, son todos sufrimientos que requieren de respuestas amplias e integrales. Respuestas a las que se oponen intereses económicos dominantes. A pesar de las dificultades, usted parece que no ha dejado de ser optimista...

He sido muy optimista, es cierto. Podemos hacerlo, debemos unirnos para buscar ese camino. Yo veo un montón de niñitos ahí... ¿Y qué hace la mamá? Lo que sabe. ¿Y qué sabe? ...Sabe lo que sabia hace 100 años la gente! Porque no han tenido escuela, no han tenido oportunidad de aprender las cosas nuevas. Ni de cosas como estas, de ambientes así (señala su jardín).

Y se puede. Lo importante es que se puede hacer: cambiar el mundo hacia el mejoramiento colectivo. Con principios...No he variado en mis pensamientos. Podemos y debemos cambiar. Con esperanza. Con la esperanza de transformar el ambiente inadecuado en el que estamos, por uno mejor. Hay además mucha gente que admirar. Gente humilde, buena, que no es que tienen dinero pero están conscientes de la vida humana y de su deber de participar para mejorarla; por los niños, con escuelas, maestros... Hay gente buena, pero hay otra indiferente. Necesitamos gente que conceptualmente sea respetuosa con la vida humana. ¡Que no sea in-di-fe-ren-te!

Pero a veces, el panorama es muy sombrío doctor...

Esto pasará, es una etapa. Van a venir generaciones que traen mejoramiento, ¡Seguro! ¡Ajóoo!

Es posible: debe hacerse posible. Reunirse y ver qué es lo que cada grupo desea y puede hacer. Todos pueden participar. En comunidad: como-unidad. Ciertamente, los médicos recién egresados: ¿Cuánto saben? A veces tienen una inmensa separación de la realidad social. Pero es posible cambiar.

HOMENAJE

SALVADOR ALLENDE ANTE EL MUNDO*

Mario Amorós**

Debate sobre la ampliación del Canal de Panamá, de Marco A. Gandásegui, h., (2008) es una coedición del CELA y de Cultural Portobelo

El 26 de junio se conmemorara el centenario del nacimiento de Salvador Allende, fundador del Partido Socialista de Chile (1933), diputado (1937-1939), ministro de Salubridad del presidente Pedro Aguirre Cerda (1939-1941), senador (1945-1970), candidato presidencial de la izquierda entre 1952 y 1970 y Presidente de la República entre el 3 de noviembre de 1970 y el 11 de septiembre de 1973. Su trayectoria política recorrió medio siglo de la vida chilena y se distinguió por su apuesta por unir al conjunto de la izquierda en torno a un programa de transformaciones revolucionarias para construir en Chile una sociedad socialista en “democracia, pluralismo y libertad”.

Pero Allende jamás perdió de vista el contexto internacional de un tiempo histórico que estuvo marcado inicialmen-

*Artículo tomado de *Historia 16*, de junio de 2008.

**Doctor en Historia y periodista, autor de *Compañero Presidente. Salvador Allende, una vida por la democracia y el socialismo*, publicaciones de la Universidad de Valencia, Valencia, 2008.

te por el ascenso del nazifascismo en Europa, la guerra civil española, la segunda guerra mundial, la consolidación de los regímenes estalinistas en Europa del Este, la Revolución china y el inicio de los procesos de descolonización del Tercer Mundo, las sucesivas intervenciones militares de Washington en América Latina, la Revolución cubana y la guerra de Vietnam.

Condena de los crímenes nazis

El 26 de noviembre de 1938, Salvador Allende suscribió junto a otros 75 parlamentarios chilenos un telegrama enviado a Adolf Hitler en protesta por los crímenes contra los judíos cometidos en la “noche de los cristales rotos”, dos semanas antes¹: “En nombre de los principios que informan la vida civilizada, consignamos nuestras más vivas protestas por la trágica persecución de que se hace víctima al pueblo judío en ese país y formulamos votos por que su Excelencia haga cesar tal estado de cosas y restablezca para los israelitas el derecho a la vida y a la justicia...”.

Si repudió los primeros crímenes del nazismo, también participó en la acogida a los más de dos mil republicanos españoles que llegaron a Valparaíso el 4 de septiembre de 1939 a bordo del *Winnipeg*, en un viaje organizado por Pablo Neruda, designado Cónsul Especial para la Inmigración Española por el presidente Pedro Aguirre Cerda. Como miembro del Comité de Ayuda a los Refugiados Españoles, Allende asistió a varios actos de solidaridad con los pasajeros del *Winnipeg* y con el tiempo algunos de ellos, como el destacado pintor José Balmes o Víctor Pey, se convirtieron en grandes amigos suyos.

Al mismo tiempo, la condena de la dictadura franquista estuvo presente en su discurso político hasta el final de su vida. Así, por ejemplo, el 12 de septiembre de 1945, al intervenir en el Senado para fijar su posición frente a la Carta de las Naciones Unidas, recordó la complacencia de la mayor parte de los parlamentarios de la derecha con las potencias del Eje y con el fascismo en la guerra civil española y expresó su deseo de que la derrota del totalitarismo en Europa alcanzara también a España²: “Nuestro Gobierno y ciertos políticos no quieren recordar que la guerra comenzó en España; que la revuelta de Franco, apoyada por las potencias del Eje, fue el

primer estallido de la conflagración internacional. Esta guerra debe terminar en España y con la instauración de un régimen de acuerdo con la voluntad soberana del pueblo español. ¡Ah, si recordáramos la defensa que se ha hecho del régimen franquista; si repitiéramos las palabras que han pronunciado en este Honorable Senado los senadores de derecha y las que pronunciaron en la Honorable Cámara los diputados de esta combinación política...”.

Rechazo del estalinismo

Uno de los discursos que mejor definen sus posiciones políticas fue el que pronunció el 18 de junio de 1948 en el Senado para explicar la oposición de su partido al proyecto de Ley de Defensa Permanente de la Democracia impulsado por el Gobierno del presidente Gabriel González Videla para perseguir a los comunistas. Allende defendió el derecho de los comunistas a participar en la vida política con los mismos argumentos que habría empleado –precisó– para preservar la misma opción para los conservadores o los socialcristianos. Asimismo, resaltó las diferencias doctrinarias que le distanciaban de aquellos, principalmente la adhesión acrítica a la Unión Soviética y la defensa de la dictadura del proletariado³: “El Partido Socialista no propicia la dictadura del proletariado, aunque estima necesaria una dictadura económica en la etapa de transición que lógicamente hay que vivir para pasar de la sociedad capitalista a la socialista. He sostenido y sostengo que el marxismo es un método para interpretar la historia; no es un dogma ni algo inmutable falto de elasticidad”.

Tampoco renunció a referirse, en los inicios de la guerra fría, a las dos potencias hegemónicas y a los principios fundamentales que distanciaban a los socialistas chilenos de una URSS en pleno periodo estalinista, pero también con su imagen renacida ante el mundo por el monumental sacrificio de los pueblos soviéticos en la victoria frente al nazismo: “Sólo quiero destacar en forma muy somera que, a nuestro juicio, el mundo entero oscila entre la Rusia soviética, por un lado, y el capitalismo norteamericano, por otro. Los socialistas chilenos, que reconocemos ampliamente muchas de las realizaciones alcanzadas en Rusia Soviética, rechazamos su tipo de organización política, que la ha llevado a la existencia de un

solo partido, el Partido Comunista. No aceptamos tampoco una multitud de leyes que en ese país entraban y coartan la libertad individual y proscriben derechos que nosotros estimamos inalienables a la personalidad humana: tampoco aceptamos la forma en que Rusia actúa en su política expansionista. Innecesario me parece insistir en las razones que nos mueven a rechazar también la acción del capitalismo norteamericano, fundamentalmente su penetración imperialista, y he hecho yo notar los vacíos, las injusticias y las fallas del régimen capitalista en el transcurso de mi intervención”.

Hungría y Guatemala

En los meses finales de 1956, Allende tuvo dos oportunidades para pronunciarse por el principio de la libre autodeterminación de los pueblos. Respecto a la invasión soviética de Hungría, abogó una vez más en el Senado por un socialismo de bases libertarias⁴: “Lo que ocurre en Hungría no puede sernos extraño ni dejar de interesarnos desde un punto de vista humano y social. La experiencia vivida por la humanidad en estos días reafirma lo que hemos venido sosteniendo en cuanto a que los principios socialistas pueden y deben buscar los cauces de superación y remplazo del capitalismo de acuerdo con las características de cada país. Es evidente el fracaso de todas las tendencias que han creído que los regímenes políticos pueden ser trasplantados o impuestos sobre los pueblos. No hay pueblo que acepte el colonialismo mental o espiritual y, tarde o temprano, su lucha emancipadora buscará sus legítimos y propios derroteros. (...) Sin discusión, los errores en que se ha incurrido en Hungría han provocado una reacción que ha llegado a convertirse, por desgracia, en una verdadera guerra civil. Nosotros, que somos partidarios de la autodeterminación de los pueblos, no podemos dejar de expresar claramente nuestra palabra condenatoria de la intervención armada de la Unión Soviética en Hungría. Ni aun con el pretexto de aplastar un movimiento reaccionario que significara la limitación de las conquistas sociales o económicas que pudiera haber alcanzado el pueblo húngaro y la vuelta a formas políticas caducas justificariamos nosotros la intervención de una potencia extranjera. Y mantenemos esta actitud cualquiera que sea el país de que se trate”.

El 4 de diciembre de 1956, desde la tribuna del Senado, defendió las reformas que el presidente Jacobo Arbenz (derrocado por un golpe militar orquestado por la CIA) había intentado desarrollar⁵: “¡Decir que Guatemala tuvo un gobierno comunista! ¿Por qué? ¿Se nacionalizaron las industrias? ¿Se expropió la tierra en su integridad? ¿Se terminó con la propiedad privada? No, señor presidente. Entonces ¿qué razones se tienen? ¿Acaso no existía un Parlamento elegido por el pueblo y un poder judicial autónomo? (...) Bastaría un soplo de Estados Unidos para que las dictaduras del Caribe desaparecieran. (...) Desde el punto de vista económico, conviene a los intereses norteamericanos, porque esos gobiernos son los que más entregan a sus países, son los gobernantes más antipatriotas. Estas dictaduras son la expresión más corrompida y antinacional. Recordemos cómo Nicaragua ha concedido *ad eternum* derecho a los Estados Unidos para que pueda partir la con un nuevo canal. Y, por eso, en todos estos pueblos en que ha habido dictaduras, los grandes intereses imperialistas han sacado todas las ventajas: en el banano, en el algodón, en el café, en el petróleo, en el cobre, en las caídas de agua...”.

Santo Domingo

En abril de 1965, Estados Unidos invadió la República Dominicana para derrocar al gobierno constitucional del presidente Juan Bosch y contribuir a implantar el régimen represivo de Joaquín Balaguer. Fuerzas militares de otros países latinoamericanos, bajo el paraguas de la Organización de Estados Americanos (OEA), participaron en una agresión que fue condenada por el Gobierno chileno de Eduardo Frei. El 5 de mayo de aquel año, en el Senado, Salvador Allende expresó su apoyo a la posición mantenida por La Moneda y leyó los dos telegramas enviados por los cinco senadores socialistas a Lyndon Johnson, presidente de Estados Unidos, y a U. Thant, secretario general de la ONU⁶.

A Johnson le señalaron: “Su gobierno debe respetar la soberanía y la autodeterminación de los pueblos. El gobierno de Estados Unidos no puede arrogarse el derecho de controlar a la América Latina. Las tropas norteamericanas deben acabar con la invasión iniciada contra Santo Domingo suspen-

diendo de inmediato todo atentado contra su pueblo. Por respeto a la humanidad entera debe suspenderse la intervención norteamericana unilateral y desechar toda posible intervención colectiva contra el pueblo dominicano. La actitud de su gobierno atenta contra la independencia del pueblo dominicano, pisotea su dignidad, pone en peligro la existencia de millares de seres humanos y humilla a toda la América Latina. Por respeto a los héroes de la independencia de los Estados Unidos termine usted con este atentado contra la independencia de la República Dominicana”.

Y al máximo responsable de la ONU le expresaron: “El gobierno de los Estados Unidos ha lanzado una invasión armada contra la República Dominicana. El atentado vulnera la independencia del país atacado y pone en peligro la existencia de millares de seres humanos. La intervención armada se ha consumado sin que hasta ahora exista una condenación categórica de la ONU. Es el caso típico de la gran potencia que aplasta por la fuerza un pequeño país. El silencio ante este atentado constituye una humillación para todos los seres humanos. Los hombres libres de nuestra patria piden que la ONU contenga a Estados Unidos”.

Praga y Vietnam

Si en noviembre de 1967 había presidido la delegación del Partido Socialista de Chile invitada a la conmemoración del 50° aniversario de la Revolución de Octubre y en febrero de 1968 elogió en el Senado el apoyo soviético al pueblo vietnamita, el 21 de agosto de 1968, cuando los tanques del Pacto de Varsovia aún ocupaban Checoslovaquia, Allende se refirió en el Senado a unos hechos que en sus propias palabras tenían capital importancia para “el movimiento socialista mundial”⁷: “Lo que ocurre constituye una cuestión de extrema gravedad para las relaciones de los Estados socialistas y también para el movimiento socialista mundial. La dimensión inmediata de los hechos actuales se torna bastante difícil de enunciar y, nos parece obvio, su apreciación se hace aún más complicado en cuanto a las consecuencias futuras. Caben dos alternativas: Checoslovaquia pidió, de acuerdo con el Pacto de Varsovia, la intervención de los países signatarios. Esto reflejaría que, en el interior de Checoslovaquia, la contrarrevolu-

ción era suficientemente fuerte y poderosa como para poner en jaque al gobierno. En todo caso, ni aún así aceptamos la intervención armada. O no la solicitó y se ha producido lo que en este instante preocupa a Chile y al mundo: la ocupación de Checoslovaquia por las fuerzas armadas de cinco países socialistas”.

Una vez más, defendió el principio de libre autodeterminación de los pueblos y subrayó que el aplastamiento de la Primavera de Praga era un duro golpe para los movimientos populares que luchaban por el socialismo: “Si nos atenemos a las informaciones de prensa, es indiscutible, para nosotros, que lo que acontece constituye una violación a los principios de no intervención y autodeterminación. Creemos en el internacionalista proletario, en la solidaridad de los países que usan el mismo lenguaje doctrinario; pero lo que ha sucedido es muy diferente. Afirmamos rotundamente que cada pueblo, sea socialista o no lo sea, debe resolver sus propios problemas. Por eso, condenamos enérgicamente la intervención armada de los signatarios del Pacto de Varsovia en Checoslovaquia. Ha sido atropellada la soberanía de este país. Además, políticamente es un serio traspiés que golpeará rudamente a los movimientos populares. La reacción y el imperialismo harán un inmisericorde explotación de este hecho doloroso. Estamos en desacuerdo con el procedimiento puesto en práctica y destacamos nuestra autoridad moral para censurarlo, porque no hemos callado jamás. Igual denuncia hicimos en el caso de Hungría. Pero los que hoy se regocijan por lo que sucede en el campo socialista y muchos de los que aquí rasgan sus vestiduras callaron cuando ocurrió lo de Playa Girón, lo de Santo Domingo y lo de Guatemala”.

En agosto de 1969 viajó a Corea del Norte y Vietnam, en medio de los bombardeos norteamericanos. Junto con la defensa de la Revolución Cubana, la lucha del pueblo vietnamita por la independencia nacional y el socialismo estuvo presente en su discurso político desde mediados de los años 60 hasta sus últimos días. El 6 de febrero de aquel año había ensalzado en el Senado la gesta de Ho Chi Minh y sus compañeros⁸: “En diversas oportunidades nos hemos referido en el Senado a este problema y hemos dicho que la lucha librada en Asia por ese pueblo, centenaria o milenariamente agredi-

do, no es sólo la batalla de quienes pelean en su propio seno por su independencia económica, sino la expresión del combate frontal contra el imperialismo, que debe repercutir en nuestros países; hemos señalado que, si bien aparentemente tenemos libertad política, estamos sometidos a la tiranía y a una brutal presión económica y que dicha libertad política es una gran farsa. Por tal motivo, no puede haber fronteras para los países en vías de desarrollo en esta lucha común. El heroísmo del pueblo vietnamita es un ejemplo de ello.

Los patriotas vietnamitas luchan por ellos mismos y también por la libertad de todos los países oprimidos en los distintos continentes”.

“En verdad, constituye una maravillosa lección poder comprobar que un pueblo pequeño, de economía agraria, que durante toda su historia ha debido derrotar a invasores, que prácticamente -podría afirmarse sin exagerar- ha vivido cientos de años con las armas en la mano, que hace tan sólo cinco o seis años tuvo la audacia creadora de derrotar al imperialismo francés y señalar el camino de su independencia, haya resistido primero y derrotado después al país capitalista más poderoso, que dispone de la técnica bélica más desarrollada y que no se ha detenido ante nada, empleando a veces procedimientos absolutamente proscritos por los conceptos más elementales de humanidad para destruir no sólo al hombre, sino también la economía del pueblo vietnamita. Así es como ha utilizado gases venenosos con los cuales asesina a poblaciones civiles y, además, destruye la posibilidad de la tierra de poder germinar y entregar sus frutos para las generaciones futuras”.

Buena vecindad

El 4 de septiembre de 1970 Salvador Allende, candidato de la Unidad Popular (una coalición liderada por comunistas y socialistas, pero que agrupaba también a radicales, cristianos de avanzada y otros grupos menores), se impuso en las elecciones presidenciales con el 36,2 por ciento de los votos. El 24 de octubre el Congreso Nacional ratificó su victoria, con el apoyo decisivo de la democracia cristiana, y el 3 de noviembre se convirtió en Presidente de la República.

El programa de la Unidad Popular señalaba que su política

internacional se concentraría en “afirmar la plena autonomía política y económica” del país y mantendría relaciones con todos los gobiernos del planeta, con independencia de su adscripción ideológica, desde los principios del respeto a la independencia y la soberanía de cada nación, incluido Estados Unidos. La UP también se comprometió a procurar unos vínculos especiales de solidaridad con los “pueblos dependientes o colonizados, en especial aquéllos que están desarrollando sus luchas de liberación e independencia”, con un especial apoyo moral a la Revolución cubana, a “la lucha heroica del pueblo vietnamita” y a “la lucha antiimperialista de los pueblos de Oriente Medio”. Asimismo, reforzaría “las relaciones, el intercambio y la amistad con los países socialistas” y en el ámbito continental propugnaría una política de afirmación de la personalidad latinoamericana en el concierto mundial.⁹

Muy pronto el gobierno de Allende empezó a aplicar sus principios en el marco de las relaciones internacionales. El 11 de noviembre de 1970 el Presidente se dirigió al país por radio y televisión para anunciar el restablecimiento de las relaciones diplomáticas, consulares, comerciales y culturales con Cuba, interrumpidas por el entonces presidente Jorge Alessandri en 1964 a instancias de la Organización de Estados Americanos (OEA): “Nunca me cupo duda de que la suspensión de las relaciones con Cuba, y las demás medidas tomadas en su contra por la OEA, no sirven a los intereses de la paz y de la amistad entre países en la forma que lo prescribe la Carta de las Naciones Unidas. Que entorpecen, además, el normal desarrollo de las relaciones que deben existir entre los pueblos y entre los gobiernos de América Latina con la finalidad de afianzar su independencia política y económica y asegurarle el lugar a que tienen derecho en la comunidad de Estados. Que desconoce la libre determinación de los pueblos, que es la más sólida garantía de los países medianos y pequeños. Este principio, aceptado por todos en forma irrestricta y unánime, está consagrado en la Carta de las Naciones Unidas. La Asamblea General, que celebra su vigesimoquinto aniversario, acaba de reiterarlo al reafirmar los principios que rigen la organización mundial, junto con los que salvaguardan la no intervención”.¹⁰

Las relaciones con Argentina fueron prioritarias, no sólo por la importancia del intercambio comercial entre ambos países, sino por los conflictos derivados de la delimitación fronteriza, reavivados desde 1958 y potencial fuente de conflictos. Desde 1967, las posiciones se habían aproximado en torno a uno de los últimos puntos en litigio en la extensa frontera compartida: las islas del canal Beagle. Por otra parte, desde 1966 el país vecino estaba gobernado por regímenes militares que junto con la dictadura brasileña podrían conformar un frente unido contra el Chile que pretendía avanzar hacia el socialismo.

La diplomacia chilena, dirigida por el canciller Clodomiro Almeyda, fue capaz de construir unas relaciones de “coexistencia pacífica” con Argentina, presidida desde marzo de 1971 por el general Lanusse, quien invitó a Allende a celebrar una entrevista en suelo argentino que finalmente tuvo lugar los días 23 y 24 de julio de aquel año en Salta. En esta ciudad nortea suscribieron una importante declaración que ratificó el compromiso compartido de someterse al arbitraje británico para la resolución del conflicto fronterizo, acordado aquellos días en Londres.¹¹

En Argentina, el Presidente Allende fue recibido con gran entusiasmo y expectación, vitoreado en todos los lugares que visitó y alabado de manera casi unánime por todas las fuerzas políticas, un reflejo fiel de su enorme prestigio en América Latina. En su discurso durante la cena que le ofreció Lanusse, defendió la “vía chilena al socialismo”: “A través del Gobierno Popular que presido, Chile construye una economía humana e independiente, inspirada en los ideales socialistas. Queremos reestructurar la sociedad chilena en términos de justicia y libertad para lograr un desarrollo nacional auténtico; es decir, al servicio del pueblo trabajador. Importante paso en nuestra ruta es la reforma constitucional, aprobada por unanimidad en el Congreso, que permite al Estado recuperar sus riquezas naturales. Tomada ya posesión de la gran minería del cobre, fundamento de nuestra economía, podremos acometer en íntima colaboración con los países hermanos, empresas significativas destinadas a promover nuestro desarrollo acelerado, liberándonos de voluntades hegemónicas contrarias a los intereses superiores de Hispanoamérica”.¹²

Aquella noche del invierno austral de 1971, el Presidente Allende planteó la necesidad de que las naciones latinoamericanas avanzaran hacia una progresiva integración en terrenos como la educación, la economía, el arte o la ciencia: “No concebimos conflicto armado entre latinoamericanos. En cambio, nos amenazan catástrofes de otro tipo, desatadas por las fuerzas naturales, y deseamos crear un sistema común que permita enfrentarlas solidariamente. Insistiremos en todo aquello que una a nuestros pueblos. Desde elaborar textos que enseñen la misma historia y establecer empresas mixtas bilaterales y multilaterales, hasta organizar un régimen común de seguridad social. El arte y el pensamiento del hombre americano han de difundirse libremente por nuestro continente. Los científicos deben tener iguales garantías. Es la nuestra una época de vertiginoso avance tecnológico. De nuevos valores humanos. De una rebelde juventud. Es preciso no olvidarlo. Alguna vez se establecerá el estatuto del hombre americano. Y un día llegaremos, manteniendo la propia nacionalidad, a la nacionalidad latinoamericana”.

Apenas un mes medio después, viajó a Perú, un país con el que las relaciones habían sido muy tensas desde la guerra del Pacífico, pero que desde 1968 estaba gobernado por el general nacionalista Juan Velasco Alvarado con una política progresista. El 1 de septiembre llegó a Lima como última etapa de su viaje por los países del Pacto Andino (Ecuador, Colombia), con la excepción de Bolivia, donde el general Hugo Bánzer acababa de dar un golpe de estado. Su visita evidenció la coincidencia con la que ambos gobiernos hablaban de la transformación del orden económico mundial, de la superación de la dependencia de los países subdesarrollados y de la necesaria nacionalización de los recursos naturales. Por primera vez en casi un siglo ambas naciones mantuvieron relaciones de amistad.

Una política exterior “no alineada”

En aquel mes de septiembre de 1971, el gobierno de la Unidad Popular integró a Chile en el Movimiento de Países No Alineados, cuyo origen se remonta a la histórica Conferencia de Bandung (Indonesia, 1955) y que fue impulsado principalmente por el presidente indio Nehru, el egipcio Nas-

ser y el mariscal yugoslavo Tito a partir del rechazo a los esquemas de la *guerra fría* y la política de bloques seguida por Estados Unidos y la Unión Soviética. Chile participó de manera activa en dos conferencias de los No Alineados, la última de ellas en septiembre de 1973 en Argel, de donde el canciller Almeyda regresó horas antes del golpe de estado.¹³

Otro de los hitos fue la celebración en Santiago de la Tercera Conferencia Mundial de Comercio y Desarrollo (UNCTAD), en abril de 1972, en el emblemático Edificio Gabriela Mistral, construido para este evento en la Alameda en tiempo récord por la conciencia de la clase obrera. En su discurso de inauguración, el Presidente subrayó que aquella Conferencia debía promover un cambio en las reglas de la economía internacional¹⁴: “La Conferencia que hoy se inicia tiene como misión fundamental poner en marcha lo más esencial de los objetivos y compromisos de la Estrategia Internacional para el Segundo Decenio del Desarrollo. Ellos son sustituir un orden económico-comercial caduco y profundamente injusto por uno equitativo que se funde en un nuevo concepto del hombre y de su dignidad y reformular una división internacional del trabajo intolerable para los países retrasados, porque detiene su progreso, mientras favorece únicamente a las naciones opulentas. Para nuestros países ésta es una prueba suprema. No seguiremos aceptando con el nombre de cooperación internacional para el desarrollo un pobre remedo de lo que concibió la Carta de las Naciones Unidas. Los resultados de la Conferencia nos dirán si los compromisos asumidos en la Estrategia Internacional para el Segundo Decenio respondieron a una auténtica voluntad política o fueron sólo un expediente dilatorio para mitigar la presión de los países del Tercer Mundo”.¹⁵

En su extensa intervención, se refirió al peligro de que la reestructuración de los sistemas monetario y comercial internacionales se llevara a cabo de nuevo “sin la plena y efectiva participación de los países del Tercer Mundo”, criticó la injusticia de una deuda externa que yugulaba las posibilidades de desarrollo de estas naciones, así como las presiones para impedirles el ejercicio del derecho a disponer libremente de los recursos naturales y abogó por su acceso a la tecnología y, en definitiva, por “una economía mundial solidaria”:

“La presente coyuntura internacional es favorable para intentar transformar el orden económico. Quizás este juicio es demasiado optimista, pero la verdad es que los acontecimientos internacionales de las últimas décadas han venido acumulando factores que terminaron por cristalizar como una nueva oportunidad. La característica más notable es la posibilidad que se le ofrece al mundo de una relación más digna, sin sumisión y sin despotismos. Hay entendimiento entre las potencias mundiales capitalistas; hay coexistencia y diálogo entre éstas y las socialistas. ¿Puede darse algo semejante entre los antiguos países colonialistas e imperialistas, por un lado, y los pueblos dependientes por el otro? El futuro dirá si nosotros, pueblos del Tercer Mundo, conquistaremos el reconocimiento de nuestros derechos en la reestructuración del intercambio internacional y la instauración de relaciones justas para todos”.

Una voz del Tercer Mundo

Su gira exterior más importante se inició el 30 de noviembre de 1972 y le condujo a México, la sede de Naciones Unidas en Nueva York, la Unión Soviética (con escala previa en Argelia) y Cuba. En México, un país con el que Chile mantuvo por primera vez una estrecha relación debido al gran interés que despertó allí la “vía chilena al socialismo”, Salvador Allende fue recibido de nuevo por grandes multitudes en todos los lugares que visitó. El 1 de diciembre por la mañana depositó una ofrenda floral en la Columna de la Independencia, en el hemiciclo a Juárez y en el Monumento a la Revolución, donde reposan Francisco Madero, Venustiano Carranza, Plutarco Calle y Lázaro Cárdenas.

Por la tarde, pronunció un discurso ante el Congreso Nacional en el que agradeció el recibimiento que le había dispensado el pueblo mexicano, evocó su amistad con el general Cárdenas y expuso las líneas esenciales de la Revolución chilena: “Presido un gobierno que no es un gobierno socialista, pero que abre y abrirá sin vacilaciones el camino al socialismo, dentro del pluralismo, la democracia y la libertad. Las bases políticas de mi gobierno están afianzadas con la presencia en él de los partidos que lo integran, laicos, marxistas y cristianos, que se han comprometido ante la conciencia

popular y ante su propia conciencia a hacer posibles las grandes transformaciones que permitan estructurar una economía al servicio del hombre y de las mayorías nacionales. Para ello, hemos tenido que herir intereses poderosos, fundamentalmente los extranjeros, y los intereses nacionales de los monopolios, el latifundio y la banca. Por eso nos combaten. (...) Para nosotros, la revolución no es destruir, sino edificar, no es arrasar, sino levantar formas distintas de convivencia de las mayorías nacionales en un esfuerzo y en tareas que pertenecen a Chile, a su destino. (...) Por eso es que tienen vigencia, sabiendo quienes son nuestros amigos y nuestros enemigos, las palabras que anticipó Juárez: ‘El triunfo de la reacción es moralmente imposible’.¹⁶

De México, tras pronunciar su recordado discurso también en la Universidad de Guadalajara, el Presidente y su comitiva viajaron a Nueva York. La tarde del 3 de noviembre Allende recibió al embajador de Nixon ante Naciones Unidas, George Bush, en un diálogo en el que Orlando Letelier (embajador chileno en Estados Unidos) cumplió las funciones de traductor. Por la costumbre de entregar a todas las delegaciones nacionales representadas en la ONU el discurso con antelación, Bush ya conocía el contenido de lo que expondría Allende al día siguiente y por ello le pidió que retirara algunos párrafos que suponían un agravio a su gobierno y a su pueblo o, de lo contrario, no estarían presentes durante su discurso. Pero, según el doctor Óscar Soto (testigo directo del encuentro), el Presidente le corrigió al afirmar que sus críticas se dirigirían a las multinacionales estadounidenses y a la CIA y puso fin al encuentro con un saludo.

Después de intervenir ante la Asamblea General de Naciones Unidas y una breve escala en la Argelia de Boumedienne (entonces uno de los miembros más activos del Movimiento de Países No Alineados), Allende llegó a Moscú invitado por el gobierno soviético. En el transcurso de su visita oficial a la URSS entre el 6 y el 9 de diciembre, se entrevistó con Breznev y las más altas autoridades, depositó sendas ofrendas florales junto al mausoleo de Lenin y en la tumba del Soldado Desconocido, fue nombrado doctor *honoris causa* por la Universidad de Moscú M. V. Lomonosov y visitó Kiev,

capital de Ucrania. En su discurso en la cena ofrecida en su honor en el Kremlin, evocó su primer viaje, en 1954, y destacó que era el primer presidente chileno que visitaba este inmenso país. Ante los dirigentes comunistas soviéticos, elogió la ayuda soviética al pueblo vietnamita, destacó las buenas relaciones que su gobierno mantenía con la URSS y el resto de países de la “comunidad socialista” y defendió la revolución chilena en “democracia, pluralismo y libertad”.¹⁷

La última etapa fue Cuba, donde la noche del 13 de diciembre pronunció un discurso en la Plaza de la Revolución horas antes de regresar a Chile. Allí, en el corazón de La Habana, evocó su apoyo solidario a la Revolución cubana: “He vivido junto a ustedes acontecimientos que no podré olvidar: la hora del triunfo enero de 1959-; llegué pocas horas después de Playa Girón, donde el pueblo cubano derrotara, aplastara, diera una lección de heroísmo al derrotar a los cubanos contrarrevolucionarios, agentes del imperialismo. Estuve en esta misma plaza en 1962, cuando se hiciera la Segunda Declaración de La Habana... (...) He visto desde sus horas iniciales el largo, duro y sacrificado camino que ha andado el pueblo de Cuba, venciendo el bloqueo económico, derrotando la insolencia imperialista, afianzando su conciencia revolucionaria y consolidando su conciencia política. Lo he visto haciendo producir la tierra, levantando escuelas, trazando caminos, atendiendo a los enfermos, empujando su economía. Por sobre los esfuerzos que implicaba luchar por una zafra más alta y mejor, por sobre el sacrificio está el ejemplo, el ejemplo de un pueblo que señala al mundo una nueva moral, que dice a América Latina que hay un lenguaje en la ética revolucionaria que pueblo y dirigentes conjugan”.¹⁸

Destacó también el significado de la visita de Fidel Castro a su país un año atrás y las conquistas de la Revolución chilena, al tiempo que ensalzó la lealtad constitucional de las Fuerzas Armadas de su país: “Hemos dicho que el pueblo no busca ni quiere la violencia. Hemos hecho entender que la violencia está institucionalizada en el régimen capitalista, que golpea implacablemente a las masas populares. (...) Sentimos la violencia que quisieron desatar –hasta llevarnos a una posible guerra civil- los bastardos intereses de las empresas transnacionales como la ITT y llegaron en sus tene-

brozas maquinaciones a asesinar al comandante en jefe del ejército, general René Schneider. Fue el pueblo, la clase obrera, fueron las masas populares chilenas las que se movilizaron para defender su victoria. No la victoria de un hombre: la victoria esperada de un pueblo. Fue la lealtad ejemplar de las Fuerzas Armadas de mi patria, fuerzas profesionales, respetuosas de la voluntad popular, las que aplastaron la insolencia imperialista y a la propia reacción chilena”.

El 21 de mayo de 1973, en su tercer Mensaje al Congreso Pleno, volvió a caracterizar la política exterior de su gobierno, que había obtenido resultados muy meritorios: “Si en el curso de los dos años y medio transcurridos el Gobierno ha llevado a cabo su anunciada política de transformaciones en la estructura económico-social interna, de modo paralelo se ha modificado sustancialmente la naturaleza de nuestras vinculaciones internacionales. Se ha terminado la subordinación de la política exterior a las grandes líneas de la estrategia mundial del imperialismo norteamericano. Hoy responde exclusivamente a los intereses de nuestro pueblo y de la patria. Nuestra política internacional proyecta la naturaleza de la política interna. Si dentro de Chile nos hemos esforzado por hacer compatible el avance del proceso revolucionario con el pluralismo, más allá de nuestras fronteras nos hemos propuesto mantener relaciones con todos los pueblos del mundo, sin exclusivismo ideológico. Ello nos ha llevado a reconocer diplomáticamente la realidad de muchos países, estableciendo relaciones de amistad y cooperación”.

“Sin embargo, la recuperación de las riquezas básicas nos ha enfrentado a las manifestaciones más desembozadas de la codicia imperialista. Al mismo tiempo, nuestra resuelta identificación con la defensa de los intereses de los pueblos de Latinoamérica ha incentivado la solidaridad de los países hermanos hacia Chile. Las naciones del Tercer Mundo han expresado reiteradamente su respaldo a los esfuerzos que hacemos por obtener la independencia económica y política. (...) Hoy podemos comprobar el respeto, amistad y solidaridad de que gozamos en la gran mayoría de las naciones. En un período en que la distensión de las relaciones internacionales, el desarme y la coexistencia pacífica se abren camino entre los Estados más poderosos, nuestra política internacio-

nal actúa dentro de ese contexto. Buscamos que la paz y la colaboración se extiendan a los pueblos de América Latina, Asia y África. Reclamamos que un nuevo tipo de relaciones económicas se establezca entre las naciones del capitalismo industrial y las no desarrolladas”.¹⁹

El 11 de septiembre el golpe de estado puso fin a aquel singular proceso revolucionario. La inmolación del Presidente Allende simbolizó el fin de una época en la vida chilena. El lugar de Chile en el mundo también cambió de manera radical: de ser un país admirado por su tradición democrática y su intento de construir el socialismo en libertad, se convirtió, debido a los atroces crímenes de la junta militar (entre ellos, la instauración del modelo neoliberal), en símbolo de la opresión de un pueblo. Pero la comunidad internacional no olvidó su sufrimiento: durante sus 17 años, la junta militar que presidió el general Pinochet fue condenada año tras año por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

En la Cuba revolucionaria

En los primeros días de 1959, después de la liberación de Santa Clara y de la entrada triunfal en La Habana de los guerrilleros de la Sierra Maestra, Salvador Allende se encontraba en Venezuela para la asunción del poder por parte de su amigo Rómulo Betancourt y decidió viajar a Cuba, donde conoció a Fidel Castro, Ernesto *Che* Guevara y Camilo Cienfuegos. En mayo de 1960, participó en Maracay (Venezuela) en el II Congreso Interamericano Pro-Democracia y Libertad junto con otros 250 delegados de las 21 repúblicas americanas.

La revista venezolana *Momento* le escogió junto con otros siete “líderes continentales” y le sometió a un cuestionario de cinco preguntas. Interrogado sobre si América Latina vivía un “trance revolucionario” y en qué medida estaba influido por la Revolución cubana, respondió de manera afirmativa: “Lo demuestra el hecho de que hayan sido derrocados los dictadores de Perú, Colombia, Venezuela y Cuba. Además, porque existe conciencia en la mayoría de nuestros pueblos de que sólo sobre un cambio profundo en las estructuras institucionales será posible el desarrollo económico, la elevación del nivel de vida de las masas y el camino para la industrialización nacional. Cuba, a mi juicio, influye notablemente

te, lo cual no significa que con los mismos métodos y prospectos los pueblos americanos vayan a hacer lo mismo que se ha hecho en Cuba. Pero Cuba ha demostrado lo que es la revolución nacional, que tiene que ser, a mi juicio, antiimperialista y antifeudal. Las revoluciones tendrán características propias en cada país, ya que en los pueblos de América Latina existen distintas etapas de desarrollo. Pero, siendo nacionales, estas revoluciones tienen que proyectarse en el ámbito continental. Deben ser revoluciones humanas, en el sentido del respeto a la dignidad individual y colectiva, y democráticas, o sea, que expresen el sentimiento mayoritario”.²⁰ Archivo Salvador Allende, N° 1. pág. 15

Salvador Allende siempre apoyó la Revolución cubana, pero mantuvo su convicción de que en su país era posible avanzar hacia el socialismo por la “vía pacífica”: “Aquéllos que pretenden calcar la Revolución cubana, en sus procedimientos o métodos, cometen un error tremendo, y aquellos que pretenden ignorar su realidad y su proyección en el futuro son unos cretinos”.

El inolvidable discurso ante la ONU

La mañana del 4 de diciembre de 1972 el Presidente Allende pronunció uno de los discursos más importantes de su vida al intervenir en el XXVII período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Sus palabras, que motivaron a su conclusión una larga ovación del auditorio más importante del planeta, se iniciaron con una orgullosa referencia a la democracia chilena. En aquella tribuna defendió la nacionalización del cobre y denunció la agresión que su pueblo sufría de las multinacionales norteamericanas, en especial de las compañías cupríferas y la ITT, a la que acusó de pretender provocar una guerra civil, después de recordar su complicidad con el asesinato del general René Schneider, comandante en jefe del Ejército, en octubre de 1970 con el objeto de impedir su investidura presidencial.

Y aseguró que estas acciones las sufrían todos los países empobrecidos, en particular aquéllos que luchaban por disponer de los recursos naturales controlados por las transnacionales: “La agresión de las grandes empresas capitalistas pretende impedir la emancipación de las clases populares. Re-

presenta un ataque directo contra los intereses económicos de los trabajadores. Señores delegados: el chileno es un pueblo que ha alcanzado la madurez política para decidir, mayoritariamente, el reemplazo del sistema económico capitalista por el socialista. Nuestro régimen político ha contado con instituciones suficientemente abiertas para encauzar esta voluntad revolucionaria sin quiebres violentos. Me hago un deber en advertir a esta Asamblea que las represalias y el bloqueo dirigidos a producir contradicciones y deformaciones económicas encadenadas amenazan con repercutir sobre la paz y convivencia internas. No lo lograrán. La inmensa mayoría de los chilenos sabrá resistirlas en actitud patriótica y digna”.²¹

Expresó toda su solidaridad con América Latina y se mostró partidario de que, más allá de las “fronteras ideológicas”, estos países reforzaran sus relaciones políticas, económicas y culturales, se felicitó también por la mejora de las relaciones diplomáticas entre la URSS y Estados Unidos, por sus negociaciones en materia de desarme, y destacó otros hechos de la situación mundial, como las conversaciones entre las dos Alemania o el regreso de China a Naciones Unidas, pero también expresó su preocupación por la situación en Oriente Medio, el asedio de Estados Unidos contra Cuba, la explotación neocolonial, la ignominia del racismo y el régimen del *apartheid* en Sudáfrica o el volcán de Indochina, donde el pueblo de Vietnam aún padecía la “monstruosa” guerra de agresión norteamericana.

Su humanismo habló a los delegados de la necesidad de otro mundo, donde los dos mil millones de personas que entonces carecían de casi todo gozaran de una vida digna y plena: “La acción futura de la colectividad de naciones debe acentuar una política que tenga como protagonistas a todos los pueblos. La Carta de las Naciones Unidas fue concebida y presentada en nombre de ‘Nosotros los Pueblos de las Naciones Unidas’. La acción internacional tiene que estar dirigida a servir al hombre que no goza de privilegios, sino que sufre y labora: al minero de Cardiff, como al *fellah* de Egipto; al trabajador que cultiva el cacao en Ghana o en Costa de Marfil, como al campesino del altiplano en Sudamérica; al pescador de Java, como al cafetalero de Kenia o de Colombia. Aquélla

debiera alcanzar a los dos mil millones de seres postergados a los que la colectividad tiene la obligación de incorporar al actual nivel de la evolución histórica y reconocerles 'el valor y la dignidad de persona humana', como lo contempla el preámbulo de la Carta”.

Notas

1. Salvador Allende: *Higiene mental y delincuencia. Respuesta al libro difamatorio de Víctor Fariás*, Fundación Presidente Allende y CESOC, Santiago de Chile, 2005. pág. XI.
2. Martner, Gonzalo (comp.), *Salvador Allende. 1908-1973. Obras escogidas (1939-1973)*. Ediciones del Centro de Estudios Políticos Latinoamericanos Simón Bolívar, Fundación Presidente Allende (España). Santiago de Chile, 1992. pág. 134.
3. Martner, págs. 143-145.
4. Archivo Salvador Allende: *Frente al mundo. Autodeterminación, desarrollo y paz*. N° 11. México, 1990, págs. 139-141.
5. Archivo Salvador Allende, *América Latina: un pueblo continente*. n° 1. Santiago de Chile, 1990. págs. 127-128.
6. Archivo Salvador Allende, N° 1, págs. 157-159.
7. Modak, Frida (coord.). *Salvador Allende en el umbral del siglo XX*, Plaza&Janés, México, 1998, págs. 47-51.
8. Modak, págs. 315-316.
9. *Salvador Allende: Chile, hacia el socialismo*. Zero, Madrid, 1971, págs. 36-38.
10. *Punto Final*, 24 de noviembre de 1970, pág. 4.
11. Fermandois, Joaquín, *Chile y el mundo. 1970-1973. La política exterior del gobierno de la Unidad Popular y el sistema internacional*, Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, 1985, págs. 123-127.
12. Archivo Salvador Allende, N°1, págs. 29-31.
13. *Teoría y praxis internacional del gobierno de Allende*, UNAM, México, 1974, págs. 36-37.
14. Fariás, Víctor, *La izquierda chilena (1969-1973). Documentos para el estudio de su línea estratégica*, Centro de Estudios Públicos, Santiago de Chile, 2000, vol. 3. págs. 2.135-2.152.
15. El 24 de octubre de 1970 la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó esta iniciativa, por la que “los gobiernos reafirman que se dedicarán por entero a alcanzar los objetivos fundamentales enunciados hace veinticinco años en la Carta de las Naciones Unidas de crear condiciones de estabilidad y de bienestar y de asegurar un nivel de vida mínimo compatible con la dignidad humana mediante el progreso y el desarrollo económicos y sociales”. La Asamblea General constató que, a pesar de que en 1961 se había lanzado el Primer Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el nivel de vida de la mayor parte de la población del planeta continuaba siendo “lastimosamente bajo”.
16. *Salvador Allende. Discursos*, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 1975, págs. 511-530.
17. En 1971 y 1972, Chile había obtenido cerca de 80 millones de dóla-

res en créditos a corto plazo de instituciones financieras controladas por la Unión Soviética y durante aquel viaje el gobierno de Allende logró otros 20 millones de dólares de libre disponibilidad y 27 más para la compra de materias primas y alimentos, cantidades muy por debajo de las expectativas de la comitiva chilena. Bitar, Sergio: *Chile, 1970-1973. Asumir la historia para construir el futuro*, Pehuén, Santiago de Chile, 1995, pág. 195.

18. *Salvador Allende. Discursos*. págs. 573-590.
19. Martner, págs. 503-545.
20. Archivo Salvador Allende, N° 1. pág. 15.
21. Martner, págs. 626-652.

NUESTRA AMÉRICA

MARXISMO E INDIANISMO*

Álvaro García Linera**

En 2008 el CELA publicó la tercera edición del libro *Las clases sociales en Panamá*, de Marco A. Gandásegui, h. (compilador).

Muy buenas tardes a todos. Deseo agradecer enormemente la invitación que me han hecho para poder estar acá con ustedes compartiendo la inauguración de estos seminarios, agradecer a la Universidad y, doblemente a ustedes, porque es Día del Trabajo y podrían estar en otras ocupaciones mucho más relajantes. Me siento muy contento y halagado porque han sacado tiempo de sus actividades diarias y de su descanso merecido para estar conmigo acompañándome.

Me han invitado a hablar sobre la temática de marxismo e indianismo...una temática muy tensa en el caso de América Latina y, en particular, en Bolivia. Y como buen marxista, seguidor de Hegel, voy a comenzar por hablar del marxismo criticando al marxismo, que es como tiene que hacer cada

*Transcripción de una charla dictada en la Universidad de Cornell el 3 de septiembre de 2007, en el marco de la conferencia "Marx y Marxismo en América Latina", patrocinada por la revista *Diacritics*. En este número se publica la primera parte, la segunda aparecerá en *Tareas* N°131.

** Sociólogo y Vicepresidente de Bolivia.

marxista que nuevamente comience a releer su historia y su memoria.

Una hipótesis de trabajo que voy a intentar demostrar a lo largo de los siguientes minutos es que, en el siglo XX, el marxismo académico y político ha estado divorciado de las luchas y de la reflexión en torno al mundo indígena y al movimiento indígena. Es decir, el marxismo existente en América Latina durante el siglo XX desconoció el movimiento indígena, desconoció la temática indígena y lo que ahora queremos averiguar es ¿por qué sucedió ese divorcio, ese desencuentro que duró aproximadamente 100 años desde la llegada de las primeras influencias teóricas, académicas y políticas del movimiento marxista internacional?

La primera pregunta que surge a partir de ello es ¿qué es lo que ha llevado a que sociedades relativamente parecidas en complejidad estructural, varias formas productivas-tradicionales y modernas- y de preponderancia agraria como México, Perú, Ecuador y Bolivia, por una parte, y China y Vietnam, por otra, hayan tenido formas tan diferentes de *repcionar* y ensamblarse con el pensamiento marxista?

En el caso de China y Vietnam, sociedades igualmente complejas en su diversidad lingüística, cultural e histórica y con fuerte preponderancia agraria, no es posible entender la historia política e intelectual sin comprender la vital manera de articularse el marxismo a las luchas sociales de emancipación nacional. En el caso de México, de Perú, Ecuador y Bolivia, con dos notables excepciones personales, la influencia del marxismo del siglo XX es sin duda irrelevante en la historia de las luchas sociales indígenas y populares, y muy débil en la creación crítica e intelectual. Con la excepción, por supuesto, del peruano Juan Carlos Mariategui y del boliviano Tristán Maroff -ambas personalidades intelectuales que desde la política y desde la reflexión intelectual se acercaron a la temática indígena- este divorcio, esta distancia del indígena y del marxismo realmente existente en América Latina tiene sin duda explicaciones desde el orden de las características de las organizaciones políticas de la época, de las características y comportamiento personal de los líderes, que pueden ayudar a entender ese divorcio. Pero también, tiene que ver con la propia manera de *repcionar* la teoría

marxista en América Latina. Hoy quiero referirme exclusivamente a esta temática.

Voy a referirme en esta breve charla a los componentes discursivos e interpretativos que contribuyeron a esterilizar el desarrollo político del marxismo en América Latina y, en particular, a impedir su articulación con los movimientos indígenas en estos países que tienen elevada presencia de pueblos indígenas. ¿Cuáles fueron esos componentes teórico-políticos que llevaron al distanciamiento y al divorcio del marxismo realmente existente latinoamericano con el movimiento y la temática indígena y campesina en el continente? Fundamentalmente, la adopción de cuatro líneas teórico-políticas, cuatro visiones de la historia de la sociedad, que lejos de acercar al marxismo y a los marxistas al movimiento indígena, los apartaron y en algunos lugares los enfrentaron.

¿Cuáles son esas cuatro líneas - de divorcio - que contribuyeron a esa separación, a esta distancia y esta impotencia del marxismo realmente existente respecto al movimiento indígena latinoamericano?

La primera: la visión lineal y teleológica de la historia. Para los marxistas, incluidos los de la última generación del siglo XX, había una lectura de lo que debe ser la historia. Según esta interpretación marxista -o seudo marxista- la historia tenía una única línea de desarrollo inevitable: Pasábamos del comunismo primitivo escondido en los inicios de la historia hasta el esclavismo, del esclavismo al feudalismo, del feudalismo al capitalismo y del capitalismo inevitablemente al comunismo. Esa se suponía que era la línea que iba a atravesar la historia de todas las sociedades y todos los países del mundo. Entonces, si es que esta línea de la historia era cierta, estaba claro que para llegar al comunismo, se tenía que pasar inevitablemente por el capitalismo. Y como la estructura social de los pueblos indígenas no es capitalista, su aporte a las luchas socialistas y comunistas se presentaba -por tanto- como irrelevante y, en algunos casos, como un estorbo y hasta retrogrado. Pues hablaban los indígenas de regresar a un pasado que quiere hacer retroceder lo inevitable, elimina el destino de la historia, es decir, el capitalismo y el comunismo.

Por si fuera poco, dado que la estructura social de los pueblos indígenas no era capitalista, ni tampoco lo era el comu-

nismo natural que se remontaba al inicio de los tiempos históricos - decían los marxistas latinoamericanos y, en particular, los bolivianos - los indígenas y las estructuras agrarias tradicionales no podían ser menos que esclavistas o siervos. Y, por lo tanto, durante décadas los marxistas académicos y políticos se dedicaron a buscar esclavos en las sociedades agrarias coloniales y precoloniales o, si no se pudiera encontrar esclavos, siervos y señores feudales al interior de las haciendas y las economías agrarias tradicionales. Y dado que el capitalismo era lo inevitable, y el paso previo al comunismo, los indígenas y los campesinos solamente se volvían interesantes para las estrategias políticas y para el interés académico, en tanto estaban en evolución o en tránsito a ser proletarios revolucionarios. Porque era el único mecanismo, siendo proletarios, que podían convertirse en fuerzas de la revolución. En cualquier caso, como se trataba de los indígenas, de pueblos y sociedades atrasadas, que representaban el pasado y cuyo único posible papel en la historia era pasar lo más rápidamente posible a la sociedad moderna capitalista-industrial, el interés y la preocupación por los indígenas, su historia, sus luchas, sus tradiciones o su importancia en la sociedad moderna, pasaba a segundo plano.

Este primer eje de la visión lineal y teleológica de la historia que se apoderó de buena parte de las fuerzas políticas partidarias marxistas fue el primer elemento que contribuyó a crear un abismo, un río que separaba el desarrollo del movimiento marxista latinoamericano y el desarrollo del movimiento indígena y campesino latinoamericano. De allí, durante el siglo XX -con notables excepciones en los años 1970-80, especialmente en Centroamérica, El Salvador y Guatemala - a izquierda marxista latinoamericana no pudo comprender la estructura social latinoamericana, ni la relación utilitaria de las estructuras tradicionales con la modernidad capitalista.

Un segundo eje discursivo, interpretativo que llevó a la izquierda marxista latinoamericana a separarse, a no comprender el movimiento indígena y campesino, fue la lectura de que todo campesino -campesino indígena una buena parte de ellos- es un pequeño-burgués. Con el mismo esquema, si los campesinos indígenas no son ni esclavos ni siervos

como receta el manual de ciencias políticas de la URSS, y mucho menos son asalariados del campo, no les queda en esta lectura nada más que ser pequeño-burgueses dueños de sus medios de producción y, por lo tanto, oscilantes, timoratos, defensores de la propiedad privada, sospechosos permanentes de traición a la revolución y en permanente transición hacia la obrerización que sería recién el lugar donde tendrían algún tipo de participación en la historia.

Con ello, las luchas de los campesinos y de los indígenas se presentaban entonces sin ningún valor histórico progresivo. Por lo que solamente al momento de su obrerización -de su conversión de campesinos en obreros- es que había que preocuparse de ellos y, de hecho, había que acelerar este proceso para poder considerar la participación de indígenas y campesinos como un elemento interesante en el horizonte de preocupaciones y de intereses de las fuerzas de izquierda marxista en el siglo XX.

Con ello y tomando en cuenta que en el caso de Bolivia, de Ecuador, del Perú, en el caso de los países centroamericanos y en el caso de México hasta mediados del siglo XX, las masas campesinas eran la mayoría de la población. Estaba claro que esta izquierda marxista no tuvo una política de alianzas ni de construcción de una mayoría nacional capaz de disputar el poder del Estado. Mucho menos ha sido un potencial revolucionario las masas campesinas que, aun hasta hoy, tienen una importancia demográfica y económica decisiva. En el caso de Bolivia, el 39 por ciento de la población sigue siendo campesina y el 62 por ciento de la población, indígena.

Un tercer eje interpretativo que enarboló la izquierda marxista latinoamericana en el siglo XX y que contribuyó a separar o a divorciar al marxismo latinoamericano del movimiento indígena, es su interpretación sobre la comunidad. En la versión que predominó en la izquierda latinoamericana, la comunidad tradicional y agraria era fundamentalmente un arcaísmo retrógrado. Para este marxismo, las únicas comunidades históricas eran, o la comunidad natural lejana en los inicios de la historia, o el comunismo futuro; por tanto, no existía ni podía existir ningún potencial intelectual relevante, ni político-revolucionario en las formas organizativas del trabajo y de la vida de las comunidades agrarias, ni de las

comunidades urbanas tradicionales. Por el contrario, éstas deberían ser sustituidas por distintas formas de trabajo asalariado, llegado el caso, o si se pudiera, por cooperativas estatales que debieran ser inyectadas desde el Estado en formas de agrupación y actividad laboral.

Este desconocimiento del papel de la comunidad tradicional, de la fuerza vital y de la potencialidad anidada en las comunidades tradicionales, impidió también entonces a la izquierda latinoamericana del siglo XX entender las formas de trabajo indígena – fundamentalmente rural – y entender el potencial pos-capitalismo que está anidado y que estaba anidado en sus fuerzas organizativas, laborales y asociativas.

Un cuarto punto de separación entre el marxismo latinoamericano y el movimiento indígena fue la manera cómo el marxismo latinoamericano enfocó el tema de las identidades culturales y nacionales al interior de los Estados nacionales latinoamericanos. Por lo general, para el marxismo latinoamericano del siglo XX la diversidad lingüística, cultural e histórica de las sociedades latinoamericanas no fue objeto de interés académico alguno. No fue parte del debate de las publicaciones y las investigaciones marxistas, ni mucho menos la demanda identitaria y cultural de los pueblos indígenas. Con excepción, es importante remarcar, de Juan Carlos Mariátegui en el Perú que trabajó la temática indígena en sus escritos y dejó un conjunto de lineamientos que no fueron retomados por una estructura partidaria e intelectual posterior y de Tristán Maroff que se vinculó a pueblos indígenas de Bolivia, y participó en sublevaciones indígenas en los años 1920-30 en Bolivia.

El resto de la intelectualidad marxista, hasta muy entrada el siglo XX tuvo un desinterés memorable respecto a las identidades culturales y a la diversidad lingüística. Por lo general eso fue tratado como un residuo del pasado que tendía a desaparecer a medida que se desplegara la modernidad capitalista y los procesos de centralización y homogeneización cultural que fueron bien vistos por la izquierda latinoamericana marxista. En otros casos, esta diversidad cultural y esta reivindicación identitaria fue visto como un estoicismo folclórico poco importante para las luchas y sin ninguna influencia en los mecanismos de movilización social, fundamental-

mente considerados como urbanos y obreros. Esta renuncia de la izquierda latinoamericana marxista de entender la temática cultural, la diversidad cultural y las demandas de identidad llevó a esa izquierda a no entender la fuerza anidada en las demandas identitarias.

No solamente eso. No solamente que abandonó la posibilidad de encontrar una fuerza de movilización en torno a este temática, sino que también llevó a una renuncia a comprender la propia conformación de la composición de las clases sociales. El marxismo latinoamericano –y en buena parte mundial– al reducir la temática de las clases sociales meramente al ámbito de la economía y de la propiedad, dejó de lado el componente cultural, ideológico y simbólico que siempre está presente en la construcción de las clases sociales y, por lo tanto, no pudo comprender los elementos movilizadores o los elementos que gatillan al final la indignación moral de los sublevados. Porque la gente no se subleva meramente por un tema de cálculos económicos y relaciones de propiedad. En última instancia lo que moviliza a la gente son las formas cómo se gatillan los mecanismos de indignación moral frente a las autoridades y a los poderosos.

De aquí, entonces, que el marxismo latinoamericano en buena parte durante todo el siglo XX no haya podido dialogar nunca con el movimiento indígena, no haya podido contribuir con investigaciones relevantes sobre el mundo indígena y no haya podido articular procesos políticos de izquierda marxista, urbana y obrera, con los movimientos indígenas y campesinos que se daban a lo largo de todo el territorio latinoamericano.

No es casual que a partir de estos cuatro desencuentros: Una visión lineal de la historia, un menosprecio sobre el campesino reducido a pequeño-burgués, un desconocimiento de las potencialidades de las comunidades agrarias y una banalización de la identidad cultural y lingüística, rápidamente –especialmente en Bolivia, Ecuador, y en parte en Guatemala– a partir de los años 1960-1970, hubiera generado un movimiento indígena-campesino que no solamente reivindicó los temas de identidad cultural y de movilización política y de autogobierno indígena, sino que a excepción de Guatemala, lo hizo enfrentando a los propios marxistas. Lo hizo criticando a la propia izquierda marxista latinoamericana.

Me voy a detener de manera muy rápida simplemente en lo que sucedió en Bolivia, aunque una cosa parecida podemos encontrar a los inicios del movimiento indígena en Ecuador y Perú. Ya que el marxismo no daba cuenta de las comunidades, de las identidades culturales y ya que el marxismo no entendía el problema de la dominación colonial interna, fueron los propios sectores indígenas los que fueron promoviendo y creando una élite intelectual indígena, en los años 1960-70, que precisamente reaccionó contra los mecanismos de opresión colonial al interior de los propios Estados nacionales y lo hizo colocando en el mismo saco a las élites dominantes y a las fuerzas políticas marxistas.

En el caso de Bolivia, intelectualmente el movimiento indígena tiene un renacimiento a partir de los años 1960-70, a partir de núcleos indígenas urbanizados que habían pasado de manera limitada a los procesos de ascenso social, escolares y universitarios y que, precisamente, por haber vivido esos mecanismos de exclusión racial y cultural en el ámbito universitario, en el ámbito estatal, comenzaron a producir una teoría de interpretación de la dominación colonial, de la racialización del Estado y de una convocatoria a la emancipación de los pueblos indígenas frente a un Estado que consideraban anti-indígena.

Las primeras voces intelectuales estuvieron a cargo de Fausto Reinaga, un intelectual indígena que desde el año 1960 teorizó y que de hecho puede ser considerado como el padre fundador del moderno indianismo. Fue una persona -inicialmente aislada y luego con un pequeño grupo de intelectuales que habían pasado por el ámbito universitario- que comenzó a trabajar la idea de una crítica al Estado y la propuesta de una revolución india que lleve al poder a los sectores indígenas anteriormente excluidos y que, según él, constituían la inmensa mayoría de la población boliviana.

Sobre este núcleo intelectual indígena posteriormente habrá dos vertientes: la vertiente indianista y la vertiente katarista.* La vertiente indianista que, desde el principio,

*Katarismo, movimiento indígena boliviano que a partir de la década 1970 buscaba romper el control de los partidos políticos tradicionales sobre la población campesina, mediante la sindicalización de obreros rurales y campesinos, y en la organización de alternativas electorales. Inspirado en la figura del revolucionario indígena Tupac Katari (1750-1781).

propuso luchar por el poder del Estado para indianizar Bolivia y la vertiente katarista, una posición más intermedia que se vinculaba al mundo político pero también se vinculaba al mundo de las organizaciones sindicales y agrarias del movimiento campesino para desde allí adentro, desde las propias organizaciones, hacer un trabajo de modificación del pensamiento y de construcción de nuevos liderazgos.

Sobre los fundadores -Fausto Reinaga y otros- surgen entonces dos vertientes: El indianismo, básicamente acción política, y el katarismo que hace acción política y acción sindical en las comunidades y en las propias estructuras organizativas creadas a lo largo del siglo XX, tanto por gobiernos democráticos como por gobiernos dictatoriales.

La primera experiencia del movimiento indígena electoral se da en los años 1978-80, cuando presentan candidaturas independientes para la lucha electoral. No se olviden que entre el 1978- 80 en Bolivia se recupera la democracia después de más de 13 años de dictadura militar. La experiencia -notable por su innovación- no será muy exitosa. Los partidos indianistas - el indianista y el katarista - no obtendrán más que 1.5 por ciento de la votación. Podrán mandar 4 diputados al congreso, sin embargo, serán una pequeña minoría y no encontrarán en el ámbito electoral un ámbito de resonancia y de aceptación a través del voto.

De las dos vertientes, la indianista será la más radical y la que buscará no hacer ningún tipo de alianza ni de contacto con otras fuerzas progresistas de la sociedad boliviana. La vertiente katarista será en cambio mucho más proclive a dialogar con la izquierda y lo hará en condiciones de supeditación. Serán los sectores kataristas los que participarán junto -en condición minoritaria- a la fuerza de izquierda que en 1982 asumirá el gobierno, la UDP.* Tendrá algunos de sus representantes y sus líderes como ministros y, posteriormente, esta vertiente quedará debilitada por la imposibilidad de desplegar otro tipo de adhesiones políticas electorales. La versión política radical indianista después de este periodo de competencia electoral y de los resultados bastante escasos que obtuvo, entrará en un proceso de disgregación en distin-

*Unión Democrática y Popular (UDP), partido político boliviano formado por varios partidos de izquierda. Gobernó el país entre 1982 y 1985.

tas vertientes. Unos se dedicarán más a la parte religiosa reivindicando una religiosidad andina tradicional, otros se dedicaran a la parte académica, metiéndose a las universidades para desde allí promover una reconstrucción y una reinvención de la historia indígena, fundamentalmente desde las carreras de historia, de antropología y de sociología. Otra parte de esta 'élite' política de los años 70 regresará a sus domicilios y otros buscarán otro tipo de alianza personal con las fuerzas conservadoras que desde 1985 se apoderarán del escenario político boliviano.

Hasta aquí, tanto el indianismo como el katarismo tendrán muy poca relación con la izquierda boliviana. En particular desde los sectores más radicales, harán no solamente una crítica del Estado colonial, del Estado racista que excluye las mayorías indígenas de las instituciones estatales, sino también criticará a la izquierda por la ceguera, a la izquierda marxista por no entender la temática nacional, por no comprender las estructuras tradicionales de la sociedad indígena y por no proponer una estrategia de alianzas, de pactos o de movilización que unifique el mundo urbano-obrero con el mundo agrario-campesino indígena y las periferias urbanas igualmente indígenas.

A estas alturas del desarrollo de la historia y de las ideas, lo que uno tiene que preguntarse es, visto este desencuentro entre el marxismo y el indianismo en América Latina y en Bolivia, visto este desencuentro entre teoría marxista latinoamericana y reflexión indígena, entre acción colectiva de izquierda marxista política y de movimiento social indígena ¿Tiene algo que decir el marxismo hacia los indígenas? ¿Es posible encontrar en el marxismo elementos, componentes que pudieran acercar y romper, o mejor, superar esta separación de más de cien años, entre movimiento y teoría marxista y movimiento y teoría indígena-indigenista? Cien años parecen decir que no. Pero personalmente, considero de que sí.

De hecho es posible apuntar que el éxito, o parte del éxito, un elemento pequeño que ha contribuido a la construcción de un movimiento popular indígena con la suficiente fuerza de movilización, en los años 2000-2006, y buena parte de las estrategias de alianzas que se han podido articular entre movimientos indígenas, movimiento obrero, sector urbano ju-

venil, se debe a muchos elementos. En primer lugar, por supuesto, a las características del momento, una nueva generación de líderes sociales, pero también, a manera bastante humilde pero interesante de ser tomada en cuenta, a una distinta manera de acercamiento de núcleos marxistas al desarrollo de estos movimientos y a la búsqueda de un diálogo entre una trayectoria planetaria del movimiento marxista y los aportes locales y generales del propio movimiento indígena.

Sobre una primera constatación, divorcio entre marxistas e indígenas en el siglo XX, ¿Tiene el marxismo algo que decir a los indígenas, a su movimiento, y a sus interpretaciones? Sí. El marxismo –distinto por supuesto al que prevaleció en el siglo XX en América Latina – tiene un arsenal teórico-político capaz de ayudar a entender la complejidad estructural de las sociedades indígenas a fin de apuntalar procesos de lucha, de emancipación en algunos casos pos-capitalistas. Pero para ello es fundamental cerrar la vulgata marxista predominante en el siglo XX entre distintos partidos socialistas y comunistas y realizar un proceso de desentierro casi arqueológico de vetas críticas del pensamiento duro del marxismo.

En particular consideramos que en la teoría crítica marxista existen al menos cuatro grandes líneas teóricas que ayudan, que pueden ayudar y están ayudando a un acercamiento, a un ensamblaje crítico-revolucionario entre marxismo e indianismo. Menciono estas cuatro líneas y las trabajo:

1. La teoría del desarrollo del capitalismo como proceso de subsunción formal y de subsunción real del proceso de trabajo bajo el capital
2. La teoría de la nación y de la colonialidad al interior de las sociedades capitalistas
3. La teoría de las formas de la comunidad y
4. La teoría de la revolución y el poder.

Trabajemos la primera. Está claro que no hay un desarrollo lineal ni teleológico de la sociedad. Está claro que cada sociedad tiene múltiples formas de desarrollarse y que el destino no es ni definitivo ni preestablecido. Está claro que la historia misma es una incertidumbre hacia el futuro. Pero también está claro que el propio capitalismo tiene mecanis-

mos para desarrollar sus propias relaciones y sus propias influencias y expansiones respecto a la sociedad planetaria.

¿Cuál es el enfoque que tiene Marx respecto al tema de desarrollo? Fundamentalmente se encuentra en *El Capital*, en el capítulo de la plusvalía absoluta y relativa, el capítulo sexto inédito y el Manuscrito de 1861-63. En buena parte la teoría de la subsunción formal y real también constituye una de las vetas importantes del propio trabajo de Toni Negri y de Michael Hardt en sus libros Imperio y Multitud, en especial de Negri en todos los libros anteriores sobre el movimiento obrero.

¿Qué dice esta lectura de Marx sobre el capitalismo y cómo contribuye a entender las sociedades indígenas campesinas latinoamericanas? Lo que nos dice Marx es que el capitalismo tiene un núcleo fundador y expansivo que es el valor que se auto-valoriza, que es la ganancia que se vuelve en lógica, en destino y en motor de todas las funciones, de todas las actividades de la sociedad. Esta lógica de la ganancia por la ganancia para la ganancia y hacia la ganancia del valor que se auto valoriza según Marx, tiende a expandirse y a tupir toda la estructura social. Inicialmente, desde las estructuras comerciales y la totalidad de las estructuras económicas, se expande al uso de los territorios, a la sociabilidad y a las formas de interacción que tenemos las personas. Se expande a las formas de consumo y al tipo de consumo que tenemos las personas y se expande a la forma, tipo y direccionalidad de los conocimientos que genera la sociedad. En ese sentido, la teoría de la subsunción formal y de la subsunción real es básicamente la manera de nombrar un proceso histórico; un proceso histórico mediante el cual el núcleo fundante de la sociedad capitalista, su DNA, ocupa, coloniza, supedita el mundo de la vida, tanto material como inmaterial, objetivo como subjetivo de las sociedades del mundo.

Este proceso de subsunción nos dice Marx, tiene dos etapas, la subsunción formal y la subsunción real. ¿En que consiste la supeditación formal, sobre cuya base se levanta la subsunción real? Hay subsunción formal -o mejor, la expansión primaria del capitalismo- cuando los intercambios, el comercio y los negocios entre productores se subordinan a la lógica del mercado, a la lógica de la ganancia mercantil. Eso

comenzó a ocurrir alrededor de 1400 y de allí, gradualmente, el intercambio mercantil entre productores no-capitalistas, pero que van asumiendo una lógica del comercio capitalista que se comienza a expandir por el mundo. El primer resultado de esta lógica de expansión de la lógica mercantil es la creación del mercado mundial, que se redondea con el llamado descubrimiento de América, la vinculación entre el comercio entre California con China, China con la India y Europa y nuevamente con América Latina; lo que podíamos llamar la primera etapa de la globalización, la creación del mercado mundial que comienza a ser una realidad desde 1490-1500.

El segundo componente de la subsunción formal según Marx es cuando las actividades económicas no-capitalistas, laborales, productivas, agrarias, artesanales -manteniendo su propia base técnica- quedan subordinadas a la acumulación de la ganancia capitalista. Me dejó explicar. El capitalismo tendría como primer paso la interconexión y la interdependencia de productores en torno a un mercado vinculado mundialmente. En segundo lugar, productores no capitalistas artesanales o agrarios que se vinculan, que mantienen sus propias tecnologías no-capitalistas, sus formas de asociatividad no-capitalistas pero que ya producen en función de la ganancia, en función del valor de cambio y ya no exclusivamente en función del valor de necesidades. Esta interconexión entre economías no-capitalistas -pero ya subordinadas a la lógica capitalista- tendrá dos medidas geopolíticas: Una medida geopolítica continental, fundamentalmente de Europa hasta 1850 y, posteriormente, una medida geopolítica planetaria, desde 1850 hasta nuestra época.

El tercer componente de la subsunción formal del desarrollo es que los procesos técnicos de las actividades productivas son o comienzan a ser revolucionados internamente. Cambia la propia materialidad de la producción; no solamente se produce con intencionalidad capitalista utilizando herramientas heredadas de sistemas productivos antiguos, sino que las herramientas, las tecnologías, los mecanismos de organización son creados por el propio capitalismo, con una intencionalidad capitalista de obtención de fuerza de trabajo. Ese es el momento en que entramos a la subsunción real.

La subsunción real significa que el capitalismo constru-

ye una base material propia y una base organizativa propia. Una manera de su manifestación es que el mundo entero -ya no simplemente una fábrica ni siquiera una región, ni siquiera un continente - el mundo entero se convierte en la fábrica, en el taller de producción de los productos. Un auto Ford, o mejor, un auto Toyota, de las 55,000 partes que tiene un Toyota, el 85 por ciento se fabrican unos en Singapur, otros en México, una parte en Estados Unidos, otra parte en Indonesia, otras parte en Italia y luego todo eso se ensambla en un solo lugar. La producción ya deja de depender de un solo taller o de una sola región. En taller se convierte el mundo, un momento de subsunción y de totalización de la territorialidad capitalista bajo la lógica de la acumulación. Es decir, una subordinación de la territorialidad planetaria a la lógica de la acumulación capitalista.

Por último, la subsunción real supone la subordinación de la actividad creativa, de la actividad emotiva de la fuerza del trabajo a los intereses del capital. No solamente las emociones, el intelecto, la imaginación, la creatividad quedan subordinadas a la empresa, sino que la propia actividad asociativa de los trabajadores, sus propias iniciativas colectivas, sus propias iniciativas de aglomeración y de agrupación quedan por último subordinadas al capital. Este es el momento final y último de la subsunción real, porque el capitalismo llega a subsumir una fuerza productiva infinita. El intelecto es una fuerza productiva infinita y la emoción es una fuerza productiva infinita. En ese momento, cuando el capitalismo subsume esto, ha logrado redondear y totalizar su proceso de producción sobre bases propias, se vuelve universal, se vuelve planetario y se vuelve total.

¿UNA ECOLOGÍA POLÍTICA EN LA REVISTA AMAUTA?

Notas para una arqueología del ecologismo socialista latinoamericano

Héctor Alimonda*

Uno de los aspectos más interesantes de la historia de las ideas políticas y sociales es la investigación genealógica de los antecesores, explícitos o implícitos, en el tratamiento de los problemas que en el “momento actual” devinieron cruciales, así como en la formulación de propuestas de acción reformadora. Esta investigación, que a veces adquiere contornos detectivescos, es mucho más desafiante y gratificante cuando se instala a partir de “epistemologías fronterizas”, es decir, desde lugares teóricos (y con frecuencia, inclusive, territoriales) ajenos a las grandes tradiciones consolidadas de la geopolítica del pensamiento occidental. Durante décadas, las grandes “religiones laicas” occidentales, el liberalismo y el marxismo, pretendieron contener en sus cuerpos doctrinarios las respuestas a toda la diversidad de problemas crea-

*Profesor de la Universidade Federal Rural de Rio de Janeiro, coordinador del Grupo de Trabajo en Ecología Política de CLACSO.

dos y por crear por el desarrollo histórico. La tarea presente sería siempre la de releer los autores clásicos en búsqueda de su respuesta premonitoria a los desafíos actuales. Por detrás de esa ortodoxia, lo sabemos, reposaba el presupuesto epistemológico y geopolítico de que esas magnas elaboraciones, construidas a partir de la experiencia histórica de algunas sociedades evolucionadas, expresaban en realidad el curso inexorable de un progreso humano que allí alcanzaba su clímax. No existirían problemas específicos de otras sociedades que no fueran los de como adecuarlas mejor para recibir los estímulos dinamizadores de la modernidad.

La propia noción de “modernidad” está hoy en crisis, así como su vertiente operacional, la idea de “desarrollo”. Esa crisis, sin duda, tiene como un elemento destacado el “colapso metabólico” entre el modelo productivo y energético de la sociedad industrial de consumo y la naturaleza planetaria, que se manifiesta hasta en las menores escalas locales. A la luz de esa crisis, el pensamiento social y político contemporáneo viene buscando no solamente respuestas, sino inclusive preguntas bien formuladas, que puedan orientar cursos de acción estratégica alternativa. Nuestra intención es colaborar en ese proyecto colectivo con estas anotaciones sobre una relectura, a partir de preocupaciones actuales, de uno de los episodios más destacados de la producción político-cultural latinoamericana de la primera mitad del siglo XX, la experiencia de la revista *Amauta*, que entre 1926 y 1930 apareció en Lima, fundada, inspirada y dirigida por José Carlos Mariátegui.

Hace unos años, en la introducción al primer libro producido por el Grupo de Trabajo en Ecología Política, publicado por CLACSO, arriesgamos la propuesta de un proyecto de elaboración colectiva que incluía la relectura del pensamiento social y político latinoamericano a partir de las claves ofrecidas por la crisis ambiental contemporánea (Alimonda, 2002, pág. 12).¹ En esa dirección, afortunadamente, ya contamos con algunos trabajos pioneros, como los de Guillermo Castro (1996),² José Augusto Pádua (2002), María del Rosario Prieto y Teresita Castrillejo (1999), Reinaldo Funes (2004) y Germán Palacio (2004). Aunque estas investigaciones, claro está, no permiten trazar una genealogía continua de un pensamiento latinoamericano de Ecología Política, iluminan, sin embargo,

aspectos desconocidos de tradiciones intelectuales sobre las que creíamos que todo ya había sido dicho. Cada generación reescribe la historia a partir de su presente y eso está sucediendo en América Latina en relación con las dimensiones ambientales del pensamiento social y político.

En esta dirección queremos aportar estas breves anotaciones sobre la experiencia de la revista *Amauta*, fundada y dirigida por José Carlos Mariátegui, entre 1926 y 1930. Concebida como vehículo de ideas de una nueva generación, *Amauta* se instala precisamente en un lugar fronterizo.³ Por un lado, la sociedad peruana aparece como una trama articulada donde los elementos de modernidad refuerzan la sobrevivencia de la más consolidada opresión colonial del continente. En el plano económico, por ejemplo, los enclaves exportadores de la costa se combinan con la recomposición del latifundismo más tradicional en la sierra. Por otro lado, la crisis progresiva del orden político oligárquico no abre espacios políticos ni culturales alternativos para nuevos sectores sociales, una clase media urbana mestiza, que recibe y asimila las tendencias de cambio que llegan desde el escenario internacional, inclusive latinoamericano.

En ese contexto, Mariátegui propone a *Amauta* como un espacio de encuentro y debate para la nueva generación americana. En realidad, su “editorialismo programático” pretende nuclear alrededor de la revista a las vanguardias políticas y culturales, como un espacio de realimentación mutua (Beigel, 2003). Coincidimos con Aníbal Quijano (1995), para quien la inspiración que orienta y fortalece la pasión de Mariátegui es la búsqueda de una racionalidad alternativa.⁴ Racionalidad alternativa ésta que no supone la negación de la modernidad y un regreso al mundo andino pre-conquista. Justamente la crítica de Mariátegui se instala en el espacio fronterizo de una “transmodernidad” (Dussel, 1976), que no niega la importancia de las conquistas materiales e intelectuales de la modernidad, pero que las impugna desde un punto de vista ético (para Enrique Dussel, 1995, allí reside lo más significativo de la lectura de Marx que realiza Mariátegui). Es a partir de esa impugnación que Mariátegui se propone recuperar el mundo andino, en tanto pasado que actualiza la posibilidad del socialismo en América (su tesis del “comunismo

incaico”), pero especialmente como presente en la experiencia social, cultural y económica del campesinado indígena y de sus formas comunitarias de vida. La revista *Amauta*, de crítica político-cultural internacional, con su boletín *Labor*, dedicado al seguimiento de las luchas de los movimientos sociales, será la expresión práctica de esta fusión entre tradición y modernidad, entre nacionalismo y cosmopolitismo, entre vanguardias diferenciadas pero igualmente enfrentadas con el régimen oligárquico y sus dispositivos represivos.

“Con previo fervor y una misteriosa lealtad”. Es ésta la actitud, según Jorge Luis Borges, con la que nos aproximamos a la lectura de “los clásicos”. Y es ésta la predisposición de lectura que continúa provocándonos la obra de José Carlos Mariátegui, tanto sus textos profusos, informados e inspirados como la producción de su “editorialismo programático”.

Sin duda, la obra de esos “clásicos” está inscrita en un tiempo determinado. Sin embargo, lo que constituye su potencialidad es su carácter reverberante, su proyección más allá de su tiempo. Con seguridad, es éste el carácter de la obra de Mariátegui, como autor y como editor. Decididamente enraizada en su época, al mismo tiempo nos continúa interpelando, continúa abriendo interrogantes y, sobre todo, intercambia ecos con los problemas del presente, a ochenta años de distancia.

Sirvan estas consideraciones para matizar, entonces, el riesgo de anacronismo en que pueden caer las exploraciones que vienen a seguir. Son inquietudes del presente las que nos convocan, pero para responderlas creemos que no podemos desechar la herencia dejada por José Carlos Mariátegui y sus compañeros de generación. En el escenario actual, frente a la agresividad del proyecto de reorganización global de las sociedades y de la naturaleza, se manifiesta la eclosión también global de movimientos plurales que podríamos denominar anti-sistémicos, y cuya unidad efectiva está dada precisamente por el ímpetu de los procesos de globalización. Diferentes foros sociales, mundiales y regionales, por ejemplo, han dado cita a esta pluralidad de actores y han constituido al mismo tiempo un palco y una caja de resonancia para sus reivindicaciones.

Pero con demasiada frecuencia, el entusiasmo provo-

cado por esta aparición de pluralidades críticas produce una especie de espejismo de la propia novedad. La diversidad de situaciones y la multiplicidad de experiencias que son convocadas simultáneamente, porque están siendo agredidas al mismo tiempo por la misma lógica de la mercantilización de lo inmercantilizable, el propio espectáculo del movimiento, por decirlo de alguna forma, produce un efecto apariencial de absoluta novedad, en muchos registros, inclusive en el epistemológico. Sin duda, la experiencia histórico-social de lo que podríamos denominar “el movimiento de movimientos” es nueva; al mismo tiempo, no es nueva la globalización capitalista, como no son nuevos los procesos de mercantilización de la naturaleza y de los seres humanos. Es así que nos parece de una importancia estratégica, no solo teórica, sino también política, asumir como nuestra la herencia crítica del pensamiento latinoamericano, continuar haciendo preguntas a nuestros clásicos, dejar que ellos mismos desafíen a nuestras arduas certezas del presente. Esto supone, desde luego, un punto de lectura al mismo tiempo laico y plural, justamente informado de la historicidad de nuestra tradición, para no caer en anacronismos simplificadores y en última instancia dogmáticos.

Esta convicción se fundamenta en dos perspectivas simultáneas y convergentes. Desde un punto de vista político, creemos que nada puede ser más peligroso que el autodeslumbramiento que produce el creer que se está inaugurando un momento absolutamente novedoso en la historia. Así como la humanidad se enfrenta con la globalización mercantilizante desde hace siglos, el “movimiento de movimientos” es heredero, aunque no por filiación directa, de una enorme pluralidad de esfuerzos parciales de resistencia, de diferente magnitud, grado de elaboración intelectual, destino, etc. (que constituyen, en última instancia, la propia historia de la humanidad en los últimos 500 años, que no es la historia del Capital). El lugar donde nos asentamos hoy tiene también una profunda densidad histórica, y esa densidad es el fundamento posible de todas las nuevas utopías imaginables.

La otra perspectiva que propongo, la clave de lectura a partir de la cual abro hoy las páginas escritas por José Carlos Mariátegui o las editadas en *Amauta* es la de la ecología polí-

tica. Desde hace un tiempo, soy coordinador de una comunidad intelectual, el Grupo de Trabajo en Ecología Política del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Desde ese lugar oriento mi diálogo con José Carlos Mariátegui y con la generación de Amauta. Voy a comenzar revisando un poco esa experiencia, para establecer las bases de ese diálogo.

En las ciencias sociales, donde no es posible formular paradigmas organizadores del conocimiento, como en las ciencias de la naturaleza, el pensamiento de los “clásicos” constituye el fundamento de la interdiscursividad posible de todo el campo del conocimiento. Habrá tantas listas posibles de clásicos como sectores del conocimiento o como trayectorias intelectuales individuales, inclusive, pero la acumulación del conocimiento sobre la sociedad como tarea colectiva exige la referencia, desde luego que con un sentido crítico, no escolástico, a una trama discursiva compartida, aunque sea resignificada según diferentes estrategias de disputa epistemológica y política.

Para poner un ejemplo: como introducir legítimamente la problemática referida a las relaciones complejas entre sociedad y naturaleza en las ciencias sociales latinoamericanas? Una estrategia posible y pretenciosa sería anunciar que estamos aquí con algo decididamente nuevo, que hasta ahora no fue reflexionado por el pensamiento social de la región. Realizaríamos eventos y publicaciones a partir de una perspectiva de ruptura, marcando nuestras diferencias con el resto del campo intelectual. Pero quedaríamos configurados como un sector particular de ese campo, y en cuanto tales sujetos a la “moral del espectáculo” y, por lo tanto, a ser posiblemente superados como una “moda” intelectual.

Por temperamento y convicción, hemos preferido orientar el trabajo del Grupo de Trabajo del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) en otra dirección. Por un lado, abriendo un diálogo crítico con las reflexiones de los clásicos de las ciencias sociales, incluyendo a los latinoamericanos, para esclarecer su posible rescate (o su inaplicabilidad) en la perspectiva de la ecología política contemporánea. Esta opción permitiría un intercambio efectivo con el conjunto de la reflexión de las ciencias sociales latinoamericanas,

contribuyendo así a la implantación de nuestra problemática en sus perspectivas teóricas.

Por otro lado, intentamos estimular la producción de trabajos originales sobre procesos sociales, del presente y del pasado, que al mismo tiempo que vayan constituyendo y acumulando un corpus del campo de la ecología política, llamen la atención para el hecho de que la problematización de las relaciones sociedad/naturaleza no se trata apenas de una reflexión particular y novedosa de algunos intelectuales, sino de una perspectiva epistemológica que, de alguna forma, debería atravesar transversalmente (como también la problemática de género) al conjunto de la reflexión de las ciencias sociales.

La ecología política de Amauta

Aquí corresponde una observación preliminar. La época de Mariátegui y de *Amauta* está marcada por una profunda reacción antipositivista. Recordemos una vez más que es también en esos años cuando se origina el denominado “marxismo occidental”, con su énfasis en la capacidad de la iniciativa humana para intervenir en la historia, y con su desconfianza en relación al peso fatal de las determinaciones materiales (Alimonda, 1983). No era, entonces, la época más apropiada, por lo menos en nuestro espacio geo-histórico,⁵ como para desarrollar una reflexión sobre las relaciones sociedad/naturaleza mediadas por el poder, objeto central de la ecología política. El tono de la época, en todo caso, era un rotundo culturalismo y confieso que mi búsqueda en las páginas de *Amauta* resultó (tal como yo temía) infructuosa. Lo que me resultó algo más inesperado y que, en todo caso, viene a confirmar el tono culturalista de la época, es que esa misma atmósfera se encuentra en las páginas de los libros de Hildebrando Castro Pozo, miembro del Partido Socialista y referente fundamental de Mariátegui para los temas de la agricultura comunitaria andina (Castro Pozo, 1979, 1973). Las minuciosas exposiciones de Castro Pozo adoptan la forma de una narrativa etnológica culturalista e incluyen muy poca información sobre lo que hoy llamaríamos “ecología humana”⁶ de las comunidades andinas o, inclusive, referencias estrictamente agronómicas sobre la vida material de las mismas.

Pero esto apenas significa que la ecología política de José Carlos Mariátegui y de la generación de *Amauta* deba ser buscada en otro lugar. No es explícita en el contenido de los 32 números de *Amauta*, pero puede ser reconstruida implícitamente en el proyecto ético-político del editorialismo programático de Mariátegui y de su generación, que incluye también al *Boletín de Defensa Indígena*, a *Claridad*, a *Labor* y a otras publicaciones, donde una y otra vez se reiteran informaciones sobre conflictos vinculados a las condiciones concretas de existencia de los sectores populares.⁷ Habrá que buscarla en el proyecto de racionalidad alternativa (Quijano, 1994; Germaná, 1995), implícito en su obra individual y en el proyecto colectivo de la revista *Amauta* y del Partido Socialista. La crítica al modelo de desarrollo seguido por el Perú independiente, la desconfianza en relación con los efectos de ese modelo para las masas populares, la incorporación de valores éticos como ordenadores de la crítica económico-social de lo realmente existente y como predicados esenciales para la formulación de modelos alternativos de modernidad, el enraizamiento del socialismo en tierras americanas a partir del pasado indígena, la recuperación de formas comunitarias de vida y organización de la producción como parte sustancial de ese socialismo latinoamericano a ser inventado: Creemos que hay allí delineada una ecología política abierta al diálogo con nuestros desafíos de los días actuales.

El proyecto de *Amauta* y el ecologismo popular

Joan Martínez Alier es uno de los autores más caracterizados del campo intelectual de la ecología política, especialmente en lengua castellana. A él debemos algunas reflexiones sobre la cuestión del ecologismo popular (o “ecologismo de los pobres”) que, nos parece, constituyen una de las principales vías de acceso a la ecología política implícita en la obra de José Carlos Mariátegui y en el proyecto de *Amauta*.

Martínez Alier (1995, 2005) embiste contra la falacia o lugar común que supone que las reivindicaciones ecologistas y el movimiento ambiental serían un producto típico de sociedades desarrolladas, en las cuales, resueltos todos los problemas básicos de ciudadanía política, social y económica, los sujetos sociales, en situación de cómoda abundancia y

con su futuro personal asegurado, se interesarían ahora por otras dimensiones de la vida en el planeta. Una versión radical de este argumento supone que el ambientalismo surgiría en función de la difusión de valores post-materialistas.

Hay parte de verdad en estos argumentos, pero el problema es que confunden los síntomas con la explicación. De cualquier forma, no es nuestro tema entrar en esa discusión. Lo que nos interesa es subrayar que al aceptar esta interpretación, las reivindicaciones ambientales en los países periféricos quedan automáticamente deslegitimadas, como “ideas fuera de lugar”. Sería necesario que primero “creciera la torta” del desarrollo para que después fuera legítimo preocuparse por la naturaleza (y por la justicia social, y por la educación, y por las condiciones de vida y trabajo, etc.).

El giro radical propuesto por Martínez Alier, nos parece, reproduce las operaciones de Mariátegui para fundamentar la posibilidad legítima de una propuesta socialista en el Perú de su época. A partir de los registros históricos y de la supervivencia de tradiciones comunitarias indígenas, Mariátegui atribuye un carácter socialista a la antigüedad peruana. Así, el socialismo deja de ser una importación cosmopolita y un ideal postergable indefinidamente y pasa a echar raíces efectivas en la realidad peruana y latinoamericana.⁸ De la misma forma, reconocer la presencia de la dimensión ambiental en nuestra historia otorga una genealogía densa y profunda a las reivindicaciones del presente.

La ecología política latinoamericana, recordemos, tiene una relación teórica y epistemológica estrecha con la historia ambiental de la región. La conquista de América por los europeos, en especial, con la consecuente catástrofe humana y ambiental que asoló pueblos, especies y ecosistemas americanos, es uno de sus temas preferidos de reflexión, y podría decirse que constituye el punto de partida de la identidad continental (Alimonda, 2006). La constitución del orden colonial, por su parte, implicó en el montaje de dispositivos de dominación social que, con componentes decisivos de opresión cultural y racial, regularon la relación de los diferentes sectores sociales con los recursos naturales, especialmente la tierra. De esa forma, en el análisis de la formación histórica de los países americanos, la historia ambiental y la ecolo-

gía política se encuentran, se realimentan mutuamente y constituyen claves estratégicas de interpretación.

Protagonista de la elaboración de este campo intelectual y político, Martínez Alier llama la atención para lo que denomina “ecologismo de los pobres”, que nosotros preferimos llamar “ecologismo popular”. Lo que ha sucedido es que durante el siglo XX lo ambiental apareció identificando conflictos, reivindicaciones y movimientos específicos. Pero esos conflictos, reivindicaciones y movimientos existieron siempre en la historia. Lo que sucedió es que no siempre esos contenidos fueron explícitos en la conciencia y en la discursividad de los actores que los protagonizaron. Cuando lo ambiental adquiere visibilidad autónoma (siempre relativa, por otra parte, ya que la ecología humana es política) se vuelve posible para nosotros, con el auxilio de la historia ambiental y de la ecología política, releer procesos del pasado y del presente a partir de esas claves.

En este punto, aparecen autores como Rosa Luxemburgo y Karl Polanyi, que insistieron en la centralidad de los procesos de mercantilización de la naturaleza. Si lo decisivo en los orígenes del capitalismo es la transformación de seres humanos y naturaleza en mercaderías ficticias, las luchas de resistencia contra estos procesos de mercantilización pasan a adquirir una nueva dimensión trascendental. Ya no se trata de resistencias en nombre de la negación del progreso, como pretendió la hegemonía del iluminismo liberal y del marxismo normatizado. Es posible leerlas ahora como formas de resistencia basadas en la defensa de formas tradicionales de organización social para el uso y disposición de los recursos humanos y naturales, frente a los embates de la mercantilización.

Un gran momento para la observación histórica de estos procesos sería la revolución industrial inglesa y el verdadero cataclismo social que provocó. Toda una tradición de la excelente historiografía británica se ha dedicado a reconstruir las resistencias populares de la época, en la forma de la defensa de una “economía moral”, donde una ética colectiva presidía y regulaba las relaciones sociales y ambientales, en nombre de la preservación de valores básicos de convivencia (Thompson, 1979, 1998).

Claro está que la misma lógica está siendo aplicada para la interpretación de la formación histórica de las sociedades latinoamericanas. Eso permite trazar genealogías y continuidades entre las luchas de los pueblos indígenas a lo largo de quinientos años de su historia y los conflictos y desafíos del presente. No se trata de reescribir ahora toda la historia como conflicto ambiental, sino de reconocer la presencia de estas dimensiones, aunque no fueran explícitas, en diferentes momentos y procesos de nuestro pasado. Si el tema decisivo de la ecología política son los procesos de imposición de la mercantilización de la naturaleza y las formas de resistencia intentadas por los sectores populares, reencontramos un puente mariáteguiano entre pasado y presente. El actual movimiento global, con todas sus dificultades y contradicciones, adquiere raíces concretas y legitimidad profunda en nuestro pasado y en nuestras identidades.

La historia ambiental incluye también entre sus objetos de estudio a la historia intelectual y a la historia de las ideas (Worster, 2002/2003). Son pertinentes, por ejemplo, las lecturas de tradiciones intelectuales y políticas a partir de interrogantes ambientales, y algunos colegas han intentado esas exploraciones con interesantes resultados, como en la obra de José Martí (Castro, 1996) o en el pensamiento político brasileño del siglo XIX (Pádua, 2002).

Creemos que lo mismo se aplica a la obra de José Carlos Mariátegui y al proyecto de *Amauta*. Aunque “lo ambiental” no aparezca casi nunca como una referencia explícita en sus preocupaciones, resulta evidente allí la presencia de una ecología política implícita. La aceptación de la modernidad como valor y la crítica de sus configuraciones y procesos en el Perú,⁹ la identificación con las luchas y objetivos de los sectores populares, incluyendo la participación en sus procesos organizativos y el registro de sus experiencias, la recuperación del pasado y del presente indígena como un componente central de un proyecto de reconstrucción de la sociedad peruana¹⁰: Es evidente en todo esto una disposición epistemológica y política que tiene estrecha afinidad, aunque sea diferenciada en su discursividad, con las preocupaciones de la ecología política contemporánea. En un tiempo y una atmósfera marcadamente culturalista, Mariátegui y el proyecto de *Amauta* man-

tuvieron un referencial materialista e histórico, y estuvieron decididamente del lado de las resistencias contra la mercantilización de la naturaleza y de los seres humanos.

Marxismo, Mariátegui, ecología política

Nos parece que un punto de partida crucial para un diálogo entre la ecología política y la herencia de Mariátegui está dada por la relación con el marxismo.

Mucho ya se ha escrito sobre las peculiaridades del marxismo de Mariátegui, que lo hacen nuestro contemporáneo. Cuando repasamos un artículo de Alain Lipietz (2002/2003), que intenta problematizar la relación de la ecología política con la herencia marxista, llama la atención hasta qué punto sus puntualizaciones parecen recuperar la adopción mariateguiana del marxismo.

Para Lipietz, la ecología política recupera los fundamentos materialistas, dialécticos e históricos del análisis marxista. Se parte del análisis de las condiciones reales de existencia social, que son concebidas como inherentemente contradictorias y construidas históricamente. Y esa historicidad tiene un carácter agónico: las enunciaciones fundacionales marxista, mariateguiana y de la ecología política parten de la constatación de la crisis contemporánea, en cuyo seno avizoran, al mismo tiempo, los elementos para la constitución de un nuevo orden, identificado con ideales de progresivismo político y social.

Entre tantos pionerismos de José Carlos Mariátegui, no fue el menor su descreencia en la viabilidad de que las condiciones políticas y sociales peruanas fuesen revolucionadas apenas en función del desarrollo económico. Hubo en él una percepción crítica incomparable para su época de lo que hoy denominamos “modelo de desarrollo”, y que tiene total correspondencia con la crítica al crecimiento económico insostenible como paradigma de modernidad, desarrollado por diferentes autores que se inscriben en la ecología política.

Esa crítica, como bien señala Lipietz, es uno de los puntos de divergencia entre la ecología política contemporánea y el marxismo “sistematizado” a partir de la Segunda Internacional. Como ya había advertido Mariátegui, el desarrollo creciente de las fuerzas productivas no implicará necesariamente

en la evolución automática de las condiciones políticas y sociales en un sentido más favorable para los sectores trabajadores y masas populares. Será necesaria la crítica a los modelos productivistas de organización de la sociedad, teniendo como centro una concepción ética de la modernidad, que subordine a las consideraciones crematísticas y tecnológicas. La definición de esos modelos de desarrollo y sus correspondientes opciones estratégicas son función del poder, y es por eso que la ecología humana, que es social, deviene también política. No nos parece anacronismo sostener que estas ideas de la ecología política contemporánea se encuentran ya presentes en la obra de Mariátegui y en el proyecto de *Amauta*.

Otro tema crítico de las relaciones entre marxismo y ecología política, según Lipietz, está referido a los sujetos revolucionarios y también forma parte de la lectura mariateguiana del marxismo. No hay determinaciones estructurales que establezcan unívocamente las identidades políticas de los sujetos, ni la potencia de sus trayectorias. Un proceso revolucionario, en todo caso, se vincula con la posibilidad de articulación de actores diferenciados, especialmente cuando estamos en presencia de situaciones geo-sociales altamente heterogéneas, como en el Perú. La transformación profunda del Perú pasaría, para Mariátegui y para el Partido Socialista, por la conformación de una amplia confluencia de sectores populares agredidos y enfrentados por el modelo de desarrollo oligárquico. Si participaría allí el proletariado limeño (de tamaño muy reducido) tendría un papel preponderante el campesinado indígena, poniendo en primer plano la cuestión de la tierra. Pero también participarían sectores medios urbanos, portadores del nuevo proyecto de modernidad.

Esto supone, entonces, que la constitución de un sujeto revolucionario plural solo podía resolverse mediante una intensa actividad hegemónica, la revolución intelectual y moral que Mariátegui se propuso desarrollar, y donde *Amauta* y sus publicaciones conexas eran herramienta estratégica. Ese proceso revolucionario implicaba entonces algunas cuestiones que también forman parte de nuestros desafíos contemporáneos, en la perspectiva de la ecología política.

Por un lado, tanto en la visión de Mariátegui como en la de la ecología política, el sentido oculto pero decisivo del pro-

ceso revolucionario está en su carácter molecular, en la cuidadosa acción en corazones y mentes (el momento ético-político de Gramsci) que permite acumular fuerzas y sostener posiciones críticas, más que en la espera del día definitivo.

Por otro lado, si la articulación hegemónica se fundamenta (y debe dar cuenta) de las condiciones extremas de heterogeneidad de la formación social (que es histórico-social, pero es también territorial, física, inclusive), debe constituirse como un espacio posible de discursividad intertextual y, al mismo tiempo, (percibió Mariátegui) como una articulación entre diferentes temporalidades. Ya no se trata, como en el marxismo “normatizado”, de un transcurrir lineal de la historia según el guión de un progreso inexorable y sobrehumano, donde basta con identificar a quienes están del lado dinámico y juntarse a ellos para combatir a los que están del lado malo o tradicionalista. En la propuesta hegemónica de Mariátegui, que es la que presentan el movimiento global en la política y la ecología política en el campo teórico, el pasado tiene sentido y potencialidad crítica en relación a las utopías del orden presente. Vinculado sin saberlo a una tradición crítica que viene desde Herzen y los populistas rusos (Alimonda, 2006), Mariátegui percibió claramente la posibilidad de una combinación hegemónica cuya fortaleza residiera precisamente en la combinación articulada de temporalidades diversas, ante el bloqueo de alternativas transformadoras implicado por la consolidación del orden capitalista periférico. El socialismo, la forma social del futuro, tiene raíces en la tradición americana, y es viable justamente a partir de la identidad indígena, asentada en la experiencia vital real de la supervivencia de formas comunitarias cotidianas de organización social.¹¹ Pero para no quedar limitado a una recuperación del pasado por el pasado mismo, supone una articulación hegemónica con las fuerzas que encarnan una bisagra con un proyecto de modernidad alternativa, en este caso territorializadas en espacios urbanos.

La escena contemporánea del movimiento global y de la ecología política como formulación teórica coincide con la concepción mariáteguiana de hegemonía. El movimiento global toma parte de su fortaleza y dinámica crítica a partir de la consolidación de identidades tradicionales indígenas, basa-

das en cultura y territorio, que a su vez tienden a establecer alianzas nacionales e internacionales entre sí y con actores portadores de proyectos de modernidad alternativa. Al hacerlo, se apropia y recrea mitos movilizadores, esa idea tan mariáteguiana. En el campo teórico, la ecología política y la historia ambiental se constituyen cada vez más a partir de un diálogo estratégico con la etnoecología (Little, 2006), articulando diferentes lógicas en un movimiento de ruptura que las llevan a fundamentarse en una epistemología política (Leff, 2006), deviniendo una ecología política de la diferencia (Escobar, 2006).

Las convergencias señaladas entre pasado y presente, entre el pensamiento de José Carlos Mariátegui y del proyecto de *Amauta* y las elaboraciones contemporáneas, tanto de la ecología política como del movimiento global, nos parecen suficientes como para legitimar una genealogía, como para identificarlos también como “clásicos” en estos campos.

Las divergencias, claro está, también existen, y no pueden dejar de ser señaladas y analizadas. La fundamentación es evidente: para Mariátegui, la viabilidad del proyecto de hegemonía alternativa radicaba en la constitución de un partido político de nuevo tipo, que soñó fuese el Partido Socialista peruano. Mucho ha andado y mucho ha conseguido el movimiento global de crítica a la mercantilización total del planeta, pero ya se ha hecho evidente que muy poco se ha avanzado en lo que se refiere a la elaboración de sus formas organizativas.

Notas

1. “La tarea cada vez más urgente e imprescindible de construcción de una Ecología Política latinoamericana debería recorrer esos caminos. Un esclarecimiento conceptual riguroso pero flexible, fundamentado en referentes teóricos críticos (...) *Una relectura, desde nuevos puntos de vista, de clásicos del pensamiento social y político del continente, como José Bonifacio de Andrada e Silva, Manuel Gamio, José Martí, José Carlos Mariátegui o Gilberto Freyre*. Y, sobre todo, un recuento de las desmesuradas experiencias de resistencia de los latinoamericanos, de su tozuda búsqueda de alternativas y de herencias, de sus esperanzas y de su desesperación, de sus sueños y de sus pesadillas”
2. El libro de Guillermo Castro incluye un amplio estudio sobre la cuestión ambiental en la obra de José Martí.
3. “El objetivo de esta revista es el de plantear, esclarecer y conocer los proble-

mas peruanos desde puntos de vista doctrinarios y científicos. Pero consideraremos siempre al Perú dentro del panorama del mundo. Estudiaremos todos los grandes movimientos de renovación – políticos, filosóficos, artísticos, literarios, científicos. Todo lo humano es nuestro. Esta revista vinculará a los hombres nuevos del Perú, primero con los de los otros pueblos de América, enseguida con los de los otros pueblos del mundo.

Nada más agregaré. Habrá que ser muy poco perspicaz para no darse cuenta de que al Perú le nace en este momento una revista histórica”. (Mariátegui, 1926, pág. 1)

4. Para César Germaná, en Mariátegui “el socialismo no era, pues, la continuación y el coronamiento de la sociedad del trabajo que había surgido con el capitalismo; lo concebía como otra forma de racionalidad, no centrada en la técnica y el beneficio, sino en la solidaridad y la comunicación. Más aún, pienso que esta idea constituía el substrato más profundo de sus reflexiones y el elemento que suponía, abarcaba y daba sentido a los otros aspectos del socialismo, la socialización de los recursos de producción y la socialización del poder político. Se trata, por lo tanto, del núcleo alrededor del cual se articula el pensamiento de José Carlos Mariátegui”. (1995, pág. 171)
5. Paradójicamente, son los años en que en la Unión Soviética se están estableciendo, a contrapelo de las verdades oficiales del régimen y casi en secreto, reflexiones ecológicas que vendrán a resultar cruciales en la segunda mitad del siglo XX, constituyendo las bases paradigmáticas del ecologismo contemporáneo. (Deléage, 1993)
6. Otra paradoja: ese silencio de Castro Pozo coincide con la aparición de esa tradición intelectual en los campos académicos de la sociología y la antropología anglo-sajonas.
7. Por ejemplo, el monitoreo de los conflictos por “los humos de La Oroya”, en la Sierra Central, o de la catástrofe minera de Morococha.
8. “El socialismo no es, ciertamente, una doctrina indo-americana. Pero ninguna doctrina, ningún sistema contemporáneo lo es ni puede serlo. Y el socialismo, aunque haya nacido en Europa, como el capitalismo, no es tampoco específica ni particularmente europeo. Es un movimiento mundial, al cual no se substraen ninguno de los países que se mueven dentro de la órbita de la civilización occidental. (...) El socialismo, en fin, está en la tradición americana. La más avanzada organización comunista, primitiva, que registra la historia, es la incaica. No queremos, ciertamente, que el socialismo sea en América calco y copia. Debe ser creación heroica. Tenemos que dar vida, con nuestra propia realidad, en nuestro propio lenguaje, al socialismo indoamericano. He ahí una misión digna de una generación nueva” (Mariátegui, 1928, pág. 2/3).
9. Resumida en la frase que cierra el primero de los *Siete Ensayos*: “En el Perú, contra el sentido de la emancipación republicana, se ha encargado al espíritu del feudo –antítesis y negación del espíritu del burgués la creación de una economía capitalista” (Mariátegui, *Siete ensayos de interpretación de la realidad peruana*, 1994, pág. 16).
10. “Las comunidades, que han demostrado bajo la opresión más dura condiciones de resistencia y persistencia realmente asombrosas, representan en el Perú un factor natural de socialización de la tierra”

(Mariátegui, *El problema de las razas en América Latina*, 1994, pág. 176).

11. “En las aldeas indígenas donde se agrupan familias entre las cuales se han extinguido los vínculos del patrimonio y del trabajo comunitarios subsisten aún robustos y tenaces hábitos de cooperación y solidaridad que son la expresión empírica de un espíritu comunista. La comunidad corresponde a este espíritu. Es su órgano. Cuando la expropiación y el reparto parecen liquidar la comunidad, el socialismo indígena encuentra siempre el medio de rehacerla, mantenerla o subrogarla” (Mariátegui, “Siete ensayos de interpretación de la realidad peruana”, 1994, págs. 38/39).

Bibliografía

- Alimonda, Héctor, *Mariátegui – Redescubrir América*, Brasiliense, São Paulo, 1983.
- Alimonda, Héctor, “Una nueva herencia en Comala (Apuntes sobre la Ecología Política latinoamericana y la tradición marxista)”, en Héctor Alimonda (compilador), *Los tormentos de la materia – Aportes para una Ecología Política latinoamericana*, CLACSO, Buenos Aires, 2006.
- Beigel, Fernanda, *El itinerario y la brújula (El vanguardismo estético-político de José Carlos Mariátegui)*, Biblos, Buenos Aires, 2003.
- Castro Herrera, Guillermo, *Naturaleza y sociedad en la historia de América Latina*, CELA, Panamá, 1996.
- Castro Pozo, Hildebrando, *Del ayllu al cooperativismo socialista*, Peisa, Lima, 1973.
- Castro Pozo, Hildebrando, *Nuestra comunidad indígena*, Lima, 1979.
- Deléage, Jean Paul, *Historia de la ecología*, Icaria, Barcelona, 1993.
- Dussel, Enrique, *Filosofía de la liberación*, Siglo XXI, México, 1976.
- Dussel, Enrique, “El marxismo de Mariátegui como filosofía de la revolución”, en varios autores, *El marxismo de José Carlos Mariátegui*, Empresa Editora Amauta, Lima, 1995.
- Escobar, Arturo, “Depois da Natureza: Passos para uma Ecologia Política anti-escencialista”, en Clélia Parreira e Héctor Alimonda (orgs.), *Políticas Públicas Ambientais Latino-Americanas*, FLACSO Brasil/Abaré, Brasília, 2005.
- Escobar, Arturo, “Political Ecology of globality and difference”, *Gestión y ambiente*, v. 9, 3, Medellín, diciembre 2006.
- Funes, Reinaldo, *De bosque a sabana: azúcar, deforestación y medio ambiente en Cuba (1492-1926)*, Siglo XXI, México, 2004.
- Germaná, César, *El socialismo indo-americano de José Carlos Mariátegui*, Amauta, Lima, 1995.
- Leff, Enrique, “La Ecología Política en América Latina, un campo en construcción”, en Héctor Alimonda (compilador), *Los tormentos de la materia – Aportes para una Ecología Política latinoamericana*, CLACSO, Buenos Aires, 2006.
- Little, Paul Elliot, “Ecología Política como etnografía: um guia teórico e metodológico”, *Horizontes Antropológicos*, 25, Porto Alegre, 2006.
- Lipietz, Alain, “A Ecología Política e o futuro do marxismo”, *Ambiente E Sociedade*, V. V/VI, Campinas, 2002/2003.

- Mariátegui, José Carlos, “Presentación de Amauta”, *Amauta*, 1, Lima, 1926.
- Mariátegui, José Carlos, “Aniversario y Balance”, *Amauta*, 17, Lima, 1928.
- Mariátegui, José Carlos, *Mariátegui Total*, Amauta, Lima, 1994.
- Martínez Alier, Joan, *De la economía ecológica al ecologismo popular*, Icaria, Montevideo, 1995.
- Martínez Alier, Joan, *El ecologismo de los pobres – Conflictos ambientales y lenguajes de valoración*, Icaria/FLACSO, Barcelona, 2005.
- Pádua, José Augusto, *Um sopro de destruição (Pensamento político e crítica ambiental no Brasil escravista, 1786/1888)*, Jorge Zahar Editores, Rio de Janeiro, 2002.
- Palacio, Germán, *Civilizando la tierra caliente – La supervivencia de los bosques amazónicos (1850-1930)*, ASCUN, Bogotá, 2004.
- Prieto, María del Rosario y Teresita Castrillejo, “Las ideas de los ilustrados del Virreinato del Río de la Plata sobre conservación de la naturaleza”, en Bernardo García Martínez y Alba González Jácome (compiladores), *Estudios sobre historia y ambiente en América: Argentina, Bolivia, México, Paraguay*, El Colegio de México/Instituto Panamericano de Geografía e Historia, México, 1999.
- Quijano, Anibal, “El marxismo en Mariátegui: una propuesta de racionalidad alternativa”, en varios autores, *El marxismo de José Carlos Mariátegui*, Empresa Editora Amauta, Lima, 1995.
- Thompson E. P., *Senhores e Caçadores*, Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1997.
- Thompson, E. P., *Costumes em comum – Estudos sobre a cultura popular tradicional*, Companhia das Letras, São Paulo, 1998.
- Worster, Donald, “Transformações da terra: para uma perspectiva agroecológica na história”, *Ambiente E Sociedade*, V. V/VI, Campinas, 2002/2003.

TAREAS SOBRE LA MARCHA

ANDRÉ GUNDER FRANK

Theotonio Dos Santos*

¿Quién es el economista más citado y discutido en el mundo? No pierda su tiempo buscando entre los premios Nobel y otros muy promovidos en la gran prensa. André Gunder Frank es de lejos el más citado y el más discutido en el mundo como revelan varios estudios sobre el tema y las más de 30.000 entradas que tiene en la Internet. Su muerte el sábado, 23 de abril de 2008, produce un vacío en el pensamiento social contemporáneo difícil de ser sustituido. Pero André era bien más que esto. Él era un tipo de intelectual completamente consecuente con sus ideas. Un luchador permanente por la verdad y por la transformación del mundo. Aun cuando se equivocó mucho, como todo ser humano, era fértil y moti-

*Profesor titular de la Universidad Federal Fluminense de Río de Janeiro (UFF). Director de la Cátedra y Red UNESCO/Universidad de Naciones Unidas de Economía Global y Desarrollo (REGGEN). Autor de *La teoría de la dependencia: balance y perspectiva*, Editora Plaza y Janés, México, que fue comentada por André Gunder Frank en su artículo “La dependencia de Theotonio”.

vador incluso en sus errores. Esta es una cualidad que solo los genios tienen.

André se formó académicamente en la “cueva de las serpientes”: recibió su doctorado en la Universidad de Chicago y convivió con la brillante generación de conservadores que tanto deformó las ciencias sociales en las décadas de 1950 y 1970 para abrir camino finalmente en los años 80 a la hegemonía del pensamiento único que aún nos asfixia. Su crítica a los *Chicago boys* que tomaron el control del Estado chileno en el gobierno fascista de Augusto Pinochet es, en este sentido, aplastante y definitiva.

Cuando lo conocí en Brasilia, en 1963, él había sido invitado por Darcy Ribeiro rector de la recién fundada Universidad de Brasilia para dirigir un seminario sobre “el estructural funcionalismo”, corriente de pensamiento conservador que dominaba en aquél momento las ciencias sociales. El ya había tomado distancia de esta corriente mayoritaria en la Universidad de Chicago a través de su contacto intelectual con Paul Baran y Paul Sweezy. Su artículo sobre la remesa de ganancias y pagos de servicio superiores a la entrada de capitales del exterior causó gran conmoción y fue lo que lo llevó a ser invitado por Darcy.

En su seminario estábamos Ruy Mauro Marini, Vania Bambirra y yo que seríamos posteriormente consagrados como la corriente radical de la teoría de la dependencia. Discutimos mucho todo el tiempo. Pero no hay duda de que asumimos un compromiso intelectual y político común que duró toda una vida, a través de dos exilios políticos de Brasil a Chile y de Chile al exterior. Y, en nuestro, caso en una amnistía que nos lanzó a un Brasil profundamente comprometido con el capital financiero internacional.

En su participación en el Seminario Internacional de la Red de Economía Global y Desarrollo Sustentable (REGGEN) de agosto de 2003, en Río, sobre *Hegemonía y contra hegemonía*, André tuvo la oportunidad de ir hasta Brasilia, São Paulo y Santa Catarina. A pesar de su enfermedad ya tan avanzada él hizo cuestión de desplazarse hacia todos estos lugares para dejar testimonio de que la teoría de la dependencia empezó en aquellos años de 1963-1964, en nuestros debates y acuerdos dentro de esta experiencia pedagógica colosal que fue la

Universidad de Brasilia (UnB) de Darcy Ribeiro, destruida en gran parte por la dictadura militar de 1964.

Exilado en Chile, como nosotros, André se incorporó en 1967 al Centro de Estudios Socio Económicos (CESO) de la Facultad de Economía de la Universidad de Chile que yo dirigí. Ahí estaban otra vez Ruy y Vania lo que nos permitió realizar muchos trabajos conjuntos. Ahí se consolidó la recuperación de los ciclos largos como instrumento fundamental para la comprensión de la historia económica contemporánea. La experiencia del gobierno de la Unidad Popular estimulaba de manera impresionante el trabajo intelectual, era un laboratorio fantástico para analizar el cambio social y la revolución. Frank vivió muy profundamente esta realidad teniendo el apoyo de su esposa Marta, de origen chileno.

El golpe de Chile destruyó el CESO y nos dispersó otra vez. Yo y Vania fuimos para México donde hemos sido recibidos con una solidaridad conmovedora. André y Ruy fueron inicialmente para Alemania. Ruy vino posteriormente para México y se incorporó al Doctorado de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) que yo dirigía. Frank inició un periplo por el mundo terminando por un buen período en Holanda donde se jubiló. En estos años sufrió mucho por la persecución de la inmigración estadounidense. Acostumbraba ingresar en Estados Unidos por la frontera canadiense. Su principal culpa era haber abandonado la nacionalidad estadounidense y retomar su identidad alemana. Pero él se sentía sobretodo un latinoamericano aunque no había espacio para él en una América Latina dominada por dictaduras militares.

Después de la muerte de Marta, continuó su periplo por Canadá y después en los Estados Unidos de Clinton donde pudo trabajar pero con restricciones migratorias. Sus últimos días de vida los vivió en Luxemburgo al lado de Alison, una mujer de mucha fibra y disposición que lo ayudó mucho a enfrentar su enfermedad por 12 años de lucha colosal.

Su producción en los años 70 es menos conocida a pesar de su profundidad y su fuerza provocativa. Él fue uno de los creadores de la teoría del sistema mundial cuya crisis analizó en dos libros extremadamente impactantes. Además inició el balance histórico del sistema mundial que hizo retroceder

por lo menos hasta el siglo quinto antes de Cristo. Su libro *Re-Orient* mostró el rol de liderazgo que ha ocupado China en este sistema mundial creado en torno de la ruta de la seda. Hegemonía que solo pierde en el siglo XVIII con el ascenso del poderío marítimo occidental y con la revolución industrial.

Nada hay de más importante que esta revisión de la historia mundial que sugiere André y que provocó una polémica colosal incluso dentro del grupo del sistema mundial. Sus últimos escritos apuntaban hacia el rol del dólar y del Pentágono en la hegemonía norteamericana actual y la crisis definitiva que ambos viven en el presente. Otra tesis polémica que es, sin embargo, más próxima al enfoque del sistema mundial en su conjunto.

Cuántas polémicas más no se estarían gestando en el cerebro colosal de André Gunder Frank. Su hijo Paul cuenta que él trabajó hasta su suspiro final. Tengo este sentimiento de pérdida de un intelectual de vanguardia pero sobretodo de un amigo y camarada. Pero me duele pensar cómo toda una generación de economistas ha sido llevada a desconocer esta obra colosal por la influencia decisiva del llamado pensamiento único que se impuso en varias universidades de todo el mundo. Resta sin embargo la certeza de que en los movimientos sociales y en el espíritu del Forum Social Mundial su obra es una referencia fundamental.

VIOLACION DE DERECHOS HUMANOS EN BOCAS DEL TORO Denuncia Relator especial de la ONU

El 8 de agosto de 2008, en Ginebra, el Relator especial de las Naciones Unidas sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los pueblos indígenas, James Anaya, expresó su preocupación por la información recibida de distintas fuentes en relación con los desplazamientos arbitrarios y otros abusos sufridos por los miembros de la comunidad de Charco la Pava, localidad indígena Ngöbe, en el distrito de Changuinola, Bocas del Toro, Panamá, por la construcción del proyecto hidroeléctrico CHAN 75.

“Observo con preocupación las violaciones de derechos humanos sufridas por miembros de la comunidad de Charco la Pava en Panamá, tales como el desplazamiento arbitrario de sus tierras, la pérdida de viviendas y destrucción de los cultivos agrícolas, y otros abusos, como el uso excesivo de la fuerza y la detención de los miembros de la comunidad que se han opuesto a la construcción del Proyecto Hidroeléctrico, entre ellos mujeres y niños.

“Del mismo modo, quiero expresar una profunda preocu-

pación porque la situación está aparentemente deteriorándose más. Dada la presencia de una fuerza de policía armada en la zona, la situación podría empeorar y pone en riesgo la vida y la integridad física de los miembros de la comunidad de Charco la Pava. Además, he recibido información que la empresa está avanzando sin el control o la supervisión debida de las autoridades gubernamentales. A la luz de esta situación, hacemos una llamado urgente a Panamá a adoptar todas las medidas necesarias para: 1) proteger los derechos y libertades de las comunidades indígenas afectadas, 2) investigar las presuntas violaciones de derechos humanos y castigar a los responsables, 3) la reparación de cualquier daño causado a las víctimas y 4) adoptar las medidas necesarias para impedir la repetición de tales actos.

”También queremos insistir a los actores políticos, sociales y empresariales que tomen en cuenta las recomendaciones formuladas por diversas instituciones encargadas de velar por el cumplimiento de las obligaciones de derechos humanos. En este contexto, quisiéramos llamar la atención del Gobierno sobre la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, aprobada el 13 de septiembre de 2007 y, en particular, el artículo 10 que establece que: *Los pueblos indígenas no serán desplazados por la fuerza de sus tierras o territorios. Ningún traslado se llevará a cabo sin el consentimiento libre, previo e informado de los pueblos indígenas interesados y previo acuerdo sobre una indemnización justa y equitativa y, siempre que sea posible, con la posibilidad de regreso*”.

A finales de 2007, la Compañía AES Changuinola inició la construcción del proyecto hidroeléctrico CHAN 75, que podría dar lugar a la completa inundación de la comunidad indígena de Charco la Pava y otras comunidades indígenas vecinas, sin obtener el consentimiento informado de las comunidades afectadas, en conformidad con las normas internacionales.

El 8 de abril de 2008 y 3 de junio de 2008, el Relator especial envió llamamientos urgentes al Gobierno de Panamá sobre la situación en Charco la Pava. El Relator especial lamenta no haber recibido una respuesta del Gobierno de Panamá a las preguntas y preocupaciones expresadas en esas comunicaciones.