

**POR EL DERECHO UNIVERSAL
A LA SALUD**

Por el derecho universal a la salud : una agenda latinoamericana de análisis y lucha / Ana María Costa ... [et al.]; coordinación general de Carolina Tetelboin Henrion ; Asa Cristina Laurell . - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2015.
Libro digital, PDF - (Grupos de trabajo de CLACSO)

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-987-722-137-4

1. Acceso a la Salud. 2. Sociología. I. Costa, Ana María II. Tetelboin Henrion, Carolina , coord. III. Laurell , Asa Cristina , coord.
CDD 301

Otros descriptores asignados por CLACSO:

Salud / Políticas Públicas / Estado / Pobreza / Ciudadanía / América Latina

COLECCIÓN GRUPOS DE TRABAJO

POR EL DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD

**UNA AGENDA LATINOAMERICANA
DE ANÁLISIS Y LUCHA**

**Carolina Tetelboin Henrion
y Asa Cristina Laurell**
(Coordinadoras)

Ana Maria Costa
José Carvalho de Noronha
Gustavo Souto de Noronha
Nila Heredia Miranda
Asa Cristina Laurell
Angélica Ivonne Cisneros Lujan
Carolina Tetelboin Henrion
Mauricio Torres-Tovar
Saúl Franco
Rafael González Guzmán
Clara I. Schor-Landman
Bárbara Zas Ros
Vivian López González
Leticia Artiles Visbal

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales



Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

Latin American Council of Social Sciences

Secretario Ejecutivo de CLACSO Pablo Gentili

Directora Académica Fernanda Saforcada

Programa Grupos de Trabajo

Coordinador Pablo Vommaro

Asistentes Rodolfo Gómez, Valentina Vélez y Giovanni Daza

Área de Acceso Abierto al Conocimiento y Difusión

Coordinador Editorial Lucas Sablich

Coordinador de Arte Marcelo Giardino

Producción Fluxus Estudio

Arte de tapa Ignacio Solveyra

Primera edición en español

Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha (Buenos Aires: CLACSO, octubre de 2015)

ISBN 978-987-722-137-4

© Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales

Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.723.

Este libro está disponible en texto completo en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO www.biblioteca.clacso.edu.ar

CLACSO

**Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Conselho Latino-americano de Ciências Sociais
(Latin American Council of Social Sciences)**

Estados Unidos 1168 | C1101AAX Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Tel. [54 11] 4304 9145 | Fax [54 11] 4305 0875 | <clacsoinst@clacso.edu.ar> | <www.clacso.org>

Patrocinado por la Agencia Sueca de Desarrollo Internacional



La responsabilidad por las opiniones expresadas en los libros, artículos, estudios y otras colaboraciones incumbe exclusivamente a los autores firmantes, y su publicación no necesariamente refleja los puntos de vista de la Secretaría Ejecutiva de CLACSO.

ÍNDICE

Prólogo		9
----------------	--	---

EXPERIENCIAS PROGRESISTAS

Ana Maria Costa, José Carvalho de Noronha y Gustavo Souto de Noronha Barreiras ao universalismo do sistema de saúde brasileiro		17
--	--	----

Nila Heredia Miranda Obstáculos a la construcción del Sistema Único de Salud en los procesos políticos progresistas. La experiencia boliviana		41
--	--	----

Asa Cristina Laurell, Angélica Ivonne Cisneros Lujan Construcción de un proyecto contra-hegemónico de salud. El caso del Distrito Federal, México		51
--	--	----

CONTRADICCIONES Y LUCHAS EN EL PROYECTO NEOLIBERAL

Carolina Tetelboin Henrion Tendencias y contratendencias en el sistema de salud de Chile en el marco de la situación regional		75
--	--	----

Mauricio Torres-Tovar
Resistencias y luchas sociales en Latinoamérica por la garantía
del derecho a la salud. El caso colombiano | 99

Saúl Franco
¿Se justifica la lucha por la salud en el ordenamiento legal?
Reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas | 121

Rafael González Guzmán
Ética neoliberal y nuevas ideas críticas en salud | 139

Clara I. Schor-Landman
Salud mental; salud social. Dilemas de los seres humanos
en la contemporaneidad | 157

PERSPECTIVAS Y PROGRAMAS DE SALUD COLECTIVA

Bárbara Zas Ros y Vivian López González
Programas de transformación psicosocial y procesos de salud colectiva | 181

Leticia Artiles Visbal
Discriminación por género, sexualidad y etnia: expresión de “violencia
feminicida”. Mortalidad materna y embarazo adolescente en Guatemala | 207

PRÓLOGO

ESTE LIBRO FUE ELABORADO por miembros del Grupo de Trabajo “Estudios Sociales para la Salud” del CLACSO y tiene como propósito dar a conocer el pensamiento latinoamericano de medicina social o salud colectiva. Esta corriente de pensamiento es la expresión del pensamiento crítico en el ámbito de la salud. Surgió en los años 70 del siglo pasado primero como una contestación crítica a la salud pública desarrollista pero pronto se planteó analizar la salud en su articulación con los procesos socio-económicos y políticos.

Este planteamiento ha inspirado un amplio trabajo teórico y metodológico y la construcción de nuevos objetos de conocimiento, básicamente las prácticas y políticas de salud y el proceso salud-enfermedad como proceso socio-histórico.

Por el carácter de estos objetos de conocimiento las ciencias sociales desempeñan un papel central en su quehacer científico. En cuanto interesa analizar la interacción entre lo social, lo económico y lo político el pensamiento crítico es el que da el marco más adecuado. Los avances de la medicina social/salud colectiva desde su fundación han sido diferentes en los distintos países de la región pero hay grupos de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) en todos los países de América Latina y el Caribe hispanohablante. El desarrollo de uno u otro de sus áreas ha dependido

de los procesos políticos en cada país y refleja en gran medida las necesidades de ellos.

En este contexto es importante señalar que la medicina social/salud colectiva es a la vez una corriente de pensamiento y el sustento de un movimiento progresista por el cambio social. Desde su inicio ha estado ligado a los movimientos y partidos de izquierda y ha adoptado explícitamente el punto de vista de los intereses populares en sus distintas formas de organización. Esto significa que en todo momento ha tenido un compromiso político y en muchas ocasiones sus integrantes han ocupado posiciones relevantes en organizaciones políticas o sociales y en la administración pública.

Los textos incluidos en el libro dan un panorama de algunas temáticas trabajadas por los integrantes de esta corriente de pensamiento. Van desde reflexiones sobre los aciertos y obstáculos para hacer un cambio profundo en la política de salud con una orientación progresista, pasan por un análisis crítico de la política neoliberal de salud y su impacto en la dignidad y vida de la población así como las diferentes formas de luchas en su contra, sigue con sus consecuencias en la ética y la distorsión de la práctica en salud mental, para terminar con dos programas específicos de salud.

El primer bloque incluye textos sobre Brasil, Bolivia y la ciudad de México como ejemplos de políticas contra-hegemónicas de salud. Costa, Noroña y Noroña hacen un análisis histórico de la trayectoria del sistema de salud de Brasil que permite entender los problemas que enfrenta hoy. Demuestran entre otras cuestiones las tensiones y contradicciones que se derivan del peso del pensamiento neoliberal y el poder de los actores privados en salud aún durante los gobiernos de Lula da Silva y Dilma Rousseff. Subrayan también la ausencia relativa de los sujetos obrero y empresarial, potenciales portadores de un proyecto nacional redistributivo. Son estos los principales obstáculos a la implantación plena del sistema de salud, único, público, solidario de pleno acceso a los servicios.

Heredia, ex ministra de salud de Bolivia, analiza como la inclusión en la nueva constitución del derecho a la salud como obligación del Estado y la interculturalidad, apoyada por los movimientos sociales, sólo fue el primer paso para hacerlo realidad. Sin embargo, el complejo escenario político y sus distintos actores no han permitido su plena realización debido a la falta de claridad conceptual con cierta permanencia del pensamiento neoliberal, políticas gubernamentales incongruentes, resistencia de las organizaciones sindicales y de los actores económico-políticos contrarios al nuevo orden social.

Laurell y Cisneros analizan la experiencia de la secretaría de salud durante el gobierno de López Obrador en la ciudad de México, de

signo opuesto a la política de salud federal. Abordan la relación necesaria y sinérgica entre la política social y la de salud. Discuten cómo la transformación institucional se enfrentó con problemas, aun teniendo un proyecto claro, pleno apoyo político y recursos financieros suficientes. Estos obstáculos tienen sus raíces en el deterioro y abandono de lo público durante 25 años de políticas neoliberales.

El texto de Tetelboin hace una reflexión sobre la política neoliberal de salud en Chile en el contexto latinoamericano. Apunta que el modelo chileno fue paradigmático para el resto de las reformas en la región y ha tenido una influencia grande a pesar de sus fracasos. Discute como los gobiernos de la Concertación han intentado fortalecer las instituciones públicas de salud con mayores presupuestos y ampliación de la infraestructura. A pesar de ello han mantenido el modelo original dual público-privado. Termina analizando las perspectivas de una nueva reforma bajo la conducción de la actual coalición de gobierno.

Las reformas neoliberales en salud han sido fuertemente resistidas y contestadas por sus nocivos resultados sobre el acceso a los servicios, las condiciones de salud y la vida digna. Los artículos de Torres-Tovar y de Franco abarcan dos aspectos de estas luchas. Torres-Tovar aborda esta problemática desde el ángulo de las luchas y actores sociales. Su texto muestra diversas formas en que se resiste y se lucha por el derecho a la salud en la región latinoamericana, teniendo como estudio de caso a Colombia. Elige a este país porque ha sido presentado como el ejemplo para los procesos de reforma neoliberal de los sistemas de seguridad social y de salud tanto en la región como en el ámbito global. Desde esta experiencia plantea un conjunto de aprendizajes y retos en el terreno de la lucha y la movilización social por la salud.

Franco interroga cuáles son las perspectivas de la lucha por cambiar el marco legal de salud como una estrategia capaz de revertir la reforma neoliberal. Después de revisar las luchas constitucionales en Brasil, Bolivia y Chile se centra en el proceso colombiano. Analiza las expresiones diversas de rechazo a la Ley 100, instrumento legal de la reforma colombiana, y las posiciones y acciones de los distintos actores políticos. Resalta que la capacidad de formular alternativas legales ha jugado un papel importante en esta lucha. No sólo ha conferido credibilidad socio-política a los opositores sino también ha consolidado una amplia alianza de fuerzas con diversas agendas específicas. Queda abierto si es suficiente para cambiar definitivamente la política dado que el bloque neoliberal sigue siendo fuerte.

En cuánto visión del mundo, el proyecto neoliberal ha intentado, con éxito variable, construir su propia ética e imponer una nueva de-

finición de la normalidad psíquica que excluye y margina, particularmente, a grandes contingentes de jóvenes. De ello hablan los textos de González y Schor-Landman.

González analiza los elementos del planteamiento ético-moral neoliberal para justificar su política en salud y lo contrasta con los planteamientos ético-morales surgidos al calor de las luchas que instauraron a los gobiernos progresistas. Considera que capital humano, igualdad de oportunidades y focalización son los conceptos sobre los cuales los ideólogos neoliberales construye su discurso sobre la justicia, la libertad y la equidad y analiza las falacias teóricas y prácticas de este discurso. Luego demuestra que los gobiernos progresistas latinoamericanos han construido o rescatado el discurso sobre los derechos sociales como obligación del Estado y la igualdad pero ampliándolo con la idea de vivir bien con una clara connotación de vida en común y en armonía con la tierra.

La aportación de Schor-Landman analiza con un enfoque psicoanalítico y social como la salud mental fue avasallado por lo que el neoliberalismo presentaba como un cambio para el progreso y con la ciencia vuelta técnica. Su reflexión teórica está acompañada de una experiencia de Argentina iniciado a raíz de la crisis de 2002. Se centra particularmente en los jóvenes, estigmatizados como violentos, feos y sucios. Demuestra como una dinámica terapéutica distinta, alejada del paradigma neoliberal de salud mental, permite vencer sus miedos y construir nuevos lazos afectivos y comunitarios.

Los últimos aportes del libro tratan dos experiencias de programas específicos de salud, uno de Cuba y otro de Centroamérica.

Zas y López exponen un programa desarrollado en Cuba encaminado a potenciar una cultura colectiva del cuidado de la salud, como estrategia complementaria a las acciones de salud pública. Tuvo como propósito empoderar a los ciudadanos en la gestión de la prevención mediante el fomento del deporte como recurso educativo para alentar comportamientos saludables colectivos y valores sociales así como desarrollar el potencial de la escuela, familia y la comunidad. La experiencia les permite formular una propuesta de algunos principios y modos de hacer en este campo de salud colectiva.

Artiles aborda la mortalidad materna y en particular el embarazo en las niñas y adolescentes como formas de violencia en tres dimensiones: la directa, la estructural y la cultural. Ofrece información concreta de Guatemala que demuestra que, a pesar de un marco legal adecuado, existe una sistemática violación de los derechos humanos de las mujeres. Estas violaciones tienen las marcas de desigualdad social, de clase social, de pertenencia étnica y territorial y demuestra que el Estado no está asumiendo su papel de garante de los derechos humanos.

Esperemos que la lectura de este libro permita tener una idea comprensiva de los temas analizados por la medicina social/salud colectiva latinoamericana y apreciar la importancia de un enfoque social, económico y político para el análisis de la cuestión salud. Consideramos que no está suficientemente cubierto el tema del proceso salud-enfermedad como proceso social donde ha habido un desarrollo importante durante los últimos años, particularmente en la perspectiva de la destrucción del hábitat y el despojo en la nueva fase del capitalismo global.

ASA CRISTINA LAURELL

EXPERIENCIAS PROGRESISTAS

Ana Maria Costa*, José Carvalho de Noronha**
y Gustavo Souto de Noronha***

BARREIRAS AO UNIVERSALISMO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

INTRODUÇÃO

O grande marco contemporâneo da reorganização do sistema de saúde brasileiro fixou-se em 1988 com a promulgação de uma nova constituição que traduziu o pacto de transição do país para um regime de ampliação das liberdades democráticas depois de 21 anos de ditadura militar. Esse marco consistiu na inclusão da saúde como parte necessária da segurança social e, de maneira muito clara, como direito de cidadania exigente de prestação explícita pelo Estado seja através de políticas sociais e econômicas que minimizem ou eliminem riscos de adoecimento e morte, seja através do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

* Médica Sanitarista, Doutora em Ciências da Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde. Presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Coordenadora Geral da Associação Latino-Americana de Medicina Social e Saúde Coletiva (Alames).

** Médico Sanitarista, Doutor em Saúde Coletiva. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Membro do Conselho Consultivo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes).

*** Este texto continúa la reflexión expuesta en el ensayo de Gilly (et al., 2006) presentado en junio de 2005 en el Grupo de Trabajo *Sectores dominantes en América Latina* (CLACSO) e incluido en Basualdo (et al., 2006).

Somente na virada do século XX apareceram as primeiras intervenções estatais associadas ao saneamento dos portos, em particular do Rio de Janeiro, com as campanhas de Oswaldo Cruz para erradicação da febre amarela e da varíola. Do ponto de vista da atenção à saúde, foi preciso esperar a década de 1920 para que aparecessem estruturas governamentais de suporte ao combate à tuberculose e aos cuidados com a infância.

A migração, sobretudo italiana, que deu suporte à industrialização de São Paulo, trouxe um estímulo às organizações mutualistas à moda das caixas de assistência e pensão europeias. Caixas que foram objeto de regulação estatal a partir de 1923 (a chamada Lei Eloy Chaves) que incluíam à assistência à saúde entre as suas prestações.

FORMAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Na década de 1920 o país assistiu a numerosas crises políticas que culminaram na Revolução de 1930, com a chegada de Getúlio Vargas ao poder (1930-1945). Para Fausto (1995: 327) “Um novo tipo de Estado nasceu após 1930, distinguindo-se do Estado oligárquico não apenas pela centralização e pelo maior grau de autonomia como também por outros elementos”. O autor acentua três dessas mudanças: 1. a atuação econômica, voltada gradativamente para os objetivos de proceder a industrialização; 2. a atuação social, tendente a dar algum tipo de proteção aos trabalhadores urbanos, incorporando-os em seguida a uma aliança de classes promovida pelo setor estatal; 3. o papel central atribuído às Forças Armadas, em especial o Exército – como suporte da criação de uma indústria de base e sobretudo como fator de garantia da ordem interna”. Fiori (1995: 62) identifica este período como um dos dois períodos em que as elites brasileiras “estiveram próximas, mas acabaram rejeitando uma alternativa autenticamente prussiana” de desenvolvimento do país.

Data do período a criação dos Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). E do o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. O eixo central da novo governo passava pela construção do “novo homem brasileiro sadio e educado”, tarefa a ser cumprida em todo o território nacional. São criados, à moda bismarckiana, Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), para determinadas categorias profissionais, que incorporaram a assistência médica e a saúde do trabalhador entre a cesta de benefícios oferecidas.

Donnangelo (1975: 7, 11-12) realçava que a criação e o desenvolvimento da previdência social no Brasil adquiriram simultaneamente o sentido de conquista de direitos sociais pelos assalariados e parte de um processo de reatualização, pelo estado, das condições necessárias à preservação e aos desdobramentos da ordem social capitalista. Da

perspectiva do assalariado, a política trabalhista de Vargas, tanto a de previdência social, como a trabalhista propriamente dita, equivaleram a uma resposta a reivindicações imediatamente referentes ao consumo de um mínimo de bens e serviços, mas, pela própria dinâmica das relações de classe, potencialmente relativas a negação do sistema.

A incorporação de imigrantes e a atração para a cidade das populações rurais estimulavam expectativas de maior acesso a bens e serviços. Chamava a atenção Donnangelo (1975: 19) que o novo padrão de vida urbano implicava em um consumo diferenciado entre as populações urbanas e rurais, que se definiam reciprocamente como superior e inferior, não apenas em termos do “*quantum*” de bens e serviços a que tinha acesso homem urbano, mas da “qualidade” dos mesmos, qualidade esta definida pela incorporação de elementos da ciência e da técnica. A presença crescente de massas proletárias nas cidades no incipiente processo de industrialização aumentava as pressões no sentido da obtenção deste padrão superior de vida. Neste contexto, a estruturação de serviços de assistência médica ao lado de benefícios previdenciários mais típicos como o auxílio-doença e o auxílio-invalidez, constituíram simultaneamente um maior controle sobre a força de trabalho nas também uma resposta às tensões sociais geradas pelas populações das cidades¹.

Em 1945, foi proposta a unificação de todos os serviços previdenciários em um só organismo e a universalização da cobertura previdenciária. A homogeneização dos benefícios só viria a acontecer com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social em 1960. A dissociação entre a saúde pública e a assistência médica perdurou até a consolidação do Sistema Único de Saúde após a Constituição de 1988 (ver debate em Fonseca, 2007: 25-61).

Houve, durante o segundo governo Vargas (1951-1954) dois grandes eixos propositivos de reforma institucional que vinham se cristalizando desde o final dos anos 40. Um que propunha a criação de um Ministério da Saúde, e outro que defendia a criação de um Ministério da Saúde, Assistência e Previdência Social. Os sanitaristas da época acreditavam que a saúde pública deveria orientar-se basicamente para o atendimento das áreas rurais e que as ações coletivas de saúde eram distintas das ações individuais e que a saúde pública não deveria se misturar com a assistência médica individual oferecida pela previdência social. Já os defensores da integração com a previdência social acreditavam que as ações curativas e preventivas deveriam caminhar

1 Há extensa literatura sobre a evolução da política de saúde no período da qual destacamos Donnangelo, 1975; Cohn, 1981; Cordeiro, 1984; Oliveira e Teixeira, 1986; Lima et al, 2005; Fonseca, 2007.

juntas, que a dispersão de órgãos da previdência e na saúde eram indesejáveis, que a maneira pela qual a previdência social estava organizada era fragmentada e excessivamente corporativa, excluindo de seu universo de segurados a maioria da população brasileira. Na época, foi aprovada pelo Congresso a proposta do governo da criação do Ministério dos Serviços Sociais, englobando Saúde e Previdência. A necessidade de ampliação da base política de Vargas, entretanto, levou à criação do Ministério da Saúde, separando as ações de saúde da educação, porém mantendo-as distantes das ações de assistência médica cometidas à previdência social (Hamilton, Fonseca, 2003: 801-805).

Após o suicídio de Getúlio Vargas (1954), a visão convencional entre os economistas sugere que o governo de Juscelino Kubitschek (JK) de 1956 a 1961 seria a continuidade do mesmo projeto de desenvolvimento nacional de Getúlio. Entretanto, a reflexão de Fiori (1995: 66) ajuda a ampliar esta perspectiva:

De um lado, alguns viram naquela etapa a explicitação de um projeto de desenvolvimento capitalista onde, sob a regência do Estado, se fundaria a hegemonia do capital privado nacional, cujo bloqueio teria conduzido à morte seu principal inspirador. Outros, com maior prudência, viram naquele conjunto uma antevisão, extremamente moderna para a época, de uma industrialização pesada, conduzida a partir da consciente interpenetração do Estado com o capital privado nacional e o financiamento público internacional. Nessa direção, coube a Vargas armar seu equacionamento programático e institucional, ainda que seu financiamento só tenha se viabilizado na administração Kubitschek, quando a ideia do financiamento público é substituída, na prática, pelo investimento privado estrangeiro, e a industrialização pesada, por uma indústria de bens de consumo fortemente internacionalizada.

O que os anos JK consolidaram foi a derrota de um modelo de desenvolvimento com o Estado no papel de condutor de um projeto de afirmação econômica ou militar. O capital nacional sob hegemonia do capital agrário mercantil nunca acreditou nesta alternativa. O que forçou o Estado brasileiro a uma estratégia alternativa dependente do capital estrangeiro para o financiamento de uma industrialização tardia e periférica.

Desse modo, o modelo de desenvolvimento associado dos anos JK com a introdução da indústria automobilística, calcado em bens de consumo individuais, trará para a área da saúde um novo campo distante do “salubrismo” do Ministério da Saúde e do sistema previdenciário público dos Institutos de Aposentadorias e Pensões: o dos planos privados de saúde. Esses sistemas vão se constituir à margem

dos IAPs e é sobre essa base que germinarão as serpentes que virão a constantemente corroer as bases de um sistema universal e equitativo. Não foi o fracasso, mas a derrota de uma coalizão de viés nacional desenvolvimentista e redistributivista que liberou as primeiras demandas não universalistas de um proletariado de novo tipo que surgia em São Paulo.

PRIMÓRDIOS DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Projetos universalistas para a área da saúde foram retomados no curto governo João Goulart (1961-1964), eleito vice-presidente que assumiu o governo após a renúncia de Jânio Quadros, impulsionado pelo legado trabalhista de Vargas. Não foi o proletariado moderno paulista que faria avançar as propostas das “reformas de base”. Foram as camadas do proletariado tradicional amparado pela Previdência Social dos IAPS, pela CGT, pelos sindicatos tradicionais, pelas massas do que Singer (1981) chamou de subproletariado, trabalhadores de relações informais ou precárias no mercado de trabalho, e pelos trabalhadores rurais e camponeses em luta pela reforma agrária e por direitos sociais.

É importante destacar que a reforma agrária foi um dos eixos centrais do plano trienal coordenado por Celso Furtado cujo objetivo seria transformar os agricultores em atores dinâmicos no plano econômico. Esta visão estava ancorada nas teses de desenvolvimento nacional da CEPAL que destacavam o caráter inelástico da oferta de alimentos diante das pressões da demanda urbana e industrial, configurando-se, portanto, como um problema estrutural do setor agrícola brasileiro a justificar uma mudança na estrutura fundiária e nas relações de trabalho no campo (Delgado, 2001).

Iluminada por essa perspectiva, a III Conferência Nacional de Saúde de 1963 faz o diagnóstico da precariedade do atendimento de saúde nas áreas rurais (Conselho Nacional de Saúde, 2015: 193). Assim, a Conferência com suas propostas de municipalização foi ao encontro das necessidades desses segmentos populacionais, sem competir pelos recursos assistenciais dos setores cobertos pelo sistema previdenciário.

O relatório final apontou isso de maneira clara:

A municipalização tem como principal finalidade, despertar o interesse dos municípios para uma atividade de grande importância para suas populações e determinar a organização de serviços de assistência médica sanitária onde não existem. [...] a finalidade principal da municipalização é aproximar a saúde pública das populações que mais precisam, e permitir, com a criação de uma estrutura básica sanitária,

a realização em todo território nacional de medidas de saúde pública que possam interessar às nossas populações (Conselho Nacional de Saúde, 2015: 200-201)

Esse eixo de desenvolvimento que propunha João Goulart se evidenciava no seu comício na Central do Brasil no qual a reforma agrária foi o tema central. Entretanto, novamente as forças conservadoras com forte apoio da classe média se articularam, derrubaram o governo e apoiaram a ditadura militar que durou 21 anos.

A DITADURA MILITAR

O regime militar não ficou distante da necessidade de ampliar sua base social de apoio, como compensação pela supressão das liberdades civis e do controle sindical. De modo autoritário promoveu ampla reforma do sistema previdenciário com a unificação dos IAPs em 1966, criando o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Aquela reforma, ao tempo que afastou as lideranças sindicais que davam suporte ao regime anterior, modernizou o sistema, desenvolveu uma nova burocracia, manteve a capacidade de responder aos trabalhadores vinculados aos antigos IAPs. Simultaneamente foram criados mecanismos para fortalecimento das alternativas assistenciais das empresas, abrindo um importante caminho para a ampliação e fortalecimento do setor empresarial da saúde no país (Oliveira, Teixeira, 1986; Cordeiro, 1984).

O desenvolvimento agrário do período militar foi sintetizado por Guilherme Delgado como

[...] um pacto agrário modernizante e conservador, que, em simultâneo à integração técnica da indústria com a agricultura, trouxe ainda para o seu abrigo as oligarquias rurais ligadas à grande prioridade territorial e ao capital comercial. Regionalmente identificado com segmentos produtivos organizados a partir de 1930 nos institutos federais de fomento e defesa setoriais, ou reassimilado em programas e projetos especiais, o latifúndio obteve inúmeras linhas de apoio, além de defesa na nova estrutura fiscal e financeira do setor rural (Delgado, 2001: 165).

Dessa forma, as tensões no campo foram aliviadas em duas frentes. Primeiro através da colonização da Amazônia sintetizada no slogan do governo Médici *“Uma terra sem homens para homens sem terra”* (ênfase própria). Ao passo que deslocava a tensão e os conflitos pela terra do sul, sudeste, vinha acompanhada de forte intervenção estatal em projetos fundiários. Em outra frente, através da reorganização do sistema previdenciário rural, o Funrural (criado em 1963), de maneira

que pudesse servir como um componente do controle social das tensões no campo (ver Ferrante, 1976).

MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E A CONSTITUIÇÃO DE 1988

Em 1979, o documento do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), “Democracia e Saúde”, abrirá uma agenda política para constituição do que será chamado “Movimento da Reforma Sanitária”. Composto por forças do espectro político de esquerda, que associavam mudanças na sociedade ao estabelecimento de políticas sociais de corte universalista inspiradas seja nos modelos bem-sucedidos da social-democracia europeia ou dos países socialistas que ainda não viviam sua desarticulação (Paim, 2008: 77-83). Aquela agenda não será coincidente com a do movimento sindical que renascia naqueles tempos.

Nesse momento é importante lembrar que Fiori (2003) nos apresenta três projetos para o Brasil que estiveram presentes durante toda a história do século XX, consagrado pelo recente confronto eleitoral. Um primeiro projeto que teve

[...] suas origens no livre cambismo de Império, mas sua formulação mais consistente e moderna foi dada pela política monetária ortodoxa pela defesa intransigente do equilíbrio fiscal e do padrão ouro dos governos paulistas de Prudente de Moraes, Campos Salles e Rodrigues Alves. Estas ideias, objetivos e políticas atuaram no início do século XX, como a expressão mais coerente eficaz do projeto liberal de inserção da burguesia cafeeira na divisão internacional do trabalho, liderada pela Inglaterra. Os objetivos e as políticas se mantiveram praticamente intocados até a crise econômica de 1930, enquanto as ideias fundamentais se mantiveram vivas e atuantes mesmo depois da crise, reaparecendo em vários momentos no plano político, econômico ou cultural.

Um segundo projeto estratégico que

[...] já aparece esboçado nas teses ‘industrialistas’ presentes na Constituição de 1891. Mas sua verdadeira história começa na década de 1930 e responde pelo nome de ‘nacional-desenvolvimentismo’ ou ‘desenvolvimentismo conservador’[...] [que] foi se transformando aos poucos – durante o Estado Novo – num projeto de construção de uma economia nacional, apoiado por uma parte da intelectualidade modernista, por amplos segmentos das burocracias civis e militares e por um grupo de empresários industriais, onde se destacavam as ideias de um Roberto Simonsen. Programa desenvolvimentista e industrializante que adquiriu maior consistência e velocidade nos anos 50 com

o nacional-desenvolvimentismo do segundo governo Vargas e o desenvolvimentismo internacionalizante de JK, que se prolonga, de forma conservadora autoritária, durante o regime militar [...], em particular na gestão do general Geisel. [...] O terceiro e último desses projetos nunca ocupou o poder estatal nem comandou a política e economia de nenhum governo republicano, mas teve enorme presença no campo da luta ideológica e cultural e das mobilizações sociais democráticas [...] [e] tangenciou, no campo das ideias e das alianças políticas, o ‘desenvolvimentismo conservador’ dos anos 50. [...] [A]cabou ocupando um lugar importante no texto da Constituição de 1988, sobretudo nos capítulos relacionados aos direitos civis, sociais, políticos e econômicos e da cidadania brasileira (Fiori, 2003: 10-13).

Apenas no brevíssimo suspiro imediatamente após a inauguração da “Nova República”, entre 1985 e 1988, ganhou algum espaço com expressão na área da saúde, o “terceiro projeto” de Brasil examinado por Fiori. Isto se dará na concepção e desenho das políticas de proteção social estabelecidas logo no princípio do governo Sarney e, sobretudo, nos debates e na formulação do capítulo da Seguridade Social da Constituição de 1988. Naquela altura, expandiram-se as concepções universalistas e democratizantes. A VIII Conferência Nacional de Saúde, precedida de conferências em quase todos os estados e em muitos municípios brasileiros, revelou uma grande mobilização popular e política cujos resultados se fizeram sentir na constituição. Datam daquele período vários feitos universalizantes conduzidos pela administração progressista do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMP) (Cordeiro, 1991).

O texto constitucional, retomando a discussão interrompida no final do segundo governo Vargas, integrará conceitualmente, sob a denominação de Seguridade Social, o “conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. A seguridade terá fixado no texto constitucional seus objetivos: a universalidade da cobertura e do atendimento; a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; a seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; a irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; a diversidade da base de financiamento; e o caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Fixou a constituição que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e

igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2003).

Nos dois últimos anos da década de 80 tem início um processo de municipalização descoordenada que abrirá caminho para subtração de recursos e esvaziamento federativo que atingirá seu apogeu na década seguinte.

TEMPOS NEOLIBERAIS

Viana e Silva (2012: 31-60) identificam, e discutem, três institucionalidades de política social nas duas décadas de 1990 e 2000. Uma, que denomina de neoliberal (1990-2002), que se inicia no governo Collor e segue nos governos Itamar Franco e Cardoso; uma de transição no primeiro governo Lula (2003-2007); e, a terceira, que chama de “neodesenvolvimentista”, que corresponde ao segundo governo Lula (2007-2010).

A inauguração da década pelo governo Collor tentará dar o tom da contrarreforma sanitária. Teve início um novo movimento de opções contraditórias: de um lado discursava-se sobre os méritos da descentralização e do “controle social” e de outro, aprofundava-se uma subtração de recursos da saúde que reduziu significativamente a política de incremento de gastos de meados dos anos 80. Em 1992, realizou-se a IX Conferência Nacional de Saúde sob o tema “a municipalização é o caminho”, dando início a uma intensificação do processo de descentralização, com enfraquecimento do poder dos estados. Extinguiu-se o INAMPS, uma das poucas burocracias governamentais criada a partir da inspiração trabalhista e aprovou-se finalmente a lei 8080, a chamada “Lei Orgânica da Saúde”, onde se enunciam os preceitos da reforma sanitária democrática dos anos 80, mas cuja implantação colidia com a orientação geral da política econômica e tributária daqueles tempos (Brasil, 1990). O subfinanciamento do setor teve como resultado indireto o crescimento dos planos e seguros de saúde, que cobrirão um quarto da população brasileira (Noronha, Soares, 2001).

A promulgação da Lei 8080 em pleno início da vertigem neoliberal da época pode parecer paradoxal. Entretanto seria útil salientar dois aspectos cruciais que terão extrema relevância para a conformação do sistema de saúde brasileiro nos anos que se seguirão. O primeiro, de caráter normativo, onde a Lei reafirma o denominado Sistema Único de Saúde, SUS, não como universal, mas como explícita em seu Artigo 4º apenas o “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”. A iniciativa pri-

vada cuja liberdade de atuação é garantida pelo Art. 199 da Constituição, só é abarcada pelo SUS na prestação suplementar de serviços ao mesmo (2º do Art. 4º, Lei 8080). Será dentro desse corredor que os arranjos inteiramente privados (e incentivados) prosperarão. O outro aspecto, em sentido oposto, diz respeito à preservação dos princípios declaratórios do direito à saúde e da sustentação da política de descentralização pela municipalização. A expansão do sufrágio universal, a despeito de todas as suas distorções, mantém a obrigatoriedade de atender, pelas lideranças políticas legislativas e executivas, às demandas, ainda que de formas denominadas por alguns de clientelistas, por serviços de saúde da população não coberta por planos de saúde, apesar dos incentivos ao setor privado.

No início da década de 2000, o sistema de saúde brasileiro encontrava-se fraturado em dois. De um lado, para ricos e remediados, um modelo americano anárquico, com a assistência médica predominantemente privada, com regras de concorrência predatórias, sem nenhum programa de qualidade associado e com quebra de cobertura nas doenças crônicas e na velhice, que só conseguirão algum grau de regulação com a aprovação da lei 9656 (Brasil, 1998). Outro sistema para os pobres, o Sistema Único de Saúde (SUS), fragmentado, múltiplo, descentralizado com escassa coordenação e articulação, sub-remunerado, com ênfase nas prestações médico-assistenciais sem definição de prioridades, orientado pela oferta de serviços.

NEODESENVOLVIMENTISMO E SEUS ENTRAVES

A eleição de Lula ao cargo de presidente do país por meio de uma coalizão de partidos políticos, hegemonicamente de centro-esquerda, elevou as expectativas em relação às políticas sociais, incluindo a esperança de aproximação da política de saúde ao projeto da reforma sanitária. O marco deste processo foi a afirmação de um programa de desenvolvimento que envolvesse múltiplos aspectos – econômicos, sociais, políticos, culturais e ambientais – com amplo engajamento e responsabilização do conjunto da sociedade (Viana, Silva, 2012).

No curso do primeiro mandato, realiza-se a fusão das diversas iniciativas de programas e políticas focalizadas prescritas pelo ideário liberal e implementadas pelos governos anteriores. Foi criado o Bolsa Família, proposta de intervenção distributiva articulada à educação e à saúde pelas condicionalidades de acesso e permanência das famílias no programa. Gastando em torno de 2% por ano do total do gasto orçamentário federal, realiza marcante expansão de cobertura e adota iniciativas de gestão mais eficientes atingindo impacto efetivo nos indicadores de desigualdades e saúde melhorando os padrões de pobreza absoluta e relativa (Viana, Silva, 2012).

Ao mesmo tempo, iniciou-se uma política de aumento real do salário-mínimo e redução impostos sobre alimentos da cesta básica ampliando a capacidade de consumo das famílias como estratégia central para o seu programa de transição para o desenvolvimento. Entretanto, o mesmo governo fomentou o incentivo à previdência complementar privada e promoveu reformas restritivas no sistema previdenciário. Embora a agenda construída para a saúde mantivesse um caráter continuísta de expansão da atenção básica e do serviço de atenção às urgências (SAMU), inovou na criação dos Programas de Saúde Bucal e da Farmácia Popular. No plano das inovações, sob a influência das diretrizes governamentais de combate à exclusão social e da participação social, destaca-se a criação de diversas ações voltadas para grupos populacionais específicos: negros, ribeirinhos, populações do campo, em situação de rua, entre outros (Machado e Baptista, 2012).

A euforia sobre os resultados do desenvolvimento econômico proporcionado pelo primeiro governo Lula esteve baseada na constatação de que, a despeito da crise econômica de 2008 o país consegue avançar na estrutura social. Mas esse feito não resulta na consolidação de novo patamar de desenvolvimento econômico que requereria maior tempo e a presença de mudanças na estrutura produtiva e no emprego, ou seja, nas relações entre o capital e o trabalho. Nesse contexto, a mobilidade das classes sociais permaneceu obstruída no que diz respeito à ascensão da classe média no sentido marxista, como expressão da luta das classes.

Para Chauí (2007) o Brasil não possui uma burguesia nacional plenamente constituída, com um conjunto de ideias e valores convergentes legitimando sua hegemonia sociopolítica. Também não existe uma classe operária madura, autônoma e organizada em um projeto que se contraponha à essa fragmentação presente nas classes dominantes. No meio, entre os dois polos, sobrevive uma classe média urbana complexa, caracterizada por uma ideologia com posições e práticas heterônomas e ambíguas que oscila atrelando-se ora às frações da classe dominante ora à classe operária para emperrar a prática revolucionária. Essa situação cria um vazio das classes fundamentais e de poder que passa a ser ocupado pelo Estado que, como sujeito político, acaba por instituir na sociedade as classes do sistema capitalista coerente com sua função de promover o desenvolvimento capitalista que, no Brasil é ainda atrasado e tardio frente ao capitalismo internacional. Esse desvio das classes sociais da sua tarefa histórica é o que favorece o populismo (Chauí, 2007).

Como apontado anteriormente não começou com o governo Lula o fortalecimento do setor empresarial dos planos de saúde privados

no país, mas, esse modelo foi favorecido pelo caminho de desenvolvimento que herdou e que adotou. O padrão de desempenho econômico desses setores de mercado aliado à precariedade da assistência à saúde oferecida pelo SUS ressalta numa sociedade cujo ideário político e de direitos é manipulado pelas classes dominantes, o caráter de que os serviços públicos são e serão sempre de baixa qualidade: o mercado é o garantidor da qualidade em assistência médica. A ausência construída de um ideário de direitos sociais na sociedade nacional, no Brasil do vazio e dos desvios do sentido das classes sociais, se apresenta nas frágeis ideologias que prosperam no cenário onde nenhuma das classes consegue produzir uma ideologia, entendida como um sistema de representações e de normas que assuma um caráter de aparente universalidade que o torne capaz de ser imposto à sociedade como um todo. Dessa forma pode se dizer que

[...] tanto o liberalismo, quanto o autoritarismo nacionalista, como os projetos revolucionários, são incapazes de exprimir, seja na forma do falso, seja na forma do verdadeiro, a realidade brasileira. Assim sendo, torna-se inevitável que o ideário liberal, o ideário autoritário e o ideário revolucionário sejam importados e adaptados às condições locais, resultando disso que, no Brasil, as ideias estão sempre fora do lugar (Chauí, 2007).

É sob essa perspectiva da ausência de ideários e valores genuínos na sociedade nacional associado aos direitos e à solidariedade social que se constata no país certa unanimidade quanto à ideia de que política social é para pobres. Esta mesma sociedade que, de forma passiva, assiste paralelamente ao desmonte institucional, orçamentário e conceitual da Seguridade Social (Paim, 2013).

Paradoxalmente, a despeito da saúde integrar a seguridade social, assumir condição de direito social universal, na última década o setor da saúde passa a comparecer de forma mais robusta no Produto Interno Bruto (PIB), às custas do crescimento do gasto privado das famílias e não em virtude do investimento e gasto público. O espantoso crescimento do gasto das famílias com a saúde, de 57 por cento do gasto total em saúde em 2009 (Brasil, 2015c) caracteriza de forma dramática o fenômeno da privatização da saúde no país e está distribuído de forma equiparada entre o gasto com medicamentos e aquele com planos privados de saúde.

A complexa explicação da privatização setorial envolve o aumento do consumo em saúde, de planos privados e de medicamentos, mas principalmente decorre de políticas econômicas articuladas com concessão de benefícios e tributos, tornando-se diante disso um problema bem mais grave. Para analisar o fenômeno é fundamental reto-

mar que ocorreu no país uma clara mudança de status das empresas privadas de assistência médica ao longo dos anos oitenta e noventa refletindo uma tendência internacional que localizava espaço para o mercado e o lucro no fracasso dos serviços públicos, delineando o bom cenário futuro de investimento para o novo mercado para a saúde. Essa alavancagem no Brasil compreendeu uma estratégia sintonizada de mudanças do regime de subsídios diretos para o de políticas fiscais de incentivos de demanda e de oferta que protegeram as empresas na crise de recessão econômica do final dos anos noventa. Essa engrenagem permitiu ganhar a adesão de empregadores e empregados e, de forma perversa, se estabelece uma conjugação de bases do financiamento e incentivos oriundas do fundo público, modelando uma assistência fragmentada e estratificada na sociedade e no interior das próprias empresas. Nesse caso, as seguradoras oferecem distintos padrões de coberturas e cobram distintos valores por tipos de procedimentos por diferentes planos que são adquiridos de acordo ao *status* sócio operacional dos empregados como chama a atenção Bahia (2013).

De fato, o que vem ocorrendo desde os governos dos anos noventa até os tempos do início do segundo governo Dilma, passando pelos dois governos de Lula é que o país vem sendo submetido a políticas econômicas com explícito favorecimento aos interesses do capital financeiro que privilegia juros altos, câmbio apreciado, crescimento da dívida interna, superávits primário, que favoreceram o mundo das finanças inclusive no empresariamento da saúde (Bahia, 2013). De acordo com o Balanço Geral da União, em 2013, enquanto a fatia do gasto orçamentário federal destinada para a saúde foi de 6,0 por cento, para o pagamento de juros e encargos da dívida e para a amortização dessa dívida foram gastos 18,3 por cento (Brasil, 2014: 175,177)

O chamado neodesenvolvimentismo do segundo governo Lula e, menos caracterizado e desgastado, do primeiro governo Dilma, vem sendo fortemente atacado e desconstruído pelas forças conservadoras da sociedade, incluindo aquelas que sustentam a coalizão política desses governos. Mesmo sem promover as mudanças estruturantes sobre a produção, o mercado e o trabalho, o Brasil com Lula conquistou avanços em relação ao modelo anterior essencialmente liberal de Fernando Henrique Cardoso. Entretanto, apesar de manterem preservados os interesses do capital, esses governos, particularmente o segundo governo Dilma, sofrem pressões que os tornam igualmente obedientes aos interesses que se impõem hegemônicos para o país. O governo é alvo, entre outras coisas, pelas ameaças que representa na ruptura da polaridade internacional do capital pela aliança que promove e inclui o país com os países do BRICS.

Nesse espaço de fragilidade política e dos governos sustentados apenas pelas políticas de redistribuição de renda que marcaram o populismo e fortaleceram o carisma de Lula e no seu primeiro mandato, a imagem da austeridade gerencial de Dilma, foi possível agravar ainda mais o subfinanciamento federal da saúde pública, tornando-se tão grave e ameaçando a subsistência do SUS como um sistema universal e público de saúde.

O mercado de seguradoras e planos de saúde da saúde vem crescendo e se fortalecendo no cenário econômico e político no Brasil e hoje é um dos maiores financiadores das campanhas eleitorais no país (Bahia, Scheffer, 2015). A cada eleição aumentam os investimentos realizados e o número de políticos financiados, incluindo candidatos aos poderes Legislativo e ao Executivo. E com isso ampliam poder.

O atual sistema eleitoral é corrompido, diretamente e através do financiamento empresarial das campanhas eleitorais. Desta maneira o capital captura ainda mais o Estado e garante maiores transferências para si no que poderíamos chamar da apropriação de uma mais valia coletiva, em outras palavras, subsídios à acumulação privada. Seja através de favorecimento a planos de saúde, de benefícios a fundos de investimento na saúde, da abertura ao capital estrangeiro, ou de ataques às parcerias de desenvolvimento produtivo com estímulo e preferência de compra às empresas sediadas no país.

Resultado direto são as iniciativas da nova legislatura do Congresso Nacional, iniciada em 2015, que tem promovido retrocessos quanto ao direito à saúde cujas forma e rapidez que vêm atuando, têm dado mostra da urgência que almejam implementar as mudanças que lhes favoreçam: nos primeiros meses de seus mandatos autorizaram a entrada de capital estrangeiro para exploração de serviços de assistência à saúde, antes proibidas pela lei a partir do entendimento de incompatibilidade de interesses em relação ao sistema público universal (Art. 142 da Lei 13.097, Brasil, 2015a). Igualmente colocou em pauta a obrigatoriedade de fornecimento de planos privados de saúde aos empregados (Brasil, Câmara dos Deputados, 2015c). Para agravar, alteraram a vinculação do piso do orçamento setorial à variação nominal do produto interno bruto para uma proporção de apropriação das receitas correntes líquidas em proporção inferior às demandas do setor (que reclamava a destinação de 10 por cento das receitas brutas da União para a Saúde²) através de emenda constitucional (Brasil, 2015b).

A ausência de alternativas vigorosas mediante o acirramento das contradições impostas atualmente à efetivação do direito universal à saúde encaminham para a irreversibilidade da mercantilização e fi-

2 Movimento Saúde + 10 em www.saudemaisdez.org.br

nanceirização da saúde, aproximando o Brasil do modelo americano, excludente e deficiente para os pobres, tecnológico, sofisticado e resolutivo para os que podem pagar.

Os objetivos setoriais da saúde universal e de qualidade e associadas ao SUS deparam com barreiras e contradições no interior próprio modelo de estado, sociedade e de desenvolvimento do País. O ajuste fiscal adotado pelo Brasil em 2015 abriga o risco de colocar o país em um ciclo vicioso, em que o corte de gastos reduz ainda mais o crescimento o que, por sua vez, diminui a arrecadação e exige mais cortes de gastos para cumprir a meta fiscal. Pode ser o fim do ciclo das políticas sociais inclusivas e estruturantes. Como mostra o caso europeu, esse caminho é longo o suficiente para reverter conquistas sociais mesmo que consolidadas como os sistemas de proteção social daqueles países.

O crescimento sustentado pelo segundo governo Dilma está baseado na recuperação da confiança dos agentes investidores para fazer a economia voltar a investir e crescer excluindo fontes de incentivo ao investimento em um cenário de recessão onde é baixa a expectativa de demanda e lucro. Supondo que o ajuste tenha como sentido a readequação do modelo de desenvolvimento brasileiro, o mesmo é questionável em relação ao custo que estas medidas terão para a população desde a redução de salários reais, gerada pelo aumento do desemprego e da inflação como na retração do papel do Estado e dos bancos públicos. Sob o atual cenário, as bases do neo desenvolvimentismo do governo Lula estão desaparecendo para dar lugar à receita clássica liberal de desenvolvimento, a um elevado custo político para o país.

Da mesma forma, o Congresso começa a produzir leis que restringem direitos trabalhistas, ajustadas à lógica liberal e de alta repercussão e impacto para o sistema de saúde, na qual salários e direitos representam custos, reduzem a competitividade e oneram a produção. Enquanto isso, a esquerda se fragiliza e surge na sociedade o fantasma adormecido das forças conservadoras que clamam pela volta dos militares e colocam em cena valores reacionários e atrasados.

Esboça-se a necessidade de mobilizar forças sociais para o embate político e disputa de projetos para o país. No plano econômico, debate-se a implementação de uma agenda pró-crescimento como porta de saída para o ajuste fiscal. Medidas como a taxação das fortunas e a preservação do investimento público fora do cálculo da meta de superávit primário em 2016, assim como já ocorre com os gastos com juros, passam a fazer parte da agenda de resistência (Rossi, 2015). O agravamento da crise impõe o fortalecimento da defesa dos direitos sociais sob risco, e da defesa da saúde como direito social universal e

responsabilidade do Estado para enfrentar as contradições e empecilhos contidos no atual projeto de desenvolvimento do país.

REFLEXÕES A GUIA DE CONCLUSÕES

Desse largo percorrido histórico quais são os obstáculos centrais à formação de uma maioria que possa conduzir a uma reafirmação e implementação do desiderato exposto na Constituição de 1988?

Em primeiro lugar é precisos um olhar sobre o jogo geopolítico e geoeconômico mundial, dito de outra forma:

Nos próximos anos, o sistema interestatal tende a se tornar cada vez mais competitivo e conflituoso, com a expansão das potências emergentes – China e Índia –, a retomada de uma política expansiva da Rússia, a crescente oscilação política e divisão da Europa, os surgimentos de Estados, coalizões de Estados e grupos políticos contestadores na periferia, e a política de manutenção e prolongamento da atual ordem hegemônica por parte dos EUA. Nesse sentido, deve-se acelerar a busca por acesso a mercados e recursos estratégicos na periferia do sistema, incluindo cada vez mais a América do Sul e a África (Fiori, 2013).

Independentemente de suas escolhas, o Brasil enfrentará a crescente projeção de poder estatal, especialmente de EUA e China, e a crescente competição de grandes empresas transnacionais no seu entorno estratégico, apoiados em grandes acordos buscando acesso facilitado a recursos estratégicos e mercados, envolvendo liberalização comercial de bens e serviços, compras governamentais, liberdade e proteção de investimentos, garantia e ampliação de direitos de propriedade e especialmente de propriedade intelectual (Padula et al., 2015).

Outrossim, apesar de iniciativas pontuais da substituição do dólar nas transações bilaterais entre os países, o dólar ainda é a moeda referência para as principais relações comerciais do mundo. Isto gera para os Estados Nacionais os mesmos constrangimentos no balanço de pagamentos do padrão ouro, reforçando o papel hegemônico dos Estados Unidos com emissor da moeda global.

Não são poucas as vozes no Brasil que defendem a subordinação das alternativas de desenvolvimento aos movimentos dos EUA. Em maio de 2015 dentro do mesmo governo que estimulou a formação de um importante bloco de contra hegemonia (BRICS) e apostou na integração regional sul-americana, o Ministro de Estado de Assuntos Estratégicos, aquele que pensa as ações de longo prazo do Brasil, afirma que o foco das relações exteriores do país deveria ser os EUA (Oliveira, 2015).

Não se pode esquecer também o controle ideológico exercido pelos grandes grupos de mídia horizontalizados e integrados com sede

predominante nos EUA e, no caso das Américas, vocalizados pela Sociedade Interamericana de Imprensa. Apesar de iniciativas bem-sucedidas na democratização da mídia tanto em países vizinhos como Argentina e Venezuela como na Inglaterra pós escândalo Murdoch, este debate segue interdito no Brasil seja pela visão de que a correlação de forças é desfavorável seja pela percepção da existência de governo frágil e hesitante.

Não obstante, a atual sociedade está submetida a um sonho de consumo insustentável. O sonho estadunidense, simbolizado pelo automóvel individual, apresenta um padrão de consumo que devasta nossas florestas e seca nossos rios, enfim, tem destruído o planeta e seus recursos naturais. Compromete assim o ciclo de chuvas, fertilidade do solo e, por consequência, a própria produção de alimentos para a população. As terras agriculturáveis vão se esgotando no atual modo de produzir e seu avanço sobre as florestas nas fronteiras agrícolas, ainda que alguém concorde que possa aumentar a produção de alimentos no curto prazo, não se sustenta no longo prazo. O próprio padrão de produção agrícola hoje esgota o solo com suas monoculturas e envenena a terra, a água e os alimentos.

A revista *The Economist* (2015) publicou um artigo sobre o que a publicação denominou como meritocracia hereditária. O argumento central é de que os filhos da elite, justamente por serem filhos da elite, são preparados de tal maneira que estas crianças não só chegam ao topo, mas são merecedoras desta situação uma vez que atingem os padrões da meritocracia melhor do que seus pares. Fazem, portanto, jus ao status que herdaram.

É inevitável recordar uma crônica do cineasta Cacá Diegues (2008) intitulada “Seleção Artificial” que trata do aparecimento, no futuro, do *Homo ricus*, desenvolvido a partir de uma parcela da população que tem acesso a serviços avançadíssimos de terapia genética na fronteira tecnológica dissociada dos demais *Homo sapiens*. Os lucros com esta se tornariam de tal modo elevados que os laboratórios deixariam de fabricar os medicamentos convencionais para os homens comuns.

As diversas formas de acesso a bens e serviços mais ou menos privilegiada de acordo com o status social pode catalisar esse processo de transformação da divisão social em classes para uma divisão em espécies. A própria existência de sistemas não universais de saúde e educação exclusivamente públicos contribui para esta evolução. Deve-se, inclusive, iniciar um debate para refletir sobre a vedação da existência de provimento privado para tais serviços.

Piketty (2014) demonstra através de séries históricas seculares que a desigualdade é inerente ao capitalismo. Com base em pressu-

postos plausíveis (que os ricos poupem o suficiente) a proporção entre riqueza herdada e renda (ou salários) continuará a crescer desde que a taxa média de retorno do capital exceda a taxa de crescimento da economia como um todo. Ele sustenta que esse é o padrão histórico, exceto durante a primeira metade do século XX, quando tivemos duas guerras mundiais e a revolução russa.

No atual modelo, a desigualdade crescerá a níveis nunca antes vividos. Os argumentos de Piketty reforçam o questionamento sobre os problemas de uma alocação inicial dos fatores desigual. Transações voluntárias não são capazes de se contrapor a grandes diferenças na dotação inicial e algum tipo de transferência terá de ser realizada com este fim.

Tanto a meritocracia hereditária apontada pela *The Economist* (2015) quanto a seleção artificial, não de todo implausível, de Diegues (2008), decorrem de um modelo socioeconômico em que as desigualdades são reforçadas pelo processo histórico. Pode ocorrer um momento em que, mesmo sem a divisão genética de espécies, nossa elite se considere (se é que já não se considera) superior aos demais extratos populacionais. Não seria surpresa se retomassem a ideia de soluções finais.

A condução da política econômica segue ditada pelo que Kalecki (1943) denominou de “proeminentes e autointitulados “especialistas econômicos” estreitamente ligados à banca e à indústria”. Assim, lembra Kalecki, que há uma submissão à tese de que num sistema capitalista o nível de emprego depende da confiança do mercado. Caso esta confiança seja comprometida, o investimento privado reduz-se e conseqüentemente há uma queda na produção e aumento do desemprego. Desse modo, toda e qualquer ação que contrarie os interesses do mercado pode afetar a tal da confiança de forma que os governos acabam por se submeter aos interesses do mercado. Se por outro lado os governantes compreendessem que o emprego é mantido através dos gastos públicos, esta chantagem desapareceria.

Quanto a um eventual risco inflacionário de um aumento de gastos, Kalecki também lembra que a demanda governamental funciona como a demanda privada. Ou seja, se houver oferta suficiente de trabalho, plantas e matérias-primas estrangeiras, todo aumento da demanda será atendido por um aumento na produção. Apenas quando não houver mais capacidade ociosa os preços subirão de modo a equilibrar a demanda e a oferta de bens e serviços. Em outras palavras, a ação do governo com o objetivo de alcançar o pleno emprego deve parar apenas um pouco antes da demanda efetiva ultrapassar a marca de pleno emprego, desta forma não há necessidade de ter medo da inflação.

Não custa lembrar que a inflação é uma movimentação possível mesmo em momentos de prosperidade. É uma estratégia sutil e eficiente para recompor imediatamente a taxa de mais valia e forçar o governo a adotar medidas que caminhem em direção contrária ao pleno emprego. O ganho ocorre no curto prazo com a recomposição das margens de lucro e no médio prazo com a adesão do governo à agenda da austeridade.

As chantagens da inflação e da confiança são os argumentos de uma fictícia estabilidade econômica que busca ampliação de excedentes fiscais para remuneração do capital em detrimento do atendimento das necessidades do povo. Fazem com que as classes médias questionem o Bolsa Família e qualquer outro gasto público, mas mantém intactos os compromissos com pagamentos de juros e encargos da dívida pública. O pouco gasto fiscal acaba por se restringir a programas sociais compensatórios de estímulo à demanda, acompanhados da desestruturação de políticas sociais integradas. Na saúde, mais especificamente, isso é reforçado pelo subfinanciamento crônico.

Parafraseando Lenin, o que fazer? Apesar de tudo o que foi colocado anteriormente, há no Brasil uma crise de hegemonia no sentido gramsciano, na qual as classes sociais encontram-se dissociadas dos partidos que as representam, de forma que não se sentem mais representadas por seus representantes. Neste quadro,

[...] a classe dominante perdeu seu consenso, isto é, não é 'dirigente', mas apenas 'dominante', exercendo apenas a força coercitiva, isto significa exatamente que as grandes massas se separam de suas ideologias tradicionais e não mais creem no que costumavam crer anteriormente, etc. A crise consiste precisamente no fato de que o velho está morrendo e o novo ainda não pode nascer. Nesse interregno, uma grande variedade de sintomas mórbidos aparece (Gramsci, 1971: 275-276).

Coutinho (1989) aponta que as crises de hegemonia podem apresentar diferentes desenlaces. Num curto prazo, a classe dominante mantém o seu status quo através da coerção. A médio prazo, pode ocorrer uma recomposição de sua hegemonia. Ou ainda, caso as classes dominadas consigam ampliar de aliança, evitando o sectarismo, elas poderiam subverter a ordem e assumir como nova classe dominante. Entretanto, não custa lembrar que para essa superação de nada adianta a guerra de movimento das estratégias revolucionárias clássicas, temos Estado e sociedade civil bastante organizados. Tornou-se necessário, portanto, resgatar a guerra de posição de forma a cercar e sitiá-lo Estado burguês com uma contra-hegemonia para construção de um novo Brasil.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, Alzira Alves 1999 “O nacionalismo de Vargas ontem e hoje” em *As Instituições Brasileiras da Era Vargas* (Rio de Janeiro: Editora UERJ).
- Bahia, Ligia e Scheffer, Mario 2015 “Representações políticas e interesses particulares na saúde: a participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014” em <http://www.cebes.org.br/media/File/Planos_de_Saude_Eleicoes.pdf>.
- Bastos, Murilo Vilela 1979 “Saúde e Previdência Social no Brasil: o impacto da Previdência Social na organização dos serviços médicos” em *Revista de Administração Pública* (Rio de Janeiro) Vol. 13, N °4.
- Brasil 1988 “Constituição da República Federativa do Brasil” em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm>.
- Brasil 1990 “Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990” em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.
- Brasil 1998 “Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998” em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656consolidado.htm>.
- Brasil, 2014 *Prestação de Contas da Presidenta da República – 2013* (Brasília DF: Controladoria Geral da União).
- Brasil 2015a “Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015” em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13097.htm>.
- Brasil, 2015b “Emenda constitucional nº 86, de 17 de março de 2015” em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm>.
- Brasil 2015c “Indicadores e Dados Básicos – 2012” em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm>>.
- Brasil 2015d “Projeto de Emenda Constitucional 451/2014” em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=861000>
- Chauí, Marilena e Nogueira, Marco Aurélio 2007 “O pensamento político e a redemocratização do Brasil” em *Lua Nova* (São Paulo) em <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n71/05.pdf>>.
- Cohn, Amélia 1981 *Previdência social e processo político no Brasil* (São Paulo: Moderna).
- Conselho Nacional de Saúde 2015 “Terceira Conferência Nacional de Saúde” em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf>.

- Cordeiro, Hésio de Albuquerque 1984 *As Empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica* (Rio de Janeiro: Edições Graal).
- Cordeiro, Hésio de Albuquerque 1991 “Sistema Único de Saúde” (Rio de Janeiro: Ayuri Ed: Abrasco).
- Coutinho, Carlos Nelson 1989 *Gramsci – Um estudo sobre seu pensamento político* (Rio de Janeiro: Campus).
- Delgado, Guilherme 2001 “Expansão e modernização do setor agropecuário no pós-guerra: um estudo da reflexão agrária” em *Estudos Avançados* (São Paulo) Vol.15, Nº 43, Setembro – Dezembro, pp.157-172.
- Diegues, Carlos 2008 “Seleção natural” em *Revista Piauí* (São Paulo) Nº 26 em <<http://revistapiaui.estadao.com.br/edicao-26/ficcao/selecao-artificial>>.
- Donnangelo, Maria Cecília Ferro 1975 *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho* (São Paulo: Pioneira).
- Fausto, Boris 1995 *História do Brasil* (São Paulo: Universidade de São Paulo).
- Ferrante, Vera Lucia Silveira Botta 1976 “O estatuto do trabalhador rural e o Funrural: ideologia e realidade” em *Perspectivas: Revista de Ciências Sociais* (São Paulo) Vol. 1. em <<http://seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/1490/1194>>.
- Fiori, José Luís 1995 *Em busca do dissenso perdido* (Rio de Janeiro: Insight).
- Fiori, José Luis 2013 “Ontem, hoje e 2030: tendências do sistema mundial - com ênfase na América do Sul” em Gadelha, Paulo; Noronha, José Carvalho E Pereira, Telma Ruth 2013 *A saúde no Brasil em 2030:prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro:desenvolvimento, Estado e políticas de saúde* (Rio de Janeiro: Fiocruz) Vol. 1.
- Fonseca, Cristina Oliveira 2007 *Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público* (Rio de Janeiro: Fiocruz).
- Gramsci, Antonio 1971 *Selections of the prison notebooks* (Nova Iorque: International Publishers).
- Hamilton, Wanda e Fonseca, Cristina Oliveira 2003 “Política atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953” em *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* (Rio de Janeiro) Vol. 10, Nº 3, Setembro-Dezembro, pp. 791-825.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2006. “Estatísticas do Século XX” em <<http://seculoxx.ibge.gov.br/>>.

- Kalecki, Michael 1943 “Political Aspects of Full Employment” em *Political Quarterly* (Londres) Vol. 14, N° 4.
- Lima, Nísia Trindade; Fonseca, Cristina Oliveira e Hochman, Gilberto 2005 “A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica” em Lima, Nísia Trindade; Gerschman, Silvia; Edler, Flavio Coelho e Suárez, Julio Manuel (orgs.) 2005 *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS* (Rio de Janeiro: Fiocruz).
- Machado, Cristiani Vieira; Baptista, Tatiana Vargas de Faria 2012 “A Agenda Federal da Saúde: dinâmica e prioridades” em Machado, Cristiani Vieira; Baptista, Tatiana Vargas de Faria e Lima, Luciana Dias (orgs.) 2012 *Políticas de Saúde no Brasil continuidades e mudanças* (Rio de Janeiro RJ: Fiocruz), Vol. 1.
- Mellor, Jonh W. e Johnston, Bruce F. 1961 “The role of agriculture in economic development” em *The American Economic Review* (Pittsburgh) Vol. 51, N° 4, Setembro, pp. 566-593.
- Noronha, José Carvalho e Soares, Laura Tavares 2001 “A política de saúde no Brasil nos anos 90” em *Ciência & Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro RJ) N° 6, pp. 445-450.
- Noronha, José Carvalho, Lima, Luciana Dias e Machado, Cristiani Vieira 2004 “A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências” em Brasil, Ministério da Saúde 2004 *Saúde no Brasil – contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa* (Brasília DF: Ministério da Saúde).
- Padula, Rafael; Noronha, Gustavo Souto e Mitidieri, Thiago Leone 2015 “Complexo Econômico-Industrial de Saúde, Segurança e Autonomia Estratégica: para pensar a inserção do Brasil frente ao mundo” em *Saúde Amanhã – Textos para discussão* (Rio de Janeiro: Fiocruz).
- Oliveira, Eliane 2015 “Mercosul é ‘corpo sem espírito’ e foco deve ser EUA, diz Mangabeira Unger” em *O Globo* (Rio de Janeiro) em <<http://oglobo.globo.com/economia/mercosul-corpo-sem-espírito-foco-deve-ser-eua-diz-mangabeira-unger-16105668#ixzz3bpqxtReK>>.
- Oliveira, Jaime de Araujo e Fleury Teixeira, Sonia Maria 1985 (*Im previdência Social: 60 anos da história da Previdência no Brasil* (Petrópolis: Vozes).
- Paim, Jairnilson 2008 *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica* (Salvador : Edufba).
- Paim, Jairnilson 2013 “A Constituição e os 25 anos do SUS” em *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro: Fiocruz) Vol. 29, N°10, Outubro, pp. 1927-1953.

- Piketty, Thomas 2014 *O capital no século XXI* (Rio de Janeiro: Intrínseca).
- Rossi, Pedro 2015 “Levy, crise política e o fim do modelo redistributivo” em *Plataforma de Políticas Sociais* em <<http://brasileiros.com.br/2015/05/levy-crise-politica-e-o-fim-modelo-distributivo/>>.
- Singer, Paul 1981 *Dominação e desigualdade* (Rio de Janeiro: Paz e Terra).
- Viana, Ana Luiza d’Ávila e Silva, Hudson Pacífico 2012 “Desenvolvimento e institucionalidade da política social no Brasil” em Machado, Cristiani Vieira; Baptista, Tatiana Vargas de Faria e Lima, Luciana Dias (orgs.) 2012 *Políticas de Saúde no Brasil continuidades e mudanças* (Rio de Janeiro RJ: Fiocruz), Vol. 1.
- The Economist 2015 “An hereditary meritocracy” em <<http://www.economist.com/news/briefing/21640316-children-rich-and-powerful-are-increasingly-well-suited-earning-wealth-and-power>>.

Nila Heredia Miranda*

OBSTÁCULOS A LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD EN LOS PROCESOS POLÍTICOS PROGRESISTAS

LA EXPERIENCIA BOLIVIANA

INTRODUCCIÓN

A pesar de que los gobiernos progresistas latinoamericanos, constituidos durante los últimos 20 años, han hecho compromisos y tomado decisiones bien intencionadas para resolver los obstáculos al acceso a la salud siguen existiendo problemas. Persisten problemas que torna al sistema médico en distante, inaccesible, extraño y hasta agresivo para la población empobrecida, que en muchos casos es a la vez de origen indígena originaria.

El tránsito de un modelo de atención asistencial fuertemente consolidado a través de una formación universitaria que predispone y encamina a la formación de especialistas y subspecialistas clínicos en desmedro de una formación sólida en medicina general, amistososa y respetuosa de la cultura y costumbres de la población impide o enlentece las políticas sanitarias definidas inclusive en la normativa superior o constitucional de los Estados. A ello se añade la incidencia de la industria farmacéutica y tecnología médica así como el desprecio por el saber médico popular. A continuación me referiré con más

* Docente emérito de la Universidad Mayor de San Andrés. Ministra de Salud y Deportes en los dos primeros periodos presidenciales de Evo Morales Ayma, ex Coordinadora General de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social ALAMES. Casilla Postal 7021, La Paz, Bolivia.

propiedad a la experiencia vivida en Bolivia de 2006 en adelante sin pretender generalizar al resto del subcontinente.

ANTECEDENTES

El contexto de este proceso corre desde el año 2000 y persiste hasta hoy aunque diferente en un sentido, y similares en otros. El año 2000 es un punto de viraje, porque la población de Cochabamba se sublevó a raíz del aumento del precio del servicio de agua potable y para el riego, determinado por la empresa trasnacional Bechtel y sus co-inversionistas-Abengoa de España que administraban el servicio del agua. Ese episodio terminó con pobladores muertos y heridos, pero se consiguió la anulación del contrato firmado por el Estado boliviano con una empresa europea trasnacional. Rompió la resistencia del gobierno por los resguardos que tenía el contrato en el ámbito internacional, a los que posteriormente acudió esta empresa. Sin embargo dieciocho meses después de haber abandonado el país, estas empresas presentaron una demanda por 50 millones de dólares en contra de Bolivia en el Centro de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones (CIADI). Una campaña internacional presionó fuertemente a Bechtel y a sus co-inversionistas a retirar la demanda. Finalmente el 19 de enero de 2006 Bechtel y Abengoa viajaron a Bolivia para firmar un acuerdo en el que las compañías abandonaron el caso en el CIADI por un pago simbólico de 2 bolivianos. Fue la primera vez que una empresa trasnacional perdió una importante batalla en el mundo del comercio, como consecuencia directa de la presión pública internacional. De esa manera se estableció un importante precedente para la política comercial a futuro (*The Democracy Center Bolivia vs. Bechtel*, 2010)

Este antecedente y las luchas campesinas en el occidente del país, la rebelión de los pobladores asentados en las zonas periurbanas y de los mineros permitió la unión del pueblo. Lucharon unidos contra el incremento de la pobreza y la exclusión; la corrupción; el incremento de la deuda externa y; el manejo antojadizo, irrespetuoso y corrupto del Estado por partidos políticos que permearon todas las políticas neoliberales promovidas por los EEUU, directamente o a través de instituciones internacionales como el Banco Mundial y el BID.

Las jornadas decisivas de resistencias de octubre de 2003 que culminaron con la expulsión del presidente Gonzalo Sánchez de Lozada y su gobierno, el cerco físico a las cámaras legislativas, el descabezamiento de los mismos y la imposición del presidente de la Corte Suprema de Justicia a la presidencia de la República de Bolivia en tanto se convoquen a elecciones, son la parte sustantiva de la formación política de los movimientos sociales de este último tiempo. En estos espacios se forjaron liderazgos y se definieron estrategias. Indignados

por la prepotencia del gobierno que derivó en agresiones y la muerte de campesinos, mineros y pobladores que manifestaron su protesta por la actitud despótica del gobierno; mismo que a su vez resolvió mediante decreto mejorar los beneficios de las empresas petroleras, la venta del gas derivados del petróleo a precios ridículos a los países vecinos, en tanto que los salarios habían sido prácticamente congelados con la desocupación y la pobreza en ascenso. La población organizada alrededor de las organizaciones propias, sea sindicales, vecinales, escolares, gremiales, etcétera, sorprendidos unos y temerosos otros, se indignó toda por el irrespeto y prepotencia del gobierno. Esto los llevó a manifestarse en acciones de protesta inicialmente desarticuladas y medidas, pero ante la evidencia que no eran los únicos que manifestaban su descontento depusieron sus exigencias particulares para confluir progresivamente, sin haber acuerdos previos o alianzas calculadas, en acciones tras objetivos comunes que constantemente fueron cuajando e impregnando a los movimientos sociales. En ese proceso no se evidenciaba el sector que lideraba la protesta, aunque era evidente que los campesinos habían mostrado su capacidad interpeladora al Estado que en más de una oportunidad logro inmovilizar varias ciudades y obligó a los gobernantes a dialogar con ellos (Saavedra, 2013); gobernantes que en los 3 últimos años había tenido una actitud dilatoria, distractiva y hasta de burla ante los pedidos que hicieron paciente y respetuosamente al gobierno. Los trabajadores mineros, a pesar de su dispersión y débil articulación, mantuvieron su capacidad de lucha pero sus movilizaciones habían disminuido en fuerza y convocatoria respecto de los otros sectores obreros. Al propósito Felipe Quispe concluye en su libro, *La Caída de Goni. Diario de la Huelga de Hambre*, “Esta fue la tercera y gran revuelta india de 2003. La primera fue encabezada por Tupak Katari, el año de 1781; la segunda por Zarate Willka, en 1899” (Quispe, 2013).

Las acciones definidas por cada sector convergieron con las de otros tras la identificación de objetivos comunes lo que permitió en un mediano tiempo, no sin dificultades, articular sobre el terreno las demandas de cada organización social, y unidas por un objetivo único el de derrotar al gobierno neoliberal y a la derecha partidaria.

Ese enorme movimiento, sin articulaciones o pactos previos, sino de acciones convergentes a partir de organizaciones, sujetos sociales constituidos de manera diversa, con disciplinas, experiencias y formas de organización heterogéneas pero unidos por una meta común, hizo de esa etapa con seguridad la más importante de la vida republicana porque dejaron de existir los caudillos y líderes preformados bajo normativas o intereses partidarias o sin serlo, dirigentes que cooptados por los partidos terminaban divorciándose de sus bases por la repre-

sentación que debía hacer a partir de la agenda del partido político que lo había cobijado (García Linera, 2011).

La característica general de las direcciones de las organizaciones sociales campesinas y agrupaciones formadas por los migrantes del campo asentados en las zonas suburbanas por su parte, tienden a ser temporales, rotativos y fuertemente controlados por la base que lo eligió y encomendó realizar tareas, unas tareas son o pueden ser de carácter rutinario y otras de índole político habitualmente local.

LA LUCHA POR EL DERECHO SOCIAL A LA SALUD

La victoria electoral de Evo Morales, un representante de campesinos, obreros y de pobladores humildes, fue la victoria de todos ellos a los que se sumaron sectores de la clase media urbana cansados de la forma de gobernar por los partidos que se asieron del poder, sumada a la corrupción y el favoritismo. Esa victoria llevó por encargo expreso de la población, a través de los movimientos sociales, a la convocatoria a la Asamblea Constituyente y a la nacionalización de las empresas petroleras; dos tareas que debieron ser cumplidas por el nuevo gobierno liderado por Evo Morales en un plazo perentorio. Fue así que antes de cumplir los 100 días de su gobierno se nacionalizaron todas las empresas petroleras e ingresaron en un nuevo marco de contratos. La Asamblea constituyente fue convocada y posesionados los representantes tres meses después, en un contexto difícil, de burlas y menosprecio respecto del origen campesino del presidente, del origen y formación académica de los constituyentes, de los grupos de apoyo y del propio gobierno. En medio de tensiones y agresiones físicas y armadas, la nueva Constitución se hizo realidad a pesar de las hostilidades propiciadas desde la embajada norteamericana y sus sirvientes nacionales.

La nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia (CPE) fue aprobada en 2009 y contiene más de 200 mandatos respecto de los derechos sociales. De ellos al menos 40 están referidos a la salud entre los que las determinantes sociales resaltan por su importancia y visibilización. Otros temas importantes son la calidad, oportunidad, e interculturalidad y el reconocimiento de la Medicina Tradicional así como la formación del Sistema Único Universal de Salud (Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, 2009).

LA POLÍTICA SANITARIA BOLIVIANA: SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL

A partir de los articulados de la CPE y con la base de dos principios: el del derecho a la salud y el de la salud como consecuencia de las condiciones de vida de las poblaciones, el Estado Boliviano ha asu-

mido como política a la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) porque reconoce como base sustantiva a la comunidad en cuanto espacio geográfico, social y cultural donde las familias viven y conviven a la vez que los individuos son los actores constituyentes bajo una cultura constituida y condicionante. (Ministerio de Salud y Deportes, 2006).

Reconoce al modelo de atención que prioriza la prevención y promoción a la vez de reconocer que la asistencia es fundamental, pero secundaria en la intensidad de las actividades.

Concibe a la gestión de la salud como compartida entre la estructura sanitaria y la población que de manera organizada, desde la comunidad las representa en sentido ascendente, confluyendo de acuerdo a la estructura estatal hasta llegar a la representación nacional en forma del Consejo Social Nacional. Estas estructuras equivalentes a la estructura del sistema de salud convocada con ella y junto a ella planificarán, ejecutarán, controlarán y evaluarán en el nivel que les corresponda el cumplimiento de los planes y metas definidas periódicamente (Gaceta Oficial, 2008).

LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD: EXPECTATIVAS Y DIFICULTADES

La estrategia para lograr que la salud sea un derecho, ejercido a partir de la decisión y responsabilidad del Estado, ha sido y es la conformación del Sistema Único de Salud, una tarea harto compleja tratándose de un país donde históricamente ha existido una alta exclusión social. Al respecto el reporte del 2004 de la OPS/OMS demuestra que al menos el 77% de la población boliviana se encontraba excluida del sistema de salud (OPS/OMS, 2004), sea por razones económicas, geográficas o culturales.

Bajo estos criterios, para construir el Sistema Único Universal de Salud, el Ministerio de Salud y Deporte (MSD) adopta la política de SAFCI y el Plan Estratégico 2006-2010 en la que incorpora como estrategia el modelo de atención del mismo nombre y la cogestión paritaria con la población bajo el criterio de participación y control social (Valencia Cárdenas, 2007).

Las numerosas reuniones realizadas con las organizaciones sociales en el nivel local, municipal, departamental y nacional le permitieron al MSD incorporar en la Constitución Política del Estado Plurinacional un articulado expreso. El Artículo 18, inciso III que establece: “El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante

políticas públicas en todos los niveles de gobierno.” A su vez el Artículo 35 párrafo I establece: “El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud” y en el párrafo II de este mismo artículo reitera: “El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.”

Finalmente el Artículo 37 de la constitución asigna al Estado la responsabilidad del cumplimiento del derecho a la salud al afirmar que: “El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.”

DEBILIDADES POLÍTICO-ESTRUCTURALES

A pesar de que la nueva CPE, vigente desde el año 2009, ordena de manera taxativa la constitución del Sistema Único de Salud como estrategia para hacer realidad el derecho a la salud y del compromiso asumido por el gobierno liderado por Evo Morales en los programas de los tres procesos electorales de los que es ganador, a la fecha no ha sido emitida la ley del SUS pese a la existencia de al menos dos propuestas de ley, la primera presentada por el MSD en diciembre de 2011 y la segunda por la Confederación Sindical de Trabajadores Campesinos de Bolivia en diciembre de 2013.

Las razones que han impedido la puesta en funcionamiento del Sistema Único de Salud podríamos definir las al menos en cuatro niveles o ámbitos: el político estructural e institucional, el administrativo, el financiero y el de los recursos humanos.

NIVEL POLÍTICO ESTRUCTURAL

La estructura sanitaria boliviana se caracteriza por ser fragmentada, segmentada e inequitativa al interior de cada sector. Constitucionalmente el Ministerio de Salud ejerce la rectoría del sector sanitario pero en la realidad sus acciones se traducen en la atención del sector público y la fiscalización de los sectores de los seguros sociales, del sector privado y de la medicina tradicional.

Constitucionalmente Bolivia se declara como CPE. Art 1. “Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías...” Así mismo Bolivia se organiza territorialmente en departamentos, provincias, municipios y territorios indígenas originarios campesinos (IOC) y por tanto reconoce las autonomías

territoriales con el objetivo de garantizar la libre determinación de los pueblos originarios y a la vez preservar la unidad del país.

Las organizaciones territoriales autónomas tienen entre sus competencias en diferentes niveles de responsabilidad y alcance, dictar leyes y decretos para su territorio, respetando el marco normativo nacional y siempre en acuerdo con los niveles superiores de gestión. Por ejemplo siempre manteniéndose dentro la normativa constitucional y la política nacional de salud uno o más territorios subnacionales podrían decidir ampliar la cobertura sanitaria en número de prestaciones, complejidad, etc. si cuenta con recursos económicos suficientes y si prefiere destinar sus recursos al área social y no en infraestructura por ejemplo.

Esta definición obliga al Ministerio a mantener una permanente relación y articulación con las dependencias sanitarias territoriales, los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), sobre los que ejerce la rectoría normativa y puede delinear acciones concertadas que potencien las acciones y el impacto en terreno sobre la salud de las personas, familias y comunidad.

Sea por razones de orden político general, por renovación frecuente del equipo de gestión ministerial o dificultades técnicas para ejercer la rectoría, en los últimos años la tendencia del Ministerio ha sido generar programas de intervención paralelos a los programas y redes departamentales y municipales. El resultado ha sido una fuerte duplicación y dispersión de actividades, el debilitamiento del rol rector de los SEDES; una fuerte confusión en la población y; la posibilidad de que las autoridades políticas departamentales emitan disposiciones de ampliación como respuesta a la dilación en la misión de la ley del SUS por parte del Ministerio de Salud. En la actualidad hay dos departamentos que han construido el seguro público universal, con programas reducidos y asistencialistas pero que responden de alguna manera a las expectativas de la población. También hay un par de municipios con planes para el sistema universal de salud territorial. Estas determinaciones que se inscriben con frecuencia en el orden político partidario van generando una situación anárquica y poco o nada controladas por el nivel central.

El sector de los Seguros Sociales de Salud cubre a cerca del 30% de la población general, tienen un sistema normativo, administrativo y financiero específico. El control y fiscalización del Ministerio de Salud a las acciones de las instituciones aseguradoras es posterior a su decisión y realización y es intermediado por el Instituto Nacional de Seguridad Social. Su infraestructura hospitalaria lo hace relativamente autosuficiente en el nivel asistencial pero altamente insuficiente en el nivel primario.

Sea por interés corporativo gremial o por interés administrativo financiero, este sector ha desarrollado una fuerte resistencia al Sistema Único de Salud gracias a su capacidad instalada y población asegurada cautiva y una burocracia muy pesada y altamente interesada en mantener su independencia. El sindicato de los trabajadores de la seguridad social es miembro de la Central Obrera Boliviana y es a través de éste que realiza acciones de amedrentamiento e inseguridad para impedir la construcción del Sistema Único de Salud. Alega que el Estado se apropiará de sus fondos financieros y los utilizará para ampliar la cobertura sanitaria al resto de la población con lo cual ha logrando paralizar el avance de la propuesta desde el año 2010 hasta este momento.

La debilidad de la medicina tradicional obedece a que aún no ha logrado tener un cuerpo de conocimiento organizado. Sus conocimientos son transmitidos oralmente y son aun poco sistematizados; sus actores médicos y médicas, generalmente reconocidas como parteras, tienen el reconocimiento de las poblaciones de donde proceden pero son ignorados y fuertemente resistidos por los profesionales de salud.

NIVEL ADMINISTRATIVO

Es de señalar que durante los últimos cinco años se cambiaron tres ministros y todos los SEDES, con excepción de dos, han tenido entre 3 y 5 directores departamentales. La alta rotación de las autoridades nacionales y departamentales, que a su vez conlleva la rotación del personal técnico, ha debilitado y retrasado mucho la instrumentación de la política nacional de salud, la SAFCI, así como la consolidación de las bases fundamentales de la propuesta del Sistema Único de Salud.

La persistencia de programas de salud heredados de la reforma neoliberal de salud, a la que se ha incorporado al menos tres programas que se ejecutan desde el Ministerio de Salud en el intento de resolver las dificultades en la gestión de los SEDES, ha llevado a una situación anárquica y de enorme riesgo.

NIVEL FINANCIERO

El presupuesto público de salud es aun el segundo más bajo en América Latina. Es cierto que en estos últimos 9 años este presupuesto ha aumentado mucho en términos absolutos. El gasto por persona entre el 2003 y 2011 subió de US\$ 25 a US\$ 84. Sin embargo en relación al PIB este presupuesto no ha pasado del 2% anual (Aillón Terán, 2013) Aun así un análisis realizado (Aillón Terán, 2013) demuestra que los fondos que obligatoriamente deben utilizar las alcaldías municipales pueden sostener la gratuidad de todas las atenciones del primer y segundo nivel.

Lastimosamente el órgano ejecutivo junto con el Ministerio de Hacienda desestimó reiteradamente este propósito bajo criterios poco sólidos relacionados con los costos de empleo del personal médico.

FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y LA ACTITUD DEL PERSONAL MÉDICO

El perfil médico profesional requerido por la política SAFCI no ha sido asumido por las universidades que continúan debatiéndose en formar profesionales para el sistema hospitalario, alejados de la realidad antropológica, cultural y estructural del país. Estos profesionales tienen poco o ningún conocimiento de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades; poca capacidad de generar espacios de acción intersectorial e interinstitucional y menos aun de la gestión compartida con la población. En resumen los profesionales desconocen e incluso desprecian a la Atención Primaria de la Salud, en el supuesto que es un nivel propio de enfermeras o promotores.

La actitud del profesional graduado es producto del currículum oculto transmitido por el cuerpo de docentes y profesionales, que han transformado al hospital en el centro de la formación y atención, y al saber médico como algo finito y fuera de discusión.

Los grupos corporativos gremiales, aunque reclaman por un sistema que garantice la atención sanitaria a toda la población, son esencialmente tradicionales y tienden a priorizar su estabilidad económica, la jerarquía académica y social de sus miembros. Es un sector altamente excluyente para el análisis y la gestión sobre las políticas de salud y en general rehúsan el debate, la planificación y la gestión compartida con la población.

CONCLUSIONES

A nueve años del primer programa de gobierno de Evo Morales, que incorporaba el derecho a la salud y la construcción del Sistema Único de Salud, en Bolivia aún persiste una fuerte lucha entre la población que exige el ejercicio de este derecho y el temor administrativo-financiero del órgano ejecutivo del Estado Plurinacional

Por un lado existe una fuerte confusión, que es el resabio de las políticas aplicadas con anterioridad, y por el otro, debido al imaginario que la población tiene del sector salud como profundamente ligado a la asistencia hospitalaria y a la medicalización. Esto dificulta la incorporación de las dimensiones político-sociales que hacen a la determinación social y para lo cual los profesionales de la salud no están formados.

La administración y gestión del Ejecutivo persiste en su preocupación de construir hospitales de alta complejidad en desmedro del fortalecimiento del primer nivel y de la Salud Familiar Comunitaria Inter-

cultural. Adicionalmente el financiamiento público de salud desde el Tesoro General de la Nación es el segundo más bajo en Latinoamérica.

La descentralización vía la autonomía territorial ha profundizado la dificultad rectora del Ministerio de Salud, la que intenta resolver problemas organizando programas y actividades paralelas que profundiza la debilidad rectora, duplica los esfuerzos y confunde a la población.

La seguridad social es un sector altamente resistente a construir un Sistema Único de Salud, por intereses sectoriales y temores administrativo-financieros. Así mismo los grupos corporativos gremiales se resisten cerradamente a perder sus privilegios honoríficos, de prestigio, del imaginario del conocimiento finito. Son capaces de utilizar distintos espacios universitarios, gremiales, institucionales, etcétera para oponerse a un sistema único y universal con capacidad de estructurar prioritariamente una red que privilegie a las poblaciones más excluidas del área rural y suburbana.

BIBLIOGRAFÍA

- Aillon Terán, Eduardo 2013 *Bases Técnicas y Financieras del Sistema Único de Salud* (La Paz: OPS/OMS).
- Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia 2009 *Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia*.
- García Linera, Álvaro 2011 *Las tensiones creativas de la Revolución* (La Paz: Vicepresidencia del Estado Plurinacional de Bolivia).
- Ministerio de Salud y Deportes 2006 *Plan Estratégico Sectorial en Salud 2006-2010* (La Paz: Ministerio de Salud y Deportes).
- OPS/OMS 2004 *Características de la Exclusión en Salud en Bolivia* (La Paz: OPS/OMS Bolivia).
- Quispe Huanca, Felipe 2013 *La Caída de Goni. Diario de la Huelga de Hambre* (La Paz: Ediciones Pachakutí).
- Saavedra, José Luis 2013 La Lucha de Felipe Quispe Entrevista Awqa Runa. Boletín de Escuelas Radiofónicas de Bolivia ERBOL (La Paz) 5 de Noviembre.
- The Democracy Center Bolivia vs. Bechtel 2010 Disponible en: <http://democracyctr.org/bolivia/investigations/bolivia-investigations-the-water-revolt>
- Valencia Cárdenas, Marcos 2007 *Bases filosóficas de la Residencia Médica en Salud Familiar Comunitaria Intercultural* (La Paz: Coordinación General de la Residencia Médica en Salud, Familiar Comunitaria Intercultural). Disponible en: www.rm-safci.gob.bo/index.php/institucional/

Asa Cristina Laurell*,
Angélica Ivonne Cisneros Lujan**

CONSTRUCCIÓN DE UN PROYECTO CONTRA-HEGEMÓNICO DE SALUD

EL CASO DEL DISTRITO FEDERAL, MÉXICO***

INTRODUCCIÓN

Las elecciones del año 2000 marcaron un hito en la historia política de México. Sellaron el fin del reino de 70 años del Partido Revolucionario Institucional (PRI) con su derrota ante el Partido de Acción Nacional (PAN) que ganó la presidencia. Así mismo en el Distrito Federal¹ (DF) el Partido de la Revolución Democrática (PRD) mantuvo la Jefatura de Gobierno pero sin obtener mayoría en la Asamblea Legislativa. De esta manera, a raíz de las elecciones se enfrentaron dos proyectos de nación distintos en el país. A nivel federal el gobierno de derecha mantenía el proyecto neoclásico/neoliberal en lo económico y social

* Secretaría de salud del DF 2000-2006, Investigadora independiente.

** Investigadora de tiempo completo, Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana.

*** Queremos agradecer a los integrantes del equipo directivo y a los trabajadores de la Secretaría de Salud que nos acompañaron durante la gestión 2000-2006. Sin su apoyo no hubiera sido posible avanzar. Sin embargo, el contenido de este artículo es responsabilidad exclusiva de las autoras.

1 El Distrito Federal con una población de 8.5 millones ganó en 1997 el derecho de elegir el Jefe de Gobierno y representantes a la Asamblea Legislativa. Aunque su estatuto legal es similar al de los estados federados no tiene autonomía plena supuestamente por ser la sede de los poderes de la nación.

mientras que el gobierno del DF planteaba un proyecto de izquierda cuya prioridad era garantizar universalmente los derechos sociales mediante una política redistributiva y solidaria.

En salud ambos gobiernos iniciaron reformas pero de signos opuestos. El gobierno federal promovió el Sistema Nacional de Protección Social en Salud mejor conocido como el Seguro Popular. El gobierno del DF estableció el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG) con la finalidad de garantizar el derecho a la salud de los capitalinos e instrumentó el derecho universal a una pensión ciudadana para los adultos mayores de 70 años residentes en el DF.

Este texto tiene como objetivo analizar las dificultades y aciertos de la política de salud y pensiones del gobierno del DF de cara a las políticas federales. Pone especial énfasis en los temas relacionados con el fortalecimiento y transformación institucional o lo que García Lineira (2013: 81-116) denomina la “materialidad institucional del Estado”, entendida como una ‘maquinaria’ que se compone de normas, reglas, burocracias, presupuestos, jerarquías, hábitos burocráticos y trámites. Elegimos este enfoque porque en nuestra experiencia es donde se erigen los principales problemas prácticos cuando se intenta construir una política basada en una nueva conceptualización. Si bien no hay práctica sin teoría tampoco la práctica es una consecuencia simple de la aplicación de la teoría sino que se forja ante y a través de la realidad existente.

LA POLÍTICA SOCIAL EN EL DISTRITO FEDERAL

Un planteamiento básico de la campaña del Jefe de Gobierno, Andrés Manuel López Obrador, fue priorizar lo social y respaldar la política social con recursos presupuestales; reducir el gasto superfluo del gobierno y; redistribuir los recursos fiscales con un enfoque progresivo.

Al asumir el gobierno en diciembre de 2000 demostró una visible decisión de cumplir rápidamente todos sus 40 compromisos de campaña. Solo quedó pendiente convertir la ciudad de México en el estado número 32 con plenos derechos que fue bloqueado en el congreso nacional. La política social se basaba en los principios de: derechos sociales/humanos; universalidad con focalización territorial inicial; solidaridad, redistribución y gratuidad. Estos principios fueron afianzados en la Ley de Desarrollo Social de 2005 (Cardozo, Mundo y Yanes. 2012: 51).

En el ámbito de la política social, se inició con el establecimiento de la pensión universal y, un programa social integrado y territorializado conducido por el gabinete social encabezado por la de desarrollo social. Además de la pensión y la salud, este programa abarcaba educación, microcréditos, vivienda, jóvenes y cultura y se completaba con subsidios generales al transporte público y al programa de leche.

La territorialización del programa a las 1,352 Unidades Territoriales (UT), una especie de 4° nivel de gobierno, se hizo con la intención de promover la participación y control ciudadanos. Así en las UT se celebraron asambleas territoriales para informar sobre las metas y asignaciones presupuestales de los distintos programas y su cumplimiento. En estas asambleas se formaron además distintas comisiones temáticas, por ejemplo de salud o seguridad. Para incrementar la transparencia del uso de recursos públicos se distribuían también masivamente volantes con información respecto a las metas, presupuestos y resultados de dicho programa.

El presupuesto para la política social se incrementó en el periodo 2001-2006 en un 54% a precios constantes (Gobierno del Distrito Federal, 2007) lo que demuestra que la decisión política de garantizar el financiamiento de los programas sociales se cumplió. En este contexto es importante señalar dos hechos. Por un lado, la mayor parte de los impuestos recolectados en México son federales lo que significa que las entidades federativas dependen para su gasto principalmente de las transferencias del gobierno federal. Por el otro, el DF recibe transferencias federales mucho menores a su aportación a la hacienda federal, o sea subsidia al resto de los estados federados. Aún así, tiene mayor flexibilidad en la aplicación de sus egresos ya que un 50% de su presupuesto es propio, mientras que la mayoría de los estados dependen en un rango de entre 75% y 95% de las transferencias federales.

LA AUSTERIDAD REPUBLICANA: RECURSOS PARA REDISTRIBUIR

El impulso de una política redistributiva progresista suele instrumentarse mediante una política fiscal que establece un incremento progresivo de los impuestos para que el gobierno disponga de más fondos. En México hay una fuerte resistencia a pagar más impuestos ya que se juzga (con razón) que una parte importante de éstos sólo enriquece a los altos funcionarios de gobierno, incluyendo a senadores, diputados y jueces. Es además un hecho que las grandes empresas gozan de privilegios fiscales que les permiten pagar una tasa mucho menor, aproximadamente del 4 por ciento, mientras que los asalariados cautivos pagan entre 25% y 35% de su ingreso. Esta mezcla de privilegios y corrupción-tráfico de influencias hace muy difícil promover una reforma recaudatoria.

En vista de este problema el gobierno de López Obrador adoptó la llamada *Austeridad Republicana* para financiar su política social. Ésta consistió en reducir el tamaño de la alta burocracia y sus sueldos² en un 15% y eliminar sus privilegios como por ejemplo gastos de repre-

2 Las cuatro categorías superiores: Jefe de gobierno (gobernador), secretarios, subsecretarios y directores generales.

sentación, seguros médicos privados, nuevos vehículos para su uso, escoltas, entre otros. Además se introdujeron compras consolidadas para todos los insumos comunes del gobierno. Esta austeridad, a diferencia de la neoliberal, no significaba recortes presupuestales a servicios y beneficios de los ciudadanos, y no tocaban los salarios de los trabajadores de base cuyo incremento salarial anual fue superior a la inflación.

Los ahorros logrados con la política de *Austeridad Republicana* se aplicaron íntegramente en los programas sociales. Su monto alcanzó, por ejemplo, para financiar totalmente la pensión universal de los adultos mayores y sobraron recursos para otros programas sociales. Es de señalar que el contenido y aplicación de ésta puso en práctica la idea de que es indefendible tener un gobierno que se sirve del pueblo en vez de servirlo o tener un '*gobierno rico con un pueblo pobre*', práctica que confirió una fuerte autoridad moral al gobierno.

LAS POLÍTICAS DE PENSIÓN UNIVERSAL Y DE SALUD

La Secretaría de Salud del DF (SSDF) tenía a su cargo dos de los programas paradigmáticos de la política social del gobierno de López Obrador: la pensión universal ciudadana o alimentaria y el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG) para la población sin seguro social laboral.

LA PENSIÓN UNIVERSAL

Un diagnóstico previo estableció como un problema social emergente de primer orden la falta de seguridad económica de los adultos mayores que tenían en promedio un ingreso cercano a un salario mínimo, a pesar de que un 40 por ciento contaba con una pensión del seguro social. Su sobrevivencia dependía de esta manera del apoyo de sus familiares, de algún trabajo o vivían en franca miseria. Para empezar a resolver esta situación se estableció la pensión ciudadana para los adultos mayores de 70 años como un nuevo derecho social por primera vez en México (Gobierno del Distrito Federal, 2002). En cuanto derecho social se basa en los principios de universalidad, solidaridad y la obligación del gobierno y el poder legislativo de garantizar los recursos financieros. A éstos se añadió el principio de que sólo el interesado o un familiar cercano la podría solicitar con el propósito de romper la cultura de intermediación política que es una de las bases del control clientelar sobre la población en México.

El objetivo de la pensión fue alcanzar la universalidad en un plazo no mayor de tres años. Uno de los desafíos para implementarla fue la ausencia de un censo confiable de esta población por lo que el personal de campo de la SSDF visitó todas las viviendas del DF para levantar el censo. La estrategia para alcanzar la universalización consistió

en empezar en las UT de muy alta, alta y media marginación incluyendo a todos los adultos mayores sin ningún estudio socio-económico para luego avanzar en el resto de la ciudad. Para finales de 2002 ya se había logrado la inclusión en el programa de unos 400,000 mayores de 70 años y sólo un 3 por ciento, que había declinado por escrito, no estaba en el programa. La pensión es una transferencia de renta pero sin ningún condicionamiento de conducta o uso del recurso. Se insistió así en la idea de que la pensión era para dignificar a los adultos mayores y retribuirles por sus años de trabajo, remunerado o no, en la construcción del México moderno.

La pensión fue iniciada como programa en vista de que no se tenía mayoría en la Asamblea Legislativa para legislarla. Enfrentó una cerrada oposición de los otros partidos pero se tenían bases técnicas firmes para demostrar su viabilidad. El avance del programa también generó pronto una amplia base social propia y se convirtió en el programa social más popular y aceptado de la ciudad. Otra virtud era que generó la comprensión del significado de la universalidad y la exigibilidad de los derechos entre los ciudadanos.

LA POLÍTICA DE SALUD

La política de salud fue el PSMMG que permitió articular todas las actividades sobre la base de un modelo de atención semejante a la Atención Primaria de Salud Renovada, integrado y escalonado. Los principios de la política de salud fueron el derecho a la salud y su garantía gubernamental; la universalidad; la gratuidad; la centralidad de lo público y; la equidad, entendida como la no discriminación en los servicios. El programa se dirigía a la población sin seguridad social laboral dado que en principio los asegurados y sus familias ya tenían garantizado su derecho a la salud.

Los objetivos de la política de salud se desprendieron del diagnóstico inicial sobre el perfil de salud y sanitario y las características geo-socio-económicas de los servicios, que demostró desigualdades en salud y múltiples barreras de acceso a los servicios requeridos, siendo el más importante el pago en los servicios y de los medicamentos prescritos. Así los objetivos fueron: mejorar las condiciones generales de vida y de salud; disminuir la desigualdad en salud entre grupos sociales y zonas geográficas; garantizar la seguridad sanitaria de la ciudad; incrementar el acceso oportuno al tratamiento y disminuir la desigualdad en el acceso a servicios suficientes y de calidad y; establecer mecanismos de financiamiento estable, suficiente, equitativo y solidario (Secretaría de Salud, 2002: 17-9).

La estrategia de instrumentación de la nueva política de salud resultó mucho más compleja que la de la pensión, básicamente debido

a que involucró una transformación institucional profunda mientras que la pensión significó la creación de una nueva institución. Por esta razón el arranque del PSMMG se hizo gradualmente para no arriesgar un colapso de la prestación de servicios o desprestigiar política- y socialmente al programa por la falta de capacidad real de atención. Así se promovió inicialmente la inscripción al programa entre los usuarios de los centros de salud y hospitales de la SSDF y no a través de una búsqueda activa de los potenciales derecho-habientes, o sea, la población sin seguro social laboral.

Sin embargo con el levantamiento de una encuesta en 2003 (Laurell, Mussot, Veites, Staines y Linares, 2004) se detectó que la población de las unidades territoriales más pobres de la ciudad tenía un porcentaje de inscripción más bajo de lo esperado a pesar de que el perfil socio-económico de los derechohabientes del programa era mucho más precario que el de la población general (Laurell, Zepeda y Mussot, 2005. pp. 227-28). A raíz de este hallazgo se realizó una campaña de inscripción al programa con visitas casa por casa en las UT de muy alta y alta marginación. El resultado fue la inscripción de 143 mil nuevas familias al PSMMG (Secretaría de Salud del DF, 2006. p. 31).

No se tenía certeza sobre el número de familias o personas sin seguro social laboral en el DF ya que los institutos de seguro social sólo tienen un padrón de afiliados pero no de sus familiares. La población sin seguro social se estimaba en entre 3 y 3.5 millones de personas, o de 800 a 850 mil familias en 2001. Al final del gobierno en 2006 estaban inscritos 854 mil núcleos familiares, o sea cercano al cien por ciento. Sin embargo, en muchos casos no se habían registrado a todos los miembros del grupo familiar y en promedio habían 2.2 personas inscritas por familia contra los 4 esperados (Secretaría de Salud del DF, 2006: 31).

En 2006 (Secretaría de Salud del DF, 2006. pp. 32-33) el 88 por ciento de las consultas, el 75 por ciento de las hospitalizaciones y cerca del 100 por ciento de los estudios de laboratorio y de gabinete en los hospitales de la SSDF se prestaron dentro del PSMMG, o sea eran gratuitos. En hospitalización el restante 25 por ciento era en su gran mayoría pacientes foráneos de la zona metropolitana del Valle de México que buscaban atención en el DF por falta de servicios en sus estados de origen. A ellos se les hacían un estudio socio-económico y a muchos no se les cobraban los servicios. En los centros de salud alrededor del 75 por ciento de los servicios eran del PSMMG, lo que revela una barrera burocrática ya que era más rápido pagar una cuota muy baja que hacer el trámite de inscripción aunque fuera sencillo.

En un cálculo muy conservador, los ahorros de las familias derecho-habientes acumulados entre 2002 y 2006 gracias al PSMMG (sin

incluir las atenciones de urgencias que eran gratuitos para todos) fueron del orden de US\$ 350 millones.

LA ESTRATEGIA LEGISLATIVA

Cuando se propone dar una nueva conceptualización a la política social y de salud, es clave afianzarla a través de una nueva legislación. Ésta no garantiza su permanencia durante gobiernos posteriores pero dificulta un viraje hacia el pasado, en este caso neoliberal. En vista de que el gobierno del DF no tenía mayoría en la Asamblea Legislativa (congreso local), tanto la pensión universal como el PSMMG fueron planteados inicialmente como programas operativos que sólo tenían que lograr la aprobación del presupuesto suficiente para su operación.

En la elección intermedia de diputados para la Asamblea Legislativa en 2003 el PRD ganó una abrumadora mayoría, en gran medida por los éxitos de los programas sociales del Jefe de Gobierno. Con esta mayoría se procedió a plasmar los programas sociales y la *Austeridad Republicana* en leyes simples y entendibles para el pueblo, y precisar sus detalles en sus reglamentos. La primera ley fue la de la pensión universal que se transcribe en el siguiente recuadro (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2003).

Artículo 1. Los adultos mayores de setenta años, residentes en el Distrito Federal tienen derecho a recibir una pensión diaria no menor a la mitad del salario mínimo vigente en el Distrito Federal.

Artículo 2. El Jefe de Gobierno del Distrito Federal deberá incluir en el proyecto de Presupuesto de Egresos del Distrito Federal, la asignación que garantice, efectivamente, el derecho a la pensión alimentaria a todos los adultos mayores de setenta años, residentes en el Distrito Federal.

Artículo 3. La Asamblea Legislativa del Distrito Federal deberá aprobar, en el Decreto de Presupuesto anual, el monto suficiente para hacer efectivo el derecho a la pensión alimentaria.

Artículo 4. La forma como se hará valer la pensión alimentaria, la verificación de la residencia, la elaboración y actualización permanente del padrón de beneficiarios y demás requisitos y procedimientos necesarios para el ejercicio del derecho establecido en esta Ley, se fijarán en el Reglamento correspondiente.

Artículo 5. Los servidores públicos, responsables de la ejecución de esta Ley, que no cumplan con la obligación de actuar con apego a los principios de igualdad e imparcialidad, incurrirán en falta grave y serán sancionados conforme a los ordenamientos legales aplicables.

En 2006 se aprobó la Ley de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguro Social Laboral (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2006). Así mismo la Ley General de Desarrollo Social, aprobada en 2005, tiene el enfoque de derechos sociales y universalidad, y dice en su artículo 4: “La política de desarrollo social está destinada para todos los habitantes de la ciudad y tiene por propósito el acceso de todos y todas al ejercicio de los derechos sociales...” (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2005).

A pesar de que se contaba con una mayoría legislativa, se dio un debate muy intenso en la Asamblea del Distrito Federal. Los principales argumentos de la oposición fueron que se estaba llevando el DF a la quiebra y endeudando al gobierno peligrosamente con los programas sociales. El primer argumento fue revertido ya que el gobierno hizo un análisis de los estudios actuariales presentados, mostrando sus fallas técnicas y premisas inexactas. El segundo asunto era una falsedad, porque el techo de endeudamiento lo fijaba la Cámara de Diputados federal donde el PRD no tenía mayoría. Además la deuda contratada sólo podía usarse en obra y no en gasto corriente.

PRINCIPALES PROBLEMAS INSTITUCIONALES

A la toma del gobierno en 2000, la Secretaría de Salud enfrentaba una serie de problemas institucionales para instrumentar la nueva política. Como no se tenía mando sobre los institutos de seguro social que estaban bajo jurisdicción federal no se pudo construir un servicio único de salud en el DF. Adicionalmente, se había hecho una descentralización muy desfavorable para la capital en 1997, transfiriendo principalmente el primer nivel de atención y con recursos financieros limitados. De esta manera el sistema de salud del DF constaba de dos partes: los servicios ex federales integrados por 212 centros de salud y un hospital general y el sistema propio de la ciudad, básicamente 25 hospitales entre generales/urgencias, pediátricos y materno-infantiles todos con subespecialidades. Esto planteaba dificultades de integración de las dos estructuras y además se tenían dos sindicatos, uno federal y otro local, y culturas institucionales diferentes.

En ambas partes había una impronta honda de las políticas neoliberales iniciadas en los años 80 que habían llevado a un deterioro y destrucción institucional profundo y además se había introducido el pago por los servicios prestados y los medicamentos. Por otra parte, no siempre existía correspondencia entre la ubicación geográfica de los servicios con el perfil epidemiológico ni con las necesidades de salud actuales. Eran servicios que se habían quedado congelados durante 25 años.

El problema tal vez más importante y complejo era que el desgaste, el deterioro y la desmoralización institucional había provocado que los intereses particulares dominaran sobre el interés general y sobre la finalidad sustantiva de la secretaría: el de mejorar las condiciones de salud de la población y prestar los servicios requeridos. Una expresión de ello era que las relaciones laborales estaban 'capturadas' por los sindicatos y sus líderes negociaban prioritariamente prebendas para ellos mismos y no siempre mejoras para sus agremiados. También habían prácticas corruptas en áreas claves que disminuían el de por sí insuficiente presupuesto.

TRANSFORMACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Afrontar el dañado tejido institucional, tanto en su base física como en sus prácticas cotidianas y en la cultura organizacional, constituyó uno de los principales desafíos. A pesar de tener una concepción y estrategias claras sobre la transformación buscada hubo que contender con procesos cotidianos complejos que iban desde rigideces burocrático-administrativas consolidadas, hasta corruptelas y formas parciales y abusivas de entender y ejercer el servicio público. La labor era entonces consolidar una nueva concepción del papel social de la secretaría y cambiar las prácticas cotidianas de administración pública de la institución a fin garantizar los derechos y mejorar el bienestar y la salud de los capitalinos. En este proceso el programa de salud jugó un papel importante

Los programas de salud de los gobiernos tienden a ser documentos que se elaboran para cumplir con los requisitos legales y burocráticos; documentos que luego se archivan y se olvidan. La SSDF decidió que su programa de salud debería servir de plan estratégico y marco de actuación. Fue entonces particularmente importante que todo el personal de la secretaría lo conociera, dado que contenía los problemas, principios, las estrategias y los retos a resolver. De esta manera, se hizo una amplia difusión del programa y se discutió en todas las áreas en un ejercicio que empezó con los cuerpos directivos y luego, en cascada, con el personal operativo.

En estas discusiones se hizo énfasis en el derecho a la salud como una obligación del gobierno ya que el PSMMG era el núcleo articulador de toda la política. Aunque inicialmente había resistencia a que los servicios fueran gratuitos, con el tiempo la mayoría de los trabajadores y directivos se adhirieron a los principios planteados. Asimismo se planteó y discutió que la función sustantiva de una secretaría de salud es mejorar las condiciones de salud y el bienestar de la población y para ello era condición necesaria prestar servicios de calidad. Estas discusiones también sirvieron para que se trataran los problemas que se vivían en la práctica en las unidades de salud.

El equipo directivo de la SSDF adoptó la práctica de no avisar por anticipado cuando iba a visitar a los hospitales y centros de salud. La razón de ello era evitar que se arreglaran momentáneamente problemas crónicos en vez de darles una solución duradera. Estas visitas también sirvieron para hablar con usuarios y pacientes sobre su experiencia con la atención.

LA RECUPERACIÓN INSTITUCIONAL

La tarea de recuperar la deteriorada, desmontada y desmoralizada SSDF se desarrolló durante seis años. Aun así quedaron problemas pendientes.

Ampliación y adecuación de los servicios

La labor de ampliar los servicios y adecuarlos a las necesidades de salud requirió de una planeación de mediano plazo basada en criterios objetivos y no políticos. Parte de esta labor consistía en explicar a grupos de vecinos y organizaciones sociales y políticas, las carencias y problemas de los servicios para que aceptaran las prioridades y se solidarizaran con las zonas y pobladores con más necesidades.

Al tomar posesión el nuevo equipo directivo en diciembre de 2000, cuatro hospitales se encontraron totalmente fuera de servicio y además los edificios y el equipo estaban prácticamente sin mantenimiento, al igual que en los centros de salud. Para remediar esta situación se construyeron dos nuevos hospitales generando 270 camas censables adicionales, se ampliaron 3 hospitales obteniendo 83 nuevas camas censables y se abrieron los 4 hospitales cerrados con 242 camas reorientando los servicios al perfil epidemiológico (Secretaría de Salud del DF, 2006: 63). Con estas acciones se quintuplicaron las camas censables disponibles entre 2000 y 2006. Se realizó además un programa intensivo inicial de mantenimiento de instalaciones y equipo, mismo que se regularizó con acciones preventivas anuales.

Los centros de salud de primer nivel estaban en condiciones similares de abandono que los hospitales, por lo que se les dio mantenimiento a instalaciones y equipo. Se construyeron además una clínica comunitaria con atención de partos eutócicos y tres centros de salud equipados con laboratorio y rayos-X. Tanto en los hospitales como en los centros de salud se reemplazó el equipo obsoleto por equipo nuevo (Secretaría de Salud del DF, 2006: 59-69).

La inversión total en obra, equipamiento y mantenimiento en el período fue del orden de US\$ 200 millones (Secretaría de Salud del DF, 2006: 70) y la mayor parte fue con recursos propios del gobierno del DF. Los hospitales nuevos se construyeron bajo la modalidad de 'Llave en Mano'³ con tiempos muy cortos y con penalizaciones muy estrictas para las empresas y el gobierno, lo que permitió que su tiempo de construcción fuera menor de un año cuando el tiempo normal es de 2 a 3 años. Además su costo fue mucho más bajo que los hospitales federales similares construidos con la modalidad Asociación Público-Privada (Herrera y Laurell, 2010).

El fortalecimiento y ampliación de los servicios junto con el PSMMG se reflejó en el incremento de la prestación de los servicios, particularmente en los hospitales. Así las cirugías subieron 85%, la atención de urgencias 34%, los egresos hospitalarios 30%, la ocupa-

3 Esta modalidad significa que el hospital se entrega con equipamiento y mobiliario y puede iniciar su operación inmediatamente.

ción hospitalaria 27% y las pruebas de laboratorio y gabinete de 25 a 42 %. (Secretaría de Salud del DF, 2006: 55). Estos datos confirman que se mejoró el acceso a los servicios, particularmente para la población sin seguro social laboral. Sin embargo, no fue posible establecer redes integradas de atención, por la distribución espacial de los servicios y algunas dificultades para integrar a los trabajadores de la salud provenientes de los servicios descentralizados a una lógica y cultura institucional unificada.

Instrumentación del nuevo modelo de atención

Para garantizar la seguridad sanitaria de la ciudad se cambió de enfoque adoptando la idea de que lo que no es una rutina no se logra instrumentar en una situación de extrema urgencia y de desastre. Por ello se construyó un Sistema Integral de Urgencias Médicas en la ciudad y se firmó un convenio con las instituciones federales y de seguro social para atención de urgencias que incluía la capacitación para la actuación en caso de desastres, y se hicieron simulacros sin previo aviso, ni siquiera a los directivos de las instituciones. Los primeros simulacros fueron un desastre (hubiera habido miles de muertes innecesarias) pero con el tiempo, mejoraron sustancialmente.

El principal obstáculo para una efectiva vigilancia epidemiológica era, interesantemente, algunas prácticas heredadas en los servicios recién descentralizados. Por ejemplo, no se reportaban enfermedades supuestamente erradicadas ya que “no deberían de existir”. Por ello se discutió con el personal que la verdad sobre las enfermedades contagiosas siempre se manifiesta tarde o temprano. Por otra parte, hubo que supervisar cercanamente a los hospitales para que reportaran sus casos de notificación obligatoria. Por el papel rector que la SSDF tiene legalmente en la ciudad en este rubro, también se trabajó con los prestadores privados al respecto, pero con resultados bastante escasos.

La alta tasa de mortalidad por diabetes, 73.2 por 100,000 habitantes en el DF llevó a instrumentar un programa piloto de vigilancia epidemiológica de este padecimiento para darle seguimiento y tratamiento adecuado a los enfermos. No se logró generalizarlo en todos los servicios pero dio información valiosa sobre fallas en los servicios y en la relación médico-paciente.

Como parte del reforzamiento de la educación, promoción, prevención y detección temprana de padecimientos se tomaron varias medidas. Se estableció un nuevo programa de VIH/SIDA con un enfoque de combate al estigma y a la discriminación con acciones transversales. Esto permitió mejorar sensiblemente la prevención y detección temprana mediante un trabajo de consejería y diagnóstico voluntario instrumentado en los 37 centros en colaboración con las ONG dedi-

cados al problema. Así en 2001 había dos enfermos con necesidad de tratamiento por cada positivo, relación que en 2006 era un enfermo por cada tres positivos. Asimismo repercutió en una sostenida baja de la mortalidad por esta causa (Soler, 2009). Cabe señalar que aunque la Secretaría de Salud federal se comprometió a dar tratamiento gratuito a los enfermos de SIDA, simultáneamente su política de prevención era ambigua e inconsistente, particularmente en lo relativo a la distribución y uso de condones.

Otro tema que se trabajó con las ONG fue garantizar el cumplimiento de la reforma al Código Penal relativa a la despenalización de la interrupción del embarazo recién aprobada en el DF. Para evitar que los hospitales donde se realizaba se convirtieran en arenas de batalla de la derecha militante, las ONG feministas informaban, aconsejaban y canalizaban a las mujeres, y la SSDF se hizo cargo de realizarlas con personal técnicamente competente y humanamente adecuado. Otra área de colaboración fue el programa contra la violencia familiar con una campaña permanente de medios, dinámicas de grupo, establecimiento de un sistema integral de detección y registro, entre otras acciones.

Asimismo se instrumentaron acciones de detección oportuna de enfermedades con la estrategia de Acciones Integradas de Salud por grupo de edad. Estas consistían básicamente en captar las 'oportunidades perdidas'. De esta manera se invitaron a los usuarios de los servicios a aprovechar su visita para hacerse estudios de detección de diabetes, hipertensión, cáncer de mama y cérvico-uterino o para completar el esquema de vacunación.

Aunque sea una medida gruesa de las condiciones de salud de la población, se bajaron las tasas de mortalidad en todos los grupos de edad durante el período 1997 a 2006. Así, la mortalidad infantil bajó en un 27 por ciento, la preescolar en 27.5 por ciento, la productiva en 11 por ciento y la posproductiva en 7.5 por ciento (Secretaría de Salud, 2006b). Sin embargo, la tendencia descendente se interrumpió para las edades productivas y posproductiva a partir de 2005, fenómeno que probablemente se debe al envejecimiento dentro de cada uno de estos grupos. Ciertamente estos datos no se deben sólo a la actuación de la SSDF sino también al resto de las instituciones de salud y programas de la ciudad. En cuanto a la disminución de la desigualdad en salud entre grupos sociales y zonas geográficas no hay datos desglorados que permitan analizarla.

Una administración al servicio de las funciones sustantivas

Uno de los principales desafíos fue construir un modelo de administración que rompiera el paradigma del modelo burocrático ortodoxo

en el que se sustentaba el inmovilismo de la SSDF y que a la vez demostrara que la alternativa no era transferir la responsabilidad del Estado en la gestión de los servicios públicos al mercado. Se trataba de construir una opción diferente a la Nueva Gestión Pública impulsada por organismos como la OCDE en el marco de la reforma neoliberal del Estado con sustento en la orientación al “cliente”, la privatización, la evaluación eficientista del desempeño y apoyada en fundamentos teóricos de la administración empresarial (Osborne y Gaebler, 1992). En tal sentido, fue una decisión clave mostrar la viabilidad de una administración concebida como el sustento operativo de un proyecto político garante del derecho a la salud, construida sobre una práctica y ética pública con los valores de la legalidad y la honestidad en el manejo de recursos públicos, y la transparencia, la rendición de cuentas y el combate a la corrupción. Esto significaba la vocación al servicio público, su profesionalización, la simplificación de los procesos y, sobre todo, la armonía entre las áreas médicas y administrativas en la planeación y ejecución de las acciones, y la aplicación del presupuesto.

La estrategia fue adecuar la normatividad a las necesidades de los servicios, en contraposición a la visión burocrática que antepone la normatividad a los fines sustantivos de las instituciones. Esta estrategia usa los beneficios de las tecnologías de información y comunicación para contar con mayores elementos en la planeación y en la toma de decisiones, priorizar el diálogo y la transparencia con los trabajadores para sumarlos al cambio institucional. Los resultados fueron un ahorro significativo de recursos, una mayor oportunidad en el abasto y plantillas de personal acorde a las necesidades, principalmente en los hospitales nuevos.

Garantizar el abastecimiento de medicamentos y otros insumos médicos

Un problema complejo de los servicios de salud en la mayoría de los países de América Latina es disponer de medicamentos y otros insumos en forma oportuna y suficiente, evitando al mismo tiempo la merma por caducidad.

Al inicio de la gestión, la SSDF enfrentaba una caótica situación, caracterizada por la falta de catálogos institucionales y de una metodología para determinar necesidades. Esta realidad se agravaba por los largos tiempos que la Ley de Adquisiciones imponía al proceso de compra y por la imposibilidad de conocer en tiempo real y de manera confiable las existencias de insumos almacenadas centralmente, y que aproximadamente ascendían a 10 millones de piezas por un importe de US\$ 29 millones, sin considerar lo que se encontraba en las unidades médicas. Esto tenía un efecto negativo en el control de los bienes,

en sus caducidades, en la planeación de las adquisiciones y en la disponibilidad de los insumos para la atención a los usuarios.

El proceder para afrontar esta situación fue impulsar la modificación de la Ley de Adquisiciones (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2004) para flexibilizar los procesos de adquisición de medicamentos y para legalizar la subasta en las ofertas de proveedores, como medidas tendiente a reducir los tiempos de compra y mejorar los precios. Dichos propósito se lograron de inmediato al reducirse los tiempos de compra de 5 meses en promedio por cada licitación, a un mes y medio. El ahorro por mejora de precios fue un 30% en promedio.

A la par de estas medidas, se creó un sistema de información de abasto y control de almacenes (SAICA) con el propósito de contar con información confiable y oportuna para la planeación, ejecución y control de insumos, particularmente en medicamentos, por ser éstos parte sustancial del derecho al acceso a los servicios de salud. Aunado a ello y como condición necesaria para el funcionamiento del SAICA se construyó una metodología para determinar las necesidades de medicamentos que se sustentó en un sistema de medición cuantitativo y en un análisis cualitativo de su utilización en la atención al paciente. Sobre esta base se determinaron los cuadros institucionales de medicamentos por grupo terapéutico y tipo de unidad médica, que fueron discutidos con las comisiones de médicos especialistas de la secretaría integrados para tal fin. En los casos en que no hubiera acuerdo sobre las propuestas, se procedió a revisar la evidencia científica para incluir nuevos medicamentos o sustituir otros. En estas discusiones se observó la gran influencia de los laboratorios farmacéuticos sobre la prescripción médica, por lo cual se prohibió las visitas de sus representantes en la SSDF.

El SAICA se concibió como una herramienta que registra datos en tiempo real y proporciona información oportuna para el proceso de planeación, adquisición, distribución, almacenamiento, dispensación, y control de insumos y caducidades, con énfasis en medicamentos y material de curación. La base para su instrumentación fue la integración de los mencionados cuadros institucionales y la conceptualización y desarrollo de la herramienta técnica de procesamiento de datos, a la par de la redefinición de procesos administrativos y médicos relacionados con la cadena de abasto. Su puesta en marcha implicó: el levantamiento del primer inventario consolidado en 2004 en el que participaron más de 200 trabajadores de todas las unidades hospitalarias y el almacén central; la decisión de reorganizar los almacenes de los hospitales como sub-almacenes del almacén central, que permitiera desconcentrar algunas fases de la cadena de abasto; y la capacitación de más de 1,200 trabajadores que a partir de ese

momento se involucrarían en el registro o utilización de información, incluyendo a médicos y enfermeras.

El resultado fue la mejora del abasto al pasar de un 70 % a un 95% en promedio en el surtimiento de recetas, a la par de proporcionar a los directivos información para la toma de decisiones, y el control y evaluación de la gestión en las unidades médicas.

Combate a la corrupción

La corrupción se hace particularmente presente en una secretaría o ministerio de salud porque maneja volúmenes importantes de recursos financieros en compra de medicamentos e insumos, en mantenimiento y en obra. Es entonces un terreno fértil para la corrupción y el tráfico de influencias. A ello se añade, aunque de menor importancia, las prácticas de ‘apropiación’ de bienes institucionales en pequeño o robos francos que pueden tener un impacto considerable en el funcionamiento institucional.

El presupuesto destinado a estos rubros durante el período 2001-2006 sobrepasó los US\$ 350 millones. Este monto y el afán de establecer la ética pública como un valor distintivo del gobierno de la ciudad de México justificaron la decisión de dedicar el mayor esfuerzo a construir prácticas y controles nuevos con énfasis en la prevención y en el combate a la corrupción, antes que perseguir las corruptelas del pasado. El primer principio fue “barrer la escalera de arriba hacia abajo”, es decir garantizar la honradez de los funcionarios de alto nivel. Cuando fue necesario, se reubicaron trabajadores deshonestos en áreas no susceptibles a la corrupción, o en caso de robos y/o faltas graves, se aplicaron las medidas legales correspondientes.

El segundo principio fue introducir nuevas prácticas administrativas que impedían la formación de carteles de proveedores o contratistas y su asociación con servidores públicos a quienes se les pagaban favores por agilizar pagos o adjudicar contratos. De nueva cuenta, el registro de toda la información de contratos, de precios unitarios y de proveedores en el SAICA, contribuyó a controlar esta situación. Es de resaltar que los sobrepagos que los proveedores imponen a los gobiernos supuestamente para atenuar el costo financiero por el incumplimiento de pagos, se disminuyó considerablemente con una política financiera que garantizó el pago puntal de los compromisos contratados. La participación de la ciudadanía a través de los controladores ciudadanos en los comités de obra pública y de adquisiciones, fue una medida muy eficiente de transparencia y prevención de la corrupción, al tener la obligación de rendir cuentas de manera periódica sobre todo lo contratado.

Nueva relación con los trabajadores y los sindicatos.

Otro desafío fue construir una nueva relación con la representación sindical, que transformara la visión promovida por los gobiernos de derecha, basada principalmente en el otorgamiento de beneficios a los líderes sindicales y a trabajadores cercanos a ellos, a costa de la operación de los servicios. Para ello se estableció una relación basada en el respeto a los compromisos laborales pactados, privilegiando el diálogo para la solución de diferencias y poniendo en el centro la calidad de la atención a los usuarios.

Uno de los conflictos más significativo con los líderes sindicales era la ocupación de los puestos de trabajo. Para transparentar y hacer más justa el acceso a las plazas se creó una bolsa de trabajo con un sistema público de información (Bols@net Secretaría de Salud) para contar de manera oportuna con los aspirantes externos y los propuestos por el sindicato que cubrieran el perfil indicado para aspirar a una vacante. Así el 100% de las 1,228 nuevas plazas que se generaron durante la gestión, fueron cubiertas mediante exámenes de ingreso, con aspirantes registrados en dicho sistema, respetando el derecho del sindicato a proponer al 50% de aspirantes. Aunado a ello, todas las vacantes sujetas a concurso escalafonario fueron concursadas por los trabajadores que tenían derecho a ello, publicando con suficiente antelación las condiciones del concurso y sus resultados.

Evaluación en apoyo a la operación

Prevalece actualmente la idea de que hay que medir el desempeño a fin de premiarlo individual- o colectivamente. La supervisión se convierte entonces en una mezcla de puntajes para castigar o remunerar la actuación. Este procedimiento suele no tener un impacto positivo y duradero en los servicios, particularmente cuando se usan métodos de la Nueva Gerencia Pública que es la mercantilización del servicio público (Dahlgren, 2014).

Por ello, se optó por integrar equipos de evaluación multidisciplinarios cuya función era detectar problemas y discutir formas de solucionarlos con los responsables y el personal de las áreas operativas. Por otra parte se certificaron la mayoría de los hospitales y algunos centros de salud con la intervención de equipos de otras instituciones de salud, a fin de detectar problemas y fortalecer prácticas adecuadas. Adicionalmente se trabajaron acciones de mejora continua que en muchos casos fueron propuestos por los propios trabajadores, particularmente en las áreas de urgencias.

Financiamiento suficiente

Una de las premisas de la nueva política de salud era que hubiera un financiamiento creciente, estable, suficiente y solidario y un mane-

jo óptimo y transparente de los recursos. El presupuesto de la SSDF se compone por los recursos federales, transferidos por el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y el Seguro Popular, y los recursos propios del gobierno del DF. En el cuadro 1 se observan los presupuestos de salud en pesos constantes de 2000 y 2006, y su evolución.

Cuadro 1
Presupuesto^a de la Secretaría de Salud del gobierno del DF por origen, 2000-2006

Año	Recursos propios GDF	Recursos federales		Total
		FASSA	Seguro Popular	
2000	3,543	2,138	--	5,681
2006	4,659	2,650	240	7,549

Fuente: Elaboración propia con base en Secretaría de Salud del DF, 2006: 86.

a Millones de pesos a precios constantes de diciembre, 2010.

En ambos años los recursos propios son mayores que los federales y representan en 2000 el 62% y en 2006 el 59% del total debido a los nuevos recursos del Seguro Popular. Los incrementos fueron para los recursos propios el 31.5%, para el FASSA el 24% y para el presupuesto total el 33%. Es decir, hubo un incremento presupuestal real que se debió principalmente al aumento de los recursos propios de la ciudad para salud, mientras que el aumento del FASSA casi en su totalidad corresponde a los salarios del personal de los servicios descentralizados por la federación.

Es de subrayar que el DF es la única entidad federativa que no recibe presupuesto federal para la operación de los hospitales, injusticia financiera que es compensada por el gobierno del DF con recursos fiscales propios. El uso de recursos fiscales y no de cuotas para la atención confirma la solidaridad en el financiamiento. Como se describió en incisos anteriores, se logró usar óptimamente los recursos financieros con nuevas formas de contratación de obra y compras, y con el combate a la corrupción.

LA LUCHA POLÍTICA

Las contradicciones entre las políticas opuestas de los gobiernos del DF y el federal se iban profundizando con el correr del tiempo. Culminaron con el intento del compacto grupo de poder económico

junto con el presidente Fox, el PAN y el PRI de desaforar a López Obrador en 2005 para impedir que fuera candidato a la presidencia en 2006. Fracasaron por la movilización popular más grande jamás vista en México. Sin embargo, la confrontación había empezado mucho antes.

Los logros del gobierno del DF y la popularidad del Jefe de Gobierno crearon la convicción en los más diversos sectores de la población que otro proyecto de nación era posible y deseable. Aparte de las consabidas acusaciones de populismo e irresponsabilidad presupuestaria, el gobierno sufrió una andanada de ataques, apuntalados por los medios televisivos, que desembocaron en una “guerra sucia” en 2006.

Esta andanada involucró, como era de esperar, a la política social universalista y, en salud buscaba introducir el Seguro Popular (SP) en el DF, con la eliminación implícita del PSMMG. La política de salud del gobierno federal, iniciado en 2004 bajo la conducción del secretario de salud federal, Julio Frenk, era el Sistema Nacional de Protección Social en Salud y su brazo operativo el SP. Este es un seguro voluntario con un paquete explícito de servicios limitados y con el pago de los servicios no incluidos. Se financia con subsidios fiscales federal y estatal y con una prima familiar, con excepción de las familias más pobres. Su diseño implica la separación entre las funciones de regulación, administración de fondos/compra de servicios y de su prestación, o sea, la apertura del mercado en salud y la promoción de la entrada de los aseguradores y prestadores privados. El “incentivo” para que los estados lo aceptaran era que todo incremento presupuestal de salud se canalizaría vía el SP, aprovechando la debilidad financiera de los gobiernos locales.

En 2005 la única entidad federativa que no había introducido el SP fue el DF ya que tenía el PSMMG con mayores beneficios para la población y con un enfoque de derecho universal y gratuito. Aprovechando el ataque generalizado al gobierno del DF, el secretario de salud federal lanzó una campaña pública de presión, sosteniendo que al gobierno del DF no le interesaba la salud de la población, al tiempo que evitó el debate público sobre el tema. Finalmente se abrió un proceso prolongado de negociación porque la SSDF demostró que el convenio propuesto estaba lleno de ilegalidades, y por tanto era inaceptable. La SSDF en cambio propuso que coexistieran el PSMMG y el SP, y que los recursos federales se emplearan en pagar los servicios no disponibles en la SSDF. La propuesta fue rechazada por la federación porque significaría “incrementar la inequidad” en salud dando una gran ventaja para los residentes del DF. La segunda contrapropuesta de la SSDF fue que se dejara a la población elegir entre el SP y el

PSMMG, previa explicación de ambos programas. También fue rechazado porque el gobierno federal, propagandista de la concurrencia, no querría exponer el SP a la competencia. Cuando López Obrador ya había renunciado para entrar a la campaña presidencial, se firmó finalmente un acuerdo que significaba la permanencia del PSMMG y que nadie en el DF pagara la prima del SP y que los usuarios tendrían el mismo trato en los servicios. Así se mantuvieron los principios de universalidad, gratuidad y no-discriminación.

UNA REFLEXIÓN FINAL

Un primer tema para la reflexión es que en la práctica se tiende a dar supremacía a los problemas urgentes a expensas de los importantes. Esto ocurrió, por ejemplo, en el desarrollo insuficiente y la poca consolidación de formas de control social y participación amplia de trabajadores y ciudadanos en los procesos. Estas omisiones han tenido consecuencias para la permanencia de la política de salud instrumentada de 2000 a 2006. A pesar de que sus principios estén incluidos en la legislación, paulatinamente se ha cedido espacio al Seguro Popular. Aunque haya continuidad partidista en el DF, su gobierno está ahora privilegiado una política que le permite recibir financiamiento federal a costa de subordinarse a su proyecto.

En contraste, la pensión ciudadana tiene una amplia base social que la defiende. Por otra parte, esto también confirma que es más fácil crear una nueva institución como es la pensión, que transformar una institución existente como es una secretaría de salud. Sin embargo hay que considerar que las instituciones de salud son muy complejas y requieren competencias técnicas sofisticadas, al tiempo que son ámbitos de acumulación de capital y terrenos de pugnas ideológicas sobre qué es la “buena medicina” y como debe financiarse y administrarse.

La experiencia analizada permite extraer elementos útiles para la construcción de nuevas prácticas institucionales. Respecto al tema de la corrupción, enseña que se puede corregir hacia el futuro con nuevas medidas administrativas, en vez de intervenir, ya ocurrido el hecho. Poner la administración al servicio de las funciones sustantivas, ayuda a debilitar el poder burocrático y es en sí mismo una nueva práctica de participación y colaboración que apunta a una nueva cultura institucional. La condición de ella es sin embargo tener un proyecto explícito, convincente y compartido. Por último deseamos que este texto ayude a romper la política de salud hegemónica, mercantilizada y privatizadora, y abrir caminos concretos de transformación en los diferentes contextos históricos donde actúan los gobiernos progresistas.

BIBLIOGRAFÍA

- Cardozo, Miriam, Mundo, Ángel y Yanes, Pablo 2012 *Evolución del marco institucional y análisis de las políticas y los programas sociales aplicados por el GDF (1997-2012)* (Distrito Federal: EVALÚA).
- Dahlgren, Göran 2014 “Why public health services? Experiences from profit-driven health care reforms in Sweden” *Int J Health Serv* 44(3): 507-24.
- García Linera, Álvaro 2013 *Democracia, Estado y Nación* (La Paz: Asamblea Legislativa Plurinacional).
- Gaceta Oficial del Distrito Federal 2003 *Ley que establece el derecho a la pensión alimentaria para personas adultas mayores de 70 años, residentes en el Distrito Federal* (Distrito Federal: Gobierno del Distrito Federal) 18 de noviembre.
- Gaceta Oficial del Distrito Federal 2004 *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la ley de adquisiciones para el Distrito Federal*. (Distrito Federal: Gobierno del Distrito Federal), 17 de mayo.
- Gaceta Oficial del Distrito Federal 2005 *Ley de desarrollo social* (Distrito Federal: Gobierno del Distrito Federal), 16 de mayo.
- Gaceta Oficial del Distrito Federal 2006 *Ley que establece el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el distrito federal que carecen de seguridad social laboral* (Distrito Federal: Gobierno del Distrito Federal), 22 de mayo.
- Gobierno del Distrito Federal 2002 *Acuerdo que establece la pensión alimentaria para adultos mayores de 70 años* (Distrito Federal: Gobierno del Distrito Federal).
- Gobierno del Distrito Federal 2007 *Cuenta Pública 2006* (México DF: Gobierno del Distrito Federal).
- Herrera, Joel y Laurell, Asa Cristina 2010 “Proyectos de prestación de servicios” en Peña, Florencia y León, Beatriz (coord.) *La medicina social en México II* (México DF: Ed. Eón).
- Laurell Asa Cristina, Mussot Luisa, Veites Elsa, Staines Guadalupe y Linares Nivaldo 2004 *Reducción de la Exclusión en Salud, Removiendo el Obstáculo Económico*. (México DF: OPS/ Secretaría de Salud del Distrito Federal/ Swedish International Development Agency).
- Laurell, Asa Cristina, Zepeda, Eduardo y Mussot, Luisa 2005 “Eliminating Economic Barriers in Health Care” en Mackintosh, Maureen y Koivusalo Meri (ed) *Commercialization of Health Care* (New York: Palgrave-MacMillan).

- Secretaría de Salud 2002 *Programa de Salud 2002-2006* (Distrito Federal: Gobierno del Distrito Federal).
- Osborne, David y Gaebler, Ted 1992 *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector* (New York: Addison-Wesley Publishing Company).
- Secretaría de Salud 2006 *Informe de trabajo 2006* (Distrito Federal: Gobierno del Distrito Federal).
- Secretaría de Salud 2006b *Agenda Estadística 2006* (Distrito Federal: Gobierno del Distrito Federal).
- Soler, Carmen 2009 “Acceso universal al Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México: resultados a seis años” *Salud Pública Méx* 51(1): 26-33.

CONTRADICCIONES Y LUCHAS EN EL PROYECTO NEOLIBERAL

Carolina Tetelboin Henrion*

TENDENCIAS Y CONTRATENDENCIAS EN EL SISTEMA DE SALUD DE CHILE EN EL MARCO DE LA SITUACIÓN REGIONAL

INTRODUCCIÓN

Este trabajo busca mostrar los grandes rasgos de la situación del sistema de salud chileno en el contexto del proceso político en curso en el marco de las tendencias políticas regionales, y el malestar creciente de la sociedad. El sistema de salud se caracteriza por una profunda contradicción: por un lado, la mantención de un sistema privado perverso, las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), instaladas durante la dictadura y cuya presencia e influencia define al conjunto del sector, frente a la todavía importante presencia de un sistema público nacional para la mayoría de la población, de un gran potencial, pero subordinado, desfinanciado y desmembrado. Durante el tercer gobierno de la Concertación por la Democracia esta situación estructural en vez de corregirse se profundiza con la instalación del sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES). Con el objetivo de dar atención oportuna a padecimientos urgentes y enfermedades catastróficas en una lista priorizada y judicializada, sobrecarga todavía más al sistema público y afecta el derecho a la atención a la salud de los demás usuarios y enfermos no priorizados. Aumenta además los privilegios eco-

* Profesora investigadora de la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Departamento de Atención a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

nómicos de las ISAPRE, porque la ley permite que el sistema público le compre servicios cuando está en riesgo de posible incumplimiento de algunas garantías; además les cobra a sus clientes por incorporar los al GES un porcentaje adicional mensual por cada miembro de la familia, además del 7% obligatorio y el monto del plan.

La hipótesis que subyace en este documento, es que el sistema público profundizó su crisis histórica, y que sólo puede ser resuelta sí, en condiciones democráticas, se fortalece a través de una dirección de interés público, se refinancia con recursos previsionales y públicos, y se rearticula estructuralmente, para dar atención universal e integral al conjunto de la población con menores costos para el país. A la vez, el proceso anterior redefinirá la autonomía financiera del sector privado y lo subordinará a la política pública.

La reflexión parte de un análisis de las tendencias regionales en curso a las cuales Chile ha aportado importantes experiencias tanto en el origen e instauración del modelo neoliberal, como en las dinámicas políticas de la sociedad que indican la posibilidad de su término hacia otras formas de convivencia política y social. Al respecto, las luchas de los estudiantes secundarios y universitarios de Chile han tenido la capacidad de esbozar un futuro posible, al ubicar el lucro como el corazón del modelo, y señalar la necesidad de su superación como única vía para permitir una educación de calidad para todos, y la solución a los grandes temas nacionales pendientes. En este marco, el trabajo aborda los dilemas que se enfrentan en el terreno de la sociedad, de la salud, a la vez que avanza en el análisis, en este marco, de la situación del sistema de salud de Chile hoy.

EL CONTEXTO REGIONAL

Es cada vez más evidente el malestar común que se está generado en la región producto de tres décadas de aplicación de políticas neoliberales que han dejado al descubierto, lejos de los discursos, su naturaleza destructora de instituciones, del tejido social, de la convivencia y la vida comunal y familiar (Borón, 2002, p.61 y ss). En tal sentido, damos cuenta de la creciente tensión entre visiones distintas de concebir el papel del Estado (Sader, 2003; Tello, 2012) en ocasiones francamente antagónicas, y formas de resistencia y expresión social del malestar, que dan lugar por un lado a la insistencia neoliberal que caracterizamos en su propuesta actual en salud, pero a la vez, a formas de reorganización social diversas que tienden a articularse en la búsqueda de un nuevo orden social. Así lo indica el desarrollo de importantes procesos nacionales en curso, que en medio de grandes contradicciones y amenazas, resistencia frente a los sistemas políticos y baja participación electoral, levantan propuestas de política

regional y nacional alternativas de diversas características, con experiencias en distintos niveles de gobierno y en ciudades capitales y municipios, que han puesto en práctica políticas de gratuidad y protección universal con racionalización del gasto con buenos resultados, en medio a su vez de grandes dificultades. También las expresiones del malestar, los disensos y contradicciones con la situación de los servicios de salud y la salud misma se expresan en todos los espacios de práctica, en la calle y los hogares como demandas pendientes en la voz de sus diversos actores, incluidos los organismos internacionales y la academia y las organizaciones profesionales (Buss, 2010) donde se producen las argumentaciones teóricas de las posiciones hegemónicas y también contestatarias.

Todos los días el escenario político regional da cuenta de una disputa cada vez más evidente en todos los terrenos de la sociedad. Tal como se previó, después de 30 años de aplicación de políticas neoliberales, quedaron en evidencia sus previsible resultados, porque no cumplieron ninguno de los objetivos sociales, incluidos los de gobernabilidad y en los últimos años, tampoco los relativos al crecimiento económico. Entre sus efectos principales puede mencionarse falta de crecimiento económico; alta concentración del ingreso que sitúa a la región como la más desigual del mundo; descreimiento del sistema político y las instituciones democráticas; problemas de corrupción cada vez más generalizada; pérdida de control del Estado y de otros niveles de gobierno generando inestabilidad y violencia, incluida la del narcotráfico; pérdida de vidas humanas, desplazamientos, daños materiales, físicos y emocionales en la población y; en pocos años, intensificación de los daños a los sistemas ecológicos: falta de agua, desertificación, amenaza a especies y cambio climático.

Vistas la enorme expoliación de los bienes públicos, sociales y naturales involucrados es sugerente preguntarse sobre las formas de operación del capitalismo actual, más allá de los conceptos clásicos de acumulación en el proceso productivo (explotación de la fuerza de trabajo y plusvalor) y la participación de servicios como los de salud (reproducción de la fuerza de trabajo y legitimación), cuáles son hoy sus funciones. Al respecto parece sugerente entender lo que algunos llaman el nuevo imperialismo del capital financiero que opera por desposesión, al modo de la acumulación originaria o de la política colonial, donde aparecen, como en otras épocas, según Rosa Luxemburgo “sin disimulo, la violencia, el engaño, la opresión y la rapiña” (Harvey, 2004).

Se hace evidente la creciente contradicción entre dos proyectos de sociedad y que en la última década, se expresa en crecientes niveles de confrontación política tanto a nivel de regiones, países o en

diferentes niveles de gobierno. Por un lado, los llamados gobiernos progresistas de la región latinoamericana, que en su diversidad, han emprendido procesos de liberación de distintos alcances que comprometen la soberanía, la propiedad de los bienes nacionales y la recuperación de la identidad nacional y la dignidad; por el otro, la insistencia en una muy cuestionada hegemonía neoliberal, con sus políticas y principios basados en más mercado menos Estado, centralidad financiera, consumo, dispendio en el mundo privado y limitaciones en lo público, e individualismo. Cada uno de ellos y al interior de los distintos niveles de gobierno, definen espacios de influencia y pactos regionales en el primer caso hacia el sur con sus iguales como la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América, ALBA, la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC) y en el otro, la Alianza Pacífico (que nuclea a Chile, Perú, Colombia y México con Estados Unidos).

Frente a la inevitabilidad de los procesos neoliberales, existe una creciente resistencia que tiene diversos orígenes. Desde los que se opusieron sistemáticamente a estos proyectos, o las personas, grupos y organizaciones que han sido afectados directa o indirectamente a través del tiempo, y que en conjunto de manera progresiva dan presencia a formas de organización, algunas novedosa incluso a través de los medios electrónicos, en nuevas formas inclusivas de conectividad de la sociedad, especialmente entre los jóvenes. Aunque las poblaciones se encuentran más estimuladas respecto de la cuestión pública, paradójicamente ya no se expresa por las vías habituales y hay resistencia a participar en los procesos políticos. Si bien las formas de articulación son una cuestión a resolver en cada contexto, lo que parece evidente es que hay una búsqueda por articular elementos de lo que apunta hacia la construcción de una nueva cultura política en pro de la recomposición de la vida social y la convivencia, centrada en los seres humanos y sus necesidades y la defensa del entorno ecológico.

Se trata pues de dos visiones de sociedad, contradicción que se extiende y compromete a cada vez a más sectores y niveles, en uno lado u otro, y cuya resolución debiera ocurrir en el marco de los sistemas políticos democratizados y sin injerencias externas, según han expresado los gobernantes de la región en la Cumbre de las Américas en Panamá, este año. Sin embargo, las herramientas democráticas disponibles están vaciadas de representación política y no permiten dar cuenta de la complejidad de los retos lo que amenaza la paz crecientemente.

Aunque todavía frágil y segmentada, emerge tendencialmente una postura desde la resistencia, la elaboración de propuestas teóricas y prácticas, hasta la constitución de experiencias nacionales, regionales y locales con proyectos orientados por lógicas y principios opuestos al

neoliberalismo. El continente está cargado de acciones de resistencia por los atropellos a los derechos en los más diversos órdenes de los que da cuenta la prensa cada día, desde los desaparecidos pasados y actuales del continente, los desplazados migrantes por causas políticas o sociales, las marchas por la paz, hasta las posiciones más antisistémicas en la toma de calles, movilizaciones multitudinarias, que modifican los equilibrios de fuerza. Todo esto ha ido construyendo nuevos referentes que se expresan en lo material y lo simbólico. En lo simbólico, la emergencia, recuperación o superación de tradiciones y trayectorias a nivel del patrimonio político que reclama nuevas interpretaciones, expresiones democráticas y soluciones. A nivel material, en la lucha por la defensa del medio ambiente en los territorios concretos ofendidos por las mineras, las toxinas de los basurales y de industrias contaminantes, contra las formas productivas depredadoras que acaparan el agua y en la recuperación de los bienes materiales expropiados; a nivel cultural, en el reconocimiento y defensa de la diversidad y de su riqueza, que en conjunto garantizarían las condiciones de vida y salud de todos. Es decir, estamos frente al proceso de creación de nuevos órdenes, donde la sociedad poco a poco va articulando intereses, miradas y acciones frente/contra a un Estado exigido de cambiar, responder y reorganizarse para recuperar un papel central en la línea de mandar obedeciendo, y en la idea de conjuntar intereses, miradas y acciones.

LAS CONDICIONES EN EL CAMPO DE LA SALUD Y LOS CAMBIOS DE LAS REFORMAS NEOLIBERALES EN LA REGIÓN

Las reformas a los sistemas de salud se orientaron tal como ha sido abundantemente descrito, a transformar sistemas de lógicas públicas, centralizadas, planificadas y basadas en criterios de eficacia médica; exigidos permanentemente a ampliar la cobertura, la participación y la creación de redes de atención primaria y trabajo en y con las comunidades; a la creación y desarrollo de una importante infraestructura; a la formación generalmente pública de profesionales y personal de salud, además de importantes logros en la construcción de una cultura sanitaria que aunque medicalizada, sirvió más tarde para proteger a la población ante la carencia de servicios, soporte para la salud de las poblaciones.

Las reformas impuestas, en cambio, tuvieron como principio abrir el sector al mercado privado, propiciando diversas formas de privatización. Sus estrategias fueron el desfinanciamiento de lo público, la separación de funciones y la descentralización, principios activos para operar la desarticulación de las instituciones públicas y de seguridad social. Al mismo tiempo estimuló la participación de privados en la administración de fondos de la seguridad social y pú-

blicos, logrado plenamente en el caso de Chile y Colombia, mientras en México sigue pendiente porque no se ha podido abrir y hacerse de los fondos que todavía administran las instituciones de seguridad social, que es el verdadero motor de las privatizaciones. Y completa el esquema, la liberación de los prestadores públicos y de seguridad social para que compitan con los privados, todavía con avances importantes, pero aun incompletos, y que culmina con formas de traspaso de fondos siguiendo el cliente al prestador de su elección, o en formas de compra de servicios del público al privado. Con ese objetivo se han desarrollado las estrategias de homologación de los prestadores, que se expresan en instrumentos que den homogeneidad al conjunto de ellos, que se presentan como innovaciones tecnológicas y de gestión. También en los dos primeros casos mencionados, ha supuesto la creación de monopolios de prestadores y de administradores de fondos, frecuentemente articulados, que acaparan y concentran porcentajes importantes del presupuesto social y público.

El desfinanciamiento se puede apreciar en cualquiera de los países al inicio de la aplicación del modelo neoliberal en salud, así como su crecimiento en su fase de madurez, una vez alcanzadas las llamadas reformas de segunda generación, es decir, cuando se logran los cambios estructurales necesarios que permiten la articulación entre financiamiento público y la compra de servicios privados (Castro, 2012, p.19 y ss.). La renuncia del Estado a su responsabilidad con la salud de la población, tiene formas diversas. La principal, es que dice garantizarla, entendiéndolo por ello la capacidad de encargarla a terceros, y por medio de un costo estandarizado. Se repliega con ello a una sola de sus funciones históricas, la rectoría y la regulación. Esto significa que pasa a ser a la vez árbitro de lo que debe regular; que establece y regula las reglas del juego de la competencia en el mercado de proveedores o de empresas que manejan fondos de salud, es decir, las nuevas relaciones entre agentes públicos y privados, cuestión que hasta ahora no ha logrado eficientemente al menos en los casos mencionados, y seguramente en ningún otro. Esta dificultad se asocia a la complejidad que adquiere la dimensión privada y sus recursos, que pervierte y hace lobbies y presiona a los actores en las instancias de decisión (congresos, jueces, presidencia) para imponer sus intereses.

La separación de funciones de las instituciones produce su desarticulación, pérdida de coherencia, sentido e identidad en su quehacer, y limita a cada segmento a su particular quehacer, sin control del todo (regulador, financiador, prestador) o identidad institucional. La descentralización neoliberal también ha jugado un papel fundamental en el proceso dialéctico de la destrucción pública/desarrollo privado. Las funciones que se le han atribuido en contextos desmercantiliza-

dos para el fortalecimiento público a través de la transferencia de poder, recursos y competencias, en los procesos neoliberales ocurre para recargar las tareas y funciones de lo público y para traspasarlas a privados total o en partes; las decisiones se siguen tomando a nivel central y; el control de los recursos sigue en el nivel central, operados con otras formas de gestión que cambia los presupuestos históricos por presupuestos por proyectos, objetivos o los escasos recursos se hacen concursables.

En el diseño del modelo el gasto en salud una parte de los recursos se destina a los pobres y a las llamadas externalidades positivas, una versión restringida de las tareas de salud pública. La población privilegiada del financiamiento público, los pobres, deben demostrar serlo, sometiendo a las personas sin o bajos ingresos, a sistemas de empadronamientos invasivos e indignos, y en los programas sociales, las transferencias están condicionadas al disciplinamiento y a la realización de determinadas actividades, sin participación alguna en las decisiones. Se trata pues, de la más limitada de las formas a las que se denomina participación. Pero una segunda vertiente del gasto, pasa a ser la compra de servicios al sector privado.

Las prestaciones otorgadas merecen un capítulo especial, en la medida que lo público empieza a operar igual que los privados, como seguro público y como prestador de servicios público, incluye criterios de inclusión y exclusión explícitos, con prestaciones variables de un listado establecido, y costos y criterios (administrativos y de gestión, clínicos y médicos) estandarizados. Las experiencias desarrolladas han sido diversas en la región desde la aparición de los primeros paquetes, hasta los actuales que, manteniendo la exclusión, son más amplios y asociados a garantías de cumplimiento de los prestadores de los derechos (individuales). Un sistema de judicialización asociado al acceso sólo al paquete establecido, y no al total de acciones de prevención, curación o rehabilitación que las personas, que en sentido estricto, genera una violación a los derechos colectivos e individuales de las personas.

Los paquetes requieren una reflexión mayor, pero al menos queremos destacar su vinculación a criterios costo eficiente y que han ido cambiando en el tiempo a la vez que se han tratado de instalar en el imaginario social aunque ha emergido con fuerza un debate en torno a los derechos sociales que conculca. Desde los primeros, mínimos, que planteó el Banco Mundial en los servicios esenciales (BM, 1997), y reformulados más tarde por la OPS (2003, 2007), a su aplicación en países de orientación neoliberal, podemos rastrear el paquete básico de la Secretaría de Salud de México, el Plan Obligatorio de Salud (POS) de Colombia, hasta las versiones actuales más amplios bajo la

política de los Sistemas de Protección Social en Salud se introdujeron en México con el Seguro Popular y el Catálogo Universal de Servicios de Salud, CAUSES, y el llamado sistema de priorización de Garantías Explícitas en Salud, GES. Su desarrollo ha ido gradualmente instalándose desde el discurso del poder y los organismos internacionales en los países, como la opción para enfrentar la atención con servicios básicos (BID, 2014), ante la falta de recursos económicos, sin cuestionar la distribución y la irracionalidad del uso de los mismos. En el primero de los casos, no considera como insumo la distribución entre los sectores de la economía y en la sociedad; en tanto la irracionalidad, sólo se discute al interior de los sistemas públicos y se aplican rigurosas medidas de gestión, sin cuestionar la irracionalidad privada.

La reforma a la salud es un cambio que, aunque discursivamente estaba destinado a terminar con la segmentación, la ineficiencia, la burocratización y altos costos, no ha logrado resolver ninguno de estos problemas. Por el contrario, los profundiza y los hace cada vez más complejos e indisolubles. Se profundiza la segmentación en la medida que cada persona es sujeto de un segmento de mercado, produciendo nichos de confluencia de prestadores y usuarios por tipo y costo de atención. Aun con distintos grados de avances y resultados por país e institución, estamos frente a una desarticulación institucional, desfinanciamiento, pérdida de su vocación pública, escasa capacidad resolutoria aun en los sistemas de priorización, donde se logran administrar los tiempos, por medio de la exclusión de lo no considerados en las listas preestablecidas.

EL MODELO CHILENO. LAS CONDICIONES POLÍTICAS DE SU CONTINUIDAD. 1990-2015

La transición pactada entre el gobierno militar y la Concertación de Partidos por la Democracia (1999-2010) fue la salida frente a las protestas sociales en alza desde 1993, que amenazaban con derrocar al régimen militar con riesgo de radicalizar el proceso (Salinas, 2014, p.19). Con ella se puso término a 18 años de estado de excepción y a un doloroso saldo de violación de derechos humanos con asesinados, desaparecidos, fusilados, degollados, torturados, presos, exiliados y relegados. Pero durante los veinte años siguientes de los cuatro gobiernos de la Concertación, no se modificó el modelo neoliberal ni la constitución (salvo la eliminación de los senadores designados) sino que se mantuvo la promoción del consumo y la masificación del crédito, una herramienta a su vez, reproductora del mito del éxito y del modelo (Moulian, 1997).

La pregunta siempre presente en el ambiente de los sectores democráticos del país es si estos gobiernos se enfrentaron a una impo-

sibilidad objetiva, o fue una decisión política sólo mejorar, pero no cambiar el modelo. Sin duda, la desproporción plasmada en las leyes generales del modelo de mercado establecido en la Constitución de 1980 quedó fuertemente anclada en el sistema electoral, que ha perpetuado la representación parlamentaria de la derecha y el papel subsidiario del Estado en materia social desde 1981, haciendo muy complejas las condiciones para su superación. Bajo el segundo y actual gobierno de Michelle Bachelet con la coalición “Nueva Mayoría”, se discute en el congreso una ley que amplía el número de parlamentarios a fin de aumentar la representación, aunque para otros sectores extraparlamentarios éstas y otras medidas son insuficientes. El sistema político enfrenta una crisis política de envergadura en 2015 al destaparse los casos de corrupción de la derecha en las elecciones presidenciales pasadas en los casos Penta y Soquimich (SQM) del yerno de Pinochet, por la distribución de recursos privados para el financiamiento de las campañas, y que salpicó a personajes de los partidos en el gobierno; simultáneamente, y a modo de equiparar o compensar los errores, aparece el escándalo del hijo de la presidenta Bachelet, por uso de información privilegiada (Radio U. de Chile, 2015, BBC Mundo 2015, Fayer Wayer, 2015) que la debilita, y a contra mano produce dos anuncios: presenta el tercer compromiso de campaña: la reforma a la constitución, y pide la renuncia de todo su gabinete en un intento por salir adelante en esta coyuntura. El anuncio de reforma a la constitución volvió a despertar esperanzas en la población pero no se concretó sin embargo con claridad en el informe presidencial de mayo reciente, en el debate sobre su carácter parlamentario o ciudadano, frente a sectores críticos al gobierno desde la izquierda que exigen una asamblea constituyente.

La reforma a la constitución constituye una cuestión profundamente polémica pero que ya está puesta sobre la mesa inevitablemente. Desde la centro derecha que opina sobre la inviabilidad política y económica, los que incluso sostienen que Chile es un país culturalmente neoliberal y que el cambio por lo tanto es imposible; sectores de la centro izquierda que conciben la perfectibilidad del modelo frente a los que piensan que no ha habido voluntad política, y más todavía, una adhesión a no cambiar de los sectores representados en la antigua y la actual coalición de gobierno.

En medio de un abstencionismo histórico, los chilenos han optado en cada elección del modelo bipartidista por el voto útil a la llamada centro izquierda frente a la derecha. El triunfo de la derecha con Piñera en 2010 demostró el agotamiento de la apuesta que, sumado a un candidato poco atractivo, terminó con la coalición de la Concertación de Partidos por la Democracia. Para 2014, la esperanza o la necesidad

de apostar en la segunda vuelta, coincide con las marchas estudiantiles iniciadas en 2011, cuya virtud política ha sido hasta hoy poner en la calle el reclamo contra el lucro, piedra angular del sistema, y señalar la exigencia del cambio. La naciente coalición de centro izquierda, *La Nueva Mayoría*, está más a la izquierda que la anterior con el Partido Comunista que apuesta a la movilización social y la representación política formal, y con la salida de algunos sectores de la Democracia Cristiana. Su plataforma de gobierno (2014-2018) presenta tres compromisos: la reforma fiscal, la reforma educativa, y la promesa del cambio de la constitución, liderado por una Michelle Bachelet, cuyo perfil personal atrae a los sectores progresistas populares del país, especialmente las mujeres.

Hasta ahora, no obstante el fin de la represión militar dictatorial, los gobiernos han mantenido la represión policial para mantener el orden ante la insatisfacción por la injusticia del modelo. Tampoco ha habido cambios significativos para resolver la deuda social (Hardy, 1997; Hardy, 2010). Durante los seis gobiernos post dictadura, no sólo no se ha superado estructuralmente el modelo, sino que por el contrario se mantiene la desigualdad y la concentración de la riqueza en pocas manos, y una economía en crisis (Fazio, 1999). La derecha y los poderes fácticos a su vez se ponen en movimiento ante cualquier esbozo de transformación por la defensa de sus intereses, en un país paraíso donde las participaciones corporativas más las ganancias del capital del 1% más rico concentran el 30.5% del ingreso total del país, frente al 21% de Estados Unidos y el 14.7% de Canadá (Fazio, 2014, :27), y donde la distribución del ingreso total se mantiene prácticamente inalterada en los últimos cuarenta años.

No obstante los innegables avances particularmente la restitución de parte del presupuesto público histórico (Hardy, 1997; Hardy, 2010), la concepción general de la política social se mantiene intocada en su carácter subsidiario, focal y condicionado. Los sectores progresistas del gobierno suponen hacer la diferencia y hay gran experiencia en la administración de la cuestión pública. Pero la demanda social es creciente y se expresa en múltiples formas de organizaciones nuevas o tradicionales, aunque todavía sin una articulación plena que permita la presión desde abajo suficiente para presionar el cambio (Tetelboin, 2013).

Aunque en el contexto regional destacan programas sociales como la disminución de la pobreza, esta tendencia se encuentra detenida en los últimos años. Existen múltiples programas, entre otros, el *Chile crece contigo*¹ del primer periodo de la presidenta, y el *Programa Ético*

1 *Chile Crece Contigo* es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como foca-

Familiar que a través de una Asignación Social se proponía superar la pobreza extrema para el año 2014 (Ministerio de Desarrollo Social, 2014). Incluso, no obstante el impulso a los negocios del gobierno de Piñera por sobre la cuestión pública y su desatención, se ampliaron algunos derechos no logrados hasta entonces como la Ley N° 20.545 que amplía el Post Natal Parental.

El Ministerio de Desarrollo Social coordina 267 programas sociales de 13 ministerios, con un presupuesto para 2015 de \$3,720,972 (Ministerio de Desarrollo Social, 2015)., donde cada una de ellas corresponde a alguna excepcionalidad social, atendida por una política particularizada y gestionada, en vez de una política integral ciudadana por necesidades generales y etarias en igualdad de derechos.

EL ORIGEN DE LA DESIGUALDAD ESTRUCTURAL DEL SISTEMA DE SALUD. 1973/1981-2002

El sistema de salud chileno se caracteriza por una profunda contradicción instalada durante la dictadura militar. Por un lado el sistema de salud privado, las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que controlan casi la mitad de los recursos de salud del país para sólo el 17% de la población, operadas en la actualidad mayoritariamente por 4 empresas monopólicas (Tetelboin, 2013). Por otro, está el sistema público que fue segmentado en sistemas de salud a cargo de los hospitales, y la atención primaria a cargo de las municipalidades, a la vez que se separó la atención médica de la salud pública. Sin embargo, en conjunto, sigue atendiendo al 80% de la población, con un poco más de la mitad de los recursos disponibles. En ese sentido el sector padece a esta escala lo que otros a nivel de la política social, y es el resultado de la construcción neoliberal en el país a partir de 1973, especialmente en el diseño impuesto desde 1981 con las llamadas siete modernizaciones.

Esta situación persiste después de casi cuarenta años, y se encuentra naturalizada e invisibilizada por sectores importantes de la sociedad chilena, incluidos académicos y políticos, donde se entiende como una cuestión dada, inamovible e intransformable en el arte de la política real de lo posible. Sin embargo, otros sectores se han opuesto sistemáticamente a este diseño y hacen propuestas para su superación, entre ellas, discutir el esquema estructural y el papel del

lizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor. *La Asignación Social*, es la primera etapa del *Ingreso Ético Familiar*, es un beneficio, que ayudará a combatir las carencias básicas de las familias más vulnerables premiando el esfuerzo familiar y el de aquellas madres que buscan salir adelante a través de su trabajo, asegurando una educación y salud de calidad para sus hijos. Este beneficio se compone de una asignación base y de bonificaciones adicionales que premian el esfuerzo de cada familia beneficiaria (Informe de Desarrollo Social, 2014).

Estado, el financiamiento y las cotizaciones previsionales en el desarrollo del sistema de salud, la posibilidad de un sistema universal, entre otros.

Las ISAPRE se crearon después del golpe de estado porque las cotizaciones de los trabajadores para salud pasaron a ser de su exclusiva responsabilidad, obligatorias, se elevaron del 4% al 7% del salario y, al igual que las pensiones, se abrió la posibilidad para ser administradas por el sector privado. Estas medidas afectaron los sistemas de seguridad social, las cajas, cuyos fondos de pensiones serían administrados en adelante por las recién creadas Asociaciones de Fondos Previsionales, AFP, a la vez que en salud se crearon las ISAPRE. Sin inversión de capital, recibieron la administración de las cotizaciones de los trabajadores de más altos ingresos, los más sanos, con menores riesgos, y más jóvenes seleccionados a través de un estricto sistema de tamizaje y exclusión. Recién en 2013, el Tribunal Constitucional declaró inconstitucional el artículo 38 de la Ley N° 18.933 de la Ley de ISAPRE con motivo del alza unilateral de los precios de los contratos de salud, acogidas por vulneración a la garantía del artículo 19 N° 9 (derecho a la protección de la salud) (Zúñiga, 2011).

En un comienzo el fondo público creado, Fondo Nacional de Salud, FONASA, traspasaba estos fondos a estas empresas; posteriormente el traspaso es automático. Esto significó el desfinanciamiento de la institución pública de salud, el Servicio Nacional de Salud, SNS, desaparecido en 1978, y de las instituciones segmentadas que lo reemplazaron, fundamentalmente los 27 Servicios de Salud a cargo de los hospitales, y las municipalidades a cargo de la atención primaria. El FONASA mantuvo para sí el financiamiento de los escasos recursos públicos provenientes de las cotizaciones de los trabajadores de menores ingresos, con más riesgo, más viejos, mujeres en edad fértil, niños y ancianos, además de los rechazados de las ISAPRE, y los nuevos copagos para los grupos con clasificación C y D. Los únicos que no pagan su salud en Chile no obstante el sistema público que habla de su deterioro, son los grupos A y B que corresponden sólo al 30% de la población (Tetelboin, 2013). Los demás pueden optar al sistema de libre elección y paquetes para la atención en el sector privado.

Hasta aquí los antecedentes del origen de la disparidad de los recursos públicos en relación a los privados, necesario para comprender la problemática estructural del sistema de salud del país hacia adelante.

Durante el primer gobierno de la Concertación por la Democracia (1990-1994) hay un diagnóstico muy exacto de la situación del sector; sus características y desequilibrios, y que se deja de lado al primer año junto con el cambio del ministro de salud. En adelante y en los

demás gobiernos se avanza sin modificaciones estructurales, aunque “se discutió con fuerza visiones y paradigmas sobre el modelo de atención, de financiamiento y de gestión” (Artaza, 2013: 93) y como se ha dicho, se privilegió el refuerzo del sector público mediante aumentos sustantivos del gasto público en salud y en la gestión. Tampoco hubo un acuerdo para cambios mayores “y al existir una fuerte crítica de la oposición al aumento del gasto público en salud, la década de los noventa se caracterizó, dada la presión a favor de “privatizar o mejorar la gestión” por una sostenida preocupación por mejorar la eficiencia de la gestión hospitalaria” (Artaza, 2013, p.94).

Después de una caída de 3.3% a menos del 2% entre 1974-1990 del gasto público de salud en el periodo 1990-1999, prácticamente se recupera como porcentaje del PIB (Sepúlveda, 2010: 12), pero nunca se alcanzan los niveles históricos previos a la dictadura. Del total del presupuesto del 2010, sólo el 17% está dedicado a la atención primaria y el 14% para mantener la inversión en infraestructura y equipamiento de la red asistencial pública. También es innegable la restauración de las instalaciones de salud pública, especialmente los hospitales, que prácticamente habían quedado literalmente en ruina durante la dictadura, y la construcción durante la Concertación hasta 2010 de cuarenta y cuatro, de los cuales 14 están en operación, y el resto en ejecución, licitación y en desarrollo de proyectos, y 90 Centros de Salud Familiar; 165 Centros comunitarios de Salud Familiar (CECOF), 73 en operación, y los demás para entrar en operación en 2010; hasta 2009 habían 26.202 camas disponibles, 2.1 por 1000 beneficiarios, un número sensiblemente bajo si se compara con Canadá que tiene 3 por cada 1000 beneficiarios, por lo se requerirían 10.542 más para alcanzar estas cifras óptimas; en término de los centros de referencia cuya razón debiera ser 1 cada 30.000, el déficit en 2010 sería de 41 establecimientos (Sepúlveda, 2010: 12). La situación es peor aun si se consideran los efectos del terremoto de 2010, donde 25 hospitales quedaron dañados severamente con 7.147 camas inutilizadas y 9.339 a ser reparadas, con pérdidas con un total de 2.700 millones de dólares equivalentes a más de la mitad del presupuesto de salud para 2010 (Sepúlveda, 2010: 13).

También durante estos gobiernos se ajusta el per cápita de las municipalidades socioeconómicamente muy desiguales y se supera la etapa del autofinanciamiento; se establecen mecanismos de control sobre las ISAPRE, cuya Superintendencia había sido creada en los últimos días del gobierno militar, pero se mantiene intacto su sistema de selección, basado en exclusiones, carencias y preexistencias que propician un flujo continuo de aumento de costos y expulsiones que son asumidas por el sistema público. Sin embargo, todas las medidas

son insuficientes para superar el rezago acumulado, el crecimiento de la población, el cambio demográfico con la emergencia de las enfermedades crónicas en los primeros lugares tanto del sistema público como del privado, las demandas de la población por mejor atención que gradualmente se expresan de manera más exigente, y el personal de salud y sus organizaciones con comportamientos políticos variables en el tiempo, con grandes periodos de luchas y acuerdos corporativos y clientelares en otros.

Mientras el sistema público padece crisis profundas de endeudamiento, desigualdades regionales y municipales, descoordinación en los problemas de atención y rechazo, sistemas de referencias insuficientes por falta de capacidad y especialistas, falta de profesionales, especialmente médicos en la atención primaria, largas filas, esperas prolongadas, falta de capacidad de resolución, falta de medicamentos. Por su parte, los usuarios de las ISAPRE también padecen excesos de arbitrariedad, altos costos, mala atención y falta de cobertura en los planes de salud, y quebranto económico de las familias.

En síntesis, hasta el segundo gobierno de la Concertación no hay cambios estructurales, aunque se incrementan los recursos para la operación del sistema. Esto significa un mejoramiento del sistema público y mayores controles respecto de las ISAPRE. Sin embargo ambos sistemas mantienen una crisis por razones distintas, que no alcanzan a ser compensadas por las medidas tomadas hasta el momento.

EL AUJE/GES. LA PERPETUACIÓN DE LA DESIGUALDAD EN SALUD. 2004-2015

Las propuestas del tercer gobierno de la Concertación del presidente Lagos en este periodo parecían orientarse a resolver finalmente la situación dual del sistema de salud generando la expectativa de que el gobierno se distanciara del modelo de mercado, o que al menos diera solución a las necesidades del sector y a las demandas por mejor atención a la salud de la población. Así pareció cuando ante el anuncio de un paquete de cinco nuevas leyes, complementarias entre sí, se preveía un cambio de fondo del gobierno, por parte de la población y los profesionales y trabajadores del sector. Sin embargo, estas se presentaron de manera ambigua y contradictoria en el marco de una fuerte presión social, por un lado, los gremios de la salud, especialmente del Colegio Médico, la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud, la FENATS, y otras organizaciones en una de las luchas más significativas que se han desarrollado en el campo específico de la salud; entre tanto, la derecha, sus partidos y el sector empresarial de la salud presionaba en los lobbies a los funcionarios y al congreso, reiterando los argumentos históricos del riesgo estatista, la crisis de las finanzas

públicas y su sanidad, a la vez que las ISAPRE amenazaban con la elevación de precios de los planes de salud frente a las nuevas medidas.

Con la presentación del plan AUGÉ, posteriormente conocido como de Garantías Explícitas en Salud, GES, la política más importante de ellas, y su programa de priorización que beneficia al sector público y al privado, se desencadena una crisis que se resuelve finalmente con la imposición. En efecto, continuar con el modelo en ese momento, no era el único camino. O se daba un paso trascendental para poner fin a la contradicción central del sistema de salud, reorientando el destino de los fondos previsionales de salud para el fortalecimiento solidario del sistema público, o se mantenía y profundizaba la tendencia privatizadora. Finalmente ocurre lo segundo. Esta política se dirimió entre dos propuestas: una estructural, que pretendía reducir a la mitad la proporción del 7% de las cotizaciones destinadas a las ISAPRE, y formar un fondo de salud que si entraba al FONASA habría significado fortalecer las finanzas públicas y al sistema público. Sin embargo, la salida del GES, para el sistema público y privado, consiste en un sistema de priorización que combina incidencia de enfermedades con enfermedades llamadas catastróficas, que se aprueba en mayo de 2004, después de la ley sobre Autoridad Sanitaria y Gestión en febrero de ese mismo año.

La decisión de este gobierno es explicitada en un análisis que da cuenta del carácter de éste gobierno, a la vez del espíritu de la Concertación a estas alturas. De manera retrospectiva, Sánchez (2013) opina que Lagos “acorde a una mirada liberal imperante en el mundo de manera globalizante... entiende rápidamente que las reformas de los servicios sociales deben apuntar al eje rector-regulación antes que provisión y financiamiento, y así –con amplios consensos de los sectores políticos representados en el Poder Legislativo- el Estado pasa a ser el encargado de regir y regular el mercado de prestaciones en salud, centrando su atención en la fiscalización del cumplimiento de las normas...en esa administración ... se elevan las primeras propuestas de construcción de hospitales mediante el mecanismo de financiamiento conocido como Concesión, para los hospitales de Maipú, y La Florida” (Sánchez, 2014, 230). Se concibe que el sector privado invierte en actividades económicas de público interés, como autopistas, aeropuertos, puentes y hospitales, y el Estado le garantiza el usufructo de dichas instalaciones al tiempo de resolver con premura necesidades de la población (Sánchez, 2014). Esta política fue continuada durante Piñera por el Ministro Mañalich. Además, dice Sánchez, estos “proyectos oficialmente fueron presentados al país en el Mensaje Presidencia de Michelle Bachelet el 21 de mayo de 2006, iniciándose los estudios durante la administración de la ministra Dra. María Soledad Barría en 2007

[...] se anunció su construcción para el año 2012 y su puesta en funcionamiento en el 2013. Su construcción se financiará con la concesión de la operación *no clínica* (lavandería, cocina, laboratorio, estacionamientos, aseo, farmacia [...]) todos servicios que estarán sujetos a contratos de trabajo con las entidades privadas que administrarán estos hospitales (Sánchez, 2013: 230).

Es una propuesta controvertida desde diversos puntos. En los comienzos por los profesionales y gremios; en la actualidad ha emergido una línea crítica en el sentido de sus criterios. En tal sentido, desde el punto de vista del derecho, se ha planteado que el AUGE establece “criterios de racionamiento en materia sanitaria fundados en máximas de eficiencia que son contrarias a los principios de equidad que debieran sustenta las políticas sanitarias en de las sociedades democráticas, así como las teorías de justicia redistributiva permiten valorar críticamente los criterios de racionamiento sanitarios utilizados por las Guías Clínicas de cada una de las patologías GES/AUGE que resultan contrarios al principio de equidad (Zúñiga, 2011) y desde el punto de vista del derecho a la salud es un derecho básico reconocido para todos los ciudadanos (Lavados, 2008). Adicionalmente de resolver temas de oportunidad indiscutibles que debieran estar garantizados en cualquier sistema de salud, el GES produce una sobre carga al sistema público porque se vuelca a darle prioridad, afectando el derecho a la salud de los demás usuarios y enfermos no priorizados; en el privado, refuerza a las ISAPRE, que cobran además un adicional obligatorio para cubrirlo.

Si la política del GES tenía por objetivo resolver gradualmente las fallas del sistema de referencia desde la atención primaria a las consultas de especialidad, incorporando gradualmente patologías, visto no sólo desde el punto de vista de la teoría de los derechos sino ahora por sus resultados, pareciera ser una solución parcial que ha generado nuevos problemas y ha continuado el deterioro del sector público, profundizando sus carencias. La razón de fondo que promovió estos intereses se relacionan con los grupos de poder, fuera y dentro del gobierno, que asimilaron los proyectos de mercado y la idea que *no importa quién preste los servicios porque lo importante es el beneficio a las personas*, una falacia neoliberal, porque es sabido que los servicios privados, salvo los filantrópicos, agregan costo a las prestaciones. En tal sentido es importante estudiar al equipo que planteó esta Reforma y las circunstancias en que en una oficina paralela a la ministra de salud de esa época, Michelle Bachelet, se articularon nuevos puentes entre el sector público y el privado, a través de los consumidores, los pacientes, y la demanda.

En tal sentido puede leerse el debate en torno al AUGE, el presidente Lagos manifestaba en su informe al congreso el 1 de mayo de 2004, en un discurso en clara alusión a sus contrincantes, los médicos, profesionales y trabajadores de la salud en las calles y en las instituciones públicas de salud oponiéndose al AUGE/GES, que: “hemos logrado cambiar el eje del debate”. Nadie discute que en materia de salud necesitamos una reforma que dé atención oportuna y de calidad a todos los chilenos y chilenas. No sólo al quince por ciento que tiene mayores recursos y puede pagar. Para lograrlo necesitamos recursos para financiar y solidaridad para gestionar. Se discute sobre los mejores mecanismos para ello y, como Presidente de todos los chilenos, me alegra que éste sea el debate. Que el debate sea sobre los mecanismos para mejorar, sobre cómo hacer la Reforma, pero no discutir si es necesaria o no. Con este conjunto de reformas avanzaremos en la modernización, eficacia y mayor equidad en la atención de la salud pública y privada, y podremos contar con instrumentos regulatorios necesarios para ampliar, mejorar y garantizar la cobertura y calidad en la prevención y protección de la salud de los chilenos (Lagos, 2004).

El Plan AUGE comenzó como piloto en un hospital de Valdivia, en agosto de 2002, con tres patologías. El 2003 hubo cinco patologías y hacia fines de año se incorporarían doce nuevas patologías, el infarto al miocardio, cáncer de testículos y linfomas en adultos, cataratas en los mayores de quince años, artrosis de cadera, escoliosis en menores de 25 años, fisura labio palatina, disrafias espinales operables y el VIH-SIDA, completando 17 patologías para 2004 (Lagos, 2004). En los comienzos se definieron 25 enfermedades, entre las cuales del primer grupo estuvo la hipertensión y diabetes, y en las segundas, el VIH, algunos tipos de cáncer y la insuficiencia renal crónica. Actualmente las patologías incluidas son 80.

El financiamiento de la atención primaria habría tenido prioridad respecto de otros rubros duplicándose entre 1999 y 2004, y según otras fuentes del 8% en 1990 a 25% en 2005 (Artaza y Lenz, 2013) en coincidencia con el inicio formal del AUGE/GES. También se habrían aumentado en un 53% las atenciones médicas de los consultorios, significado un aumento de 10 a 15 millones de atenciones, la atención odontológica habría crecido en un 140% en estos cuatro años, llegando a 2 millones 500 mil en 2003. Otras medidas implementadas en este periodo es la atención hasta las ocho de la noche en 144 centros de salud, aumento de los servicios de atención primaria de urgencia en un 90%, y el 96% de la cobertura de la población en atención primaria con exámenes de laboratorio. A la vez planteaba el reto de “mantener el ritmo de crecimiento de la atención primaria, con más especialistas, con más laboratorios, con más

atenciones. Ahí es donde se da la verdadera batalla por la Reforma a la Salud” (Lagos, 2004).

Entre algunos de los resultados de estos años de implementación del GES, se puede mencionar que para 2014, la distribución de las garantías del AUGE/GES entre FONASA e ISAPRE, muestra el siguiente comportamiento que da cuenta de las condiciones de salud de sus respectivas poblaciones, pero sobre todo del conocimiento que una u otra tiene de sus derechos frente a esta política. A nivel ambulatorio, cuatro enfermedades concentran 63.8% del total de las atenciones de los dos sistemas, aunque para FONASA representa el 63.4, mientras que para ISAPRE solo el 29.5% de estas². Estas son las urgencias odontológicas, las infecciones respiratorias agudas infantiles, la hipertensión arterial y la diabetes Mellitus 2. A nivel hospitalario, también cuatro enfermedades concentran el 62.1% del total de las atenciones de los dos sistemas, aunque para FONASA representa el 63.4, mientras que para ISAPRE solo el 29.5%³. Estas son el infarto agudo del miocardio, el parto, la prematurez y la colecistectomía preventiva (El Mercurio, 2014:C4). Llama la atención que fuera de los infartos de miocardio y la prematurez, las demás atenciones pueden considerarse de atención regular en cualquier sistema de salud.

En relación a los medicamentos la situación está lejos de ser la óptima. Una revisión de la Superintendencia de Salud a mediados de 2014 a 146 consultorios reveló que el 86% de ellos no tenía remedios para tratar 19 problemas de salud del stock de 73 medicamentos incluidos en el AUGE, los que por ley, deberían ser entregados a los pacientes. En una anterior en 2013, 120 consultorios tenían falta de medicamentos, 43.9% menos, es decir, la mitad de la actual cifra⁴ lo que significa que el problema ha empeorado. En relación a este problema desde julio del 2014 existe una política específica, el nuevo Fondo de Farmacia, cuyo objetivo es que los municipios tengan los recursos ne-

2 La primera causa ambulatoria son las urgencias odontológicas con un 20.2% , distribuyéndose para FONASA con 20.7% y para ISAPRE 9.1%; la Infección Respiratoria Aguda (IRA) Infantil con 19%, FONASA 19.3% e ISAPRE 13.2%; Hipertensión Arterial 17.6%, FONASA 17.2% e ISAPRE 26.2%; Diabetes Mellitus tipo 2, 7%, FONASA 6.7% e ISAPRE 12.2%.

3 La primera causa hospitalaria es la atención al Infarto Agudo del Miocardio representa un 29%, FONASA 29.9% e ISAPRE 9.4%; en segundo lugar, la analgesia del parto 17.9%, FONASA 18.6% e ISAPRE 1.3%; Prematurez 7.9%, FONASA 8.0% e ISAPRE 5.5%; Colecistectomía preventiva 7.2, FONASA 6.9%, e ISAPRE 13.3%.

4 Los faltantes eran Metilfenidato, para tratar consumo perjudicial o dependencias de drogas y alcohol; Fenobarbital pediátrico para la epilepsia no refractaria; Clindamicina, para urgencias odontológicas ambulatorias; y Pravastina, usado para el tratamiento de diabetes, hipertensión y prevención de enfermedades renales.

cesarios para mantener en tratamiento a los enfermos, especialmente para presión alta y diabetes (Radio Cooperativa, 2014).

El tema de si las fallas son un problema de recursos o de gestión es un debate frecuente en el sistema de salud chileno. En relación a la falta de medicamentos AUGE en consultorios, el superintendente de Salud Sebastián Pavlovic manifestó “No todos los consultorios andan mal, pero hay algunos en los que se evidencian problemas, y no necesariamente es falta de recursos. Hay fallas de gestión”, y agregó que en el 80 por ciento de los establecimientos se observaron inconsistencias, tales como que se entregó una cantidad menor de fármacos a la indicada por el médico o no hubo registro de despacho (Radio Cooperativa, 2014).

La pregunta es qué pasa con los programas regulares, no GES, en el sistema público, con la población y con los trabajadores?

Al respecto existe poca información pero se puede recurrir a la revisión de la prensa y de los medios electrónicos. Por estas fuentes se “estima que el 78% de la lista de espera de pacientes, usuarios de los servicios de salud de Chile, se encuentran con una espera mayor a los 120 días. El 56.98% de los usuarios enlistados supera el año en esta situación (La izquierda diario, 2015). En el caso de los trabajadores el descontento y malestar se expresa por diferentes sectores. En el caso de la Federación Nacional de Funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública (FENFUSSAP) opinan que la salud en Chile está en crisis y se expresa en los diversos movimientos: el de Quellón, que no es un caso aislado y se enmarca en un conjunto de manifestaciones que dan cuenta del malestar ciudadano respecto a la salud: falta de médicos en Lo Espejo, el escándalo en los servicios de urgencia del país, la “Marcha de los Enfermos” por obtener sus medicamentos, movilizaciones de los Médicos Residentes por condiciones laborales básicas, el Frente por la defensa de la salud pública que detuvo la concesión del Hospital Barros Luco, descontento por abusos desde las ISAPRES genera gran número de recursos de protección en tribunales, grandes copagos que limitan el acceso a la atención de salud, etc. Esta crisis es transversal al quehacer de todos los chilenos. Tiene su origen en la estructura del sistema de salud y las políticas implementadas en los últimos 30 años, las cuales han llevado a un desmantelamiento progresivo de la salud pública, acrecentando la desigualdad y la segregación del sistema sanitario (FENFUSSAP, 2015).

En el caso de los profesionales, la falta de presupuesto en el sector público generó la movilización de los 30 jefes de servicio del Hospital de Concepción en octubre del 2013. Según estimaciones la deuda histórica que tiene el centro de salud asciende a 7 mil millones de pesos (Mundo contemporáneo, 2013)

En abril pasado, la Confederación de Trabajadores de la Salud de los hospitales convocó a un paro nacional en demanda de mejoras

salariales, de infraestructura, el cumplimiento de la carrera funcionaria y el fin de trabajo bajo la modalidad de honorarios. En su opinión, el daño y el desmantelamiento de la salud pública hospitalaria iniciada con la dictadura militar, se ha mantenido y profundizado en los gobiernos de democracia. Lagos dio dos grandes golpes al sistema público: el sistema de concesiones hospitalarias y el resultado de las reformas de salud que fortalecieron al sector privado de manera inaudita. El sector público está sumido en una deuda que supera los 103 mil millones de pesos. (La izquierda diario, 2015).

Esta situación crítica que afecta especialmente al sistema hospitalario terminó finalmente por ser públicamente reconocida por la Ministra de Salud Dra. Castillo, en relación a la crisis de la subsecretaría de Redes Asistenciales que controla los hospitales del país, las contradicciones con el FONASA y la Secretaría de Hacienda, y la exigencia por presupuesto extra para los hospitales para terminar la deuda hospitalaria que se arrastra por décadas, debido a los aranceles por debajo de su valor que paga el FONASA (El Mercurio, 2015, p.1).

CONCLUSIONES

El AUGE/GES es un programa que promueve la relación pública privada y estimula el retiro del papel de prestador del Estado chileno. Es por ello que no sólo no logra resolver los agudos problemas creados por la desigualdad del sistema creado durante la dictadura, sino avanza en la misma trama. En el caso del sistema público, las inmensas carencias e incapacidades para resolver cuestiones como la falta de personal, el escaso presupuesto, y su expresión principal, las listas de espera se deben a falta de voluntad política, falta de presupuesto e interés en lo público. En el sistema privado, los altos costos, las exclusiones, y las expulsiones frente a nuevas patologías fueron acotadas por la intervención de la Corte Suprema, sin embargo el modelo sigue financiado por las cotizaciones previsionales, una situación inadmisibles en la actualidad. De tal modo que en vez de deshacer el camino anterior, integrando nuevamente las redes en el marco del sistema público articulando no sólo funcional sino estructuralmente en las regiones sanitarias los hospitales y la atención primaria y fortaleciendo su presupuesto, el AUGE se introdujo una nueva segmentación en el sector público que profundizó en la misma línea lo alcanzado por la administración de cotizaciones públicas por las ISAPRE, al permitir trasladar los recursos públicos al privado a través de la compra de atenciones, de la contratación de servicios de construcción, administración y operación de hospitales públicos por privados.

En este sentido, el AUGE no representa la mejora de las condiciones de atención pública, sino que es un segundo momento de in-

sistencia en el modelo privatizador; una profundización del modelo neoliberal o privatizador en salud, aunque logre solución al problema de algunas personas, aunque de por sí mantuvo indicadores de salud entre los mejores de la región.

BIBLIOGRAFÍA

- Artaza, Osvaldo, R. Lenz y A. Muñoz 2013 “Chile” en OPS/OMS *Cobertura Universal de Salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México* (México DF: OPS OMS México).
- Banco Mundial 1993 *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud* (Washington DC: Banco Mundial).
- BBC Mundo 2015 “Pentagate, el caso que destapó la corrupción en Chile” en http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2015/01/150115_chile_caso_penta_corrupcion_irm acceso 7 de junio del 2015
- BID 2014 “Planes de beneficios en salud de América Latina Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional” en http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6484/Planes_de_beneficios_en_salud_de_America_Latina.pdf acceso 7 de junio del 2015
- Borón, Atilio 2003 (1999) “La Sociedad Civil después del diluvio Neoliberal” en Sader, Emir y Gentili, Pablo (comps.) *La Trama del Neoliberalismo. Mercado, Crisis y exclusión social* (Buenos Aires: Editora Universitaria de Buenos Aires).
- Buss, Paulo 2010 “Desafíos para la Salud Pública Contemporánea en Tiempos de Cambio” en *Revista Chilena de Salud Pública* (Santiago) vol. 14 (2-3).
- Castro, Carlos 2012 “Salud y Seguridad Social: un breve comparativo de cinco países de América Latina” en *Análisis 8* (Colombia:Friedrich Ebert).
- El Mercurio* 2014 (Santiago de Chile) 12 de diciembre, p. C 4.
- El Mercurio* 2015 (Santiago de Chile) 15 de junio, p. D 10.
- Fazio, Hugo 2014 *El mundo del 1%, 0.1% y 0.001%* (Santiago: Editorial Universidad Santiago de Chile).
- Fazio, Hugo 1999 *La crisis pone en jaque al neoliberalismo. Causas profundas de la recesión en Chile* (Santiago de Chile: Universidad Arcis).
- Fayer Wayer 2015 “¿Cuánto se comentaron los casos Cabal, Penta y SQM? en redes sociales?” <https://www.fayerwayer.com/2015/03/cuanto-se-comentaron-los-casos-caval-penta-y-sqm-en-redes-sociales/> acceso 7 de junio del 2015.

- Federación de trabajadores de funcionarios de la subsecretaría de salud pública (FENFUSSAP) 2015 en http://www.fenfussap.cl/index.php?option=com_k2&view=item&id=500:%E2%80%9Cde-sde-quell%C3%B3n-construyamos-un-movimiento-social-por-la-salud%E2%80%9D&Itemid=9 acceso 10 de mayo del 2015.
- Hardy, Clarisa 2010 “De la protección social a una sociedad que iguala las oportunidades y derechos” en Hardy, Clarisa (comp.) *Ideas para Chile. Aportes de la centro izquierda* (Santiago: LOM Ediciones).
- Hardy, Clarisa 1997 *La reforma social pendiente* (Santiago de Chile: Fundación Chile 21).
- Harvey, David 2005 *El “nuevo” imperialismo: acumulación por desposesión* (Buenos Aires: Socialist Register 2004, Buenos Aires, CLACSO).
- Lagos, Ricardo 2004 *Mensaje Presidencial ante el Congreso Nacional del Presidente ante la Legislatura Ordinaria*, Santiago, 21 de mayo.
- La Izquierda diario 2015 en <http://www.laizquierdadiario.cl/Las-listas-de-esperas-la-realidad-de-casi-2-millones-de-usuarios-de-la-Salud-en-Chile>, y <http://www.laizquierdadiario.cl/Paro-nacional-hospitalario-la-voz-de-los-trabajadores-y-la-sordera-del-gobierno> acceso 10 de mayo del 2015.
- Lavados, Claudio (2008) “El principio de justicia y la salud en Chile” en *Acta Bioética* (Santiago: U. de Chile) 14(2):206-211.
- Mundo contemporáneo 2013 en <https://mundocontemporaneoudd.wordpress.com/2013/10/10/medicos-del-hospital-anuncian-radicalizacion-de-su-movimiento/> acceso 10 de mayo del 2015.
- OPS/OMS (2002) “Conjuntos de Prestaciones de Salud. Objetivos, Diseños e Implementación” en <http://www.paho.org/hq/documents/conjuntosdeprestacionesdesaludobjetivosdisenoyaplicacion-ES.pdf> acceso 7 de junio del 2015.
- OPS/OMS 1999 “Curso Introducción a las FESP” en http://cursospaíses.campusvirtualesp.org/file.php/34/Modulo_1_Fundamentos/Material_principal/08_INTRODUCCION_A_LAS_FESP.pdf acceso el 7 de junio del 2015.
- Radio Cooperativa (2014) <http://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/medicamentos/en-el-86-por-ciento-de-los-consultorios-faltan-medicamentos-auge/2014-10-26/112124.html>, acceso 10 de mayo del 2015.
- Radio Universidad de Chile 2015 <http://radio.uchile.cl/2015/04/08/presidenta-bachelet-no-he-pensado-en-renunciar>, acceso 7 de junio del 2015.

- Ministerio de Desarrollo Social 2015 <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/> acceso 30 de mayo del 2015.
- Ministerio de Desarrollo Social 2014 *Informe de Desarrollo Social, 2014* (Santiago:Gobierno de Chile).
- Moulian, Tomás 1997 (1997) *Chile actual. Anatomía de un mito* (Santiago: ARCIS).
- Salinas, Darío 2007 *Vicisitudes de la Democracia. Entre el Peso del Modelo y los Límites de la Política en Chile* (México DF: Ed. Plaza y Valdés).
- Salinas, Darío 2014 “Chile: obstáculos políticos de la democratización y malestar de la sociedad”, en *Estudios Sociológicos* (México DF: Colegio de México) Vol. XXXII, N° 94.
- Sánchez, Héctor (2013) “Algunas ideas fundantes en el sistema de salud chileno en Revista Chilena de Salud Pública (Santiago) Vol 17 (3).
- Sepúlveda, Cecilia 2010 “El sistema de salud chileno”, en *Le monde Diplomatique* (Santiago: Le Monde Diplomatique edición chilena).
- Tello Carlos e Ibarra, Jorge 2012 *La Revolución de los Ricos* (México, DF: Facultad de Economía, UNAM).
- Tetelboin, Carolina 2010 “Evaluación de propuestas internacionales y regionales en el recurrir de las políticas y las instituciones de salud en América Latina”, en Mercado, Abel y Mercado, Francisco J. (Eds.) *La Evaluación de Programas y Servicios de Salud en América Latina. Enfoques emergentes* (Mérida, Yucatán: UADY:CUMEX).
- 2013 “Sistema de saúde, desenvolvimento e direitos no Chile: uma questao a ser construída” en Cohn, Amelia (Org). *Saúde, cidadania e desenvolvimento* (Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento).
- Zúñiga, Carmen, Zúñiga, Ignacio y Medina, Sebastián 2013, “Conflicto de intereses y su expresión en el financiamiento del sistema de salud de Chile” en Tamez, Silvia et al. (comps.) *La salud y su atención: problemas actuales, miradas diversa* (México DF: UAM-X).
- Zúñiga, Francisco 2011 “La declaración de inconstitucionalidad de la Ley de ISAPRES en el tribunal constitucional” en http://www.udp.cl/descargas/facultades_carreras/derecho/pdf/anuario/2011/04_Zuniga.pdf acceso 7 de junio del 2015.

Mauricio Torres-Tovar*

RESISTENCIAS Y LUCHAS SOCIALES EN LATINOAMÉRICA POR LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD

EL CASO COLOMBIANO

LOS PUEBLOS DE AMÉRICA LATINA han venido resistiendo y movilizándose contra la mercantilización de la salud que ha impuesto el modelo neoliberal. Han venido luchando por hacer realidad la garantía del derecho a la salud demandando la responsabilidad del Estado en su garantía y que su concreción se dé en una perspectiva universal, pública e incluyente que reconozca la diversidad de los pueblos.

Pero igualmente los pueblos han logrado que se establezcan formas de garantía del derecho a la salud, bien al demandar el diseño de políticas y sistemas de salud que concretan formas de realización del derecho o bien porque desde una perspectiva autónoma han impulsado la solución de las necesidades de salud desde sus propios conocimientos y prácticas.

Este texto muestra diversas formas en que se resiste y se lucha por el derecho a la salud en la región de Latinoamérica, teniendo como estudio de caso lo que ha venido sucediendo en Colombia, dado que este país ha sido punta de lanza en el proceso de reformas neoliberales de los sistemas de seguridad social y de salud tanto en la región como

* Médico, Máster en Salud Pública y Máster en Estudios Políticos. Profesor Asistente, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Presidente de la Asociación Internacional de Políticas de Salud - IAHP. Miembro de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social – ALAMES.

en el ámbito global y desde esta experiencia plantear un conjunto de aprendizajes y retos en el terreno de la lucha y la movilización social por la salud.

MOVILIZACIÓN SOCIAL Y MARCOS DE ACCIÓN POR EL DERECHO A LA SALUD EN AMÉRICA LATINA

Un rasgo que ha caracterizado a la región de América Latina ha sido sus procesos constantes de resistencia y movilización social, tan de vieja data como los que se dieron alrededor de las imposiciones de la conquista. En años recientes se dieron hechos tan connotados de movilización social como los ocurridos en Ecuador en 1997, 2000 y 2002 que llevaron a la caída de tres presidentes, o como el caso de Bolivia en el 2002 que tumbó a un presidente y expulsó a una multinacional francesa o como el ocurrido en Venezuela en el 2002 que logró controlar un golpe de Estado y reponer la investidura presidencial a Hugo Chávez.

La dinámica social de América Latina tiene su propio ritmo, que no es ajeno a la movilización social mundial, como lo evidenció la denominada primavera árabe que tuvo repercusiones e influyó en los procesos de movilización de la región como los dados en Brasil en contra del alza del servicio público de transporte o contra la realización del mundial de fútbol o como las dadas en Chile exigiendo que la educación sea pública; confirmando de alguna manera que las movilizaciones y luchas sociales hacen parte de las dinámicas políticas tanto globales como locales.

En este sentido, son los contextos sociales, económicos y políticos los que explican el marco de acción de los procesos de resistencia, movilización y organización social que dan los pueblos en sus luchas por las demandas que consideran legítimas.

Para el caso de los pueblos de América Latina este marco de acción en los últimos años está dado por los contextos de reformas neoliberales implementadas desde la década del noventa (Homedes & Ugalde, 2011; Laurell, 2015); por los contextos donde se han impulsando procesos de reformas de carácter garantista de derechos sociales (Laurell, 2014); e igualmente por contextos donde las comunidades han hecho una apuesta autónoma al considerar que se puede generar alternativas sociales sin la presencia del Estado (Holloway, 2002).

En el campo de la salud, estos contextos de la región se debaten entre las políticas de corte neoliberal que han generado procesos de privatización de los sistemas de salud, aumentando tanto las inequidades sanitarias como los problemas de salud de la población; las que impulsan, sostienen y desarrollan sistemas nacionales de salud de carácter público y universal con el objeto de hacer realidad la garantía del derecho y acceso a la salud de las poblaciones (Torres-Tovar, 2014b)

y las propuestas de autonomía comunitaria que impulsan alternativas de salud propias (Heredia, 2007; Chávez, 2008; Torres-Tovar, 2009).

Las políticas neoliberales en el campo de la salud han generado intervenciones con un enfoque de focalización a través de la vía de los subsidios estatales para el aseguramiento en salud de los sectores más empobrecidos y han incorporado los servicios de aseguramiento y prestación de servicios en las estructuras de mercados privados, y aunque han mejorado el indicador de cobertura de aseguramiento y ha habido un aumento del gasto en salud, esto no ha conllevado a mejorar el acceso real a los servicios para las personas, ni ha mejorado la equidad y eficiencia del sistema de salud, ni mucho menos la calidad de los servicios.

Lo que sí ha ocurrido con estas políticas neoliberales es un incremento de la participación del sector privado en la prestación de servicios financiados por el sector público, un deterioro de las políticas y programas de salud pública y una flexibilización de las formas de contratación pública llevando a una precarización de las condiciones de trabajo de los empleados del sector salud, entre otros efectos negativos (Homedes & Ugalde, 2005; Torres-Tovar, 2008; Laurell, 2015). Adicionalmente se puede plantear, que el uso permanente de acciones judiciales para la protección del derecho a la salud denota la violación sistemática a este derecho que estas políticas neoliberales producen (Yamin & Gloppen, 2013).

Por su parte, el impulso de políticas y sistemas de salud desde gobiernos progresistas ha defendido la salud como un bien público y un derecho humano, ha llevado a generar intervenciones sociales para afectar los determinantes sociales de la salud y ha estructurado sistemas de salud públicos, universales y gratuitos, con lo que se ha mejorado las condiciones de vida y de salud. Sin embargo estas experiencias enfrentan distintos tipos de problemas como la continuidad en la prestación de servicios, un acceso limitado a los servicios complejos de atención y la derivación del dinero público hacia sectores privados (Laurell, 2014).

En cuanto al desarrollo de propuestas autónomas (Heredia, 2007; Chávez, 2008) estas han permitido construir en prácticas concretas una perspectiva integral de salud, producida comunitariamente con promotores/as de salud, retomando saberes y practicas ancestrales conjugadas con saberes de la medicina occidental, estableciendo cultivos de alimentos tradicionales para garantizar niveles nutricionales adecuados para la comunidad, desarrollando obras de saneamiento básico que permiten el acceso al agua potable, construyendo escuelas que garantizan el derecho a la educación, entre una multitud de ricas intervenciones que se dan en la región, llegando incluso al desarrollo

de sistemas de salud autónomos. Estas experiencias han trazado un horizonte político, social y ético claro de rebeldía, dignidad, democracia y justicia social en la región, pero que desde luego son más de escala comunitaria que provincial o nacional.

Este contexto diverso es el que explica la dinámica de contienda política que se da por el control del sector de la salud entre dos modelos en pugna, uno hegemónico de carácter neoliberal que considera a la salud como un bien privado de consumo que se adquiere en un mercado de servicios y en el que hay que demostrar capacidad de pago; versus uno contrahegemónico, que reconoce a la salud como un bien público y derecho humano, responsabilidad del Estado, al que se suma la perspectiva de los procesos autónomos en tanto sus experiencias concretas pretenden hacer realidad la salud como un bien colectivo protegido por las propias comunidades.

LAS LUCHAS Y RESISTENCIAS POR EL DERECHO A LA SALUD EN LA REGIÓN¹

En América Latina se dan procesos numerosos y diversos de resistencia, movilización y organización social que tienen como eje la denuncia y demandas alrededor de derechos civiles y políticos y de derechos económicos, sociales y culturales. En el último periodo, el conjunto de movilizaciones demandan entre otros asuntos democracia; tierra, territorio y soberanía alimentaria; defensa de bienes públicos como el agua, la educación y la salud; y rechazo a los grandes proyectos extractivos y agroindustriales.

De forma específica, la agenda de movilización por el derecho a salud impulsada por diversas redes mundiales, regionales y nacionales, involucra un rechazo amplio a la privatización y mercantilización de la salud; demanda por acceso a salud para todos a través de la instrumentación de la estrategia de Atención Primaria en Salud e igualmente acceso adecuado a medicamentos genéricos y de calidad; creación y/o preservación de los sistemas públicos universales de salud; mejoramiento de las condiciones laborales del personal de salud y rechazo a la mega minería por sus impactos negativos en la salud y el ambiente, entre otras demandas.

En este sentido, la región cuenta con una rica experiencia de lucha y movilización social por la garantía del derecho a la salud, la cual puede agruparse principalmente en tres tipos:

1 Este acápite se realizó teniendo como base la información aportada por actores claves en salud de la región que son miembros de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social – ALAMES y del Movimiento de Salud de los Pueblos – MSP.

1. Resistencias y luchas contra las reformas neoliberales en salud. Estas rechazan la imposición de políticas y sistemas de salud de corte neoliberal, que han mercantilizado la salud y privatizado los sistemas de seguridad social y de salud. Proponen que la salud sea reconocida como un derecho humano y un bien público. Acá se ubican las experiencias en Paraguay, Perú, Colombia, México, Chile, entre otros países de la región. Un muy buen ejemplo de este tipo de resistencia y lucha social se dio en el 2002 en El Salvador en contra de la privatización del sistema de salud que involucró amplios sectores de la sociedad y logró contenerla (Méndez-Sandoval y Torres-Tovar, 2012);
2. Defensa e impulso a las reformas progresistas. Se refieren a la defensa de los sistemas de seguridad social de base pública y de los sistemas de salud universales atacados por la visión privatizadora y mercantil, como son el caso de Brasil y Costa Rica y la presión y respaldo para la constitución de sistema de salud públicos que reconozcan la diversidad de los pueblos, como en el caso de Bolivia, Ecuador, Venezuela y El Salvador (ALAMES, 2014). Acá se da el caso emblemático de Cuba, que ha sostenido su Sistema Nacional de Salud, en donde la movilización social se ha dado a través de las organizaciones sociales y políticas que tienen influencia en el curso del Sistema (Vega-Romero & Torres-Tovar, 2008);
3. Iniciativas y luchas autónomas. Son propuestas de resistencia desde las propias comunidades, con un carácter independiente, por generar sus propias formas de cuidado y protección de la vida y la salud, como las experiencias en Chiapas-México, en Chimaltenango – Guatemala (Albizu, Todosantos y Méndez, 2005), en provincias del nordeste de Argentina y en Cochabamba – Bolivia. Acá destaca como experiencia emblemática el desarrollo el sistema de salud autónomo de las comunidades zapatistas en el sur de México (Torres-Tovar, 2009).

Esta dinámica de movilización social evidencia que en el continente se da una pugna entre un modelo hegemónico en salud de carácter privatizador contra otro, contra hegemónico, que da prioridad a lo público y a lo comunitario, desde donde se busca rescatar la sabiduría y prácticas propias en salud de los pueblos de la región.

Se puede plantear de manera general que esta movilización social en salud en el continente tiene varias características en común, entre las que destacan:

- En términos de actores participantes hay una predominancia de los actores laborales organizados a través de los sindicatos del sector salud, pero también hay participación de sectores gremiales de la salud y usuarios de los servicios de salud;
- En términos de los repertorios de acción, es decir la forma como se hace la movilización social, predomina las manifestaciones, las concentraciones, las marchas y los paros (huelgas) y las acciones de carácter legal tratando que se expidan normas en varios niveles que transformen la realidad de salud que se denuncia;
- En términos de la agenda de lucha dada la fuerte presencia de los sindicatos como actores convocantes, el tema laboral tiene un predominio exigiendo mayor estabilidad en el trabajo y mejores salarios, pero a su vez, la preservación y fortalecimiento de la institucionalidad de los servicios de salud y de seguridad social públicos.
- Otro elemento predominante de lo que se demanda como parte de la agenda, es el acceso a los servicios de atención, con oportunidad, calidad y humanidad, y acceso adecuado a los medicamentos;
- La confrontación se hace principalmente contra los gobiernos nacionales y los gobiernos locales, constituyéndose en los principales adversarios en la lucha por la salud.

Desde luego que el abanico de actores es más amplio y un asunto que llama la atención en la región es que movimientos específicos como los de mujeres, indígenas, LGTBI, afros, jóvenes, han ido incorporando en sus agendas demandas de salud. Desde la acción colectiva de emprenden estos movimientos se tienen repertorios más innovadores que superan las formas clásicas de movilización.

Esta rica acción social colectiva que se da en el continente, revela un conjunto de retos que enfrenta la movilización social por el derecho a la salud, entre los que destacan la de sistematizar el acumulado de saberes, acciones y propuestas; avanzar por demandas más integrales que incorporen a la específicas; contribuir a configurar prácticas de salud que tengan en cuenta la diversidad cultural y que superen el estrecho marco de la enfermedad.

LUCHA SOCIAL POR EL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA²

La lucha y movilización social por el derecho a la salud en Colombia se inscribe en el primer grupo de aquellas acciones sociales colectivas

2 Las descripciones hechas alrededor de la movilización social por el derecho a la salud en Colombia se apoyan en la investigación realizada por el autor denominada Acción Social Colectiva por el Derecho a la Salud en Colombia 1994 – 2010. Estudio de

que se enfrentan a políticas privatizadoras de la salud, y que propone que la salud sea reconocida y tratada como un bien público y un derecho humano.

En Colombia desde comienzos de los años noventa del Siglo XX se inició un conjunto de reformas económicas, sociales y políticas a partir de las orientaciones dadas por los entes financieros multilaterales, en el marco de la globalización neoliberal que propuso la liberalización del mercado y el ajuste estructural del Estado. Las reformas que impulsó fueron tanto del aparato estatal (reforma judicial y administrativa), como del sector económico y social (reformas tributaria, educativa, laboral, de seguridad social y de salud) y una reorientación del Estado llevándolo a un papel más de regulador del mercado que de oferente directo de servicios sociales (Torres-Tovar, 2008).

En el campo específico de la seguridad social en salud, Colombia acogió la orientación de reforma a este sector propuesta por el Banco Mundial, que tenía como eje central la reforma del financiamiento de los servicios de salud (Banco Mundial, 1993).

La reforma constitucional de 1991, colocó a tono esta orientación, al definir la salud como un servicio público que podía ser prestado por instituciones públicas o privadas. Fue la base para instaurar una reforma a la seguridad social a través de la Ley 100 de 1993. Esta creó el Sistema de Seguridad Social Integral, que configuró un modelo de aseguramiento individual a la enfermedad bajo la lógica de regulación de mercado, con una figura de intermediación a través de compañías aseguradoras de salud, las mal llamadas Empresas Promotoras de Salud - EPS (Torres-Tovar, 2014a).

En la Ley 100 subyace la concepción de la salud como un bien de consumo privado, responsabilidad directa de los individuos, quienes acceden a ella a través de un mercado de servicios, en donde el Estado incorpora al mercado a las personas que no tienen capacidad económica a través de una política focalizada de subsidios. Con esta ley, se ha consolidado durante los últimos veinte dos años una concepción de la salud como mercancía, alejando las políticas públicas de la comprensión de la salud como derecho humano y deber de Estado (Torres-Tovar y Paredes, 2005).

En términos de los resultados que ha ocasionado este sistema de salud se evidencia un conjunto de efectos negativos, que son en gran medida los motivos que alientan las luchas sociales por el derecho a la salud en Colombia (Torres-Tovar, 2013a). Entre estos se destacan: 1) debilitamiento de lo público en seguridad social y salud con pérdidas

caso de Bogotá (Torres-Tovar, 2013a); igualmente por el conocimiento que le ha brindado al autor ser activista del movimiento social por el derecho a la salud en Colombia.

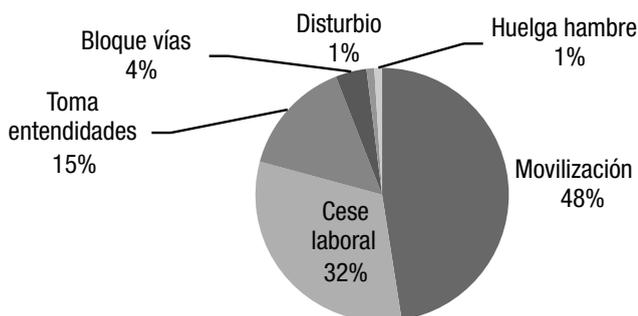
de los acumulados en el desarrollo de políticas y programas de salud pública, promoción y prevención y de los procesos de inspección, vigilancia y control sanitario; 2) deterioro y en gran medida liquidación de la institucionalidad hospitalaria y de seguridad social pública³; 3) deterioro de la situación de salud de la población y de la condición laboral de los trabajadores del sector salud; 4) incremento de las barreras de acceso a los servicios de salud que cubrió prácticamente a toda la población evidenciado por el elevado uso de acciones judiciales (tutela o amparo) para garantizar el derecho a la salud (Defensoría de Pueblo, 2012; Torres-Tovar, 2013a).

REPERTORIOS Y ACTORES EN LA LUCHA POR LA SALUD EN COLOMBIA

La Ley 100 definió en Colombia un campo de contienda política al generarse un conjunto de relaciones conflictivas entre sectores de la sociedad con el Estado (McAdam, Tarrow y Tilly, 2005). Esta contienda ha llevado a desarrollar un repertorio de acciones colectivas por el derecho a la salud, en medio de una dinámica relacional y de confrontación, entre actores a favor de la Ley 100, que son actores proclives a desarrollar la salud como un negocio, contra actores contrarios a la Ley 100, que comprenden la salud como derecho humano y bien público⁴.

Este repertorio de las acciones sociales colectivas por el derecho a la salud (ASCDS) en Colombia ha sido de tipo contencioso o de hecho y de tipo no contencioso o de derecho.

Tipo de Acciones Sociales Colectivas Contenciosas por el Derecho a la Salud. Bogotá 1994 – 2010



Fuente: Base de Datos de Luchas Sociales del Cinep.

3 Colombia es el único país en América Latina que liquidó su Instituto de Seguros Sociales – ISS.

4 La configuración de esta política nacional de salud también había establecido un campo de contienda producto de ese proceso socio-político (Hernández M, 2002).

El repertorio de la ASCDS contenciosas son formas de protesta utilizadas para visibilizar las demandas por el derecho a la salud en el marco de la contienda política. Como se observa en la gráfica, son principalmente marchas, concentraciones, mítines, plantones, manifestaciones públicas en general y cese laboral (paro laboral). La toma de entidades y los bloqueos de vías, que refieren a ocupaciones temporales de instalaciones o de espacios públicos, son los repertorios menos utilizados. Los disturbios y huelgas de hambre se utilizan también pero de manera escasa.

Este repertorio utilizado en las ASCDS evidencia una tradición en las formas como se hacen las demandas sociales asunto que, como menciona Tarrow (1997), suele transmitirse de una generación a otra. Es indudable que los repertorios que históricamente se han utilizado en la acción colectiva contenciosa en Colombia se relacionan con marchas, concentraciones y paralizaciones laborales (Archila, 2005).

En cuanto al repertorio utilizado en las ASCDS de carácter no contencioso se destacan básicamente eventos públicos de deliberación como congresos nacionales por la salud, campamentos humanitarios, asambleas distritales de salud, audiencias públicas por la salud, recolección de firmas para proponer referéndums por la salud y acciones legislativas que incluyen propuestas legislativas en diversos aspectos de salud y acciones de tutela por el derecho a la salud (conocidas también como acciones de amparo).

El escenario público de los congresos nacionales por la salud y la seguridad social ha posibilitado generar procesos de deliberación por el derecho a la salud y construir una plataforma política organizativa impulsada inicialmente por el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (MNSSS), posteriormente por la Alianza Nacional por la Salud (ANSA) y actualmente por la Mesa Nacional por el Derecho a la Salud (MNDS), para definir y promover un nuevo sistema de salud en Colombia garante del derecho.

Los campamentos humanitarios por el derecho a la salud han tenido la particularidad de salirse de los repertorios habituales, siendo innovadores en la forma de agrupar y denunciar, al involucrar a la gente que usualmente no participa en una tribuna pública de denuncia, que se instala en una plaza pública durante algunos días.

Otra ASCDS no contenciosas desarrolladas de manera regular han sido las propuestas de orden legislativo, que han buscado o bien ajustes a la Ley 100 para garantizar aspectos específicos de salud para algunos sectores sociales o bien establecer una nueva ley para definir otro tipo de sistema de salud.

El análisis de este repertorio de ASCDS permite ver como las posturas y opiniones de los actores varían de acuerdo a sus intereses y

a su posición dentro del sistema de salud que les da más o menos recursos de poder. Esto a su vez posibilita observar la contienda política en el campo de la salud, la cual ha sido a favor de aquellos con mayores recursos de poder (EPS, industria farmacéutica, gobierno nacional y mayorías en el instancias legislativas del país) También se aprecia que los sectores con menos poder (trabajadores, usuarios, enfermos, comunidades, indígenas, estudiantes) han podido colocar a su favor algunos aspectos específicos en lo legislativo, especialmente el establecimiento de una Ley Estatutaria de Salud a comienzos del año 2015 (Torres-Tovar, 2015).

La tutela se considera un recurso jurídico importante utilizado de manera amplia por la ciudadanía, que aunque es más una acción individual que colectiva, dado el volumen tan alto de su uso se instala como un repertorio de la ASCDS. Según las investigaciones permanentes que ha venido realizando la Defensoría de Pueblo, entre 1999 y 2012 se presentaron 1.089.864 tutelas en salud en Colombia (Defensoría del Pueblo, 2012).

Lo interesante de la tutela es que cuando una persona se entera que otra tuvo una situación igual o similar y la tutela le sirvió para resolver el problema, decide utilizarla, por lo cual se convierte en un repertorio colectivo. Por esta razón las organizaciones sociales estimularon su uso estableciendo redes de apoyo para asesoría y acompañamiento a los usuarios para interponerla (Echeverry, 2009). Igualmente, las tutelas han llevado a generar jurisprudencia por parte del sistema judicial que se convierte en decisiones que cobijan a los colectivos (Torres-Tovar, 2014c).

Pero en la práctica en lo referente a los repertorios lo que existe es una combinación en el uso de ellos, dado que algunos actores sociales en su acción combinan la realización de ASCDS no contenciosas con contenciosas, en tanto se intenta de diversas maneras hacer las demandas por el derecho a la salud y buscar difundir ampliamente las miradas sobre la situación y sumar más aliados en esta contienda. Por ejemplo, en el caso de los actores sindicales estos impulsan marchas y paros laborales paralelos a iniciativas de orden legislativo, bajo el entendido que instaurar reformas legislativas no es posible sin la presión de la movilización directa.

Los actores convocantes a las ASCDS contenciosas principalmente han sido las organizaciones sindicales, seguidas de organizaciones estudiantiles y de asociaciones de personas en condición de desplazamiento. En menor medida convocan organizaciones de mujeres, étnicas, cívicas, gremios de profesionales de la salud, político-sociales y ONG.

En cuanto a los actores participantes en las ASCDS contenciosas son principalmente los asalariados en general, trabajadores hospita-

larios y profesionales de la salud, estudiantes, pobladores urbanos y personas en condición de desplazamiento.

Los actores convocantes a ASCDS no contenciosas son actores que están más directamente involucrados con el sector salud, a diferencia de lo observado en las acciones contenciosas. Es decir son profesionales y trabajadores del sector salud, enfermos y usuarios de los servicios, estudiantes y académicos del campo de la salud, ONG de salud y de derechos humanos.

Los participantes en estas acciones no contenciosas es un espectro muy amplio que involucra organizaciones específicas en salud, de mujeres, indígenas, afrocolombianos, gitanos, jóvenes, adultos mayores, personas en condición de discapacidad, personas en condición de desplazamiento, ligas de enfermos, campesinos, trabajadores de la salud y de otros sectores como LGBTI, pensionados, personas habitantes de la calle, estudiantes, académicos, profesionales de la salud y de otras áreas, funcionarios públicos, miembros de ONG, autoridades distritales, líderes políticos y representantes de la comunidad internacional.

Del análisis de los actores convocantes y participantes se desprende que las organizaciones sindicales tienen un rol protagónico, lo que puede explicarse por su tradición organizativa y de beligerancia, por tener mejores recursos financieros y operativos en comparación con otros sectores y por su nivel de cohesión identitaria. Sin embargo, también se sabe que su papel ha declinado de manera importante con el paso de los años, como efecto directo del proceso de flexibilización laboral en el sector de la salud que afectó profundamente la afiliación sindical y por la violencia política ejercida contra la dirigencia sindical y los afiliados a los sindicatos del sector de la salud (Delgado, 2002; Torres-Tovar y Luna-García, 2008).

La participación del sector estudiantil fue de ascensos y descensos drásticos muy al compás de coyunturas específicas. Su participación obedece también a una tradición organizativa, de movilización y beligerancia, pero en comparación con los trabajadores, sus recursos son menores y los niveles identitarios se sostienen menos en el tiempo, dada la movilidad de la condición de estudiante (Múnera, 2010).

Sobre los convocantes y participantes de las ASCDS contenciosas llama la atención la baja participación de actores que se esperaría tuviesen un mayor protagonismo al ser actores más directos del sector salud, como son los gremios de las profesiones de la salud, los usuarios de los servicios de salud y las personas enfermas. Esto se podría explicar por la escasa organización en estos sectores, asociada a su baja politización y la tendencia a buscar salidas de manera más individual que colectiva.

También llama la atención la limitada convocatoria de las organizaciones político-sociales en este tema, lo que da una medida que el derecho a la salud no ha estado incorporado de manera importante en la agenda de los partidos políticos ni tradicionales ni progresistas.

De los actores convocantes y participantes en las ASCDS no contenciosas destaca que están directamente involucrados con el sector salud (trabajadores y profesionales de la salud, pacientes y usuarios de los servicios de salud) a diferencia de lo observado en las acciones contenciosas. Esto permite plantear que los actores del sector salud promueven más las ASCDS no contenciosas, lo que puede explicarse en gran medida por que en estos sectores las posiciones políticas son de menor confrontación directa y más de búsqueda de acuerdos e incidencia por vías legales.

En cuanto a los adversarios en la contienda por el derecho a la salud, se ubica que los principales adversarios en las ASCDS contenciosas son las autoridades gubernamentales, de orden nacional, departamental o distrital, y las instituciones prestadoras de los servicios de salud, hospitales y clínicas.

Llama la atención que el actor de las aseguradoras (EPS) no aparece claramente como adversario en las ASCDS contenciosas pero sí en las ASCDS no contenciosas. Es así por ubicarse la intermediación financiera como uno de las principales razones de la violación del derecho a la salud y por esto se demanda que desaparezcan. Es un hecho significativo dado el gran poder que han alcanzando las EPS privadas (en tanto las públicas prácticamente desaparecieron) al convertirse en un actor gremial con importantes recursos de poder económico que tendió puentes con el ejecutivo y el legislativo. Ha alcanzado un nivel muy alto de incidencia técnica dentro del Ministerio de Salud y de incidencia política en el Congreso de la República, al financiar las campañas de un buen número de congresistas (Torres, 2013b).

Es igualmente llamativa la baja participación en las ASCDS contenciosas de los directamente afectados por la Ley 100, es decir los usuarios y enfermos. Un argumento explicativo subyacente es que la gente considera que los problemas de salud, en tanto tienen expresiones en dolencias y enfermedades personales, se asume más como un asunto de índole individual que colectivo. Y aún más complejo es que todavía el tema de la salud es inexistente, en la medida que no está presente en el acontecer de la vida individual y social, en cambio si aparece su contrario, la enfermedad (Gerschman, 1992).

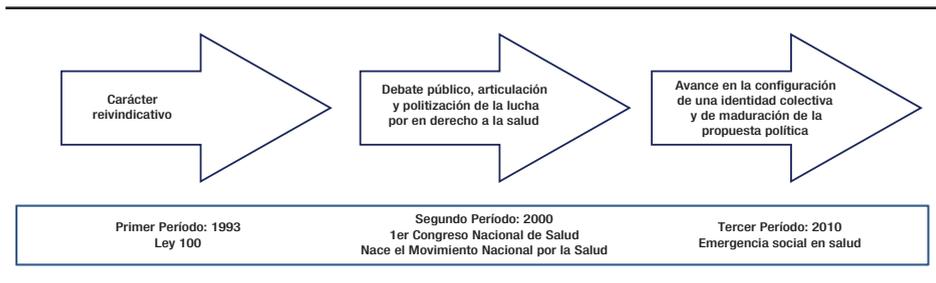
Otro argumento explicativo es que el modelo de Ley 100 ganó un terreno ideológico, en el sentido de que aparentemente convenció a la gente que la salud es un bien privado de consumo por lo que hay que

tener capacidad de pago para acceder a él, con lo que se despoja a la salud de su condición de derecho humano (Torres, 2013a).

DINÁMICA DE LA MOVILIZACIÓN SOCIAL POR LA SALUD EN COLOMBIA

La situación de crisis del sector salud colombiano, que se constituye en el marco de movilización social por el derecho a la salud, ha generado una dinámica de acción social colectiva por el derecho a la salud (ASCDS) que puede ser descrita en tres periodos.

Periodización de la movilización social por el derecho a la salud. Colombia, 1993 - 2015



Un primer periodo, de carácter reivindicativo, se dio desde los primeros años de implementación de la Ley 100; movilización que desde luego no estaba desligada del proceso de lucha por la salud que se daba antes de 1993. Acá los actores de manera independiente exigen reivindicaciones específicas de acuerdo a su origen. Entre otros los trabajadores demandan garantía de derechos laborales; los estudiantes exigen presupuesto para la educación y la salud pública y preservación de los sitios de formación profesional; los usuarios demandan mejor calidad en la prestación de los servicios de salud; los gremios de profesionales de la salud demandan el reconocimiento de su estatus social y laboral y; los indígenas demandan una legislación específica que les reconozca su tradiciones y prácticas en salud.

En este primer periodo la gente de manera individual inició el uso de la tutela en salud, que desde su instauración con la Constitución Política de 1991 ha sido un recurso muy importante para la protección del derecho a la salud en Colombia. El uso de este recurso jurídico de exigibilidad del derecho aunque expresión de reivindicación individual esencialmente en aspectos del derecho al acceso a la atención a la enfermedad, con el paso del tiempo ha asumido aspectos colectivos, en tanto la gente se ha organizado para estimular y dar apoyo técnico

para que más personas hagan uso de este recurso jurídico. Durante este periodo entonces las ASCDS se dieron principalmente en torno a reivindicaciones específicas que demandaban la responsabilidad estatal para resolverlas.

Un segundo periodo, caracterizado por el debate público, la articulación y politización de la lucha por la salud, se inició en el año 2000 con el proceso preparatorio y luego la realización del Primer Congreso Nacional por la Salud y la Seguridad Social. Fue un paso de la ASCDS para generar un debate público amplio por el derecho a la salud y en la búsqueda de articular los diversos sectores sociales, con el propósito de establecer procesos organizativos que tuvieran la posibilidad de transformar la realidad existente en torno al derecho a la salud.

Este segundo periodo concatenó la realización de eventos públicos de deliberación (congresos nacionales por la salud, campamento humanitario por la salud, asambleas distritales por el derecho a la salud y audiencias públicas por la salud) que configuraron la propuesta de construir un movimiento social por la salud e impulsar un proceso político de movilización con el propósito de sustituir el modelo de ley 100 por un sistema de salud garante del derecho.

La iniciativa sobre ese nuevo modelo de salud fue consensuada en el segundo congreso nacional por la salud en el año 2004, destacándose como elementos centrales de la propuesta: 1) el entender la salud como un derecho humano en relación con el bienestar y la calidad de vida; 2) ser universal, equitativo, solidario y reconocer la diferencia (cultural, de género, de edad); 3) administrarse con la lógica de lo público, lo que implicaba la supresión de la intermediación de las Aseguradoras; 4) ser financiado a partir del presupuesto nacional, mediante un fondo público nacional unificado y fondos regionales; 5) priorizar la promoción, la prevención, la educación y el fomento de la salud; 6) implementar un sistema nacional y único de información en salud; 7) responder a las necesidades de la gente e incluir los avances tecnológicos (equipos tecnológicos, medicamentos, etc.); 8) incorporar los patrimonios culturales e intelectuales de la medicina indígena y la medicina de los demás grupos étnicos; 9) tener una cabeza estatal en el ministerio público y un organismo colegiado; y 10) vigilancia y control social con alta participación de la ciudadanía (Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, 2004).

Este periodo dio pasos en la politización de la acción colectiva en salud, en el sentido que se empezaba a entender que había un elemento estructural responsable de la situación colectiva ligado a la política de Estado en salud, por lo cual era necesario dar una pelea más colectiva y menos particular.

Igualmente en este periodo se siguieron dando acciones de carácter reivindicativo específicos, pero sectores con mayor capacidad de liderazgo y presencia en la dinámica colectiva por el derecho a la salud empezaron a entender que era necesario politizar el problema para gestar un sujeto político capaz de derrotar el modelo de Ley 100.

Este segundo periodo tuvo también como particularidad ser el inicio de un gobierno alternativo en la ciudad de Bogotá, que incorporó en la conducción del sector salud a miembros que impulsaban ASCDS y aportaban en la creación del movimiento social por la salud. Esto posibilitó que la política pública local de salud se diseñara desde un enfoque de derechos humanos y que algunos elementos de la propuesta social fueran incorporados en ella (Hernández, Foreiro y Torres-Tovar, 2005). La experiencia evidenció las limitaciones para reorientar el modelo de Ley 100 desde un escenario local, y la debilidad para contribuir a aumentar la movilización social por el derecho a la salud.

El tercer periodo se da desde comienzos del año 2010 hasta hoy. Se caracteriza por un avance en la configuración de una identidad colectiva y de maduración de la propuesta política. El proceso de articulación con el paso de los años fue posibilitando una redefinición de los vínculos colectivos, que ha llevado a que las posturas de los diferentes actores sociales se acerquen, a que ya no estén cada uno por separado emprendiendo su propia lucha, sino que se ha venido generando una identidad colectiva alrededor de la idea de la salud como un derecho humano. Claro, no se puede entender como un proceso lineal de solo avance, también se dan estancamientos y retrocesos, pero indudablemente se está en otra etapa de la ASCDS en Colombia.

El avance en la configuración de esta identidad colectiva tuvo como un momento relevante el periodo de la denominada emergencia social en salud a finales del 2009 y comienzos del 2010. Desató una gran indignación colectiva producto de las medidas que trató de implantar a la fuerza el gobierno nacional de Álvaro Uribe, donde claramente se evidenciaba que las medidas beneficiaban a las EPS y perjudicaban al conjunto de la población y al gremio de los médicos y odontólogos (Torres-Tovar, 2010).

Este contexto hizo posible un gran paso en la alineación de los actores defensores del derecho a la salud y el reconocimiento más claro de aquellos que defienden el modelo de Ley 100. Esto posibilitó en un primer momento la reagrupación de los sectores sociales de la salud en la denominada Alianza Nacional por la Salud - ANSA que presentó en el año 2011 un proyecto de reforma estructural de la Ley 100 al Congreso de la República. Luego surgió una instancia más amplia, denominada Mesa Nacional por el Derecho a la Salud, que

es hoy la instancia articuladora de los sectores sociales que luchan por la realización del derecho a la salud. Jugó un papel importante para el establecimiento de una Ley Estatutaria en Salud, Ley 1751 de 2015, que incorpora en la estructura jurídica colombiana la salud como derecho humano fundamental, asunto que constitucionalmente no existía (Torres-Tovar, 2015).

En este sentido y bajo el entendido que un movimiento social es un conjunto de acciones sociales colectivas permanentes, orientadas a enfrentar condiciones de desigualdad, exclusión o injusticia y que tienden a ser propositivas en contextos espacio-temporales determinados (Archila, 2003), esta experiencia por el derecho a la salud en su tercer periodo dio pasos importantes en el proceso de la configuración de un movimiento social por la salud.

El aspecto identitario avanzó en este tercer periodo dada la posibilidad de identificar con mayor claridad un “ellos” en el sentido que lo plantea Carlos Walter Porto-Gonçalves (2001). Dice que es en los procesos de luchas sociales en los que se van construyendo las identidades colectivas, identidades que no se definen por sí mismas sino que por contrastes, donde la invención de un “nosotros” implica la identificación de un “ellos”, de este modo, la identidad se construye junto con la alteridad en situaciones concretas. En Colombia se han venido dando los dos procesos al mismo tiempo: uno de mayor acercamiento por el reconocimiento de la salud como derecho y otro por identificar un adversario más claro ubicado en la figura de la intermediación, base estructural del modelo de la Ley 100 (Torres-Tovar, 2013a).

Esta mirada en torno a los repertorios de la lucha y la movilización social por la salud en Colombia, sus actores y participantes, los adversarios que se establecieron y sus periodos en su dinámica de acción en más de veinte años, permite decir que a pesar del contexto de violencia política y especialmente antisindical y de la represión gubernamental, se ha dado una dinámica de movilización importante, donde han surgido nuevos actores y se ha venido delineando la construcción de un movimiento social por la salud que han construido su identidad en torno a la lucha por el derecho fundamental a la salud (Echeverry y Borrero, 2015).

Igualmente se constata que en esta experiencia se fue configurando una contienda política por el control del sector de la salud entre dos sectores: uno proclive a la política de Estado en salud instaurada desde 1993, hasta ahora el hegemónica, y otro contrario a esta política, generador de un conjunto de ASCDS en la búsqueda de transformar dicha política.

Estas ASCDS vienen posibilitando la generación de un movimiento social por el derecho a la salud, pero aún no se dan las condiciones

ni para que esta experiencia logre configurar un sujeto político capaz de liderar el cambio, ni aún la situación que logra ser interpretada suficientemente como una injusticia para que genere la indignación que avive una amplia movilización social que lleve a la transformación de la política (Torres-Tovar, 2013a), aun hoy en un contexto que parecería más favorable al contar con una Ley Estatutaria en Salud y por estar en un proceso de negociación con la insurgencia para resolver por la vía política el largo conflicto armado colombiano.

APRENDIZAJES Y RETOS DE LAS LUCHAS POR EL DERECHO A LA SALUD

Las movilizaciones sociales, las luchas y resistencias que se dan en la América Latina son extensas y diversas. En algunos casos han logrado frenar procesos de privatización de la educación y la salud y han evitado el aumento de tarifas en el transporte público, por mencionar algunos de sus logros. También hay que decir que no han logrado detener, por ahora, procesos más de fondo como es el modelo extractivista y las formas de distribución y tenencia de la tierra. Lo cierto es que al colocar los resultados en una balanza, una conclusión es que la movilización social es un asunto muy importante en la región para reorientar los contextos sociales y políticos.

Del análisis específico de la experiencia colombiana se puede concluir que efectivamente son los procesos relacionales entre actores en el campo de la salud lo que posibilita conformar un movimiento social. Sin embargo, para que el movimiento logre configurarse como sujeto político capaz de conducir e impulsar las transformaciones sociales y políticas necesarias para garantizar el derecho a la salud, requiere enmarcar las desigualdades y las oportunidades políticas y organizativas y traducirlas en términos de injusticia, identidades colectivas y sentido de eficacia (Delgado, 2009), como ocurrió en la experiencia brasilera para mencionar un caso.

Igualmente de la experiencia en la región se reconoce que para avanzar en conseguir un nuevo sistema de salud que sea garante de su derecho o en conservar y profundizar los que ya están en este camino, se requiere pensar cómo se puede incrementar la movilización social, aspecto en el que la indignación debe jugar un papel preponderante. Es decir, las sociedades requieren expresar permanentemente su rechazo y movilizarse por cada hecho injusto en salud, que va desde la falta de atención, el maltrato en los servicios, las enfermedades y muertes prevenibles y evitables que sufren los individuos, hasta el robo de los recursos públicos de la salud.

Otra enseñanza importante que deja las experiencias analizadas, es que se requiere fortalecer y ampliar las alianzas de los sectores

sociales, académicos, gremiales y políticos defensores del derecho a la salud, que lleve a superar el particularismo, el protagonismo y la cooptación de un sector por otro. Pasar a una fase de reconocer claramente que si no se actúa conjuntamente no es posible un cambio de fondo de los sistemas de salud y de las políticas sanitarias.

Se requiere estimular la articulación de la lucha del derecho a la salud con otros derechos, como el de educación, de pensión, de salud en el trabajo, de seguridad social, de participación y democracia, entre otros; llevando a que la demanda por el derecho a la salud sea parte de una agenda más amplia de la sociedad, que pueda brindar más capacidad de convocatoria y movilización.

Finalmente, se puede expresar que la rica dinámica de acción social colectiva en salud en el continente y de manera particular en la experiencia colombiana, revela un conjunto de retos que enfrenta la movilización social por el derecho a la salud, entre los que destacan:

- revelar con mayor fuerza las desigualdades e inequidades existentes en salud, para profundizar la indignación como aspecto fundamental para el incremento de la movilización social;
- ampliar la agenda política que permita articulaciones con otros movimientos, para avanzar en luchas más integrales, que puede contribuir a establecer mayores identidades a la hora de actuar colectivamente. Además, teniendo en cuenta las luchas más autónomas en el campo de la salud, para que las agendas incorporen los elementos más autóctonos en salud que tenemos en la región;
- renovar e innovar los repertorios de acción que permitan que más personas se sientan atraídas por las formas como se hacen las demandas de salud y que comprendan de mejor manera el contenido de las propuestas que se hacen;
- en la relación que establecen los movimientos sociales con los gobiernos, se debe presionar para que éstos, tanto los conservadores como los progresistas, concreten la garantía del derecho a la salud a través del impulso de políticas de Estado, con presupuestos públicos pertinentes.

BIBLIOGRAFÍA

ALAMES y PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT 2014 *La lucha por el derecho a la salud en América Latina* (San Salvador: Editorial Universitaria).

Albizu Beristain, José Luis, Todosantos, Goyo y Méndez, Mario Efraín 2005 *El efecto Guatemala. Un viaje con las promotoras y*

- los promotores de salud a través de la vida* (Ciudad de Guatemala: Oxfam Internacional).
- Archila Neira, Mauricio 2005 *Idas y venidas, vueltas y revueltas. Protestas Sociales en Colombia 1958-1990* (Bogotá: Instituto colombiano de antropología e historia ICANH Centro de investigación y educación popular CINEP).
- Banco Mundial 1993 *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma* (Washington: Banco Mundial).
- Chávez Vera, Jorge Augusto 2008 “El Sistema de Salud Autónomo Zapatista. Un acercamiento a su política de salud” en *Gaceta Urbana* (México D.F.), N° 6-7, diciembre.
- Defensoría del Pueblo, Programa de Salud 2012 *La tutela y el derecho a la salud* (Bogotá: Defensoría del Pueblo).
- Delgado, Álvaro 2002 “Las luchas laborales” en Archila Neira, Mauricio; Delgado, Álvaro; García, Martha Cecilia; Prada, Esmeralda (eds.) *25 años de luchas sociales en Colombia* (Bogotá: Centro de Investigación y Educación Popular).
- Delgado, Ricardo 2009 *Acción colectiva y sujetos sociales. Análisis de los marcos de justificación ético-políticos de las organizaciones sociales de las mujeres, jóvenes y trabajadores* (Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana).
- Echeverry López, María Esperanza 2009 “Las organizaciones de usuarios: incidiendo en la construcción del derecho a la salud” en *Gerencia y Política de Salud*, (Bogotá) Vol. 8, N° 17, Diciembre.
- Hernández -López, María Esperanza y Borrero-Ramírez Yadira Eugenia 2015 “Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010” en *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro) Vol. 31, No. 2, febrero.
- Gerschman, Silvia 1992 “Movimientos sociales en salud: en la búsqueda de la reconstrucción social” en Fleury, Sonia (org.) *Estado y políticas sociales en América Latina* (México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco).
- Heredia Cueva, Joel 2007 “Salud y Autonomía: El caso de Chiapas” en < http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/autonomy_mexico_2007_es.pdf>.
- Hernández Álvarez, Mario Esteban 2002 “Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia” en *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro) Vol. 18, N° 4, julio-agosto.

- Hernández Álvarez, Mario; Forero, Lucía y Torres-Tovar, Mauricio 2005 “Avances en salud del gobierno democrático de la Alcaldía de Bogotá” en Observatorio Latinoamericano de Salud. *Informe alternativo sobre la salud en América Latina* (Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud).
- Holloway, John 2002 *Cambiar el mundo sin tomar el poder. El significado de la revolución hoy* (Buenos Aires: Artes Graficas Leo).
- Homedes, Nuria y Ugalde, Antonio 2005 “Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina” en *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* (Washington) Vol. 17, N° 3.
- Homedes, Nuria y Ugalde, Antonio 2011 “Reformas de salud y equidad en América Latina” en *Ciência & Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro) Vol. 16, N° 6.
- Laurell, Asa Cristina 2014 “Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina” en *Saude em Debate* (Rio de Janeiro) Vol. 38, N° 103.
- Laurell, Asa Cristina 2015 “Three Decades of Neoliberalism in Mexico: The Destruction of Society” en *International Journal of Health Services* (Baltimore) Vol. 45, N° 2.
- Mendez-Sandoval, Iván y Torres-Tovar, Mauricio 2012 “Experiencias en América Latina, enseñanzas desde ‘El Pulgarcito de América’: el derecho a la salud se construye con la movilización social” en *Social Medicine*, Vol. 7, N° 1.
- Tarrow, Sídney 1997 *El poder en movimiento. Los movimientos sociales, la acción colectiva y la política* (Madrid: Alianza Universidad).
- McAdam, Doug; Tarrow Sidney; Tilly, Charles 2005 *Dinámica de la contienda política* (Barcelona: Editorial Hacer).
- Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social 2004 “Conclusiones generales.
- Segundo Congreso Nacional por la Salud y la Seguridad Social”. Bogotá, 17-20 de noviembre.
- Munera, Leopoldo 2010 “Organizaciones estudiantiles y acción colectiva”. Documento de trabajo. Bogotá.
- Porto-Gonçalves, Carlos Walter 2001 *Geo-grafías. Movimientos sociales, nuevas territorialidades y sustentabilidad* (México F.F: Siglo Veintiuno Editores).

- Torres-Tovar, Mauricio 2008 “Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado” en *Saúde em Debate* (Rio de Janeiro) Vol.32, No. 78/79/80.
- Torres-Tovar, Mauricio 2009 “De paso por el territorio autónomo zapatista” en *Ágora* (Buenos Aires) N° 3.
- Torres-Tovar, Mauricio 2010 “Colombia: declaratoria de emergencia social. Salvavidas para el negocio de la salud” en *Le Monde Diplomatique* (Bogotá) N° 86, febrero.
- Torres-Tovar, Mauricio 2013a *Lucha social contra la privatización de la salud* (Bogotá: Ediciones CINEP).
- Torres-Tovar, Mauricio 2013b “El triángulo de poder en la salud en Colombia” en *Semanario Virtual Caja de Herramientas* (Bogotá) N° 378, 22 de noviembre.
- Torres-Tovar, Mauricio 2014a “Colombia: lucha social contra la mercantilización de la salud” en ALAMES y PEOPLE’S HEALTH MOVEMENT *La lucha por el derecho a la salud en América Latina* (San Salvador: Editorial Universitaria).
- Torres-Tovar, Mauricio 2014b “Saber y poder popular en salud para otra Sociedad” en *Semanario Virtual Caja de Herramientas* (Bogotá) N° 428, 5 de diciembre.
- Torres-Tovar, Mauricio 2014c “Acción de tutela en salud: piedra en el zapato en la consolidación de las reformas de mercado” en *Gerencia y Política de Salud* (Bogotá) Vol. 13, N° 27.
- Torres-Tovar, Mauricio 2015 “Los alcances reales de la Ley Estatutaria de Salud” en *Semanario Virtual Caja de Herramientas* (Bogotá) N° 435, 20 de febrero.
- Torres-Tovar, Mauricio y Paredes, Natalia 2005 “Derecho a la salud. Situación en países de América Latina. El caso colombiano: ‘El mercado no es para todos y todas’” en *Gerencia y Política de Salud* (Bogotá) Vol. 4, N° 8.
- Torres-Tovar, Mauricio y Luna-García, Jairo 2008 “El Caso colombiano: la salud de los y las trabajadoras negocio de mercado” en Torres-Tovar, Mauricio (ed.) *Informe Continental sobre el Derecho a la Salud en el Trabajo* <<http://www.alames.org/documentos/trabajo.htm>>.
- Vega-Romero, Román; Torres-Tovar, Mauricio 2011 “El papel de la Sociedad Civil en la construcción de sistemas de salud equitativos” en *Rev Cubana Salud Pública* (La Habana) Vol.37, N° 2.
- Yamin, Alicia y Gloppen, Siri (eds.) 2013 *Litigating Health Rights: Can Courts Bring More Justice to Health?* (Cambridge: Harvard University Press).

Saúl Franco*

¿SE JUSTIFICA LA LUCHA POR LA SALUD EN EL ORDENAMIENTO LEGAL?

REFLEXIONES A PARTIR DE ALGUNAS EXPERIENCIAS LATINOAMERICANAS

INTRODUCCIÓN

La lucha por la salud exige planteamientos y acciones en los distintos campos de la vida y la organización de la sociedad. Uno de ellos, el del ordenamiento legal, demanda elaborados desarrollos conceptuales, intensos debates para construir consensos, y largos procesos de organización y movilización para lograr la acumulación de fuerzas requerida para confrontar el ordenamiento establecido, lograr audiencia social y superar los poderes y, con frecuencia, los vicios instalados en las instancias parlamentarias. ¿Se justifican el gasto y el desgaste que demanda este tipo de lucha? ¿Se compensa la energía colectiva consumida, con los logros potenciales de la lucha en el campo de las constituciones y demás leyes en salud?

Las siguientes son algunas reflexiones al respecto, surgidas de algunas experiencias latinoamericanas y del persistente trabajo por lograr cambios de fondo en la legislación colombiana en salud y seguridad social, a partir de la vigencia de la Ley que creó el actual Sistema de Salud y Seguridad Social en el país, la Ley 100 de 1993 (República de Colombia, 1994). La reflexión parte de reconocer el sentido de las leyes en la sociedad, se desarrolla contrastando los procesos constitu-

* Docente-Investigador. Universidades Nacional de Colombia y Santo Tomás.

cionales y legales recientes de cuatro países de América Latina, y termina con algunas consideraciones a futuro, a partir de las preguntas emergentes y de las lecciones aprendidas.

SENTIDO DE LAS LEYES EN LA SOCIEDAD

Toda convivencia entre seres humanos requiere normas que permitan regular lo permitido y lo prohibido, distinguir lo correcto de lo incorrecto, y establecer los límites entre los derechos de las personas y “el interés común” (Rousseau, 2008). Buena parte de las normas que rigen cada sociedad nacen de prácticas que se han perpetuado a lo largo del tiempo, llegando inclusive a tener peso jurídico. La otra vía para la creación de normas jurídicas es la “reflexiva” – en palabras del jurista colombiano Carlos Gaviria – mediante la cual se producen leyes que van regulando los diferentes frentes de la vida en sociedad (Gaviria, 2002). Las leyes son entonces, desde esta perspectiva, construcciones colectivas que llevarían a fórmulas de consenso sobre el ordenamiento y el funcionamiento sociales. En cada país la suprema ley, la “norma de normas” es la Constitución Política.

Por su parte en el planteamiento marxista de la segunda mitad del siglo XIX, tanto el Estado como el Derecho surgen de las condiciones materiales de vida de los pueblos y son la expresión de la voluntad dominante de aquella clase que detenta el poder del Estado. Las formas jurídicas, por tanto, son formas ideológicas. Las leyes serían entonces imposiciones de unas clases o grupos de poder sobre otros y, por tanto, mecanismos de dominación, no de consenso. Marx establece además la distinción entre leyes exteriores coercitivas y leyes de excepción. (Engels, 2006; Marx, 1977).

Como la realidad no es en blanco y negro, puede observarse que el ordenamiento legal de las democracias vigentes en los diferentes países mantiene la tensión entre ambos planteamientos. Sus constituciones y sus leyes son intentos de construcción de consensos, generalmente por delegación popular en asambleas constituyentes o instituciones parlamentarias de diferente composición e idénticas funciones, pero regidas o fuertemente condicionadas por los poderes ideológico-políticos y económicos dominantes a nivel nacional e internacional. Por tanto, el margen de maniobra de un parlamento o, aunque en menor medida, de una asamblea constituyente, es muy limitado. Las decisiones posibles en términos del ordenamiento legal que puedan generar o modificar, dependen mucho más de la composición y dinámica de las fuerzas en tensión en los escenarios políticos, económicos y sociales que les dieron origen, que de la presunta autonomía o soberanía de los constituyentes o parlamentarios. La viabilidad de que una propuesta de texto legislativo se convierta en ley y, más aún, la posibilidad de que

una ley se aplique efectivamente, más que de su coherencia o bondad intrínsecas, depende entonces de la potencia de las fuerzas que la impulsan y del compromiso de sus promotores con su implementación. Los casos enunciados a continuación ilustran estas afirmaciones.

LOGROS Y LIMITACIONES DE ALGUNAS DE LAS CONSTITUCIONES MÁS RECIENTES EN AMÉRICA LATINA

Durante las últimas décadas, varios países de América Latina vivieron procesos constituyentes impulsados por el paso de regímenes dictatoriales a sistemas democráticos o por la llegada al gobierno de movimientos o partidos progresistas. Cercanos en el tiempo, dichos procesos políticos han sido diversos en función de las fuerzas sociales y políticas que los han generado, de la coyuntura internacional y de las condiciones económicas y político-culturales en que se han dado. Obviamente la salud es apenas uno de los temas tratados en las constituciones y en las leyes, pero su seguimiento ilustra no sólo los diferentes contenidos y alcances que se le ha dado, sino también el entramado de fuerzas que lo van moldeando en el ordenamiento legal de cada país. Una síntesis sin secuencia cronológica de lo sucedido al respecto en los países seleccionados, permite identificar las diversidades contextuales e ir introduciendo los principales temas, tensiones y actores de los procesos.

BRASIL

Este país vivió la transición de la dictadura a un proceso de democratización desde mediados de la década del setenta y que culminó en la segunda mitad de la década del ochenta del siglo pasado. El interés colectivo mayoritario, cargado no sólo de ideas e intereses sino también de intensas emociones, avivadas con frecuencia por medios de comunicación muy poderosos, creó las condiciones para generar una nueva constitución política, como en efecto sucedió en 1988.

En el campo de la salud se fue gestando un vigoroso y diverso proceso de crítica al modelo existente, de reivindicación, reflexión y proposición de nuevos enfoques. El sistema sanitario vigente fue criticado por su carácter privado, curativo, inequitativo y centrado en los sectores más ricos de los conglomerados urbanos. Las bases de las nuevas propuestas fueron: el reconocimiento de la salud como derecho ciudadano; el carácter público del sistema, sus recursos y servicios; la comprensión integral de las dimensiones preventivas, curativas y de promoción de la salud; el financiamiento público, y el acceso y garantía de servicios de salud en condiciones equitativas, dignas y universales. Se configuró un amplio movimiento político por la Reforma Sanitaria, con tres frentes principales: la innovación desde dentro

del aparato estatal; el ámbito legislativo, centrado en la negociación del texto constitucional; y la movilización social (Cohn, 2008). El “Movimiento Sanitario” lideró varios Congresos Nacionales de Salud, de carácter masivo, participativo y propositivo, y canalizó las preocupaciones y consensos mayores hasta el interior de la Asamblea Constituyente (Cebes, 2007). Esta conjunción entre el momento político nacional y un movimiento sanitario organizado y fuerte, condujo a importantes logros constitucionales. El artículo 226 de la nueva constitución dice: “El orden social tiene como base la primacía del trabajo, y como objetivo el bien-estar y la justicia social”. Y el artículo 229 es categórico: “La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, asegurado mediante políticas sociales y económicas que se orienten a la reducción del riesgo de la enfermedad y de otros daños y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación”. El consiguiente Sistema Único de Salud –SUS–, se ha encargado de dar vida a los mandatos y lineamientos constitucionales.

Próximo ya a sus treinta años de vigencia, el SUS sigue satisfaciendo las necesidades en salud de la mayoría del pueblo brasilero, y siendo una alternativa concreta al mercantilismo dominante en la región. Pero sigue también enfrentando dificultades y críticas relacionadas en especial con los costos financieros, el crecimiento real de diversos procesos privatizadores, el desvío de recursos públicos al sector privado, el funcionamiento de algunos servicios asistenciales y las complejas relaciones entre los niveles nacional, regional (estatal) y municipal.

CHILE

La coyuntura de la constitución chilena fue muy diferente. Hija de la dictadura, formulada por una comisión de estudio y no por una asamblea constituyente, y pensada para recortar anticipadamente los intentos democratizadores, plantea un modelo diferente de Estado y, por tanto, un sistema muy distinto de salud.

Aprobada en un plebiscito en 1980, en su texto actualizado de 2010 después de 14 reformas, en el numeral 9 del artículo 19 dice: “El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, así mismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá

el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”.

No es un texto constitucional en clave de derechos. La salud, por tanto, no se presenta como un derecho fundamental, sino como un conjunto de acciones diversas, dirigidas al individuo, ofrecidas indistintamente por instituciones públicas o privadas, que el individuo podrá elegir y por las cuales – por disposición constitucional – le podrán cobrar cotizaciones obligatorias. El bloque casi monolítico de poder que diseñó el texto constitucional no tuvo problemas para imponer el manual y hasta el lenguaje que Milton Friedman en persona, y sus alumnos después, le recomendaron al general Pinochet (Kung, 1999). De allí surgió el modelo mercantil, individualista, privatizador, fragmentado y no participativo que se consolidó en las décadas del 70 y el 80 del siglo pasado, que se ha tratado de exportar. Colombia profundizó pocos años después y ahora se quiere universalizar en la versión simplificada y reduccionista de la Cobertura Universal en Salud, UHC por sus siglas en inglés (Holmes, 2012; TheWorld Bank, 2015).

La dictadura de Augusto Pinochet interrumpió un largo proceso democratizador y participativo por la salud en Chile, cuyos tres principales hitos pueden ubicarse en 1924, 1952 y 1971. En 1924 se crearon el Ministerio de Higiene y Asistencia Social y el Seguro Obrero Obligatorio, mediante la Ley 4.054. En 1952 se creó el Servicio Nacional de Salud. Y el punto más alto de la participación popular y de un enfoque médico social de la salud se vivió en septiembre de 1971, en el gobierno de Salvador Allende, cuando se crearon los Consejos Locales de Salud en cada establecimiento y en cada área de salud, además de los Consejos Paritarios, que daban participación por igual a los trabajadores de la salud y a representantes de la población.

En la transición hacia la democracia, mientras los gobiernos posteriores a la dictadura han tratado de aumentar los recursos para el sector público y regular la participación del sector privado, diferentes sectores de la sociedad han venido luchando por lograr que se valide un enfoque de derechos, se atenúe la radicalidad neoliberal y se dé una participación no sólo consultiva en el sistema de salud (Solar, 2014). No obstante, persiste un modelo subsidiario y mercantil, que segmenta la atención y es inequitativo tanto en la distribución de los recursos como en los resultados en salud. Como concluye un reciente informe, la democratización de la política social en salud en Chile depende directamente de la movilización social. “La dimensión democratizadora de la política social se activa en la medida que la movilización social y política general del pueblo de Chile se pone en acción” (Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría, 2014).

BOLIVIA

La voluntad popular abrumadoramente mayoritaria logró en este país un texto constitucional pluricultural, plurinacional y democrático, y unos postulados revolucionarios en salud. A más de garantizar el derecho a la vida (artículo 15), al agua y a la alimentación (artículo 16), al habitat y la vivienda adecuada (art. 19), desagrega de la siguiente manera el derecho a la salud en su artículo 18:

I. Todas las personas tienen derecho a la salud. II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez, y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles del gobierno (República Plurinacional de Bolivia, 2009).

Se puede hablar así de claro y así de fuerte cuando la población se manifiesta explícitamente en las calles y con la participación electoral del 90% del total, aprueba mayoritariamente el texto constitucional. Por eso Evo Morales, el gobernante indígena, al firmar y promulgar la nueva Constitución Política en el municipio de El Alto el 7 de febrero de 2009 pudo afirmar que se trataba de “una revolución democrática y cultural”. Por supuesto, y para bien de la democracia, no hubo unanimidad. Quienes se pronunciaron en contra del texto y del contenido constitucional (31% de los votantes), representan otros intereses y otras visiones posiblemente muy afines a las de quienes defienden los modelos mercantiles en salud y su reciente versión en la UHC.

Ahora bien, la traducción del texto constitucional en el andamiaje institucional de la salud y en mejoras concretas para el buen vivir de la población boliviana se enfrenta a complejas realidades político-culturales, diversos actores y fuertes intereses. La continuidad del apoyo popular y la demostrada capacidad de movilización de la población, en particular la indígena, han permitido avances significativos. Pero persisten también serias dificultades para la implementación de las disposiciones constitucionales y legales “Uno de los mayores desafíos actuales para Bolivia es la integración...Porque ocurre que tenemos 36 naciones, cada una con una forma distinta de entender su desarrollo y aunque haya puntos de encuentro, la medicina debe incorporar esa concepción pluricultural...Una de las mayores resistencias se esgrime en las universidades, donde se enseña a trabajar en hospitales de alta complejidad, de una manera tan estructurada que, cuando deben atender en zonas rurales, se ven limitados”, expresó hace poco una exministra de salud (Heredia, 2012). No hay duda de la comple-

alidad de concertar en cualquier campo, el de la salud incluido, con 36 naciones, ni de las resistencias entre ciertos sectores académicos y gremiales cuyas formas de pensar y trabajar son puestas en cuestión.

EL CASO COLOMBIANO

Al empezar la década del 90 del siglo pasado, Colombia vivía una compleja coyuntura política, militar y económico-social, de la cual conviene destacar tres componentes. La economía de mercado se presentaba como la fórmula del futuro. “Bienvenidos al futuro” fue la expresión textual del presidente César Gaviria al posesionarse el 7 de agosto de 1990. En segundo lugar, la presión de las organizaciones armadas, en especial las FARC, el ELN y el M-19, se hizo más fuerte. Llevó primero a un intento de acuerdo negociado, que sólo funcionó con el debilitado M-19 y que condujo a la convocatoria de una Asamblea Nacional Constituyente, bajo el entendido de que una nueva constitución pondría las bases de la paz y de una nueva sociedad (Franco, 1999). La constitución se promulgó efectivamente en 1991 pero la persistencia de las acciones armadas de las FARC y el ELN confirmaron las insuficiencias del ordenamiento legal y llevaron a la declaración de una “guerra total” con la ingenua premisa de que en 18 meses se acabaría, por la vía del triunfo militar del gobierno, una guerra irregular que para entonces ya llevaba tres décadas. Y, en tercer lugar, el narcotráfico vivía su mejor momento y sus capos infiltraban por igual a la política que a la religión, al empresariado urbano que al rural, a los grupos armados que a los reinados de belleza. El Estado se decidió entonces por su enfrentamiento militar y obtuvo algunos resultados, más espectaculares y sintomáticos que de fondo y definitivos.

Este contexto es decisivo para el tema en cuestión de los alcances y límites de la lucha por la salud en el campo de las constituciones y las leyes. De un lado pone de presente las enormes dificultades para construir y mantener organizaciones sociales fuertes en torno a derechos como la salud, en medio de tal conflictividad y unas guerras degradadas. De hecho, a pesar de tener escuelas de salud pública reconocidas y con relativo compromiso con la realidad sanitaria del país, no se disponía al momento de la nueva constitución de algo equivalente a un movimiento sanitario nacional o de actores alternativos en salud, reconocidos y con capacidad de incidencia orgánica en la Asamblea Constituyente. El auge neoliberal entonces vigente y la carencia anotada, determinaron un texto constitucional débil y ambiguo frente al derecho a la salud y a la formulación de las bases del futuro modelo de salud y seguridad social. La Constitución colombiana de 1991 (República de Colombia, 1991), sólo reconoció para los niños la salud como derecho humano fundamental (artículo 44). Para el resto de la

población no habló de derecho sino de servicios. Así, en el artículo 49 afirma: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” Y, después de señalar que los servicios de salud se regirán por los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, determina que también le corresponde al Estado “...establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control”. Y en el artículo 48 afirma que “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del estado....La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley”. De esta manera, la constitución redujo el tema de la salud a la prestación de servicios, con énfasis en los relacionados con la atención de las enfermedades, diluyó la esencial e irrenunciable responsabilidad del Estado en su garantía y abrió las puertas para la mercantilización de los sistemas de prestación de servicios de salud y seguridad social.

Las ambigüedades constitucionales expresan las tensiones anteriormente enunciadas y los desequilibrios de la Asamblea Constituyente, integrada por 70 miembros, en su mayoría representantes de los partidos políticos tradicionales y de los grandes grupos del poder económico terrateniente, empresarial y financiero y de los medios de comunicación, pero también por algunos líderes sociales y populares y por militantes de partidos de izquierda legal y guerrilleros en trance de reinserción a la vida civil.

Ni el gobierno ni los grupos con intereses económicos en salud y seguridad social desaprovecharon la oportunidad para montar de inmediato el negocio de la salud. En menos de dos años presentaron a la consideración del Congreso de la República el proyecto que, con un debate controlado y poca participación de las posiciones contrarias – por entonces insuficientemente elaboradas y con poco apoyo popular, hay que reconocerlo – devino en menos de seis meses en la Ley 100 de 1993 (República de Colombia, 1994) cuya amplia divulgación y promoción internacional me exime de describirla. Baste decir que logró concretar precozmente tanto las orientaciones del Banco Mundial de “invertir en salud” (Banco Mundial, 1993), como el denominado “pluralismo estructurado”, sistematizado en 1997 por Juan Luis Londoño y Julio Frenk (Londoño y Frenk, 1997). No por acaso Londoño había sido el ministro de salud y el abanderado del proyecto en el Congreso de la República en 1993.

Tras la euforia inicial por la implementación en Colombia del modelo mercantil en salud, empezaron a evidenciarse tanto sus ver-

daderos intereses como sus falacias, limitaciones y efectos negativos. Muy pronto se vio que importaba más la generación y acumulación de ganancias por cuenta de las enfermedades de la gente, que la salud y el bienestar de la población; que había una gran distancia entre inscribirse o ser inscrito como cliente de una empresa – pública o privada – de prestación de servicios en caso de enfermedad, y tener garantizado su derecho a vivir dignamente, a prevenir y evitar las enfermedades, y a recibir una atención oportuna y de calidad en caso de enfermarse; que el Estado se debilita y deslegitima al priorizar la salud de los negocios al bienestar colectivo y que, en definitiva, la equidad en salud no camina en la misma dirección que los mercados.

Empezaron entonces a oírse voces críticas al modelo desde la población, la academia y la política, a surgir organizaciones en defensa de la salud pública –una de las principales víctimas del modelo – y a esbozarse propuestas de reforma al sistema de salud. En octubre de 2001, por ejemplo, se celebró en Bogotá el Primer Congreso Nacional por la Salud, convocado por 34 organizaciones sociales, sindicales, populares y académicas (entre ellas la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES) y que contó con más de 2.000 asistentes de todo el país. Su propósito fue “debatir sobre la situación de la salud y la seguridad social en medio de la guerra, construir colectivamente los lineamientos para políticas públicas por parte del Estado y las bases para una agenda política para una movilización social orientados por la garantía del derecho a la salud como una de las vías para la consolidación de la paz” (Primer Congreso Nacional por la Salud, 2001).

Los sectores económicos, políticos y sociales que han apoyado el sistema mercantil en salud, y en particular el gobierno y el nuevo y poderoso actor del sistema de salud: las empresas de afiliación y aseguramiento, impropriamente denominadas “Empresas Promotoras de Salud (EPS)”, han canalizado y aprovechado desde un principio las crisis del modelo y los consiguientes debates, movilizaciones y propuestas alternativas para introducir ajustes legales, de tipo formal y predominio financiero. Así ocurrió con las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011. Pero el intento más atrevido del gobierno y las EPS por radicalizar el modelo fue un conjunto de diez decretos promulgados al amparo de la denominada “emergencia social en salud” al terminar el año 2009 (Universidad Nacional de Colombia, 2010). Tres de ellos –126, 128 y 131– estaban orientados “a acomodar la concepción y la racionalidad científica, ética, jurídico-penal y operativa del sistema a los imperativos de los dos intereses económicos que motivan el ajuste: los del Estado...y los privados” (Franco, 2010). Los siete decretos restantes se dedicaban en su totalidad – cómo no – a los asuntos relacionados con “la asignación, la distribución, el flujo y el control de

los recursos”, según la misma fuente anterior. Lo que no calcularon los impulsores de semejante intento es que su desmesurado afán de sobre-enriquecimiento por cuenta del dolor, la enfermedad y la muerte de la población iba más allá de los límites de tolerancia del resto de la sociedad.

Efectivamente, los sectores profesionales del área de la salud, en especial los médicos, sintieron amenazados los fundamentos éticos y la estabilidad jurídica y económica de su ejercicio. Y la población general sintió el riesgo inminente de nuevos límites en sus derechos elementales en atención de la enfermedad y de tener que recurrir hasta a sus mínimas reservas económicas para satisfacer la voracidad de ganancia del empresariado de la enfermedad. La sinergia del descontento popular generalizado, con los desarrollos teóricos sobre sistemas de salud y el derecho a la salud de la década anterior, y con el acumulado organizativo de gremios del área de la salud y de otros sectores sociales, llevó en el primer semestre de 2010 a las mayores movilizaciones de que se tenga conocimiento en la historia del país por la salud y por un sistema sanitario y de seguridad social menos mercantil y más equitativo y humanizado. Interpretando las normas constitucionales y el sentir popular mayoritario, la Corte Constitucional declaró contrario a la Constitución lo fundamental del paquete de decretos de la emergencia social en salud, fortaleciendo los movimientos sociales organizados y obligando al gobierno a desistir de su intento de radicalizar el modelo mercantil de prestación de servicios de salud, y a reducir posteriormente sus pretensiones a los ajustes contenidos en la Ley 1438 de 2011, ya mencionada.

La derrota del proyecto del establecimiento fortaleció la confianza en la movilización masiva, en la importancia de desarrollar la fundamentación conceptual y la organización de los diferentes sectores implicados, y la necesidad de formular propuestas legislativas alternativas. A mitad de 2012 un conjunto de organizaciones académicas, sociales, gremiales y populares, con el respaldo de parlamentarios de diferentes partidos políticos, lograron radicar en el Congreso de la República el proyecto de Ley Estatutaria 105-Senado, “Por el cual se reglamenta el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”, el cual se complementó en abril de 2013 con el proyecto de Ley Ordinaria 233 –Senado “Por el cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud”, originado en los mismos sectores y con similar respaldo parlamentario (CSR, 2014). Ambos proyectos alcanzaban a perfilar un modelo de salud diametralmente opuesto al modelo mercantil vigente y en trance de adaptación. Desde una perspectiva de derechos, con un planteamiento positivo y muy amplio de la salud, y sustentando la prioridad del bienestar colectivo

sobre la rentabilidad económica en la atención de las enfermedades, ambos proyectos formulaban una alternativa técnica, administrativa y financieramente viable, y política y socialmente conveniente y deseable. La presentación por parte del gobierno de sendos proyectos de Ley Estatutaria (209-Senado) y Ordinaria (210-Senado) en marzo de 2013, y el carácter de urgencia que el propio gobierno le dio a su proyecto de Ley Estatutaria, agudizaron el debate y concretaron la polarización de las posiciones y las propuestas. Dicho proyecto gubernamental, sólo aceptado a regañadientes por el ministro de salud quien lo consideraba innecesario, se originó en la propuesta preliminar de unos puntos sugeridos por el sector médico, organizado coyunturalmente en torno a la Academia Nacional de Medicina.

En el segundo semestre de 2013 se produjo una nueva oleada de movilizaciones masivas, debates públicos y confrontación en los medios de comunicación a nivel nacional en torno al sistema de salud y a los cambios requeridos. Entre los procesos y acontecimientos que precipitaron dicha oleada de movilizaciones y debates merecen mencionarse: la conciencia colectiva creciente sobre los fallos estructurales del modelo vigente, y que sus defensores querían mantener y ajustar mediante sus proyectos de ley; algunos aspectos específicos de tales proyectos que tocaban temas muy sensibles en formación de profesionales y especialistas, en el incremento de la injerencia de los poderes políticos tradicionales regionales y locales en el manejo de recursos y en la administración sectorial; el desarrollo organizativo y la articulación logrados por algunos sectores gremiales, sociales, sindicales y populares en torno a la causa de la salud a nivel nacional, y la confianza alcanzada en tales sectores y en parte de la opinión pública por el hecho de contar por primera vez con proyectos de ley de iniciativa ciudadana para enfrentar las propuestas gubernamentales. Pero el poder de los sectores del estado y de la sociedad que defienden el modelo vigente; la fuerte presión del gobierno, de las EPS y de la industria médica y farmacéutica sobre el parlamento, y las complicidades y cruces de intereses de muchos parlamentarios con los múltiples negocios del sistema de salud, llevaron a que se aprobara el proyecto de Ley Estatutaria en Salud propuesto por el gobierno y se hundieran por falta de consenso los proyectos de Ley Ordinaria. En la revisión que le correspondía, la Corte Constitucional hizo algunas precisiones interpretativas que no le gustaron al gobierno, tratando de defender las dimensiones del derecho a la salud contenidas en la ley y de tomar precauciones para impedir que algunos de sus contenidos se reduzcan o interpreten en contra de los pacientes al momento de su aplicación (Corte Constitucional, 2014). Sólo en febrero del 2015 el gobierno sancionó la Ley Estatutaria, que si bien constituye un paso importante en

el reconocimiento de la salud como derecho, en el señalamiento de las responsabilidades indelegables del Estado en salud y en la defensa de conquistas como la acción de tutela, la autonomía profesional en salud y el trabajo digno, es insuficiente dado que deja vivos los pilares fundamentales del modelo vigente.

REFLEXIONES Y LECCIONES PARA LA LUCHA POR LA SALUD EN EL CAMPO DE LAS LEYES

Las experiencias de cuatro países latinoamericanos por lograr la garantía constitucional y legal del derecho a la salud y de sistemas de salud y seguridad social no mercantiles, expuestas de manera sintética anteriormente, motivan muy diversas reflexiones y aportan experiencias que pueden aprovecharse en la acción futura en diferentes contextos. La parte final de este documento se dedica a enunciar algunas de ellas.

LOS LÍMITES DE DEMOCRACIAS MÁS FORMALES QUE REALES

Es claro que en el contexto internacional los estados nacionales han perdido cada vez más poder y soberanía y que ha habido un desplazamiento del poder real hacia los grandes conglomerados económicos transnacionales, hacia agencias y organismos internacionales, en especial del campo financiero, y hacia bloques de países conformados más por intereses afines que por cercanías geográficas. En este escenario, los márgenes de maniobra de los gobiernos, los órganos legislativos – incluyendo las asambleas constituyentes – e inclusive los ejercicios de ciudadanía directa, resultan limitados y, con frecuencia, más aparentes que reales. Los tres poderes que han vertebrado las actuales democracias resultan en la práctica supeditados a esos poderes transnacionales, mediante mecanismos que van desde la infiltración velada, la asesoría técnica y el financiamiento condicionado, pasando por la dominación ideológica consciente o inconsciente, hasta las intervenciones militares abiertas. Si en sus orígenes etimológicos y en su acepción más simple “democracia” es el gobierno del pueblo, de los ciudadanos, la posibilidad real del ejercicio del poder popular en cada país es cada vez más limitada en el escenario anteriormente descrito. Es decir, la democracia es cada vez menos real y más formal. El poder real lo detentan cada vez más las grandes potencias y los macro-conglomerados económicos que los pueblos y sus gobiernos. Esta realidad no anula, pero sí limita los alcances de los poderes nacionales o locales y, por tanto, de las iniciativas y acciones en cada uno de ellos.

Además, las luchas en un campo específico –para el caso en discusión, las luchas por la salud– en un determinado país no enfrentan sólo a los poderes e intereses locales. Enfrentan allí un modelo y unos

intereses transnacionales que difícilmente van a ceder, a pesar de algunas derrotas locales o temporales.

¿Significa esto la inutilidad de las luchas en general y de la acción legislativa en particular, incluyendo la constitucional? Absolutamente no. Pero es un llamado a reconocer los escenarios reales de la acción política contemporánea, a resaltar la necesidad de la complementariedad de las diferentes formas de acción política, como se verá más adelante y sobre todo, a introducir la cuestión de la perspectiva global. Más exactamente: de la necesidad de globalizar ciertas causas y luchas. La desmercantilización de la salud, por ejemplo, no puede ser sólo una lucha local o nacional. O es global o está perdida.

LOS TEMAS SECTORIALES DENTRO DE LAS LUCHAS GLOBALES

Si bien la salud es una realidad íntimamente relacionada con muchos otros espacios y dimensiones de la vida de las personas y de la sociedad, y la complejidad enseña que la parte está en el todo y el todo está en la parte, esta reflexión quiere plantear la cuestión del lugar, los alcances y las dificultades de la lucha por la salud dentro del conjunto de las luchas sociales.

Un primer aspecto tiene que ver con el nivel de conocimiento y conciencia colectiva que se tengan sobre la salud y, de acuerdo con ellos, qué niveles de interacción se perciban entre ella y las demás dimensiones de la realidad individual y colectiva. Si el campo de la salud está muy reducido en la conciencia colectiva a la respuesta frente a las enfermedades, y más específicamente a procedimientos médico-quirúrgicos y a formulación de medicamentos –detrás de los cuales gravitan enormes poderes económicos transnacionales– es muy difícil que una acción en el campo sanitario así entendido trascienda o impacte en otros campos. Pero, si se tiene una perspectiva de la salud como derecho humano fundamental y se comprende que para que las personas y el conjunto estén y vivan bien –y eso es la salud– se requiere un adecuado ordenamiento y funcionamiento social, entonces la lucha por la salud resulta esencialmente articulada al conjunto de los objetivos sociales, al tiempo que las acciones por otros de tales objetivos sociales impactan directamente el de la salud. El asunto es aún más complejo dado que en las sociedades concretas los niveles de conocimiento y conciencia de la salud son muy diversos, mixtos y cambiantes, como bien pudo observarse en la mirada panorámica a la realidad de los cuatro países escogidos.

El segundo aspecto tiene que ver justamente con la posibilidad real de que una acción intensiva en un campo particular –para el caso, la salud– no sólo no desintegre y fraccione el conjunto de la acción social y política, sino que pueda establecerse una acción sinérgica.

Lo expuesto anteriormente contribuye a esta discusión. Pero, a más de reconocer el papel de los niveles de conciencia colectiva, hay que advertir que objetivamente las acciones sociales se potencian. Inclusive, la historia ha demostrado que respuestas colectivas espontáneas a problemas locales puntuales, en ocasiones intrascendentes, con frecuencia han desencadenado explosiones sociales con potencial de transformación. Por su parte el tipo y solidez de las organizaciones sociales cumplen un papel determinante en la posibilidad de ampliar el nivel de impacto general de las acciones sectoriales. El corolario es entonces la necesidad de articular en lo posible los distintos campos de la acción social y política y, retomando el apartado anterior, hacerlo con perspectiva global y, ojalá, articulación y respaldo internacionales.

EL CARÁCTER DETERMINANTE (PERO LIMITADO) DE LAS MOVILIZACIONES MASIVAS EN LA LUCHA LEGAL POR LA SALUD

Tanto los procesos constituyentes esbozados de diferentes países como las acciones legales por el derecho a la salud y por cambios de fondo en los sistemas de salud, plantean que el elemento desequilibrante es la acción colectiva, convertida en movilización masiva por una causa, en este caso los cambios legislativos en salud. Casos como los de Brasil y Bolivia al momento de promulgar sus nuevas constituciones, o los de Colombia en los dos momentos citados de lucha por reformas de fondo en el sistema de salud, evidencian el poder que generan las movilizaciones masivas dotadas de conciencia, claridad de objetivos y algún nivel organizativo. Poder sí, pero ni omnipotente ni permanente. Es decir, que tiene que ponderarse en el conjunto de los poderes sociales en juego y, además, que si carece de la consistencia y duración que derivan de la organización y la conciencia, su potencialidad se reduce de manera significativa.

No puede desconocerse que con frecuencia ciertos hechos coyunturales y/o particulares se convierten en detonantes de grandes movilizaciones con capacidad de desencadenar procesos de transformaciones de fondo. Hay que estar alerta y dispuestos, pero no puede dejarse al azar y a la espontaneidad el inicio y la conducción de las acciones transformadoras de la sociedad.

En la formulación y tramitación de contenidos constitucionales o de proyectos legislativos, las organizaciones y movimientos sociales y populares enfrentan además dificultades específicas, tales como la posibilidad de acuerdos colectivos frente a la diversidad de temas y enfoques; la inexperiencia y el desconocimiento de las dinámicas parlamentarias, y el frecuente desinterés por dichos escenarios ante el reconocimiento generalizado de la ineficiencia, corrupción y adscripción político-ideológica, en especial de los organismos legislativos.

EL VALOR RELATIVO DE LAS LUCHAS POR LA SALUD EN EL CAMPO DE LAS LEYES

Teniendo claro el carácter del ordenamiento legal, el papel de las leyes y su eficacia relativa en la sociedad, las implicaciones de la globalización en el campo de las leyes, y la realidad de los organismos legislativos, cabe entonces volver a formularse la pregunta inicial: ¿se justifica la lucha por la salud en los campos constitucionales y legales? Un poco más en concreto: ¿se justifica dedicarle trabajo y energía académico-político-organizativa a este frente de acción individual y colectiva? La pregunta cobra mayor relevancia si se evalúan los logros obtenidos hasta ahora, la enorme y costosa distancia entre los textos legales y los hechos reales en salud y sistemas de salud en la región, y el eventual descuido de otros frentes de trabajo por atender este campo legal.

Si bien la respuesta concreta a estos interrogantes debe darse en el contexto de cada coyuntura y país, la experiencia regional, parcialmente esbozada en las páginas anteriores, permite reconocer algunas enseñanzas y saldos favorables que pueden contrapesar la frecuente argumentación en contra. Podrían entonces destacarse como saldos positivos de las luchas por la salud en los campos constitucionales y legales:

- el estímulo que este tipo de acciones produce en términos de organización y movilización sociales;
- el desarrollo de la capacidad propositiva concreta que demanda la acción legislativa, al requerirse traducir los enfoques y conceptos generales sobre salud y sistemas de salud en formulaciones sintéticas y propuestas tanto normativas como organizativas, administrativas, financieras y operativas;
- el ejercicio de la capacidad de negociación, no sólo al interior de las distintas vertientes del sector sanitario sino – y en especial – con actores e intereses frecuentemente antagónicos;
- el potencial incremento de conciencia colectiva sobre el derecho y los significados de la salud y sobre los diferentes modelos posibles de seguridad social en salud;
- y, finalmente, la necesaria ampliación de enfoques, intereses colectivos, sectores participantes, aliados potenciales y redes de organizaciones requerida tanto por la naturaleza social de la salud, como por la complejidad de los campos constitucional y legislativo.

Una conversación amena e ilustrada de dos pensadores y luchadores por la salud en la región, Mario Testa y Jairnilson Silva Paim en 2005 da claves importantes para enriquecer esta reflexión. Repensando el movimiento sanitario brasileiro y la coyuntura de la nueva Constitución, Testa afirmó:

Pero esto es una batalla, esto no es hagamos la ley y se acabó el asunto, sino que esto necesita que haya una base social de apoyo para que realmente se consiga esa transformación en el comportamiento de las personas. No alcanza con la ley. Leyes que cambian comportamientos son leyes que tienen que ser sustentadas fuertemente por una base social en forma permanente, hasta que pase a ser otra vez sentido común, una vez llegado a ese punto entonces sí podemos descansar, pero mientras tanto, hay que seguir dando batalla y organizándose, si no la cosa no funciona.(Testa, y Silva Paim, 2010).

Lo esencial del planteamiento son dos cosas: la insuficiencia de las leyes y la necesidad de que sean soportadas por una base social activa, que lucha organizada hasta lograr que la sociedad interiorice la norma, la convierta en parte del sentido común. La insuficiencia de las leyes puede entenderse en un doble sentido: que son apenas uno de los componentes de la vida social, pero que ésta tiene muchos otros elementos, determinantes y escenarios, y en segundo lugar, que la concreción en una ley de un acuerdo para el comportamiento en sociedad es sólo un momento en el proceso de tratar de organizar la convivencia y negociar los intereses enfrentados. Y siendo así, se requiere entonces de actores sociales que den contenido y continuidad a los procesos, articulen los distintos elementos de la vida en sociedad y contribuyan a hacer la impronta de los contenidos constitucionales y legales en la conciencia colectiva. Pero, hay que insistir, no hay una respuesta acabada a los múltiples interrogantes que plantean las luchas por la salud en la arena legislativa, ni un balance definitivo de ellas. Ambos se construyen al luchar.

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial 1993 *Invertir en salud* (Banco Mundial: Washington DC).
- CEBES 2007 *Fundamentos da Reforma Sanitaria*. Organizacao: Sonia Fleury, Ligia Bahía e Paulo Amarante (CEBES: Río de Janeiro).
- Cohn, Amelia 2008 “La reforma sanitaria brasileña: la victoria sobre el modelo neoliberal” *Medicina Social*, 3(2) 87-99.
- Comisión de seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y de reforma estructural del sistema de salud y seguridad social. *Salud: iniciativas legislativas desde la sociedad civil*. Bogotá, 2014.

- Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría 2014 *La Salud en Chile: sentando las bases para un nuevo sistema para todas y todos*. Documento final, 17 de marzo.
- Corte Constitucional 2014 *Sentencia C-313*. Bogotá.
- CSR 2014 *Salud: iniciativas legislativas desde la sociedad civil*. Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural al Sistema de Salud y Seguridad Social. Bogotá.
- Chile. *Constitución Política de la república de Chile 1980*. <http://www.camara/media/docs/constitucion.pdf> Consultado el 12 -11-2014.
- Engels, Federico 2006 *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado* (Madrid: Clásicos del marxismo).
- Franco, Saúl 1999 *El Quinto: No Matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia* (Bogotá: Tercer Mundo).
- Franco, Saúl 2010 *Cuatro reflexiones iniciales sobre los decretos de la Emergencia Social en Salud*. Palabra, N° 33. Asociación de Profesores de la Universidad de Antioquia, Medellín.
- Gaviria, Carlos 2002 *Sentencias: herejías constitucionales* (Bogotá: Fondo de Cultura Económica).
- Heredia, Nila 2012 *Entrevista. Nila Heredia Miranda. Exministra de salud de Bolivia*. www.miradasalsursur.com.ar/edicion/213/entrevistas. Consultado el 12-11-2014.
- Homes, David 2012 “Margaret Chan: committed to Universal Health Coverage” en *The Lancet*, 380 (9845) 879.
- Kung, Hans, 1999 *Una ética mundial para la economía política* (Madrid: Editorial Trotta).
- Laurell, Asa Cristina 2013 *Sistemas Universales de Salud: retos y desafíos*. <http://issuu.com/isagsunasur/sistemasuniversalesdesaludretosydesafios/1> Consultado 11 de abril, 2015.
- Londoño, Juan Luis y Frenk, Julio 1997 *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Documento de trabajo 353 (Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. Oficina del Economista Jefe).
- Marx, Carlos 1977 *El Capital*. Tomo I/Volúmen 1. (México: Siglo XXI editores).
- Primer Congreso Nacional por la Salud, 2001. *Conclusiones Generales*. Bogotá, octubre 2001.

- República Plurinacional de Bolivia 2009 *Nueva Constitución Política del estado Plurinacional de Bolivia*. La Paz.
- República de Colombia 1991 *Constitución Política de Colombia, 1991* (Bogotá: Ecoe ediciones).
- República de Colombia 1994 *Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social Integral*. (Bogotá: Ecoe ediciones).
- Rousseau, Jean-Jaques 2008 *El contrato social* (Valldolid: Longseller).
- Solar, Orielle 2014 Participación en el panel: Determinación social de la salud y determinantes de las inequidades sociales en salud. Cali, septiembre 24.
- Testa, Mario y Silva Paim, Jairnilson 2010 Memoria e Historia: diálogo entre Mario Testa y Jairnilson Silva Paim. *Salud Colectiva*, Vol. 8, N° 2.
- The World Bank 2015 *Universal Health Coverage Study Series* (Washington D.C: World Bank).
- Universidad Nacional de Colombia 2010 Doctorado Interfacultades en Salud Pública. La emergencia social en salud. *Cuadernos del Doctorado*, N° 13, Bogotá.

Rafael González Guzmán*

ÉTICA NEOLIBERAL Y NUEVAS IDEAS CRÍTICAS EN SALUD

INTRODUCCIÓN

La emergencia y generalización del llamado neoliberalismo a principios de los años 80 del siglo pasado fue una ofensiva contra las clases trabajadoras en todos los frentes. En lo económico, aumentó la explotación de los trabajadores por diversas estrategias a escala planetaria (Harvey, 2007). En lo político, destruyó o debilitó seriamente las organizaciones de los trabajadores del campo y la ciudad y restringió su libertad de organización y sus derechos (Standing, 2010). Ideológicamente hablando, generó falsas representaciones a favor del mercado, la competencia, el futuro y también, como veremos en este capítulo, de valores morales como la libertad, la equidad y la justicia. (Neef, 2006). Todas y cada una de las promesas de crecimiento y mejoría de la humanidad hechas por los neoliberales resultaron vanos espejismos que acaso funcionaron para ocultar temporalmente que en el mundo aumentaron la pobreza y sobre todo la desigualdad, (cosa que por cierto organismos como la ONU aún continúan intentando ocultar (Hickel, 2014).

Después de varios años de imponerse el neoliberalismo en toda la línea, en América Latina se generó un vasto movimiento social. Dicho

* Profesor del departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

movimiento dio origen a nuevas organizaciones populares y logró desplazar de los gobiernos a los neoliberales con distintas fuerzas opuestas a éstos (Sader, 2008; Collusi, 2008; Petras, 1997). Se abrió con ello la posibilidad de revertir los efectos de esa ofensiva mediante nuevas políticas económicas, avanzar en nuevas formas de democracia (sobre todo la democracia “directa”) y, finalmente, se ha desarrollado una nueva forma de ver el mundo en contraposición a categorías neoliberales como las de competencia, libertad de mercado, calidad, competitividad, focalización, etc. Han surgido así otras “ideas fuerza” como la del vivir bien en colectividad, la inclusión de la lógica de derechos sociales como derechos de ciudadanía, etc. En este capítulo en primer lugar; se analizan las ideas morales vinculadas a la salud propias al neoliberalismo, en segundo lugar se hace una crítica teórica a las ideas morales neoliberales y en tercer lugar se desarrollan algunos elementos de una reflexión de lo que es un “crítica práctica” propia de las alternativas surgidas de los movimientos sociales y gobiernos llamados “progresistas” de América Latina; reflexión que tiene que ser apenas preliminar en la medida en que esta crítica práctica apenas está emergiendo de la lucha social.

LA MORAL NEOLIBERAL EN SALUD

En el campo de la salud el neoliberalismo desarrolló una ofensiva para apoderarse de los fondos e instituciones públicas de salud (hoy concretada en los paquetes básicos de servicios y la privatización), generando nuevas formas de inequidad en la atención a la salud. Para ello desarrolló un nuevo planteamiento moral-ético que le permitiera justificar sus políticas en salud. Dicho planteamiento moral atravesará dos etapas. En la primera se harán los planteamientos básicos y en la segunda se agregarán algunos elementos complementarios que no cambian el sentido original de la propuesta sino que buscan adaptarla a la evidencia de que el modelo neoliberal ha aumentado la desigualdad social. Veamos pues algunos de los elementos centrales de la moral neoliberal en el campo de la salud.

CAPITAL HUMANO, IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y FOCALIZACIÓN. FUNDAMENTOS DE LA MORAL NEOLIBERAL EN SALUD Y EDUCACIÓN

El neoliberalismo recuperó la categoría de “capital humano” acuñada por Gary Becker en su libro del mismo nombre de 1964, poniéndola en el centro de su discurso económico-político-moral (Becker, 1964). Este último, un economista liberal, premio nobel de economía en 1992 y miembro de la Sociedad de Mont Pellerin (cónclave de los “obispos” neoliberales fundado por Hayek) establece que las personas

pueden verse como portadoras internas de “capital” que se incorpora a ellas mediante la educación y mediante la salud. A más educadas y más sanas tendrán un valor mayor que vender a sus posibles compradores de forma que salud y educación, tienen una propiedad en común: incrementan el capital humano, lo que le les permite “garantizar que los hogares cuenten con capacidades para mejorar sus ingresos, salir de la pobreza y contribuir al desarrollo económico del país a través del incremento de su productividad laboral, rendimiento escolar y contribución al fisco y a la seguridad social” (PNS, 1996). Según este discurso que se repite en infinidad de países por gobiernos y organismos internacionales, al aumentar la educación y la salud las personas serán poseedoras de mayor “capital humano” mismo que podrán vender (intercambiar) en el mercado a mayor precio aumentando sus ingresos, saliendo de la pobreza y ayudarán a su país por diversas formas.

Vinculado a lo anterior está el concepto de igualdad de oportunidades, un viejo concepto de la economía liberal, presente ya desde Hegel (Serrano, 2009) y Suart Mill. Dice éste último que, “en verdad muchos individuos fracasan aun cuando trabajan más que aquellos que tienen éxito, esto obedece menos a sus diferencias de capacidades y tiene más que ver con la desigualdad de oportunidades” (Dieterlein, 2009). Según esta lógica, si se logra que las personas tengan igualdad de oportunidades obteniendo semejante educación y atención a la salud tendrán un capital humano semejante al “arrancar” o iniciar su vida de forma que en adelante sus desigualdades se deberán solo al esfuerzo y el mérito individuales, como establecen los autores clásicos de la sociología funcionalista norteamericana como Davis y Parsons. Los neoliberales verán la inversión en bienes de capital humano como una decisión de las familias para aumentar los ingresos de sus hijos y a su vez dirán que las desigualdades sociales generadas sobre la base de una inicial igualdad de oportunidades (estudios básicos). De esta manera, no representarán ninguna injusticia, pues “en igualdad de oportunidades”, serán las cualidades (innatas o adquiridas) y los desempeños derivados haber decidido invertir en capital humano, de cualidades y del empeño personal puesto en los trabajos, los que establecerán la participación de las personas en la distribución de los bienes y reconocimientos producidos socialmente (esto es, su estatus) (Parsons, 1974).

Ahora bien, como el capital humano es una mercancía a intercambiarse, los componentes para producirla son aquellas mercancías requeridas para producirlo. Estas mercancías son, entre otras, aquellas necesarias para que el portador de ese capital tenga educación o mantenga su salud (o sea escuelas, maestros, unidades de salud,

trabajadores sanitarios, medicamentos, libros, etc.). De hecho, cabe hacer un paréntesis sobre que en esta perspectiva la personalidad y centralidad humana desaparece. La persona es apenas un medio o vehículo con nombre para la realización de relaciones mercantiles que son el fin de su actividad: intercambiarse favorablemente entre sus posibles compradores acrecentándose internamente (capital humano más sano, o más “bello”) o externamente (propiedades). Sin embargo, los neoliberales reconocen (no pueden dejar de hacerlo) que muchas personas no tienen capacidad de comprar esas mercancías generadoras de “capital humano” y que por tanto la fórmula de igualdad de oportunidades no aplica para ellos. Hacer justicia entonces consistirá en poner en igualdad de oportunidad a las personas para que tengan acceso a las mercancías necesarias para obtener educación y atención a la salud básicas (léase limitadas) Si se hace esta forma de justicia, las desigualdades sociales no serán condenables, al contrario, serán deseables pues serán un estímulo para el esfuerzo personal y el mérito, la eficiencia y la calidad.

Para ello será menester localizar a quienes por vías mercantiles no tienen acceso a educación o atención a la salud y una vez localizadas o identificadas (focalizadas dicen ellos) habrá que garantizarles un mínimo que, como se dice en México y en otros países les garantice un “arranque parejo en la vida” tras el cual se incorporen a la implacable competencia de todos contra todos por los escasos recursos. Pero, como veremos más adelante, este “arranque parejo” no es más que la coartada para justificar la existencia de desigualdades sociales que han sido producto de una desigualdad originaria, que es la existente ante la propiedad. Valga señalar que este mínimo garantizado, bajo la lógica del capital humano-igualdad de oportunidades-focalización, más que un derecho general es visto como una excepción, a las reglas “justas” del intercambio mercantil por *equivalentes*. Veamos.

Las desigualdades de oportunidades vuelven injusta la competencia entre rivales en el mercado. Pero una vez que se han subsanado o paliado dichas desigualdades (con los apoyos mínimos focalmente establecidos) las personas competirán exitosamente en el mercado. Según la ideología neoliberal, ahí se hará justicia según el mérito independientemente de la desigualdad originaria en relación a la propiedad que en general es naturalizada por esta ideología. De acuerdo a Guardia, esta “[...] corrección permite que todos los que concurren al mercado tengan una oportunidad equitativa de alcanzar aquellos puestos de trabajo y posiciones sociales que sean compatibles con sus capacidades y habilidades, en consecuencia ‘para aquellos que tienen las mismas capacidades y la misma

disposición a usarla deberían tener perspectivas de vida semejantes” (Guardia, 1998). Una vez hecha la corrección procederá entonces retirar los apoyos y dejar que la “mano invisible del mercado” con su justicia inherente deje desarrollarse las desigualdades justas y hasta deseables.

Una extensión a una segunda etapa del planteamiento neoliberal se refiere a lo que mundialmente se ha llamado los “pisos básicos de protección social”. Como veremos más adelante, las promesas neoliberales se quedaron en eso, en promesas. En el mundo real tras años de la aplicación de las recetas del libre mercado se generaron enormes desigualdades sociales (Harvey 2007) lo que dio origen a que tomaran forma algunos planteamientos aparentemente nuevos como el de los pisos básicos. Este planteamiento, aparentemente nuevo, en realidad tiene continuidad con los anteriores. Se trata de unir en un solo paquete de beneficencia pública los bienes-mercancías-dinero para que la sociedad proteja a todos de los efectos que produce su estructura de propiedad y dinámica básicas, y por supuesto sin alterar en lo esencial dicho régimen y modelo de desarrollo para que las personas compitan entre sí. Lo justo aquí es entonces que a aquellos que no pudieron por vías mercantiles superar la línea de la pobreza y solo a ellos se les dé, previa identificación legal como pobres o muy pobres, un piso básico tras el cual podrán entrar a la justicia de verdad, la del mercado. Una vez pasada el piso básico tendrán que demostrar seguir siendo pobres para mantener este derecho limitado.

CRÍTICA TEÓRICA A LA MORAL NEOLIBERAL

CAPITAL HUMANO, UNA FORMA DE ENAJENACIÓN

Como se establece líneas arriba, el llamado “capital humano” es una forma de enajenación de la persona, misma que se transforma en un mero vehículo de valores acumulados que se intercambiarán por otros valores en el mercado. La vida, valor supremo, aquí se convierte en la suma de valores acumulados (comprados e incorporados) por quienes han invertido en ellos (solos o con la ayuda del Estado). Sin embargo el concepto mismo es equívoco pues lo que sucede con educación y salud es la valorización de la fuerza de trabajo, pero no su transformación en capital. Para ello es menester que las mercancías-dinero que integran el capital se intercambien por fuerza de trabajo y obtengan plusvalor (Marx, 1852). Educar o sanar personas no las coloca como capital, pues para ello tendrían que intercambiarse por fuerza de trabajo y obtener plusvalía; son entonces más bien su opuesto necesario: fuerza de trabajo más cali-

ficada que será eventualmente comprada por el capital. La igualdad de oportunidades, entonces se refiere a igualdad de los desposeídos de capital para competir por vender su fuerza de trabajo a éste en mejores condiciones, esto es, que la fuerza de trabajo de todos tenga el mismo valor inicial en el mercado, es decir una igualdad entre los desposeídos para venderse a los poseedores y no tanto una igualdad entre propietarios y desposeídos.

Thomas Piketty establece (2015) que hay dos grandes formas de desigualdad social. La primera consiste en que una parte considerable de las diferencias en el ingreso entre asalariados se debe a diferencias en su capital humano. Piketty muestra cómo dichas desigualdades se reproducen generacionalmente de forma que los deciles de ingreso bajo además de tener más dificultades para obtener educación, son sistemáticamente colocados por los empleadores en condiciones de igualdad de estudios como con menos capital humano. De hecho, los neoliberales como Herrnstein y Murray (citados por Piketty, 2015) establecen que no es deseable subsidiar la educación de los pobres pues eso deformaría el mercado en este campo, además de que alegan hay diferencias en inteligencia detrás de los diferentes resultados en educación. Otros estudios según Piketty han mostrado que la redistribución de estudiantes entre barrios independiente de su barrio de origen ayuda a mejorar la situación de todos los estudiantes.

Siguiendo a Piketty, la segunda forma de desigualdad económica, es aquella entre capital y trabajo asalariado. Esta impone la subordinación de los trabajadores a la lógica de la ganancia y la acumulación y a la enajenación del trabajador respecto a su producto y a su proceso de trabajo (Marx, 1844). Para el debate sobre si en sí es injusta esta relación ver cuadro 1. Bajo esta lógica y por ella hay una oposición de intereses entre capital y trabajo y a la vez se imponen formas de competencia de cada trabajador con los otros para recibir una parte un poco mayor en función de su capital humano. La lógica de la acumulación de capital se transforma así, entre los trabajadores, en la lógica de la competencia de todos contra todos por vivir cada uno mejor que el otro (que vivirá peor). Como veremos adelante, los procesos de cambio latino americanos están intentando romper esta lógica sustituyéndola con la de vivir bien en colectividad.

Cuadro 1. ¿Es injusto el régimen capitalista?

No existe en la obra de Marx, según Geras (1985), una clara definición moral respecto a la extracción de plusvalor. Marx tiene una diferencia fundamental con los socialismos utópicos francés o alemán quienes parten de elaborar un planteamiento ético abstracto sobre la justicia que aplicarán para condenar al capitalismo y luego usarán para construir una sociedad distinta que se guíe por los principios éticos por ellos definidos. Marx, en cambio establece que de cada modo de producción se desprenden planteamientos éticos distintos, de forma que el capitalismo no es injusto en sí. Así, frente a las posturas (como la de Proudhon o las de los socialistas utópicos) que reivindican una “distribución justa”, cuestiona que “¿no acaso la burguesía establece que la presente distribución es justa. Y acaso no es la única distribución justa sobre la base del modo de producción presente?” estableciendo que en todo caso bajo la capitalismo siempre habrá explotación independientemente de mejoras distributivas. En sus Glosas Marginales al tratado de Wagner notamos una pequeña diferencia, pues aquí Marx establece que la ganancia del capital no es “solamente un robo” sino que arranca la *producción de la plusvalía*, es decir que comienza por ayudar a crear lo que ha de sustraer. Demuestro también ampliamente que incluso en el cambio de mercancías, *sólo* se cambian *equivalentes* y que el capitalista, siempre que pague al obrero el valor real de su trabajo, estará plenamente en su derecho —es decir, el derecho correspondiente a este modo de producción— de apropiarse la *plusvalía*.” Sin embargo Geras establece que Marx en otras partes sí asume una crítica ética a la relación capitalista. Esta crítica se basa en lo siguiente: si se analiza la compraventa de fuerza de trabajo como una transacción por equivalentes y ésta se realiza por su valor, podemos decir que es “justa”. Pero cuando se analiza más ampliamente considerando lo que sucede en el proceso de producción, el intercambio no es justo, es más, ni siquiera es un intercambio. Esto se explica de la siguiente manera: al entrar el proceso productivo el trabajador produce un valor mayor al que corresponde a los bienes necesarios para reproducir su fuerza de trabajo (salario). Ese plusvalor que se apropia el comprador de la fuerza de trabajo es, para Marx, trabajo impago, es decir apropiado por el capitalista sin compensación alguna. Pero, agrega Marx, en realidad la fuerza de trabajo se ha comprado con una porción del trabajo previo objetivado de otros tantos trabajadores y su repetido intercambio con el trabajo vivo de una cantidad creciente de trabajadores. Así, lo que originalmente aparece bajo una forma de intercambio, cuando se analiza a fondo su contenido, resulta no ser siquiera un intercambio. Por lo demás la acumulación originaria de la cual surge este peculiar “intercambio” tiene su origen en formas violentas y sangrientas nada cercanas a la “justicia” (Geras 1985) igual a la llamada acumulación por despojo de los recursos naturales y que vivimos de manera intensa por ejemplo con la minería, la extracción de petróleo, los cultivos de transgénicos de soya y otros. (Breilh 2012)

Geras, Norman. *The Controversy About Marx and Justice*, New Left Review, V150 1985, Pp 47-85.

C. Marx, Sobre Proudhon, (Carta a J. B. Schweitzer) [1] Londres, 24 de enero de 1865.

Karl Marx / Glosas Marginales al “Tratado de Economía Política” de Adolph Wagner en <http://artilleriainmanente.blogspot.mx/2012/04/karl-marx-glosas-marginales-al-tratado.html>

LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

Pasemos a la crítica de la llamada igualdad de oportunidades. Según lo establece Sánchez Vázquez (1999) en la sociedad actual existen distintos criterios de igualdad. El primero es la igualdad jurídica. Es importante dice, pero no es suficiente para garantizar una igualdad social real de las personas. Señala después que existe otra igualdad, la de oportunidades, que también es un criterio importante pero no suficiente. Esto se debe a que en una sociedad marcada por la enorme desigualdad en relación a la propiedad es prácticamente imposible que exista una real igualdad en oportunidades. Menciona este autor que para un pleno desarrollo de la igualdad social, además de la de

oportunidades es necesario el surgimiento de igualdad en algunos derechos sociales (como la atención a la salud, la seguridad social u otros elementos de los llamados derechos sociales). Estas formas de igualdad en la satisfacción de necesidades sociales son ampliamente rechazadas por el neoliberalismo, a las que acusa de populismo antieconómico. Posteriormente Sánchez Vázquez señala que pueden surgir nuevas formas de igualdad que presuponen la superación de la propiedad privada. Veamos: hasta Hegel, (incluyéndolo), muchos filósofos, aunque critican la desigualdad social, sin embargo naturalizan la propiedad privada sin ver que ésta es la madre de aquella. (Serrano, 2009). En el siglo XIX se empieza a ver que existe un claro nexo entre la desigualdad social y la propiedad privada. La concentración de la propiedad de la tierra, los instrumentos de trabajo (e incluso de los esclavos) es vista es descubierta como el fundamento de la desigualdad social: los hombres nacen y viven desiguales pues unos son poseedores y otros son sometidos a ser desposeídos y despojados de manera sistemática, legal y hasta “justa” (según los criterios de justicia de cada época) Sin embargo, por primera vez en la historia (europea al menos) Pierre-Joseph Proudhon en su obra *Qu'est-ce que la propriété? Recherche sur le principe du droit et du gouvernement*, desnaturaliza a la propiedad y plantea que “la propiedad es un robo”, y que está en el origen de la desigualdad social. La igualdad desde aquí y sobre todo con Marx solo será posible mediante la superación de esta relación (la propiedad). En Marx, será posible el desarrollo de nuevas formas de igualdad, en especial la fórmula de a cada quien según sus capacidades a cada quien sus necesidades. En esta fórmula se recoge la idea de la diversidad en aportes y en necesidades que enriquece la vida social y la da a cada quien lo propio para su vida.

Así, la idea de capital humano, que es en realidad valorización de la fuerza de trabajo y la limitada idea de igualdad de oportunidades, sobre la base de una enorme desigualdad en términos de la propiedad (y de la riqueza social) nos muestran sus limitaciones como elementos dirigidos impulsar el nuevo patrón de acumulación capitalista que beneficia a unos cuantos pero manteniendo el papel de legitimación del Estado (Offe, 2007). En la lógica de la igualdad de oportunidades, se hace abstracción del conjunto de condiciones tan distintas en las que se desarrollan las personas de distintas clases, en especial aquellas referidas a sus relaciones ante el trabajo y la propiedad y la apropiación de lo producido. Al abstraer esto, como establece Sánchez Vázquez, se trata de una política de igualdad que funciona en los hechos ocultando otras tantas desigualdades y por sí misma es insuficiente para definir la justicia.

POBREZA Y DESIGUALDAD SOCIAL ANTE LA PROPIEDAD

En cuanto a la focalización y la protección social con pisos básicos, cabe señalar que parten del supuesto de apoyar sólo a los que no podrían competir en igualdad de oportunidades. Estos, una vez con sus mínimos garantizados, podrán entrar al supuesto gran igualador que es el mercado y la necesidad de esos pisos básicos desaparecerá. Se habrá corregido el “defecto” y ahora todos habrán progresado viviendo en mejores condiciones y con desigualdades que resultan deseables pues son supuestamente debidas a sus méritos. A los neoliberales no les importa la desigualdad solo ven la pobreza (Anderson, 2015) y a la pobreza la ven como una condición absoluta no como una situación relativa a otros, relacional. La consideran, al menos en el discurso, como algo indigno que tiene que ser erradicado. La equidad y la justicia se logran al dar a los más pobres un piso básico de satisfactores para que entren al metabolismo de la venta de fuerza de trabajo al capital, que es en sí justo y pero que a su vez es la base de la generación constante de desigualdad y de pobreza relativa. Sin embargo, los neoliberales no logran ni lograrán erradicar esa pobreza “absoluta” ni la relativa pues son un producto necesario de las relaciones entre poseedores y desposeídos; lo que si intentan lograr es ganar legitimidad y control político sobre aquellos que sienten que podrían eventualmente generales amenazas políticas. Harvey y Piketty han mostrado como en la época neoliberal la curva en U de Kuznets sobre la desigualdad, que decía que en una primera fase del capitalismo las desigualdades aumentan pero luego tienden a disminuir, ha resultado falsa pues en las últimas tres décadas han aumentado nuevamente.

De manera alternativa corrientes no neoliberales ponen en el centro la meta de disminuir la desigualdad mediante la redistribución; dentro de ellas encontramos a Piketty y en el campo de la salud a Wilkinson (2013). Ellos según Anderson (2015) desde un socialismo Fabiano, proponen medidas redistributivas sobre todo de origen fiscal gravando más a las personas de altos deciles de ingreso y a las empresas y subsidiando a los sectores de bajos ingresos. Ellos prefieren este tipo de medidas a aumentos salariales directos a los sectores de más bajos ingresos pues esto afecta a las empresas que en respuesta tenderían a dirigir sus inversiones a aquellas formas intensivas en capital (y no en mano de obra, causando desempleo) y a contratar personas con más capital humano que con menos. Aquí la equidad y la justicia no son meramente ayuda a los más pobres, sino algunas formas de redistribuir valores modificando cuantitativamente, más no cualitativamente, la pobreza relacional. Se mantiene la lógica de la ganancia y la acumulación así como la de “vivir mejor”. No se habla desde estas posturas de dos elementos clave: la

introducción de una lógica de derechos y la necesaria des-mercantilización de grandes áreas.

CRITICA PRÁCTICA A LA MORAL NEOLIBERAL

Los defensores de la teoría del capital humano, la igualdad de oportunidades y los pisos básicos de protección social, tan proclives a pedir evidencias “científicas” a todo discurso opositor, no han reparado, sin embargo, en ver y explicar cómo y por qué su discurso choca con la realidad. Si como se afirma, por ejemplo en México, que la educación ha aumentado y la salud de los mexicanos ha mejorado, este aumento en el “capital humano” no se ha correspondido sin embargo, con una mejora en el ingreso. Las percepciones reales recibidas por los trabajadores se ha deteriorado, ha aumentado la proporción de las personas dentro del trabajo informal (¿será que ese espacio es mejor para el “capital humano”?) y la cantidad de personas por familia que tienen que trabajar también ha aumentado. ¿Cómo explicar que el llamado “capital humano” haya aumentado y al mismo tiempo las percepciones de sus portadores hayan disminuido? ¿Cómo explicar que los niveles de pobreza se sostengan e incluso la cantidad de personas con pobreza multidimensional haya aumentado? Si producto de sus programas se ha avanzado en una igualdad de oportunidades ¿cómo explicar que la desigualdad en ingresos y en riquezas se haya abierto de manera tan grande? (Harvey 2007; Piketty, 2015)

Ante este empeoramiento en las condiciones en que viven millones de personas en América Latina se han desarrollado grandes movimientos sociales que han derribado gobiernos neoliberales, o han logrado por vía electoral desplazarlos por fuerzas políticas no neoliberales por medios electorales (como en Venezuela, Ecuador, Bolivia, El Salvador, Argentina, Uruguay o Paraguay). En algunos casos ello ha dado origen a grandes organizaciones sociales e incluso nuevos partidos (como el PSUV de Venezuela o el MAS de Bolivia). Estos procesos están ejercen una crítica no solo teórica sino práctica a la ofensiva neoliberal en el plano económico, político e ideológico que tiende también a definir una nueva moral y ética social y en salud. Esta nueva alternativa no neoliberal emergente no nace como Palas Atenea de la frente de Zeus totalmente madura y acabada. Nace en medio de intensas presiones externas y de constricciones internas de una hegemonía neoliberal aun no derrotada en todos los frentes, del cual el ideológico – moral ético no es la excepción. García Linera ha trabajado de manera muy interesante algunos de los rasgos contradictorios de esta etapa de la “revolución” mostrando el complejo proceso de surgimiento de una nueva economía y políticas que permiten el desarrollo de nuevas formas de entender lo que es bueno y lo que es

justo que a su vez guiarán a las primeras (García Linera, 2011). Algunos elementos de estas ideas morales emergentes son los siguientes:

DE MERCANCÍAS A DERECHOS SOCIALES

Los nuevos procesos intentan “des-mercantilizar” en la práctica aspectos clave de la vida colectiva, como la educación, la salud y la vivienda. En lugar de la lógica de que lo “bueno” y lo “justo” es que accedan a ellas quienes tienen para comprarlas como otras mercancías, se establece que lo “bueno y justo” es considerarlas derechos de todos las personas dado que la sociedad en su conjunto puede materialmente brindarlos a todos independientemente de su capacidad de pago. Las luchas de los trabajadores asalariados en muchos países, como parte y dentro de la relación trabajo asalariado capital, incluyeron el acceso a estos bienes ya sea proporcionado por el patrón o por el Estado (salario indirecto) (De la Garza, 2006). Estas formas, sobre todo las estatales son muy criticadas por el neoliberalismo, pues para ellos el impulso fundamental de la productividad del trabajador es el pago salarial directo. Las luchas sociales y los gobiernos progresistas en América Latina chocarán con la lógica neoliberal e impulsarán el acceso a la educación, la salud y la vivienda como derechos sociales vinculados a la ciudadanía. Empieza a darse un cambio de lógica: según Borgia (2008) esta lógica en la historia del Uruguay recorre cuatro etapas: a) en la primera etapa, el Estado hace porque es bueno, no porque deba hacer, es la etapa de los “populismos” b) en la segunda etapa el Estado no hace porque no debe hacer (neoliberalismo) c) en la tercera, lo que el Estado no hace es porque no le compete, y lo que hace, lo hace porque es bueno’ (neoliberal con algunas concesiones) y d) en la etapa actual, se hace el anuncio público de reconocimiento del derecho a la salud y de las obligaciones del Estado (gobiernos progresistas).

En el caso venezolano, las Misiones vinculadas a salud, educación y vivienda rompen con la lógica neoliberal y se establece en la nueva constitución a estos bienes como derechos de todos los ciudadanos y se crean instituciones públicas para garantizarlos (la muy extensa red de centros de Barrio Adentro que incluso rebasa en número los centros del Ministerio de Salud anterior) (Plan Nacional de Salud, 2014-2019). Se establece que no es un favor del Estado sino una obligación mandatada por la sociedad, en la perspectiva de que cambios en el gobierno no afecten esta nueva relación social. Se crean a la vez nuevas universidades y se expande el acceso a todos los niveles de educación. Aquí la lógica no es dar a cada quien capital humano para que luego se venda mejor; se trata de crear instituciones sociales con trabajadores capaces de realizar derechos sociales/ciudadanos como la salud (León, 2014). Sin embargo, una parte importante del sistema de sa-

lud sigue en manos privadas y sectores importantes de trabajadores asalariados cuentan con planes privados de aseguramiento, lo que da continuidad a la lógica mercantil en el campo de la salud y dificulta la unificación del sistema con base en una lógica de derecho igual para todos (una situación semejante ocurre con la educación privada). Por decirlo de alguna manera, las formas de salario indirecto en salud otorgadas por los patrones (privados o públicos) frenan la unificación del sistema dando atención igual a necesidades iguales con base en una lógica de derechos. El camino, en el plano económico, será mejorar lo público hasta superar lo privado (y todas sus deformaciones) y es el campo ideológico moral, el reto será ganar el debate a favor del concepto, -económico y a la vez moral- de vivir bien en colectividad, como veremos más adelante (León, 2014).

DE LOS BIENES INDIVIDUALES A LOS COLECTIVOS

Un segundo rasgo de cambio en la lógica moral sobre lo que es bueno y justo se refiere a una ubicación distinta de lo individual y lo colectivo. Recordemos que el liberalismo pone en el centro al individuo y justifica las desigualdades sociales con base en la libertad individual que permite a cada uno esforzarse y competir con los demás. Según la lógica de Adam Smith, la interacción de una colección de hombres naturalmente egoístas es corregida por el mercado que impide pretensiones desmedidas a cualquiera y hace que la resultante sea el bien general. Smith dice “el hombre necesita casi constantemente la ayuda de sus semejantes, y es inútil pensar que lo atenderían solamente por benevolencia (...) No es la benevolencia del carnicero o del panadero la que los lleva a procurarnos nuestra comida, sino el cuidado que prestan a sus intereses” (citado por Pardina, 2011). Aunque también reconoce que “«ninguna sociedad puede ser próspera ni feliz si la mayor parte de sus miembros son pobres y miserables” (Pardina, 2011).

En contraposición a esta lógica, en los procesos de cambio progresistas se fortalece la lógica de que lo que es bueno para la colectividad lo será para cada uno, sin desigualdad de manera justa (a cada quien según sus necesidades). Es la irracionalidad del mercado para satisfacer las necesidades sociales la que genera personas egoístas, que en realidad siguiendo a Rosseau al nacer no son naturalmente no egoístas sino más bien semejantes a “el buen salvaje”. Así, frente al mercado hay que generar instituciones y relaciones sociales “comunes” (de todos y de nadie en particular) que se nutren y sustentan del trabajo de todos y que abren la posibilidad de satisfacción de las necesidades de todos (Global Social Justice, 2013). Los sistemas de salud emergentes como Barrio Adentro o los equipos comunitarios de salud de El Salvador son ejemplos de estas creaciones materiales y

relacionales comunes en las cuales está emergiendo una idea moral de lo que es bueno y justo basada en la colectividad y secundariamente en los individuos.

Además lo bueno y deseable aquí no es lo que desde fuera el Estado otorga a la sociedad “porque él es bueno”, sino que despunta la idea de que instituciones y relaciones como las comentadas son buenas porque son de todos y provienen de todos. De hecho la Misión Barrio Adentro proviene de la generalización de una experiencia local en la cual desde abajo surge dentro de barrios de pobladores pobres de Caracas. Posteriormente se generalizará como Misión que toma el nombre de su origen (Briggs, 2007). Esto va asociado también con otro elemento fundamental, presente en distinto grado en los procesos progresistas, que es el poder popular. Los bienes comunes no son comunes sólo porque alguien desde fuera (aun sea el Estado) los da en uso a todos. Lo son porque son controlados por nuevas formas de poder popular horizontal en el que todos materialmente influyen en su curso (Posada, 2014). Y estas nuevas formas están generando una moral política distinta: lo bueno es lo que es conducido y controlado por la organización colectiva como garantía para preservar derechos.

DEL VIVIR MEJOR AL BIEN VIVIR

Como se dice arriba el vivir bien en colectividad es un *concepto económico* que se refiere a que los objetivos de la actividad humana productora y consumidora de productos debe centrarse en la vida humana y no en el crecimiento de empresas y fortunas; pero es la vez un concepto de tipo *moral y ético* que funciona como referente para la actividad productiva y política.

La idea del vivir bien surge en los países andinos y retomando la vieja sabiduría de los pueblos originarios. Germán Crespo (2014) recoge este origen de la siguiente manera:

“El concepto del *vivir bien* tiene su base en la cultura y lengua de los pueblos andino-amazónicos. Así, en aimara es el “*suma qamaña*”, en quechua el “*sumak kawsay*” y en guaraní “*ñandereko*” “*takevoporã*”, que significan: la vida en relaciones de convivencia armónica, agradable con todos y en equilibrio con todo, “vivir en paz”, “vivir a gusto”, “convivir bien”, llevar una “vida dulce”, o “criar la vida del mundo”. La traducción al idioma español que más se aproxima, sería: “vida en plenitud”. Desde el “*suma qamaña*” se traduciría de la siguiente forma: Suma: Plenitud, sublime, excelente, magnifico, hermoso, bonito, bueno, amable. Qamaña: Vivir, convivir, estar siendo, ser estando, habitar, vivir, morar, radicar, tener energía.”

Frente a la moral individualista Crespo resalta que “Para vivir y con vivir bien, se tiene que trabajar (*thak*) y el fruto del trabajo se tiene

que compartir (*ayni*), por tanto el trabajo y la solidaridad social son valores que dan sentido al “cómo poder vivir bien”. Y la dimensión comunitaria es parte inseparable de lo considerado bueno: “Además, no se puede vivir bien si los demás viven mal, se trata de vivir como parte integral de la comunidad, con protección de ella, sin afectar a ella, ni a la naturaleza. Quien afecta a esto tiene deuda, responsabilidad y culpa social.” (Crespo, 2014).

Esta fórmula ha sido retomada por organizaciones, movimientos sociales y gobiernos progresistas (en especial en Bolivia, Ecuador, Venezuela y El Salvador) como una guía para definir las políticas económica y social de los gobiernos. Esta nueva forma moral de definir lo que es bueno es ampliamente usada tanto por los movimientos sociales como por gobiernos progresistas y, al menos en Bolivia explícitamente se le contrapone a la idea neoliberal de “vivir mejor”. No se trata de que cada persona actúe para vivir mejor que el otro como tan arraigadamente propone el liberalismo, pues de esa manera nadie estará bien.

No cabe duda que estas nuevas ideas morales y éticas aun no impregnan y toman formas concretas en la vida económica y política de nuestros países, pero sin duda juegan un papel orientador dentro de los procesos de cambio. La tarea de desarrollar con mayor profundidad su contenido a la vez que de buscar concreción en la praxis de nuestras colectividades es un reto en la actualidad.

Los cambios sociales que han surgido en América Latina, los gobiernos a que han dado origen y las políticas de estos gobiernos pueden parecerse a las políticas seguidas por reformismo redistributivo tipo socialdemócrata que emergió en Europa en la posguerra. Sin embargo cabe resaltar al menos dos elementos ya presentes que de desarrollarse más ampliamente en los actuales procesos podrían estar apuntando a un rumbo diferente: el primero es el surgimiento de formas de poder popular que surgen en paralelo a las formas de Estado tradicional (parlamentario, de democracia representativa, pluripartidista, etc.) que actúan tanto independientes como incluso a veces presionando a los gobiernos progresistas. No se trata meramente de un Estado que genera bienestar (¿o bienestar del Estado?) sino de formas de una *nueva estatalidad* donde beneficiados y estado son lo mismo. En segundo lugar cabe señalar la ruptura con la lógica del vivir mejor que se mantiene en los estados socialdemócratas bajo la idea de continuidad de la competencia y apoyos a los que quedan abajo, y su sustitución (recalco, aún muy incipiente, inmadura y que impregna aun por muchos campos de la vida social) y la emergencia de la idea del vivir bien en colectividad.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, Tim 2015 “¿Por qué importa la desigualdad? Del economicismo a la integridad social?” *Rev. Mex. Cien. Pol y Soc.* UNAM, Nueva Época, (México) Año LX, num 223, ene abril 2015, pp 191-208.
- Becker, Gary 1964 *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education* (Chicago: The University of Chicago Press).
- Briggs, Charles L. y Mantini-Briggs, Clara 2007 “Misión Barrio Adentro: Medicina Social, Movimientos Sociales de los Pobres y Nuevas Coaliciones en Venezuela” *Salud Colectiva* (Buenos Aires) 3(2): 159-176, Mayo-Agosto.
- Colussi, Marcelo 2008 “¿Latinoamérica va hacia la izquierda?” en *Rebelión* Disponible en <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=40951> Agosto
- Crespo, Germán 2014 “El derecho a la salud y el cambio sanitario en Bolivia en el contexto del vivir bien”, en González Rafael, Barria Susana y Sengupta, Amit *La lucha por el derecho a la salud en América Latina* ALAMES, (El Salvador, Universidad de El Salvador).
- De la Garza Toledo, Enrique 2006 Belmont Cortés Edgar *Teorías sociales y estudios del trabajo: nuevos enfoques* (México, D.F. Anthropos/Universidad Autónoma Metropolitana).
- Dieterlein, Paulette 2009 John Stuart Mill en Elisabetta Di Castro, (coordinadora), *Justicia, desigualdad y exclusión. De Platón a John Stuart Mill* Serie Macroproyecto Ciencias Sociales y Humanidades (México, D.F: UNAM).
- García Linera, Álvaro 2011 *Las Tensiones Creativas de la Revolución La quinta fase del Proceso de Cambio* (La Paz: Vicepresidencia del Estado Plurinacional, Presidencia de la Asamblea legislativa Plurinacional).
- Global Social Justice 2012 Human Rights and Social Commons. Disponible en: <http://www.globalsocialjustice.eu/index.php/research-84309/529-human-rights-and-social-commons-why-and-how>
- Guardia B., Alexis 1998 “La distribución del ingreso y la riqueza dentro de la teoría de la justicia” en *Argumentos* (México DF) 31 Diciembre, pp. 93-94
- Harvey, David 2007 *Breve historia del neoliberalismo* (Madrid: Editorial Akal)
- Hickel, J. 2014 “*Exposing the great ‘poverty reduction’ lie*” 16 November, en <http://www.globalsocialjustice.eu/>

- León, José 2014 “Cambio social y su impacto en la salud en Venezuela” en González G. R, Barria, S, Sengupta A. *La Lucha por el Derecho a la salud en América Latina* (El Salvador: Universidad de El Salvador).
- Marx, Karl. 2000 (1867) *El Capital, Tomo I*, La Plusvalía (México D.F: Fondo de Cultura Económica).
- Marx, Karl 2006 (1844) *Manuscritos económico Filosóficos* (Buenos Aires: Colihue Clásica).
- Montpellerin Ver: <https://www.montpelerin.org/montpelerin/mpsMembers.html>, acceso mayo 2015.
- Neef, Max 2006 “El poder en la globalización” en *Rev Fac Nac Salud Pública* (Medellín) Vol. 24 número especial marzo.
- Offe, Klaus 2007 “Some contradictions of the Modern Welfare State” en Pierson, Christopher y Castles, Francis G. *The Welfare State* (Cambridge: Polity Press) Citado por Asa Cristina Laurell en *El Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*.
- Pardina, José. 2011 *Grandes pensadores de la historia. Las 25 cabezas más influyentes* (Madrid: Muy Historia).
- Parsons, Talcot 1974 Un enfoque analítico de la teoría de las estratificación, en Claudio Stern (comp) *La desigualdad social, I*, (México DF: Sep setentas).
- Petras, James 1997 “Latin America: The Resurgence of the Left” en *New Left Review*, (London) VI, N° 223, May-Jun.
- Piketty, Thomas 2015 *La economía de las desigualdades* (México, D.F: Siglo XXI Editores).
- Plan Nacional de Salud 2014-2019*, República Bolivariana de Venezuela.
- Programa Nacional de Salud 2001-2006*, México.
- Posada, Margarita 2014 *Construcción del Poder Popular para profundizar la democracia*. Foro Nacional de Salud, El Salvador. Disponible en: http://www.alames.org/documentos/presentaciones_XIII_congreso_ALAMES/Construcci%C3%B3n%20poder%20popular%20por%20Margarita%20Posada.pdf
- Rousseau, Jean Jacob (1754) *What is the origin of inequality among men, and is it authorised by natural law?* Disponible en <http://www.constitution.org/jjr/ineq.htm>
- Sader, Emir 2008 “The Weakest Link? Neoliberalism in Latin America” en *New Left Review* (London) Vol. 52, Jul-Ago.

- Sánchez Vázquez, Adolfo 1999 *Entre la realidad y la utopía, ensayos sobre política, moral y socialismo* (México D.F: Fondo de Cultura Económica, UNAM).
- Serrano, G. Hegel, Georg Wilhem Friedrich (1770-1831) 2009 en Di Castro, Elisabetta (Coor.) *Justicia, desigualdad y exclusión, De Platón a John Stuart Mill* (México DF: Serie Macroproyecto Ciencias Sociales y Humanidades, UNAM).
- Standing, Guy 2012 *The precariat*, (London: Bloomsbury).
- Wilkinson, Richard 2013 *The impact of inequality* (London: The New Press).

Clara I. Schor-Landman*

SALUD MENTAL; SALUD SOCIAL

DILEMAS DE LOS SERES HUMANOS EN LA CONTEMPORANEIDAD

INTRODUCCIÓN

En todas las épocas y, especialmente, en la contemporaneidad los aspectos sociales políticos, culturales y económicos inciden de manera decisiva sobre los criterios de salud. En este sentido, *la salud mental constituye un campo paradójal y dilemático atravesado por tensiones cruciales.*

Hacia finales del siglo XX esperábamos estar más cerca de un ideal de salud física, psíquica y social que alcanzara a todo el mundo. Promesas de abundancia que no sólo fueron imposibles de cumplir sino que, en poco tiempo, resultó evidente la situación de escasez para un gran número de personas en diversos ámbitos.

En nuestro país, Argentina, se manifestó de manera contundente el debilitamiento de las políticas colectivas en general y, en particular, las de la salud. Los servicios públicos de salud, con el valor de bienes jurídicos y colectivos, en carácter de prestaciones del Estado que garantizan los derechos ciudadanos, se volcaron hacia el mercado de la

* Clara Schor- Landman, Buenos Aires, Argentina. Doctora en Ciencias Sociales Universidad de Buenos Aires. Licenciada en Psicología. Psicoanalista. Docente en la Universidad Nacional de Avellaneda. Docente y supervisora del Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones. Presidenta de la Fundación Hábitat y Salud Urbana Directora del proyecto de investigación, docencia y aplicación Hospital Amigable.

salud. Fueron apabullantes las nebulosas argumentaciones construidas con discursos falsos que parecían verdaderos. Mientras que, con diversas operaciones de fragmentación y dispersión, se disolvían las relaciones entre las funciones del Estado, la población civil y las construcciones políticas.

En ese final del siglo XX y principios del siglo XXI fuimos testigos y partícipes de una farsa paradójica: en la escena pública se iluminaban con luces de neón los discursos que sostenían que los efectos de los cambios operados en el contexto eran para mejorar “la calidad de vida”. El bienestar y la felicidad absoluta eran posibles de conseguir en el mercado de consumo. Mientras tanto, en las sombras, en otras escenas, el derecho de acceso a la salud se imposibilitaba y en la atención clínica tropezábamos con los indicios de desquicios subjetivos y del conjunto social. Estábamos ante la manifestación de un nuevo orden político, económico, cultural y social que había llegado para quedarse.

El campo de la salud mental fue avasallado por lo que se presentaba como un cambio para el progreso, con la pátina de que era lo mejor que podía pasarles a las instituciones, a la práctica, la investigación, la formación profesional y a los pacientes.

Obstáculos, tensiones y controversias interpelaban e interpelan actualmente la lógica del discurso capitalista que acompañado de la idea de progreso y de la ciencia vuelta técnica, se desprendió de la premisa que dice que *los sujetos no lo son por fuera de la sociedad y la cultura*. Una posición política que con estrategias neoliberales derramaron consecuencias devastadoras en los sujetos y en los conjuntos sociales, perpetrando procesos de fragmentación, desamparo, agresividad, segregación y exclusión en lo más íntimo del lazo social.

Pusimos un nombre al problema: *Salud mental; Salud social. Dilemas en la contemporaneidad de los seres humanos*.

TECNOCRACIA. ONTOLOGÍA DEL SER

Frente a las estrategias neoliberales de la ciencia vuelta técnica, de la idea de humano como ser natural, el psicoanálisis no es neutral sino que toma posición de defensa y resistencia, sale al cruce de la tecnocracia con un discurso ontológico sobre el ser. Ser fracturado entre la consciencia y lo inconsciente, ser que habita el sentido de su existencia.

La perspectiva ontológica del ser opera como una torsión, un forzamiento del modo positivista de pensar y hacer tecnocrático. Lo entendemos al modo heideggeriano, tomar el camino del pensar por lo que se escabulle a ser pensado.

Una *exigencia simbólica* frente a lo que en psicoanálisis denominamos real: *lo imposible de representar, lo adverso, lo oscuro, lo amenazante*.

Pensar en términos de exigencia simbólica frente a lo real que se escabulle, implica trabajo, producción de preguntas y respuestas plurales, diversidad de significaciones sobre lo huidizo, enigmático, preocupante y confuso.

Partimos de la premisa de que no hay adecuación entre enunciados y enunciaciones, entre significantes y significados, que las relaciones entre ellos están en la lógica del falso enlace.

La noción de lenguaje como falso enlace, con efectos de malentendido, brinda la posibilidad de conmocionar los significados fijos y coagulados del significante salud mental. Operación de movimiento, de apertura a otros significados de los habituales para forzar el saber para hacer.

Si aprovechamos que somos usuarios del lenguaje, que el sentido se configura por el uso. Cuando se sigue el juego del malentendido, cuando se hace uso de él, se puede decir que la salud mental se configura como una encrucijada de lógica colectiva.

En tal sentido, surge una nueva definición: *La salud mental es un malentendido sociocultural.*

Tal definición se ubica en el marco de *la contemporaneidad*, noción que generalmente se refiere al momento actual, pero que en este caso es pensada como un *desgarro entre lo conocido (lo histórico, las costumbres, lo que ya sabemos) y lo extraño (amenazante, oscuro, enigmático)*. En los bordes entre lo uno y lo otro, los impasses políticos, culturales, subjetivos y sociales dan señales conocidas y desconocidas sobre lo que no marcha y al mismo tiempo se ancla el intento de cómo pensar experiencias colectivas transformadoras.

En la teoría del sujeto, desde el punto de vista psicoanalítico, existen dos órdenes de satisfacción. Por un lado, *la satisfacción del deseo* que siempre va a ser variable e incierta y que se corresponde al principio del placer. Por el otro, la satisfacción *pulsional, goce*, que es constante y certera, que va más allá del principio del placer. Son satisfacciones que van juntas pero de manera inversamente proporcional, y que se sostienen en tensión: a más deseo, menos de goce, es decir solo un poco, un plus. A su vez, el amor articula en diferentes formas la tensión estructural entre goce y deseo. Es decir, el amor tiene la función de hacer condescender en un equilibrio inestable una satisfacción solitaria, el goce con una satisfacción que no es sin lazo social, el deseo.

La *pulsión* pertenece a la dimensión de lo real, está atravesada doblemente por la lógica de *la imposibilidad*, por un lado imposibilidad de la satisfacción pulsional-goce- total y absoluta, la condición es la satisfacción parcial, sólo un poco de goce para soportar la vida con el menor exceso de padecimientos posibles. Por otro, lo imposible de representar; lo adverso, lo oscuro, lo amenazante.

En este sentido, lo pulsional es un factor fundamental de la vida que condiciona el sentido de la existencia del ser humano, pivote esencial de un discurso ontológico del ser para pensar experiencias colectivas transformadoras.

DISCURSO CAPITALISTA. IMPOSIBILIDAD LÓGICA

Cuando pretendemos pensar en términos de *experiencias colectivas transformadoras*, ¿por qué decimos que el factor pulsional condiciona? El pensamiento de Lacan da una pista, señaló que el *discurso capitalista* sustrae la condición fundamental de la vida humana: la imposibilidad. *Sustracción del No*, límite que indica solamente un poco de satisfacción pulsional-goce-satisfacción parcial para que la vida humana pueda ser vivible. Eliminar los imposibles, establecer que está prohibido prohibir, que todos los goces en exceso son posibles impone una circularidad sin límites, sin cortes, con consecuencias mortuorias miserables en los modos de vivir-gozar.

El concepto psicoanalítico de pulsión es atrevido, molesto, porque representó y representa en la actualidad un problema político, una rasgadura en el edificio de ideas, creencias y significados instituidos. Produjo y produce controversias cruciales que se ubican en la subversión de la noción de ser humano y en la apreciación del malestar como inherente a la cultura.

Seres humanos que no son naturales. Entonces *seres de lenguaje, sexuados y mortales* que no responden a la lógica estímulo-respuesta. Que no son por fuera de los lazos sociales, ni son pura consciencia. Seres fracturados por lo inconsciente que *pueden ir contra sí mismos y contra otros en la medida que en la constitución subjetiva existe un mal imposible de suprimir*

Respecto de la cultura, una de las aristas de la apreciación freudiana fue: “Si una cultura no ha podido evitar que la satisfacción de cierto número de sus miembros tenga por premisa la opresión de otros, acaso de la mayoría (y es lo que sucede en todas las culturas del presente), es comprensible que los oprimidos desarrollen una intensa hostilidad hacia esa cultura que ellos posibilitan mediante su trabajo, pero de cuyos bienes participan en medida sumamente escasa”. (Freud, 1979a).

El psicoanálisis no es neutral, toma posición de resistencia y defensa, participa de los debates contemporáneos, tiene la convicción de que *no hay prácticas sin política ni sin saberes*. Va a contrapelo, pone patas para arriba las categorías instituidas de ser humano reducido al organismo, de salud mental como par salud-enfermedad, de política reducida a la gestión y de lo social como conjunto cerrado de relaciones.

Desde este punto de vista, decimos que lo gravoso es que la *racionalidad neoliberal* en la lógica capitalista, propagada en la política, la economía, las subjetividades y los lazos sociales; ha logrado *excesos de satisfacción destructiva*. Si alguna vez se imaginó como abundancia, que todo podía ser posible, lo cierto es que se produjo el reverso, consecuencias miserables en los modos de vivir-gozar de los sujetos y de los lazos sociales.

SALUD MENTAL. RACIONALIDAD NEOLIBERAL. LÓGICA COLECTIVA

Una cosa es cuando en el campo de la salud mental el ser humano es reducido al organismo, cuando la salud mental es considerada como par salud-enfermedad, cuando la política es reducida a la gestión y cuando lo social es considerado un conjunto cerrado de relaciones.

Otra cosa es cuando el campo de la salud mental se lo encara en términos de *lógica colectiva como lo mental social de la salud*.

En la divergencia entre la racionalidad neoliberal y la lógica colectiva, reflexiones sobre problemas encontrados en experiencias prácticas en el campo de la salud mental.

Fragilidad de la noción de respeto. Respeto considerado como límite, porque los excesos de satisfacciones destructivas (goce) se fragiliza la función del amor y el deseo en la trama de los lazos sociales, con pérdidas de los derechos humanos, de valores socioculturales para la convivencia y excesos de manifestaciones violentas de agresividad, odio, hostilidad contra sí mismo y contra otros. Más aún, decimos que la falta de respeto va de la mano de la racionalidad neoliberal porque en el hacer dislocan las relaciones entre el Estado, la sociedad civil y la construcción política tanto como las relaciones entre la cultura, el sujeto y lo social.

Desplazamientos de las políticas para los seres humanos a la biopolítica, modos de goce que se convierten en control político. La operatividad de la racionalidad neoliberal en alianza con la lógica del biopoder rechazan la idea de sujeto en tanto ser hablante, justamente, *no aceptan la noción de que la materialidad de las experiencias humanas se encuentran en el campo del discurso*.

Junto con la racionalidad neoliberal el biopoder (Castro, 2011) establece en la vida biológica la localización privilegiada de la técnica. Cuerpos particionados en órganos y sistemas, en correspondencia con el exceso de especializaciones.

Si seguimos el pensamiento de Michel Foucault (1975), en su análisis sobre las técnicas de normalización y el poder disciplinario aplicado al ser humano en tanto cuerpo, el ser humano es subsumido al estatuto de objeto, de mercancía.

Las técnicas de individuación y de cuantificación operan en el borde filoso entre lo biológico y lo social, estableciendo qué es lo normal o patológico para los seres humanos. Modo de gestión y control político sobre los cuerpos y las poblaciones que se expresa como potestad sobre la vida. En este sentido, consideramos que se trata del ejercicio de un poder que no distingue las diferencias entre las ideas de cuerpo, ser humano y vida, a partir de las cuales los cuerpos adquieren valor para la política.

En torno a las *ideas sobre el cuerpo, el ser humano y la vida*; el avance de la tecno-ciencia las confunde, prescinde del sujeto y dice que “el cerebro piensa”, y si bien es una evidencia universal que el sujeto no es sin cuerpo, que en el cerebro ya está localizada la conciencia, la memoria y el lenguaje, también sabemos que no es el cerebro que piensa, sino que pensamos con el cerebro. Es el sujeto de la experiencia de la palabra el que tiene marcas propias de recuerdos y es el que piensa el sentido particular de su existencia. Lo cierto es que el poder de la tecno-ciencia se constituye en un obstáculo poderoso porque implementando políticas de gestión, instituyó un orden de racionalidad por el cual, la teoría del *ser humano igualado a un organismo* es el fundamento para establecer *criterios de salud homogéneos para todos*.

Tal cuestión tiene derivaciones, estándares, estadísticas, programas, manuales, protocolos, clasificaciones, mediciones, eficacia, medicalización, adaptación, que son algunas palabras que nombran la propagación de la burocracia como parte de las estrategias neoliberales que se manifiestan en los profesionales y en los pacientes como desinterés por la función del saber. Ni arte del saber, ni querer saber, ni producción de saber son señales del aplastamiento del deseo.

Otra arista del problema es la fuerte *relación entre la racionalidad neoliberal con el mercado de consumo*. Ocurre que las investigaciones, la producción de conocimientos y los descubrimientos de psicofármacos, han demostrado alivio para los padecimientos subjetivos. Pero al mismo tiempo, estamos ante la evidencia de que el orden de racionalidad tecno-científico propulsa el crecimiento exponencial de la industria farmacológica y una fuerte tendencia a la medicalización.

Al respecto, el doctor Emiliano Galende -Coordinador del Doctorado Internacional en Salud Mental Comunitaria en la Universidad Nacional de Lanús-, preocupado por el discurso psicoanalítico, cuestiona la situación argentina actual. Plantea que es ineludible preguntarnos acerca de las razones,

“[...] luego de la gran conmoción intelectual y política de los años sesenta que cuestionó y puso en crisis todo el edificio doctrinario y prác-

tico de la psiquiatría positivista (sus saberes, su metodología, su estilo intelectual de conocimiento), que llevaron al replanteo de sus prácticas diagnósticas y de tratamiento, no logró detener la lógica histórica al orden de racionalidad epistémico-política del antiguo positivismo biológico” (Galende, 2008: 48).

Alrededor del modelo de buena vida promovido por el orden de racionalidad neoliberal, existen además construcciones político-sociales de significados imaginarios que logran el efecto de creencias sobre los misterios del alma. En este sentido, en el neoliberalismo se recrea y fortalece nuevamente el fenómeno sociocultural por el cual gran cantidad de personas creen el supuesto del ser humano y la sociedad con la noción de organismo, es decir como un sistema organizado que deviene de la tradición estructural funcionalista que está a la base de la operación del capitalismo y de la mantención del orden social (Parsons, 1958).

También Georges Canguilhem (2005) en su análisis crítico respecto del histórico poder político de las ciencias médicas vueltas tecno-ciencias, observa cómo estas trasladaron su propia epistemología (palabras, significados, ideas, principios, métodos) al campo sociocultural, operación a partir de la cual se desconocen la existencia del ser humano, un ser de lenguaje inmerso en lazos sociales. Uno de los efectos es que la noción de organismo, trasladada al sentido común, sostiene la ilusión de que es posible lograr una vida social y subjetiva feliz, armónica, con acuerdos y consensos, sin obstáculos, sin conflictos ni malestares. Demostró cómo la primacía de la idea de ser humano natural equiparado al concepto de órgano derivó hacia las ciencias humanas con las palabras organización, orgánico, organizado, organismo. Uno de los efectos es que la noción de organismo, trasladada al sentido común, sostiene la ilusión de que es posible lograr una vida social y subjetiva feliz, armónica, con acuerdos y consensos, sin obstáculos, sin conflictos ni malestares. Publicidades y noticias periodísticas de últimos descubrimientos operan como formadores de opinión, fácilmente dan explicaciones causales respecto del organismo (genes de la infelicidad, la infidelidad, la alegría) con falsedades que parecen verdades.

Los medios de comunicación, echan a rodar palabras en forma liviana. A partir de ellas diagnostica salvajemente sobre los padecimientos subjetivos haciendo llegar a la población consejos con ideas malogradas como explicaciones simplistas de los secretos del alma. Hace algunos años, Umberto Eco refería:

Algunos problemas éticos se me han vuelto más claros al reflexionar sobre algunos problemas semánticos; y no se preocupe usted si alguien dice que hablamos difícil: la revelación ‘mediática’, previsible por de-

finición podría haberle alentado a pensar demasiado fácil. Que aprendan a pensar difícil porque ni el misterio ni la evidencia son fáciles (Eco, 1998: 102).

El estándar de vida feliz se combina muy bien con los consejos de los medios de comunicación. Cuando se presenta signos de inestabilidad, habrá a mano una solución química para cada contrariedad. Pero, además, es posible advertir un detalle fundamental: la exclusión de la responsabilidad subjetiva, de dar lugar a las preguntas propias frente a lo que no sabe de sí para encontrar salidas a los padecimientos que producen las condiciones de vivir-gozar de cada quien. Al mismo tiempo, encontramos el obstáculo de que la medicalización generalizada es una de las formas de la inclusión social del sujeto en el modelo contemporáneo de vida neoliberal.

Este modelo de vida, que se acompaña de la idea de progreso y de la ciencia vuelta técnica, perpetró procesos de fragmentación, desamparo, agresividad, segregación y exclusión en lo más íntimo del lazo social.

Así como podemos afirmar que la *racionalidad neoliberal* efectuó procesos de deconstrucción, también podemos decir que produjo nuevas construcciones. Se comprueban, con toda magnitud, *mutaciones sustanciales en las subjetividades*, en la cultura y en lo social. La práctica clínica muestra que en la dimensión del *sujeto contemporáneo*, estamos ante la evidencia de *nuevas condiciones de goces y nuevas interpretaciones del lazo social*. Encontramos rasgos de excesos, consumo y acción; imperativos de felicidad; intolerancia al fracaso y la frustración; prepotencia de la imagen por sobre la palabra; temporalidad del instante; individualismo socializado; consumo de objetos que rápidamente son descartables; hechos privados que parecen producidos para ser expuestos en el ámbito público; rasgos que dan señales respecto de una diversidad en las formas de ir contra sí mismo y contra otros. En la perspectiva de las relaciones entre lo social y lo subjetivo, nos interesa especialmente la noción freudiana de *malestar en la cultura*.

Freud (1979c) le atribuyó a la cultura funciones relevantes, como la de distinguir la vida animal instintual de la vida de deseo, amor y goce del humano. Supuso que la función de la cultura es capaz de operar como bisagra entre las satisfacciones individuales (modos singulares de gozar) y el amor y el deseo en el sentido de condiciones necesarias para sostener los lazos sociales. Pero también fue poco optimista, ya que consideró que el *factor pulsional es el obstáculo más poderoso de la cultura*. En este sentido, se espera que la cultura ejerza la difícil función de privilegiar los lazos sociales y comunitarios, para

lo cual requiere de un esfuerzo para lograr renunciaciones de satisfacciones solitarias que nunca se abandonan de buen talante. Es decir, la función de la cultura opera en el delicado equilibrio inestable de la tensión irreductible entre el poder pulsional (que al decir de Freud se manifiesta como violencia bruta, agresividad, odio, hostilidad) y el poder de lo social comunitario asociado a las ligazones que construyen el amor y el deseo.

Lo cierto es que, para el ser humano, es condición necesaria y suficiente vivir en lazos sociales, para lo cual –como decíamos anteriormente–, a su vez es condición cernir la satisfacción pulsional. Saber perder en el terreno del goce para ganar en el terreno del deseo. Distribuciones que siempre serán en formas un tanto desarregladas, inadecuadas, inarmónicas, con piezas sueltas que no encajan en el conjunto. De esto se trata el malestar en la cultura, pero en la contemporaneidad estamos en el plano del malestar en el capitalismo, estrategias neoliberales que se implementan como política con la posibilidad de aprovecharse del poder del factor pulsional. No necesita ni del amor ni del deseo, ni de los diques de la cultura: el pudor, el asco y la vergüenza. Propulsa la satisfacción solitaria, traicionera, asocial y arbitraria del imperativo de goce, de satisfacción pulsional. El imperativo de goce pone en jaque la función simbólica de la ley como recurso que puede incidir sobre la diversidad de los goces. Cuando fracasa la función simbólica de la ley, se impone la ley arbitraria del goce. Fracasas las leyes de convivencia y sobrevienen los crímenes. Fracasas las leyes jurídicas y proliferan las víctimas.

SALUD MENTAL; SALUD SOCIAL

¿Por qué decir que el nombre del problema es *salud mental; salud social*? Esta noción se acuñó como respuesta crítica frente a un acontecimiento inesperado en una organización social y política, en Buenos Aires, ocurrido en el año dos mil dos, momento de derrumbe político, económico, social, subjetivo y cultural en la Argentina.

Una de esas mañanas en tiempos de espanto, la organización social amaneció hecha un torbellino en torno al problema de la “pastilla verde”. Margarita y Susana, dos vecinas solidarias solían tomarla. “El doctor nos dijo que tenemos lo mismo, somos iguales, ella estaba mal y se le terminaron, por eso le di las mías”, gritaba Margarita. Susana las tomó todas juntas y falleció. Mientras la policía se llevaba a Margarita, la mujer no paraba de repetir a los gritos “si llenamos los mismos papeles, si nos hicieron las mismas preguntas, si nos dieron el mismo remedio, si nos dijeron que nos pasaba lo mismo...”. Por lo acontecido con Margarita y Susana, la organización social, un colectivo numeroso por cierto, estaba decidido a salir a la calle para hacer una protesta

masiva frente al hospital. Ante los hechos consumados, también se sumó la propuesta de dirigirse al organismo público correspondiente para elevar una queja en su condición de ciudadanos y apelar a su derecho de acceso a la salud.

La intervención del psicoanalista en tal situación tenía doble orientación: por un lado seguir atendiendo en la perspectiva clínica, la particularidad del padecimiento de las personas y a la vez lograr un corte en la repetición de las quejas grupales con la idea de apostar a que podrían salir del estado de indigencia humana, de ser considerados sujetos residuos de la ciudad, sujetos en posición de objetos, proponiéndoles participar como conjunto social a través de la petición a las instituciones públicas en condiciones de ciudadanía.

A finales del año 2003, se eleva a la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires una propuesta de atención interdisciplinaria que estuvo acompañada de 3000 firmas de personas del barrio y las organizaciones políticas-sociales.

Este fue el punto de partida para formalizar el proyecto de una modalidad de atención en estados de crisis que implicaba una articulación con orientación psicoanalítica entre las estrategias de las instituciones públicas, el lugar a ocupar por los profesionales, y las demandas de atención de los ciudadanos. Ciudadanos que casi parecían haber perdido tal categoría, conformados en una masa impersonal de excluidos o marginales.

En ese marco de crisis, esquivábamos quejas, imaginarios floridos, soluciones burocráticas, chocábamos con obstáculos, contras y también encontrábamos adhesiones. Nuestras acciones se orientaban a ver si era posible esclarecer algo de lo intempestivo de los efectos de lo imposible de soportar.

Estábamos en el ojo de la tormenta de una crisis nacional. Crisis de los lazos sociales (frágiles, quebradizos, líquidos), crisis del sujeto (sin horizonte, desamparado, desorientado), crisis del Otro simbólico, (valores, instituciones, autoridades inciertos, inconsistentes, desautorizados). Crisis también de los saberes y las prácticas. El dos de diciembre del año dos mil cuatro (Jefe de Gobierno, Aníbal Ibarra) la propuesta presentada a la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se convirtió en la ley 1537 (SOAI), Servicio de orientación y asistencia interdisciplinaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Por razones políticas, la ley no fue reglamentada pero fue posible llevarla a la práctica como experiencia piloto en el Hospital General de Agudos Teodoro Álvarez de la C.A.B.A, durante los años 2005- 2006. Coordinaba la experiencia SOAI: practicábamos la interconsulta con todos los servicios del hospital, se atendían pacientes en forma interdisciplinaria, se incluía el derecho en la atención,

se realizaban intervenciones en problemáticas sociales, se presentaron trabajos en congresos nacionales e internacionales, se organizaron jornadas interdisciplinarias, se dictaron seminarios, se investigaba y se transfería conocimientos a otros hospitales. Concluida la experiencia piloto y reformulando algunos temas como efecto de la experiencia e investigación, fue reconocida la labor y continuó como un Programa de la Ciudad de Buenos Aires durante el gobierno de Jorge Telerman:

Buenos Aires, 16 de enero de 2007. CONSIDERANDO:

Que mediante la nota citada en el visto, el Hospital General de Agudos “Dr. Teodoro Álvarez”, con la conformidad de la Dirección General Atención Integral de la Salud, propicia la creación del “Programa Salud Mental - Salud Social”;

Que la actuación se gestiona a partir de la experiencia piloto llevada a cabo en el citado nosocomio en el marco de las acciones implementadas a partir del año 2005; Que las actividades desarrolladas tuvieron por finalidad generar espacios de orientación, asistencia, formación e investigación en situaciones de crisis y urgencia, desde un enfoque psico-social e interdisciplinario, contemplando la articulación de los distintos servicios del efector, como así también la formación de profesionales (...) Que, la coordinación del programa, cuya creación se propicia, estará a cargo de la Lic. Clara Irene Schor-Landman, y a la Dra. Patricia Victoria Markowicz, por ello, en ejercicio de facultades que le son propias (...) Regístrese, publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, y para su conocimiento y demás efectos pase a la Subsecretaría de Salud, y a la Dirección General de Atención Integral de la Salud. Cumplido, archívese. De Micheli.

El programa se desarrolló durante dos años, pero fue interrumpido por cambios de orientación en las políticas sociales del gobierno de la CABA con el gobierno de Mauricio Macri. El proyecto, con algunas modificaciones, continuó como Programa Hospital Amigable durante los últimos cuatro años; en un organismo no gubernamental- Fundación Hábitat y Salud Urbana, en convenio con el Ministerio de Trabajo de la Argentina.

La ley SOAI, el Programa Salud mental- Salud social y el Programa Hospital Amigable, configuran tres experiencias de lógica colectiva en las que se intentó responder a las prácticas instituidas con una perspectiva crítica y una praxis “el término más amplio para designar una acción concertada por el hombre que le da la posibilidad de tratar lo real por lo simbólico y que en el caso que se tope con algo más o algo menos de imaginario, no tiene más que un valor secundario” (Lacan, 1987:14)

EXPERIENCIA PRÁCTICA. JÓVENES Y ADOLESCENTES. CULTURA DEL MIEDO. ONTOLOGÍA DEL SER

A partir de los conceptos vertidos, nos interesa especialmente el fenómeno que se denomina inseguridad. En particular, cómo rápidamente las causas de la llamada inseguridad son atribuidas a los “jóvenes malos, sucios y feos”. Tal explicación estándar expande la segregación en la cultura del miedo. Al respecto, sabemos que los hechos ocurren. Frente a ello, el Estado se debate entre medidas, normas, la legitimidad y la legalidad, el control y el orden social.

Los medios de comunicación no descansan, a través del ciberespacio, imágenes, noticias, comentarios y entrevistas de diferentes signos políticos que ponen en la escena pública a los “chicos malos” actuales: los adolescentes. Es así como la escena pública nos ofrece un abanico de posibilidades que van desde la banalización del problema a la cuestión de la responsabilidad social en relación a los jóvenes demonios, indomables, violentos...

Ahora bien, si damos algunas vueltas entre el espacio público, los hechos ocurren, el Estado se debate y actúa, los medios no descansan. Por su parte, en el mundo privado, los psicoanalistas, atendemos en la escena privada, más íntima, “entre cuatro paredes porosas”, del hospital, del consultorio, donde los enjambres de las condiciones sociales, culturales, económicas y políticas entran en la escena del mundo privado, y donde, en el mejor de los casos, se tensan con el decir de algún joven que intenta armar preguntas y encontrar respuestas para saber arreglárselas con su padecer de violencia, desamarre, intolerancia, de lo insoportable de la vida en que está inmerso.

Me aventuro a afirmar que a los psicoanalistas ciudadanos nos compete y nos interesa practicar la reflexión crítica, interrogarnos y elaborar un pensamiento sobre las condiciones socioculturales de la contemporaneidad, que se traduce en responsabilidad clínica. Una ida y vuelta entre experiencia y teorización, entre ideas y conceptos que se juegan tanto en el espacio privado como en el público.

Si por un momento reflexionamos sobre el mundo actual que habitamos, en clave de lectura psicoanalítica, es decir con la hipótesis del inconsciente según la cual el yo no es dueño en su propia casa, que el superyó es una instancia imperativa y feroz que empuja al goce del sujeto y la sociedad, no es difícil arribar a la evidencia freudiana de que el programa de felicidad de la civilización fracasó. En la actualidad, la inercia imparable del capitalismo junto con el mercado de consumo en exceso desbordante, pareciera convertir todo en posible. En este marco, donde los imposibles están suprimidos y los posibles son infinitos todos los días vemos, de alguna manera, los efectos devastadores en los vínculos sociales ligados a la segregación y la xenofobia,

y cómo la existencia de los seres humanos está puesta en cuestión en su legalidad y su legitimidad. La pulsión de muerte, ese empuje, esa violencia bruta y destructiva (Freud, 1979c) está de fiesta, una fiesta interminable e imparabile, que se encarna en diferentes formas sociales, subjetivas, sintomáticas, para hacerse oír:

Los adolescentes al frente...los "*jóvenes malos, feos y sucios*" no están exentos de la fiesta, otra vez a la batalla como tantas veces en la historia, en una guerra diferente, ya que la batalla se libra en el gran mercado de consumo para los seres jóvenes vueltos entes consumidores.

Pero la adolescencia es también un tiempo de torbellino, excesos, obstáculos, transformación formal y material de sí y de la relación con los otros; la sexualidad está en juego y en el horizonte, la decisión íntima de algún modo de gozar, amar, desear. Mientras tanto, un tiempo lógico de embrollarse con lo Real, con la imposibilidad. Para enigmas, interrogantes, de saber, de hacer, no hay fórmulas, ni manuales. Lo que insiste es la fuerza, el empuje de satisfacción pulsional con un exceso inevitable que violenta y hace adolecer. Tiempo de torbellino en los vínculos con los pares, también para las instituciones y los adultos. Padres, madres, vecinos, maestros, profesores, médicos, autoridades, todos los espacios públicos institucionales y privados están en cuestión. Discuten, desesperan, se desconciertan, se resignan, se asustan, se enojan, piden control, adaptación, judicialización, sobrepasados, impotentes ante los indomables, ¿qué hacer? El espacio público y el privado se diferencian pero también se entrecruzan en la medida en que los adolescentes violentos padecen cuestiones singulares, privadas, que luego se constituyen en problemas públicos.

Desde este punto de vista, se puede arriesgar una interrogación amplia en la cual la noción de exceso es el pivote fundamental: si la política de exceso impulsada por el capitalismo (Aleman, 2006: 73-74) en el espacio público-social en convergencia con el exceso propio e íntimo del tiempo adolescente produce algunos sujetos "*malos, feos y sucios*" con consecuencias catastróficas dobles para el conjunto de la sociedad y el sujeto en particular, entonces, ¿de quienes hablamos cuando hablamos de adolescentes, qué sentidos tiene el término? ¿Qué es ser joven en la sociedad actual? ¿Una categoría social, jurídica, estándares de consumo, una clasificación evolutiva, un grupo etario? ¿A qué teorías del sujeto se refieren cuando hablan de ellos los medios de comunicación, las instituciones, los organismos de salud mental, educacionales, jurídicos, etc.? ¿En la actualidad, qué polise-mia de sentido tiene el significante adolescente?

La cuestión no es menor, el problema está abierto y tiene muchas aristas, pero, en esos intentos de encontrar respuestas por los caminos del diagnóstico, de los síntomas actuales, tomando en cuenta la

incidencia del Otro social en la subjetividad, los rasgos particulares, los modos de existencia y la clínica de estos jóvenes, se localiza un detalle que se puede registrar de forma reiterada cuando por algún imprevisto, algo inquietante, una ráfaga de angustia, abre una rendija a la palabra y aparecen “*marcas de heridas de amor*”.

Cuando se puede, es decir cuando el joven consiente un movimiento de las escenas dantescas de las que participa, un instante de detención de la deriva de excesos, actuaciones, intervenciones policiales, jurídicas, educacionales, psiquiátricas, médicas, familiares... es el momento de la palabra, donde de lo urgente se extrae algo que le es importante y que aparece bajo la forma del “antes”: “antes de emborracharme para salir a robar...”, “antes de divertirme con los chicos adentro de las bocas de tormenta...”; “antes de cortarme los brazos y ver como sangra...”, “antes de juntarme con los vagos y salir a romper autos del barrio...”, “antes de tajar a la profesora boluda...”, “antes de salir a tocar culos y que lloren...”. Entre el antes y el después, alguna historia singular, un supuesto continuo de vida que se vuelve discontinuo de manera incomprendible, una ruptura sin sutura, algo insoportable, acontecimientos, pensamientos, contingencias, pérdidas que se configuran como heridas de amor; olvidadas, o muy presentes, que hablan del desamor, el desencanto, el desamarre, la agresividad, el descreimiento, el resentimiento, el odio, el sinsentido y la respuesta precipitada del sujeto frente al dolor del exceso que los desborda, lo insoportable de tolerar se agudiza en una anestesiada carrera loca sin parar.

Estos casos muestran la vigencia de una frase un tanto enigmática de Lacan: “El amor es lo que hace condescender el goce al deseo” (Lacan, 1981). Si nos abrimos a su comprensión, vale recordar lo dicho anteriormente; en la teoría del sujeto, desde el punto de vista psicoanalítico, existen dos órdenes de satisfacción: por un lado, la satisfacción del deseo que siempre va a ser variable e incierta y que se corresponde al principio del placer. Por otro lado, la satisfacción pulsional, goce, que es constante y certera, que va más allá del principio del placer. Son satisfacciones que van juntas pero de manera inversamente proporcional, y que se sostienen en tensión: a más deseo, menos de goce, es decir solo un poco, un plus. A su vez, el amor articula en diferentes formas la tensión estructural entre goce y deseo. Es decir, el amor tiene la función de hacer condescender en un equilibrio inestable una satisfacción solitaria, el goce con una satisfacción que no es sin lazo social, el deseo.

Efectivamente, en los casos que planteamos más arriba, en aquellos que han podido hacer uso de la palabra, se escucha que el amor es nombrado como pérdida intolerable para el sujeto ya sea bajo la forma de la humillación, es decir como herida en el reconocimiento y el

amor propio, o bajo la forma del abandono, las heridas por la pérdida del amor que recibía de los otros, o como duelo, heridas por el amor que le daba a otros. Si nos detenemos un momento en estos aspectos, queda en evidencia que el amor al que nos referimos no combina con los criterios de algunos medios de comunicación, ni con los valores que promociona el capitalismo o el mercado de consumo. Si de amor se trata en estos términos, el amor es líquido, volátil, transitorio, descartable, devaluado, insignificante.

Entonces, ¿cómo intervenir?, ¿cómo pensar el fenómeno de inseguridad con otras categorías, sin acusaciones prefabricadas, sin generalizaciones segregativas, sin la cultura del miedo? A partir de lo que el decir de estos jóvenes nos enseña, podemos afirmar que cuando la función del amor se desvanece, se desarticula la delicada tensión entre el goce y el deseo. Se impone la deriva prepotente del factor pulsional que destruye tanto a los sujetos como a los vínculos sociales. Por ahora, lo que sabemos, es que ni la racionalidad neoliberal ni la tecnocracia aplicada son absolutamente consistentes. En las *fisuras* de los métodos, las clasificaciones y los programas, los psicoanalistas estamos atentos a los impases para escabullirnos e *intervenir en otra direccionalidad*. En este sentido, el *trípode amor, goce y deseo que da fundamento a la existencia del sujeto y los lazos sociales*, son la conceptualización para entrometernos en las encrucijadas políticas, sociales, subjetivas y culturales contemporáneas con un discurso ontológico del ser.

EXPERIENCIA PRÁCTICA: DE LO INHÓSPITO Y HOSTIL AL HOSPITAL AMIGABLE

Definir la salud mental como malentendido sociocultural, poner en relación la salud, lo mental y lo social, valernos de un discurso ontológico del ser; de conceptos psicoanalíticos supone el objetivo que tenga utilidad pública.

En este marco se crea el dispositivo Hospital Amigable, para el tratamiento de un síntoma social.

El dispositivo Hospital Amigable surge de la observación de fenómenos frecuentes en instituciones hospitalarias públicas. Las entradas, los recorridos, las salas de espera, se convierten en laberintos siniestros, que en lugar de recibir, expulsa a las personas, que derivan en molestias, quejas y desolación que se multiplica y afecta a todos los integrantes del hospital. Ante este problema, la tecnocracia de las políticas de gestión neoliberal implementa métodos burocráticos que fracasan una y otra vez y entre las consecuencia, las personas se hacen oír, se escuchan quejas, enojos, puertas golpeadas, deserciones en los tratamientos, molestias en los profesionales, en los pacientes, en los

administrativos y en las autoridades institucionales, es decir en toda la población hospitalaria que circula diariamente en el hospital.

Frente a los padecimientos nos orientamos por las más elemental conducta en la atención de la salud: escuchar, diagnosticar, advertir cuál es el síntoma y, a partir de ahí, el tratamiento, el método y dispositivo de atención que fueren necesarios. Comenzamos en un principio, por escuchar y diagnosticar las demandas de la *población hospitalaria*, considerando por tal término a de todos los que diariamente estamos en el hospital. Qué decía cada quien acerca de los obstáculos, de qué padecía, qué suponía, de qué se quejaba, por qué se enojaba, qué pretendía. Con el diagnóstico de las demandas se pudo situar que la incertidumbre en el lugar-hospital, la fragilidad de los lazos sociales, el desamparo y la humillación, se expresaban configurando un síntoma ampliado, síntoma social al que denominamos “lo inhóspito y hostil”. Lo inhóspito y hostil como nombre de lo imposible de soportar, indicios de efectos de un *Real* actual, que en forma generalizada se denomina violencia social. Lo inhóspito y hostil como modos de gozar que se despliegan por los accesos y los recorridos del hospital, en los vínculos hospitalarios fragilizados, ya sea por el mal-trato, la indiferencia, la humillación, el desamparo, la incertidumbre o por la exclusión.

Al dispositivo de atención del síntoma lo denominamos Hospital Amigable, un dispositivo en concordancia con las características del síntoma. Dentro del dispositivo Hospital Amigable, pensamos el tratamiento en términos de recursos simbólicos. Creamos la figura del Orientador Hospitalario, personas que seleccionamos y capacitamos para que realicen las funciones de recibir, informar, acompañar y orientar en el hospital, con un método que se denominó *Tender Puentes* para intentar la transformación del síntoma social.

El dispositivo Hospital Amigable tuvo dos etapas diferentes de realización, la primera fue en el Programa Salud mental- salud social en el Hospital G.A.T Álvarez, CABA.

La implementación y los resultados de esta primera etapa del dispositivo Hospital Amigable superaron las expectativas. En términos generales, se pudo comprobar mejores tratos -confianza, amabilidad, cordialidad, conversaciones- en los vínculos de la vida cotidiana de la población hospitalaria.

La segunda etapa se desarrolló con el organismo no gubernamental, Fundación Hábitat y Salud Urbana en convenio con el Ministerio de Trabajo de la Argentina porque ampliamos los intereses al considerar el problema de la inclusión social de jóvenes que se podía realizar por medio de la experiencia laboral de Orientador Hospitalario. Los jóvenes provenían del Programa Más y Mejor trabajo del Ministerio de Trabajo de la Argentina con un tiempo acotado de las experiencias.

Esta segunda etapa se realizó en la provincia de Buenos Aires, en el gobierno de Scioli con el apoyo político-social de la Municipalidad de Lanús y de Avellaneda. La experiencia comenzó en el Hospital Interzonal de Agudos Evita, en la localidad de Lanús, provincia de Buenos Aires, y más tarde continuó en el Hospital Wilde.

El Programa Jóvenes por Más y Mejor Trabajo impulsa la finalización de los estudios secundarios e incluye una experiencia laboral de ocho meses. En la Fundación Hábitat y Salud Urbana se organizó un programa especial de capacitación en el que confluían temas sobre el Dispositivo Hospital Amigable y sobre la experiencia de inserción laboral en la función de Orientador Hospitalario. Se realizaron entrevistas personalizadas, visitas al hospital, carpetas guías, charlas, talleres teórico- prácticos y se confeccionaron delantales distintivos. Asimismo el hospital ofreció que los orientadores se incluyeran en los programas de prevención y atención primaria de la salud, todas acciones que tenían el objetivo de favorecer un proceso de inclusión en el espacio hospitalario. Los jóvenes seleccionados vivían en la zona y muchos conocían, como pacientes, las dificultades de la circulación en el hospital. Sin embargo, para ellos el hospital siempre conservó un valor simbólico de protección y atención hacia ellos, sus familiares y sus vecinos, en tal sentido les resultaba importante colaborar con la institución. En esta experiencia participaron cuatrocientos cincuenta jóvenes. Hubo aciertos, sorpresas, también atravesamos dificultades y obstáculos de diversa índole. Algunos datos: el 80% realizó la experiencia completa y un 20% no continuó por diferentes razones. Un 5% ingresó a la universidad para estudiar enfermería y, para otros, fue una experiencia inolvidable de vínculos, experiencia grupal, reconocimiento y, sobre todo, de inclusión social.

Se trata, a fin de cuentas, de una experiencia inédita -de tiempo limitado por la programación del Ministerio de Trabajo Nacional- en la que participaron actores políticos de nivel nacional, provincial y municipal, actores sociales, universidad, profesionales de una organización civil para hacer un aporte social, político y cultural.

POLÍTICA. INVESTIGACIÓN. FORMACIÓN

Tanto el campo de los saberes como el campo de las prácticas dan indicios claves para efectuar una lectura de una epistemología política que está en el meollo del pensamiento neoliberal. Cómo delimita políticamente las bases epistémicas en que se asienta la investigación, la formación, la transmisión de principios, conceptos, métodos, prácticas. Cómo algunas palabras, por el sentido que comportan, son aceptadas o rechazadas políticamente de acuerdo con valores morales, religiosos, culturales y sociales que representan. Cómo las pala-

bras se deslizan por la trama significativa y con ellas circula la economía política del goce capitalista. En última instancia cómo la política construye órdenes de racionalidad y cómo el orden de racionalidad construye políticas.

Para una lectura epistémico-política, nos ubicamos en la contemporaneidad, entendida como un desgarramiento entre lo conocido (lo histórico, las costumbres, lo que ya sabemos) y lo extraño (lo que no sabemos, amenazante, oscuro, enigmático). Es justamente en los bordes entre lo uno y lo otro que aprovechamos para forzar el pensar alrededor de lo que se escabulle.

En la intersección política-investigaciones, en los años 60, Varsavsky (1967) hizo una lectura con la que cuestionó la actividad científica desde una perspectiva epistémica y sociopolítica. Para él, la ciencia no es neutral porque está inmersa en las coordenadas políticas del capitalismo. Con esta premisa se refiere al “cientificismo”, como un orden de racionalidad ideológicamente orientado a que las investigaciones y sus resultados se mantengan apartados de las problemáticas sociopolíticas y se dirijan a las políticas de mercado, actualmente plenamente vigente. Su fundamentación crítica recayó sobre las temáticas de investigación, las investigaciones, el destino de los resultados que producen y sobre los investigadores. La crítica hacia los investigadores recae en la modalidad subjetiva de cada uno, desde este punto de vista, aunque lo sepan o no, tienen tomada una posición política. El Varsavsky denunció graves consecuencias por las divisiones entre las ciencias hegemónicas (física, biología, química, matemáticas) y las ciencias humanas. Lo cierto es que en la racionalidad neoliberal las ciencias con poder hegemónico no consideran estar relacionadas con los temas de interés de los discursos que componen las ciencias humanas. También ocurre que las ciencias con poder hegemónico no dan garantía del ejercicio del pensamiento crítico, pero aun así logran excesiva confianza tanto en ámbitos académicos como en la trama sociocultural.

Respecto del rol del investigador es muy valorable el trabajo y dedicación a la tarea de pensar, pero no se puede omitir que al mismo tiempo que este piensa es pensado por la lógica capitalista. Así, un investigador científicista, que ignora las relaciones entre las investigaciones, la política y las tramas socioculturales, no puede ocuparse de que las mismas tengan utilidad social, ni tampoco estar atento al destino de los resultados de investigación. En este sentido el científicismo también es un instrumento fundamental para el control, en este caso para generar la necesidad de consumo de medicamentos, objetos, servicios dirigidos a la población. Al respecto, Varsavsky hizo una diferenciación, aún vigente, entre dos tipos de investigaciones: las investigaciones creativas, no predictivas, aplicadas a problemáticas

sociales y las investigaciones que desde el comienzo están direccionadas para que la producción de conocimientos tenga utilidad en el mercado de consumo.

En la intersección política, enseñanza y formación, existen dos formas del pensar antagónicas: el pensar metonímico y el pensar emancipatorio. Del lado del pensar metonímico se encuentra la racionalidad neoliberal. La idea de saberes en progreso constante, acumulación de conocimientos objetivos, recolección de respuestas anticipadas a las preguntas, taponamiento de los *impasses* del pensar, un pensar sin compromiso subjetivo. En el campo de la salud mental se expresa por la fijeza de modelos universales, homogéneos, programas y protocolos estandarizados.

Del lado de la forma del pensar emancipatorio Jacques Rancière (2007) arrojó luz al problema política, enseñanza y formación cuando se refirió al pensamiento de Joseph Jacotot (1800). Desde el punto de vista de la pedagogía, Jacotot cuestionó políticamente los métodos tradicionales de enseñanza. Centró el problema en el par desigualdad-igualdad social, a partir del cual interroga si la enseñanza se propone el objetivo de reducir la desigualdad social, es decir alcanzar por medio de la enseñanza la igualdad, o si la enseñanza parte de una igualdad a verificar. El planteo cuestiona la forma convencional según la cual el maestro, es propietario de todos los saberes mientras que el alumno es un desposeído de saberes, un ignorante.

La cuestión político-social en relación a la enseñanza queda planteada en términos de una opción excluyente: o bien el criterio de reducir la desigualdad. Enseñanza para embrutecer. O bien el criterio de igualdad a verificar. Enseñanza para emancipar.

En la intersección emancipación-sujeto, con el psicoanálisis encontramos que el pensar metonímico degrada al sujeto y el pensar emancipatorio tropieza con el problema de que el sujeto no es un puro ser de consciencia, ni es puro ser simbólico de pura satisfacción del deseo, como decíamos anteriormente, es un ser ontológicamente fracturado, con satisfacciones de deseo y satisfacciones imperativas categóricas de goce. Es decir, en términos de lógica modal (posible, imposible, necesario y contingente), la noción de *Imposible* es el fundamento de la condición humana. Imposible que en el campo de lo simbólico, del significante, se subsuma lo Real. Entonces, desde esta óptica el pensar emancipatorio será parcial. Será un trabajo de forzar el pensar, de arreglárselas con lo se rehúsa a pasar por lo simbólico.

El imperativo categórico ineliminable que sin miramientos impulsa al sujeto en forma repetitiva a satisfacciones con rasgos destructivos, hostiles, mortuorios, contra sí mismo y contra otros que definíamos como el obstáculo más poderoso contra la cultura, también lo es

para la emancipación pensada en un sentido absoluto. Así, desde la óptica del psicoanálisis localizamos intersecciones, una conjunción entre la racionalidad neoliberal y el programa de la pulsión de muerte. Una conjunción potente con la cual la lógica capitalista, con su brazo efector, la racionalidad neoliberal, se aprovecha canallescamente, porque empuja a la permanencia de civilizaciones injustas, a servidumbres voluntarias, al pensamiento metonímico. No obstante, en la perspectiva del respeto por el ser humano, insistimos en mantener el estado de pregunta, ¿cómo pensar en la enseñanza y la formación transformaciones del pensar metonímico?, ¿cómo pensar una lógica emancipatoria? Estamos frente a un nudo crítico que no tiene pronta salida porque es un planteo problemático que no se puede resolver por la lógica de contradicción: o lo uno, o lo otro. Pensamos que es más conveniente aplicar la lógica dilemática: ni lo uno ni lo otro, entonces la salida por medio de la invención de una tercera opción.

Por ahora pensamos en términos de intersecciones discursivas, en la utilidad social del discurso psicoanalítico, conceptos e intervenciones que pueden operar como armas de defensa y de resistencia frente a las estafas reflejadas en políticas que en nombre del bienestar ejercen su poder de mal-vivir sin límite. Intersecciones discursivas en relación con las experiencias del hacer en el estatuto de praxis, es decir acciones concertadas por el hombre que le dan la posibilidad de tratar lo *Real* por lo simbólico. Intersecciones discursivas en espacios con aberturas, zanjas y límites poco compactos. Posibles, imposibles, contingencias. Buscar, descubrir, encontrar algo nuevo, tolerar perder lo hallado y volver a pensar en el desafío de recobrar el sentido social, subjetivo, político y cultural de los derechos por ser humanos.

PARA FINALIZAR

A lo largo de la obra de Freud se evidencia la preocupación por el destino de la humanidad, opinaba que las sociedades sin amor a la verdad, sin honradez y sin humanidad están en riesgo. El motivo del riesgo es que invita a sus miembros a ocultar la verdad, a pintar las cosas con falsos colores, a engañarse a sí mismos y a los demás.

BIBLIOGRAFÍA

- Alemán, Jorge 2013 *Conjeturas sobre una izquierda lacaniana* (Buenos Aires: Grama).
- Canguilhem, Georges 2005 *Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida* (Buenos Aires: Amorrortu editores).
- Castro, Edgardo 2011 *Lecturas foucaulteanas. Una historia conceptual de la biopolítica* (La Plata: Editorial universitaria UNIPE).

- Eco, Umberto 1997 *Cinco escritos morales. Capítulo Cuando entra en escena el otro* (Barcelona: Lumen).
- Foucault, Michel 1984 *Vigilar y castigar* (Madrid: Siglo XXI).
- Freud, Sigmund 1979a "De guerra y muerte. Temas de actualidad" [1915], en *Obras completas* (Buenos Aires: Amorrortu editores) Tomo XIV.
- _____ 1979b "El porvenir de una ilusión" [1927], en *Obras completas* (Buenos Aires: Amorrortu editores) Tomo XXI.
- _____ 1979c "El malestar en la cultura" [1929], en *Obras completas* (Buenos Aires: Amorrortu editores) Tomo XXI.
- Galende, Emiliano 2008 *Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser* (Buenos Aires: Lugar editorial).
- Heidegger, Martin 2005 *¿Qué significa pensar?* (Madrid: Trotta).
- Lacan, Jacques 1975 "Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano" [1960], en *Escritos 2* (Buenos Aires: Siglo XXI).
- _____ 1987 *Seminario 11, Cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (Buenos Aires: Paidós).
- _____ 1981 *Seminario 20, Aún* (Buenos Aires: Paidós).
- Rancière, Jacques 2007 *El maestro ignorante* (Buenos Aires: Libros del zorzal).
- Schor-Landman, Clara 2004 *Temas de interconsulta. Diálogos entre el Psicoanálisis, el Derecho y la mediación* (Buenos Aires: Galerna).
- _____ (2013) *Tesis doctoral: Salud mental; salud social. Implicaciones entre los términos mental y social. Dilemas contemporáneos del amor el goce y el deseo en la construcción de los lazos sociales.*
- Varsavsky, Oscar 1967 *Ciencia, política y científicismo* (Buenos Aires: Centro Editor de América Latina).

**PERSPECTIVAS Y PROGRAMAS
DE SALUD COLECTIVA**

Bárbara Zas Ros* y Vivian López González**

PROGRAMAS DE TRANSFORMACIÓN PSICOSOCIAL Y PROCESOS DE SALUD COLECTIVA

INTRODUCCIÓN

El presente es un programa operativo preventivo en salud, construido a partir de una experiencia de transformación psicosocial centrada en la práctica deportiva grupal, llevada a cabo en el escenario de un barrio capitalino cubano poco favorecido.

El programa, que gestiona al deporte como recurso educativo, está dirigido a fomentar comportamientos saludables y valores sociales, especialmente en niños y niñas, así como el desarrollo del potencial de la escuela, familia y la comunidad como agentes de cambio.

En Cuba la universalización del sistema de salud es un tema resuelto. Es una garantía que ofrece el Estado como derecho pleno a la salud, uno de los derechos ciudadanos fundamentales. Sin embargo,

* Investigadora Auxiliar. Profesora Auxiliar Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana. Master en Psicología Clínica. Especialista en Psicología de la Salud. Jefa del proyecto internacional "Deporte en el barrio". Jefa del Grupo de Estudios Psicosociales de la Salud. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas de Cuba.

** Investigadora agregada. Master en Psicología de la Salud. Miembro del proyecto internacional "Deporte en el barrio". Miembro del Grupo de Estudios Psicosociales de la Salud. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas de Cuba.

en el contexto de la actual crisis económica y el redimensionamiento del sistema socioeconómico cubano (en el que se demanda mayor autonomía de las empresas estatales, desarrollo del sector de la economía no estatal, recortes en gastos en los servicios sociales básicos, etc.), se hace necesario incrementar el papel de la sociedad civil. Sus actores son factores fundamentales para continuar potenciando una cultura colectiva del cuidado de la salud, como estrategia complementaria a las acciones de salud pública. Es este un camino imprescindible para el empoderamiento ciudadano en la gestión de la prevención de salud.

Implementar un programa de transformación psicosocial en las comunidades, que favorezca el desarrollo de una salud colectiva en la población, implica, para sus ejecutores, atravesar por una profunda y constante reflexión encaminada a la elaboración e integración de los referentes teórico-conceptuales y metodológicos que se articulan en la fundamentación de la propia experiencia.

A partir de la práctica acumulada, se realiza una propuesta de algunos principios y modos de hacer que fundamentan la realización de acciones psicosociales profesionales favorecedoras de procesos de salud colectiva.

LA PROPUESTA DEL CIPS

En la realización de programas de transformación psicosocial comunitarios, realizados por especialistas del Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas¹ (CIPS) de Cuba, el reconocimiento e identificación de la noción de salud colectiva, ha constituido un eje de trabajo muy productivo, que ha incitado un conjunto de reflexiones, nuevos análisis y proyecciones para el Grupo de Estudios Psicosociales de la Salud de dicho centro.

Buscando respuestas a la pregunta ¿Qué entender hoy por Salud Colectiva?, el primer concepto que produjo una sucesión de cuestionamientos, fue el aportado por Jairnilson Silva Paim y Naomar de Almeida Filho (2000). Estos investigadores resumen como principal idea que la salud colectiva, es el conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en diversos ámbitos (instituciones de salud, academia, organizaciones de la sociedad civil, institutos de investigación) y respaldadas por corrientes de pensamiento vinculadas con diversos proyectos de reforma de salud.

Parafraseando a Mario Testa (1993), existe un “dilema de asignación” investigativa, respecto a la creencia transmitida de que los temas de salud deben ser tratados e investigados solamente por los trabaja-

1 El Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (CIPS), es una institución estatal adscrita al Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente de Cuba.

dores que laboran en el ramo de la Salud Pública. Pero una adjudicación auténtica de una concepción de salud colectiva, debe rebasar los límites demarcados por las parcelaciones denotadas de las diferentes áreas de investigación. Es por ello que se hace necesario analizar e integrar esta concepción al cotidiano investigativo de los proyectos de transformación psicosocial que se emprendan en los diferentes países, y que no necesariamente son convocados por instituciones de salud propiamente dichas.

El encuentro con la reflexión sobre salud colectiva, que realiza Granda (2004), resultó convincente y ajustado a los propósitos y modos de pensar y accionar en los proyectos que estábamos emprendiendo. Este autor refiere: “[...] Pues, es ante todo, creo yo, un decidido esfuerzo por ver más allá del horizonte que nos ha legado la salud pública convencional; es una profunda vocación por transformar nuestra acción en un quehacer humano profundamente comprometido con la vida y con el cuidado de la enfermedad de nuestras poblaciones (una militancia socio-política, en las palabras de Testa); es un intento de construirnos como sujetos salubristas en función a respetar individualidades y apoyar la construcción de ciudadanos; es un intento por crear espacios de aprendizaje para multiplicar las fuerzas del compromiso; es buscar el desarrollo de las ciencias de la salud para potenciar con ellas el desarrollo de la salud y la felicidad, así como la disminución del sufrimiento de los enfermos y controlar las enfermedades controlables; es el empeño porque nuestras instituciones tengan sabor a nosotros a pesar de que cada día nos quieren convencer que no vale la pena lo humano. Esa cosa llamada Salud Colectiva, es algo que vale la pena darle cariño e impulsar su crecimiento porque en última instancia es crear “aquello” que es una gran realidad: la solidaridad para generar el mundo que soñamos” (Granda, 2004: 2).

Esta interesante síntesis, contiene principios básicos que deben ser tomados como referencia, en el abordaje de diferentes experiencias dirigidas a las comunidades, con fines vinculados al mejoramiento de la calidad de vida de los pobladores.

Pensar en el desarrollo de una concepción de salud colectiva implica promover un proceso de cambio a nivel de las políticas de salud, como expresión intencional de los diferentes gobiernos de favorecer el derecho ciudadano a la salud.

Al mismo tiempo supone también un cambio a nivel de las concepciones, aptitudes y modos operativos de organizar las diferentes experiencias y procesos que puedan ser tributarios para fortalecer el desarrollo de responsabilidad y compromiso social con el sostenimiento y garantía de una salud para todos. Se trata de cambios teóricos y metodológicos, y además cambios en los modelos subjetivos

de los responsables de las ejecuciones de las diversas políticas y en los actores sociales encargados de promover proyectos y acciones con fines salubristas.

El reconocimiento del carácter *multiparadigmático* de la concepción de salud colectiva, dado por un encuentro de diversas epistemologías que se encuentran en interacción producto del carácter de interacción interdisciplinaria que se produce en el abordaje de este tema (Nunes, 2014), complejiza aún más la acometida de la diversidad de cambios que deben producirse para favorecer el ejercicio de un modo de ser y estar como sujetos salubristas. Un conjunto de reflexiones se comienzan a producir a partir de estas ideas. Anderson explica que “un profesional reflexivo en acción: es alguien que hace pausas y formula preguntas para comprender sus fundamentos teóricos y para describir su práctica tal como la lleva a cabo. La teoría y la práctica, por tanto, se influyen recíprocamente y evolucionan en paralelo a medida que el profesional se vuelve más reflexivo y responsable, y les va dando a ambas un nuevo significado. Esto es esencial para una práctica ética” (Anderson, 2012: 6).

El camino de convertirnos en sujetos salubristas, es un camino de cambios sustanciales, que para el equipo de trabajo del Grupo de Estudios Psicosociales de la Salud del CIPS, ha implicado un conjunto de cuestionamientos básicos tales como: ¿Qué es ser un sujeto salubrista? ¿Cómo convertirnos en investigadores portadores de una cultura salubrista?

Es necesario aclarar, que el nivel de reflexiones que han sobrevenido en nuestro grupo, pueden hacerse, partiendo de un contexto, donde existe un Sistema Nacional de Salud (SNS)- universal, accesible, gratuito- que viene realizando importantes reformas a partir de los años 60 del pasado siglo, como parte fundamental de las transformaciones del período revolucionario, como muestra del respeto más absoluto de uno de los derechos humanos más importantes de todo ciudadano (Franco, Kennelly, Cooper, Ordúñez, 2007). La reforma sectorial de la salud en Cuba, es un proceso permanente, en constante cambio, análisis y mejora. Al tenor de la actual crisis económica y de redimensionamiento del sistema socioeconómico cubano (en el que se demanda mayor autonomía de las empresas estatales, desarrollo del sector de la economía no estatal, recortes en gastos en los servicios sociales básicos, etc.), cada vez debe jugar un mayor papel la sociedad civil, espacio en el que también se debe continuar potenciando una cultura colectiva para el cuidado de la salud, como estrategia complementaria a las acciones de salud pública y como camino para el empoderamiento de actores sociales en la gestión de la prevención de salud.

¿QUÉ ES SER UN SUJETO SALUBRISTA?

Ser un sujeto salubrista implica, ser portador de una adjudicación de contenido representativo social, como producción hermenéutica, y ser un actor con compromiso social y político consecuente a esa representación social, siendo capaz de realizar un ejercicio o acción salubrista (promotora de salud, preventora de enfermedades, curativa o de mejora de la calidad de vida en general). Es ser también portador, al decir de Sotolongo, de un discurso salubrista. Al respecto este autor plantea:

[...] Al mismo tiempo, dicha labor hermenéutica posibilita discernir al propio discurso salubrista correspondiente a uno u otro periodo (como sistema de conexiones y mecanismos de signos lingüísticos y enunciados discursivos simbólicos), no sólo como el portador y vehiculador de una “cultura salubrista” concreta sino, al mismo tiempo, como uno de los mecanismos de constitución de dicha cultura salubrista[...]. En dicho ámbito discursivo se conjugan un saber salubrista constructor de los objetos simbólicos acerca de la salud y la enfermedad y un deseo de los sujetos salubristas que discurren. [...] Mientras más coherente se hace el discurso salubrista, más hace pensar - como cualquier otro discurso coherente- que en él se basa la validación del orden salubrista prescriptivo que nos establece. En realidad, tal validación viene dada por la intencionalidad fáctica –no pretendida- de ese discurso (mejor aún, en la validez de esa intencionalidad real); validez que, a su vez, estará sustentada por unos u otros fundamentos normativos que hay que comprender en su sentido [...] sentido proveniente no de otro lado que de uno u otro contexto de praxis interpersonal relativizada socio-históricamente. Así, las ya mencionadas relaciones de inculcación simbólica de sentidos salubristas pueden ser portadoras de un carácter u otro. De modo que este tipo de relaciones de sentido, que influyen y transforman el discurso salubrista tanto como lo hace la misma práctica salubrista, en modo alguno pueden y deben subestimarse [...] y mucho menos pueden y deben obviarse, por constituir “sólo” una realidad del orden de lo simbólico, pues aunque efectivamente pertenecen a dicho orden presentan una indefectible –y concreta- eficacia en el ámbito de la salud y la enfermedad, como en cualquier otro ámbito de la praxis humana (Sotolongo, 2012:16).

La formación simbólica de sentidos salubristas, pueden estar conformadas por un conjunto de creencias que obtienen su expresión en comportamientos más o menos coherentes con estos preceptos. Comportarse como un sujeto salubrista, poseer esa aptitud, ha sido también otro aspecto tratado en el abordaje del tema de la salud colectiva.

Maiqui Flores (2015) dice que el salubrista de hoy tiene como principal tarea la de buscar la integración de las prácticas sociales entre diversos actores y poderes, estando siempre entre el poder de la

gente y del estado. Describe entonces un perfil de ese sujeto salubrista al cual se aspira, el cual debe ser:

- “Posicionado en la realidad, desde la salud como derecho humano y social, desde la ética humana, social, política y desde la equidad.
- Justo, que asume desafíos, innovador y comunicativo, con pensamiento complejo, que pueda trabajar en equipo, entusiasta y perspicaz.
- Con capacidad de romper esquemas y construir opciones, de negociar para posibilitar propuestas de cambio en espacios de trabajo complejos, conflictivos e inciertos.
- Con capacidad de gerenciar, circular (divulgar), acceder y utilizar información para la toma de decisiones en equipo; capaz de participar en procesos de cambio e integrarse con otros sujetos y actores a favor de la salud de la población.
- Con habilidad y capacidad de formular, ejecutar, monitorear y evaluar políticas, planes, proyectos, estrategias e intervenciones en salud. Con indicadores de eficacia, eficiencia, efectividad, productividad e impacto social
- Capaz de interpretar la respuesta y motivar la participación de la población en la resolución de sus problemas de salud.
- Con capacidad de participar en investigación en Salud Pública y en la capacitación de recursos humanos del sector y de la población” (Flores, 2015:1).

Este perfil al cual se aspira, tiene puntos de encuentro, con la intención que subyace en uno de los cuestionamientos iniciales que nos hemos hecho de ¿cómo convertimos en investigadores portadores de una cultura salubrista?

El investigador a decir de Granda “trata de apoderarse de la realidad a través del pensamiento” (Granda, 2009:29). Interpreta los beneficios esperados, beneficios que apuntan a la continuidad de la transformación. La responsabilidad y el compromiso con la búsqueda de la transformación del problema objeto de estudio, determinan un modo de ser investigador.

Granda esclarece entonces qué quiere decir el tener un compromiso como investigador en salud: “[...] El compromiso del investigador en salud radica, entonces, en la búsqueda de sentido a través del trabajo mancomunado con las fuerzas democráticas, para la consolidación de un proyecto humanizante en salud, comandado

por nosotros mismos, esto es, por el pueblo y por los que estamos junto a él. Para encontrar un sentido a lo que hacemos, debemos darnos la vuelta hacia la historia y reconocer lo que fuimos, rescatar nuestros valores, nuestra cultura y, en simbiosis con lo que tenemos que establecer, los caminos posibles por donde deambular” (Granda, 2009: 36).

La identificación de los miembros del Grupo de Estudios Psicosociales de la Salud del CIPS, con estas ideas, nos permite reconocernos y confirmarnos como investigadores portadores de una cultura salubrista, que se ha instalado en nuestros modos de hacer y pensar la investigación con fines dirigidos a la transformación psicosocial.

¿QUÉ ENTENDEMOS POR TRANSFORMACIÓN PSICOSOCIAL?

Retomaremos algunas ideas ya trabajadas en una publicación reciente realizada por nuestro grupo (Zas et. al, 2014). De acuerdo con Calviño

[...] cuando nos referimos a “psico” y “social” lo hacemos desde un referente donde se trata de comprender a las personas y [...] los problemas que se presentan como productores de malestar [...], en una intersección de los espacios o dimensiones más personales de su vida (de ahí lo de psico), y aquellos en los que el registro de lo real dictamina desde (con) las exigencias (condiciones) de sus situaciones reales de existencia (de ahí lo de social). Hablamos del sujeto (individual, grupal, institucional) y sus circunstancias reales de existencia. (Calviño, 2010:179)

Las transformaciones psicosociales ocurren de forma procesual. Un proceso implica “un devenir de sucesos que se van interconectando” (Calviño, 2002: 49), por lo tanto, hay que esperar el devenir de esos sucesos, observarlos, dejarlos transcurrir, facilitarlos sin atropellarlos, reconocer el tiempo óptimo para su ocurrencia e identificar las múltiples y complejas interconexiones que se producen.

Como señala Hernández: “Una transformación implica cambios esenciales, con un alcance y un grado de estabilidad que conduzca a su irreversibilidad. En tal sentido, no todos los cambios implican transformación. Conocer y evaluar el alcance de los cambios que logramos producir con nuestras acciones es imprescindible para darnos cuenta bajo qué condiciones y actuando sobre qué procesos o sistemas puede lograrse transformación. Esto es importante puesto que si los cambios logrados no son esenciales o no perduran en el tiempo pueden ser muy fácilmente revertidos por las múltiples influencias del entorno” (Hernández, 2011:75).

Los individuos y grupos se apropian primero de los cambios que necesitan y pueden, en correspondencia con sus potencialidades, nor-

mas, disposición, con lo que puede ser más probable, y las resistencias que pueden vencer más fácilmente.

Las prácticas de transformación psicosocial deben partir de encuadres teóricos y metodológicos, que deben ser constantemente revisados, analizados; y trazar estrategias y acciones, de acuerdo con los objetivos de transformación y las particularidades de individuo, grupos, organizaciones o contexto en que los cambios tendrán lugar.

Los procesos de transformación psicosocial deben estar sujetos, entonces, a Acciones Psicosociales Profesionales (APP), que se definen, según), como: “[...] un proceso de intervención a nivel personal, grupal o comunitario que busca favorecer en los participantes el restablecimiento, reforzamiento o desarrollo de su nivel óptimo de desempeño profesional. Se trata de la formación y optimización de capacidades (competencias, habilidades, disposiciones, etc.) para lograr bienestar y crecimiento personal en las condiciones reales de su vida [...]” (Calviño, 2010:178) Las APP permiten desarrollar, entrenar con calidad y fortalecer las potencialidades de los actores sociales “no profesionales” (Gómez, 2005) que participan en los procesos de transformación psicosocial, garantizando con ello la sostenibilidad de los impactos alcanzados.

La sistematización de los principios de trabajo teórico-metodológico y modelos operativos empleados en los proyectos de transformación que hemos coordinado, han aportado una serie de lecciones aprendidas que pudieran ser aplicables a otros programas de transformación que puedan emprenderse en la región, vinculados con el desarrollo de procesos de salud colectiva. Es por ello, que se haría necesario detenernos brevemente en los antecedentes de nuestra experiencia y en una síntesis del Programa de Transformación Psicosocial centrado en la práctica deportiva grupal, que sirve de fundamento a las ideas básicas que expondremos posteriormente.

ANTECEDENTES DE LA EXPERIENCIA DE TRANSFORMACIÓN PSICOSOCIAL

La experiencia, que condujo a la construcción de un programa de transformación psicosocial, sobre cuyos principios y modelos operativos se comentará en el presente artículo, tiene como antecedentes diversos estudios y acciones de transformación conducidos por el CIPS.

A principios de la década de los noventa surge el denominado “Laboratorio de Estudios Psicosociales de la Salud”. Las investigaciones que en ese entonces tuvieron lugar se centraron en el estudio de determinantes psicosociales en el proceso salud-enfermedad; el diseño de tratamientos alternativos para el cuidado de la salud como yoga, musicoterapia y medicina tradicional china; la elaboración de indica-

dores para la evaluación de la calidad de vida, tanto a nivel individual, como grupal; la construcción de bases teórico-metodológicas para el desarrollo del potencial humano de salud a través de prácticas alternativas de la medicina oriental; el diagnóstico del alcoholismo como problemática de salud de la comunidad; entre otras.

Algunas de ellas tomaron como escenario el barrio de La Timba, comunidad urbana, capitalina, surgida a finales del siglo XIX, como un asentamiento marginal. Esta comunidad, con el triunfo de la Revolución y la “Reforma Sanitaria” iniciada en la década del 60 del pasado siglo, que condujo, más tarde, a la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) (Chaufan, 2013), se vio beneficiada con las políticas de salud aplicadas, basadas en principios de equidad. Ello, junto a otras políticas y acciones, propició que su población alcanzara indicadores de salud similares al resto del país, modificándose así su condición de marginalidad. Sin embargo, la subsistencia de problemas de hacinamiento, dificultades en el abastecimiento de agua, deficientes alcantarillados, e inadecuadas condiciones materiales e higiénico-sanitarias de las viviendas, entre otras, hacen que se considere como una “zona poco favorecida”, y requiera de especial atención.

Es por ello que en este barrio se han llevado a cabo, en los últimos años, diversas experiencias de transformación. Como parte de tales acciones se han identificado, entre otras, la presencia de problemáticas como la violencia, el alcoholismo, la falta de opciones recreativas-culturales, que de manera directa o indirecta afectan la salud de sus pobladores. Igualmente, han generado beneficios sociales y propuestas de proyectos de cooperación. Para dar respuesta a estas problemáticas y a nuevas demandas identificadas, es que surge en el 2006 el proyecto “Deporte en el barrio: el reto de vivir mejor”, que dio lugar a la implementación del Programa de Transformación Psicosocial Centrado en la Práctica Deportiva Grupal en el ámbito escolar y comunitario, que se planteó como propósito fomentar comportamientos saludables y valores sociales, especialmente en niños y niñas.

Es así como el actual Grupo de Estudios Psicosociales de la Salud, como expresión de la contribución de las Ciencias Sociales para la salud de la población, acompañó por espacio de 6 años a actores sociales, maestros, líderes comunitarios y padres, en la experiencia de transformación psicosocial favorecedora de la salud colectiva de los niños. Y, como resultado de este proceso de reflexión y cuestionamiento, construyó la fundamentación teórico-metodológica de dicha experiencia. La sistematización de esta experiencia ha posibilitado que actualmente se esté llevando a cabo un Programa de Formación de Multiplicadores en dos provincias del país. Ello contribuirá a su multiplicación en otros escenarios, así como a una mejor compren-

sión de los procesos de transformación social en el contexto de la realidad cubana.

SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA

La experiencia, sistematizada en el Programa de Transformación Psicosocial Centrado en la Práctica Deportiva Grupal, tuvo lugar a través de cinco estrategias fundamentales: exploratoria-diagnóstica, organizativa, educativa, comunicativa y de supervisión, con diferentes niveles de coexistencia temporal, interrelaciones dinámicas y simultaneidades (Zas et al, 2014). Las acciones trazadas como parte de las distintas estrategias dieron lugar, en una primera fase del proyecto (2006-2008), a la realización de prácticas deportivas grupales sistemáticas con fines educativos, fundamentalmente en el ámbito escolar (en el espacio extracurricular), con un total de 110 niños que cursaban entre el 4to. y el 6to. grado con edades comprendidas entre los 8 a 12 años. Estas fueron conducidas por 14 entrenadores deportivos que participaron en un programa de formación que los preparó para asumir el reto planteado. Al mismo tiempo, la escuela, junto con los entrenadores y el Grupo Gestor Comunitario organizó actividades recreativo-educativas en una de las circunscripciones del barrio.

Como resultado de las acciones de transformación psicosocial se propiciaron cambios favorables y substanciales, fundamentalmente en niños y niñas, tales como: mayor identificación y rechazo de comportamientos sociales inadecuados, principalmente de naturaleza violenta; mejores habilidades de comunicación en término de mayor sociabilidad, desarrollo de valores morales como honestidad, colectividad y responsabilidad, adquisición de conocimientos y desarrollo de actitudes y habilidades sociales más proactivas con relación a hábitos nocivos como alcoholismo, tabaquismo y drogadicción, entre otros (Zas et al, 2008, 2010a).

Como expresión del carácter dinámico de las necesidades, los niños y las niñas más pequeños de la escuela exigieron, vehementemente, incorporarse a las actividades. Al mismo tiempo, líderes comunitarios expresaron el deseo de que otras circunscripciones de la comunidad de "La Timba" también se beneficiaran de las acciones del proyecto.

Los resultados positivos y las nuevas demandas dieron lugar a una segunda fase del proyecto (2008-2012). Esta comprendió la extensión de las acciones a escolares de 5-7 años de edad (con una matrícula de 204 niños y niñas, al iniciar esta etapa de ejecución del proyecto (curso escolar 2008-2009) y de 170 al finalizar el monitoreo de la implementación en la escuela (curso 2009-2010) y a dos circunscripciones de la comunidad La Timba (con 220 niños y niñas favorecidos por

la experiencia), propiciándose la formación de promotores deportivos comunitarios y el rediseño de la estructura y funcionamiento del Grupo Gestor, de manera que fuera capaz de atender las nuevas demandas (Zas et al, 2010b).

De este modo, las actividades deportivas concebidas inicialmente en la escuela, se fueron extendiendo progresivamente al escenario comunitario con la labor de investigadores-facilitadores, entrenadores deportivos, líderes comunitarios y promotores voluntarios (fundamentalmente padres y madres) de la comunidad. Se formaron un total de 7 promotores deportivos, los cuales recibieron una capacitación en el Programa, siendo los responsables actuales del seguimiento de esta experiencia en el barrio.

La experiencia transformadora fue conducida teniendo como referente metodológico la investigación-acción-participativa (IAP). Ello posibilitó que se desarrollara a modo de un proceso continuo, definiéndose momentos de: diagnóstico, diseño de propuesta de cambio, aplicación de la propuesta, monitoreo, evaluación y problematización, para reiniciar un nuevo ciclo, partiendo de nuevos cuestionamientos.

Para monitorear y evaluar el Programa se construyeron diferentes tipo de indicadores (indicadores de desarrollo y funcionamiento, indicadores de resultados, indicadores de viabilidad y sostenibilidad) con sus respectivas unidades de análisis, y se emplearon, y triangularon, diversas fuentes (niños/as, padres, maestros, entrenadores, etc.), así como métodos, técnicas e instrumentos (observaciones; cuestionarios; talleres, dinámicas y discusiones grupales, etc.). Una visión del Programa podría ser sintetizada en la siguiente tabla (1) (Zas et al, 2014:30).

Tabla 1
Estructura del Programa de Transformación Psicosocial Centrado en la Práctica Deportiva Grupal.

Estrategias	Acciones
Exploratoria-diagnóstica	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de actores claves en la comunidad. • Búsqueda y sistematización de información sobre necesidades, problemáticas y experiencias/ fases previas de proyectos de transformación. • Diagnóstico inicial de cada fase (identificación de expectativas de participantes y diagnóstico de comportamientos en niños y niñas). • Construcción/re-construcción de indicadores del Programa (cambio, viabilidad y sostenibilidad). • Identificación de necesidades de capacitación en entrenadores y promotores deportivos durante el propio proceso de formación. • Monitoreo de la marcha de acciones y actividades planificadas en el Programa. • Diagnóstico parcial/final (identificación de cambios comportamentales en niños/as y evaluación del cumplimiento de expectativas e indicadores del Programa).

Estrategias	Acciones
Organizativa	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso de acercamiento a posibles participantes. • Selección de los entrenadores y promotores deportivos • Organización de los diferentes grupos del proyecto. • Organización de las prácticas deportivas grupales. • Conformación de espacios y tareas para favorecer la implicación y el compromiso de los principales grupos participantes en el proyecto, y el proceso de interacción entre los mismos. • Proceso de cierre.
Educativa	<ul style="list-style-type: none"> • Talleres de capacitación a entrenadores. • Talleres de capacitación integrados con diferentes actores sociales. • Talleres de capacitación a promotores deportivos comunitarios. • Prácticas deportivas grupales con niños y niñas en la escuela. • Prácticas deportivas grupales con niños y niñas en circunscripciones de la comunidad.
Comunicativa	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización de actores sociales participantes y decisores. • Producción de material divulgativo-promocional (cartel, ropa, audiovisual, etc.). • Divulgación de información relativa a la marcha del Programa a padres, entrenadores, maestros y líderes barriales; en espacios de intercambio (talleres, reuniones) • Confección de material didáctico para entrenadores y promotores deportivos u otros públicos especializados (manual, audiovisual). • Convocatoria de actividades a realizarse en la escuela y la comunidad. • Realización de actividades culturales-deportivas promocionales dirigidas a diversos públicos (auspiciadores, especialistas u otros). • Elaboración de documentos (informes financieros, de investigación y publicaciones). producidos como resultado de la experiencia. • Divulgación de resultados y Programa en talleres promocionales, espacios académicos, de decisión y medios de comunicación masiva.
Supervisión	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión psicológica destinada al Grupo de Investigación del proyecto. • Supervisión dirigida a diferentes grupos del proyecto.

Fuente: Elaboración propia

Dar a conocer cómo se fue desarrollando el Programa, como un todo articulado y complejo, implica ir presentando cada una de estas estrategias y acciones, con sus peculiaridades, funciones y principios propios, así como sus interrelaciones. Esta información consta en un conjunto de artículos y manuales producidos por el proyecto que pueden ser consultados (Zas et al 2008, 2010a, 2010b, 2014).

Aunque el Programa estuvo dirigido fundamentalmente a fomentar comportamientos saludables y valores sociales en niños y niñas, propició también el desarrollo del potencial de la escuela, familia y la comunidad como agentes de cambio. La experiencia superó así el paradigma empírico tradicional que asume a los actores sociales como sujetos pasivos y demuestra cómo el acompañamiento, desde la perspectiva educativa, permite descubrir ese potencial de cambio.

PROGRAMA DE TRANSFORMACIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD COLECTIVA

¿Cómo lograr que a través de programas de transformación psicosocial se puedan favorecer procesos de salud colectiva?

Los aprendizajes acontecidos en todos estos años de trabajo nos permiten realizar una primera aproximación a este cuestionamiento. Pudiéramos afirmar que hemos ido conformando un programa operativo preventivo en salud. Esta operatividad debe ser comprendida y aplicada en dos sentidos. Primero, que a partir de los diferentes principios teórico y metodológicos que hemos empleado se han promovido reflexiones productivas para propiciar procesos de mejoras en el trabajo de los diferentes grupos participantes en la experiencia, que han conllevado a procesos de mejora de la salud y, segundo, que el Programa ha podido instrumentarse en el contexto actual de la realidad de las prácticas comunitarias en nuestro país.

Es interesante hacer una referencia a lo que Mario Testa define como un programa. El plantea: “Un programa consiste en un ordenamiento de recursos que tienen un destino específico, con un objetivo prefijado y bajo una conducción normativa [...] única [...] significa que no hay imprecisión respecto a lo que se quiere hacer[...] que hay un cálculo previo más o menos preciso de[...]la eficacia y la eficiencia de las acciones a realizar, que se ha estudiado y se conoce bien el carácter y el dimensionamiento del problema a enfrentar [...]” (Testa, 1995:74).

Si bien en esta definición están contenidas las principales ideas respecto a lo que es un programa, es necesario aclarar, que los programas de transformación psicosocial deben elaborar, a partir del trabajo mancomunado de todos sus participantes, un conjunto de principios básicos que sirvan de fundamento a las diversas acciones que se emprendan. Estos principios deben ser normativos, pero también renovados y repensados durante todo el proceso de trabajo emprendido.

En el caso del Programa que coordinamos, estos principios éticos y metodológicos quedaron expresados del siguiente modo:

PRINCIPIOS ÉTICOS

- El humanismo, la consideración del ser humano como sujeto activo partiendo del reconocimiento de sus necesidades, expectativas, posibilidades reales y potenciales, así como su papel en el proceso de transformación de la realidad social, convirtiéndolo en actor central del cambio.

- La participación² y el empoderamiento de los actores sociales, a través del diálogo horizontal, para lograr consenso, apoyo y alianza.
- La educación, desde las potencialidades, como actividad central del proceso de cambio orientada a: 1) formar una conciencia crítica; 2) enseñar a mirar desde otro punto de vista, mover a los participantes de su posición y perspectiva³; e incrementar la capacidad para afrontar, solucionar problemáticas, movilizándolo recursos ya existente y/o creando otros.
- La colaboración entre los implicados, lo que supone un constante intercambio y aprendizaje mutuo con el propósito de alcanzar una mayor efectividad del trabajo.
- El acompañamiento y orientación a los actores desde el respeto; la autonomía y autodeterminación; la comprensión y aceptación; el compromiso; la distribución de poderes y la responsabilidad compartida.
- La unidad grupo-individuo, que conlleva la construcción, el establecimiento y reconocimiento de las normas grupales, el compromiso y la responsabilidad personal, así como el respeto a la individualidad y la diversidad⁴.

PRINCIPIOS METODOLÓGICOS

- La adecuación del Programa a las particularidades del contexto, los grupos, los objetivos y las etapas de trabajo. Se trata de lograr un equilibrio entre lo esperado y lo que realmente se puede alcanzar, según las condiciones de tiempo y espacio. Implica la revisión y reelaboración permanente de estrategias y acciones.
- La flexibilidad que permita una apertura a sugerencias y a la incorporación de otros enfoques en el proceso de transformación. Supone que todo está sujeto a cambios, a la introducción de nuevos elementos. Estimula la actividad creadora de los participantes.
- La activación de redes sociales, formales e informales, en los diversos grupos, organizaciones e instituciones de la comunidad en función de la implementación del Programa.

2 Desde las propias percepciones, reflexiones y vivencias.

3 A través de lo vivencial, los sentimientos y la experiencia, el aprendizaje de valores, normas sociales, modos de interrelacionarse con el medio y los otros.

4 Cultural, religiosa, política, étnica, etc.

- La construcción intencional de estrategias y el desarrollo de acciones encaminadas a garantizar la sostenibilidad de las experiencias de transformación, preparando a los actores sociales para el cierre del acompañamiento o facilitación” (Zas et al, 2014:10).

Ilustremos algunos de estos principios en su aplicación al Programa, y en su vínculo con los fundamentos y principios de la salud colectiva, como concepción de trabajo dirigida a la transformación social.

Las acciones de transformación psicosocial primero que todo deben estar acordes con las necesidades de salud de la población a la cual van dirigidas. En consonancia con ello, la experiencia del proyecto parte de considerar las problemáticas y demandas de la comunidad en la cual tuvieron lugar dichas acciones. Retomando los aportes de la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva, es preciso fundamentar las prácticas de transformación favorecedora de procesos de salud colectiva (o comunitaria) atendiendo al contexto en que estas tienen lugar (Granda, 2004). La contextualización también supone que las acciones de transformación psicosocial, como prácticas alternativas a la Salud Pública, establezcan relaciones de complementariedad con las acciones de prevención y promoción de salud que desde las instituciones de salud pública se llevan a cabo. Precisamente uno de los principios de la transformación comunitaria es el establecimiento de alianzas entre grupos, instituciones, organizaciones del espacio comunitario. En el caso de Cuba, implica establecer alianzas sobre todo con las instancias a nivel de atención primaria. Aunque en el contexto de las acciones del proyecto esto no se materializó, debido a que las instituciones de salud de nivel primario no fueron participantes en la experiencia, sin lugar a dudas, debe ser tomado en cuenta como una necesidad y oportunidad para aunar esfuerzos. La participación es otro de los ejes necesario en tanto se convierte en una fuerza transformadora de la situación de salud. “La Salud Pública Alternativa manifiesta su compromiso de impulsar la estructuración de prácticas saludables con la participación de los distintos actores [...]” (Granda, 2004:1). Según Montero (2010), la participación y el compromiso social, son las bases del trabajo comunitario. “Comprometerse es algo que puede hacerse desde la voluntad y la comprensión, desde la decisión y el sentimiento, o que de cualquier modo se produce como efecto inevitable de *estar* en algún lugar” (Calviño, 2004:32). Para comprender mejor la dinámica entre la participación y el compromiso social, es necesario relacionarlos con el concepto de apoyo social. Montero parte de la conceptualización de Thoits, la cual refiere que el apoyo social

[...] es el grado en el cual las personas satisfacen las necesidades sociales básicas (afecto, estima, aprobación, pertinencia, identidad, seguridad), mediante interacciones sociales que les suministran ayuda socioemocional e instrumental” (Thoits, 1982, citado por Montero, 2010:48).

Sobre esta definición Montero continúa:

Lo que Thoits califica de “necesidades sociales básicas”, reside en los aspectos psicosociales que son fundamentales para la construcción y desarrollo de nexos, de los cuales dependerá nuestra identificación con un lugar, un proyecto, una acción. Fundamentales también en el desarrollo del apego, de la participación y del compromiso [...] Ello nos lleva a señalar que el apoyo se genera en acciones e informaciones que hacen sentir a las personas que son estimadas, amadas, cuidadas, valoradas, que tienen un lugar en la sociedad que a la vez coloca a la sociedad dentro del mundo personal, pues forma parte de una amplia red de redes de comunicación y de obligaciones (Montero, 2010:48).

El apoyo social favorece el fortalecimiento de comunidades, genera redes de apoyo social que impulsan los procesos participativos y afianzan los compromisos con las tareas comunes proyectadas. (Zas, 2015).

Estos nexos antes mencionados, apuntan hacia un énfasis en el carácter relacional de la participación. “La participación es un modo de hacer o de ser que permite que nos apropiemos de alguna cosa [...] estableciendo una relación o nexo entre el sujeto participante y el objeto de la participación, que es compartida con otras personas. La participación es un modo de poseer en relación que señala el carácter colectivo de la acción. Tengo y me toca porque participo, no porque soy, sino porque estoy en relación” (Montero, 2010:49).

La concepción de la participación con énfasis en su carácter relacional, reconoce cómo de una relación se van generando otras relaciones, con encuentros de valores e intereses comunes y variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso que van produciendo las transformaciones individuales y comunitarias (Zas, 2015).

De ahí que, el desarrollo del potencial de la escuela, la familia y la comunidad para liderar cambios psicosociales, propiciadores del mejoramiento de la salud, es una premisa ineludible. Se impone entonces la necesidad de facilitar, acompañar tales cambios. Pero: ¿de qué facilitador se trata? Retomando a Granda (2004), no se trata de que “el especialista de la salud” intervenga sobre “la población transformada en objeto”. La salud pública alternativa, colectiva o medicina social o la construcción de propuestas alternativas en el campo de la salud pública, suponen como reto co-participar, ser parte del propio

proceso de transformación psicosocial. “Requiere, también, adoptar una actitud reflexiva sobre nuestras propias capacidades de conocer y actuar, y sobre el uso de la ciencia y la tecnología” (Granda, 2004:1).

El profesional de la salud o de las ciencias sociales, en su rol de facilitador, participa en una relación dialógica con los protagonistas de la transformación psicosocial, también desde sus propios saberes, vivencias, historias y emergencias. A ello se añade la incertidumbre que trae salir del espacio de seguridad de un consultorio al contacto con la realidad de los sujetos en el escenario comunitario. Pasa así de estar en una posición de mediador o facilitador del diálogo o interacción del sujeto con su realidad, a estar, desde su rol, en contacto más directo (o coparticipar) con la misma.

Este facilitador también cumple funciones educativas y preventivas, partiendo de los principios de la educación para el desarrollo humano, trabaja con los contenidos que emergen de las principales problemáticas psicosociales identificadas. De ahí que se trazan acciones para la prevención de las adicciones (alcohol, tabaco, drogas) y la promoción de comportamientos sociales adecuados (cooperación, disciplina, trabajo en equipo, respeto, solidaridad, no aceptación de trampas en el juego, solución de conflictos sin violencia).

En consonancia con presupuestos que propone Granda (2004) para la construcción de una propuesta alternativa de Salud Pública, no se trata solamente de enfocar la atención en la prevención de la enfermedad, sino en la vida misma. En tal sentido, más que prevenir la ocurrencia de comportamientos cercanos al consumo de sustancias adictivas, tóxicas, el programa de transformación psicosocial se plantea como derrotero el mejoramiento de la calidad de vida, propiciando espacios de disfrute, esparcimiento, recreación, sociabilidad, aprendiendo el cuidado de la salud junto al otro, compartiendo con los otros (coetáneos, padres, maestros, líderes comunitarios...).

Desde una perspectiva integradora, se define la calidad de vida como el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos, que facilita o entorpece el desarrollo de las capacidades actuales o potenciales del hombre. Los primeros constituyen condiciones económicas, sociopolíticas, culturales, ambientales, etc. Los segundos están determinados por la valoración que la persona hace de su propia vida, de acuerdo con la satisfacción que logra en áreas o dimensiones que considera más importantes, estableciendo una comparación entre lo esperado y logrado. Además de los juicios valorativos sobre la vida, se reconoce el papel que juegan las emociones. De manera que, para que la persona tenga un alto nivel de bienestar ha de estar satisfecha con su vida, experimentar emociones placenteras con frecuencia y solo infrecuentes vivencias displacenteras (Diener, 2000).

Se trata de un proceso de construcción de prácticas sociales saludables, de respeto, de no violencia, a través no solo de la adquisición de conocimientos sobre el cuidado de la salud sino también de la apropiación de actitudes y comportamientos socialmente favorecedores de integración social.

La práctica deportiva cumple entonces su función como un instrumento articulador, reparador, transformador, rehabilitador, preventivo y educativo, que puede emplearse como recurso para el logro de una vida mejor.

Más que considerar como unidad de análisis y transformación a la “población”, o la “comunidad” entendida como suma de individuos, en consonancia con la perspectiva de la medicina social latinoamericana (Salud Colectiva, s.f.), en programas de transformación psicosocial como el que se propone, se enfatiza en el momento grupal, de construcción colectiva y relacional.

PROCEDERES FAVORECEDORES DE PROCESOS DE SALUD COLECTIVA

En correlación con los principios que hemos sintetizado anteriormente, en la realización del Programa pusimos en práctica un conjunto de modos de hacer y de emprendimiento de acciones psicosociales profesionales que resultaron efectivas para el logro de los objetivos trazados. El modo de hacer básico que caracterizó la realización del Programa estuvo centrado en el diseño de cada una de las estrategias que permitieron ir conduciendo y generando el trabajo de todos los grupos participantes en la experiencia. Una estrategia se entendió como un conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo que se llevan a cabo para lograr un determinado fin o misión y se aplica en distintos contextos (Estrategia, s.f.).

Mario Testa hace referencia a la utilización del pensamiento estratégico en salud y plantea que una estrategia “no es una manera de alcanzar la meta, sino una manera de ponerse en situación de aproximarse a alcanzar la meta: ganar espacio, ganar tiempo, establecer condiciones favorables a nuestro propio desempeño [...]” (Testa, 1995:11).

En nuestro trabajo hemos considerado “desde la perspectiva del enfoque de trabajo comunitario, la planificación de las acciones que conforman una estrategia es concebida a modo de proceso dinámico y participativo. Las estrategias se van construyendo, revisando y complejizándose en la medida que los programas se van ejecutando. Las estrategias elaboradas en estos contextos se convierten en referentes que facilitan la realización de las tareas, acorde a los objetivos propuestos. Constituyen la memoria operativa que va indicando todo

aquello que no se debe dejar de hacer cuando se emprenden procesos de transformación psicosocial” (Zas, et al, 2014:28).

En los diversos programas de transformación psicosocial que se diseñen para favorecer procesos de salud colectiva, pueden existir tantas estrategias como sean pertinentes al tipo de problemática a trabajar y a los objetivos que se tracen. Cada una de las estrategias diseñadas debe tener su finalidad declarada, las pautas a seguir, los modos de realización, los diversos métodos, técnicas, recursos que pueden emplearse, y los procedimientos que se deben seguir.

El diseño de estrategias es un proceso de construcción y participación conjunta de los miembros de los diversos grupos que están implicados en un proyecto. Estos grupos que en muchas ocasiones pueden ser interdisciplinarios, conformados por profesionales de la salud y/o de las ciencias sociales, y diversos actores comunitarios, deben encontrar un lenguaje común para facilitar los procesos de comunicación que permitan llevar a éxito esta fase de trabajo, que es definitoria.

¿Qué tipo de acción psicosocial profesional pudiera ser más pertinente para favorecer procesos de salud colectiva en las comunidades?

La orientación comunitaria fue la acción psicosocial profesional de preferencia, empleada por nuestro grupo. Tiene como propósito buscar la integración social comunitaria a través de la socialización y la participación de las comunidades en la solución de sus problemas, siendo la orientación educativa la encargada de dinamizar ese proceso (Gómez & Suárez, 2008 citado en González & Lessire, 2009).

Se derivan de lo anterior tres ideas fundamentales: una que supone que la orientación comunitaria, al tener como escenario de transformación la comunidad, está sujeta a regularidades y particularidades propias de este ámbito; otra que advierte acerca de la necesidad de entenderla desde la participación; y, por último, que tiene una función educativa (López, 2011).

La orientación “psicosocial” comunitaria (OPC) tiene como papel facilitar los procesos de cambio psicosocial. Para ello, debe estar fundamentada en una demanda real del grupo destinatario, basada en un diagnóstico previo y flexible en su aplicación; emplear múltiples recursos técnicos (educativos, preventivos); y desarrollarse a través de acciones temporales y vinculadas a aspectos concretos de la vida comunitaria (Calviño, 2010).

La orientación implica una actuación de carácter profesional, que cumple diversas funciones como remediar, apoyar, educar o prevenir (Calviño, 2010), y tareas como planificar, asesorar, mediar [Camarago, 2009; González & Lessire, 2009]; sensibilizar, comunicar, formar, capacitar, intermediar y coparticipar en la construcción de intermediaciones [Calviño, 2010]. Está sujeta, por tanto, a exigencias pro-

fesionales y personales que propicien la efectividad, sustentabilidad, potenciación, multiplicación de las acciones y sus efectos.

La orientación en el escenario comunitario, no solo supone una práctica profesional, sino que además, implica la realización de acciones integradas (multidisciplinarias, interinstitucionales, etc.) que comprenden, por ejemplo profesionales como trabajadores sociales, sociólogos, psicólogos, y dirigencia comunitaria, instituciones educativas, sanitarias, entre otras (Camargo, 2009).

La Orientación Psicossocial Comunitaria no solo es una actuación profesional, sino que además es una relación de ayuda (Calviño, 2010). Ayudar significa facilitar, es decir coparticipar, no conducir. Es también tener una intención de propiciar la transformación. Propiciar además el cambio probable y pertinente para cada situación y para cada grupo.

Es un empeño evidente en toda vida orgánica y humana [...] expandirse, extenderse, llegar a tener autonomía, desarrollarse, madurar,... es la tendencia a expresar y activar todas las capacidades del organismo hasta el grado en que dicha activación perfeccione al organismo (Rogers, 1961:35).

De manera que, la OPC tiene como finalidad facilitar un mejor desempeño (funcionamiento o gestión) e integración de la comunidad y sus integrantes (individuos, grupos, instituciones); así como incrementar su capacidad para solucionar problemáticas psicosociales en el entorno comunitario y lograr el bienestar de sus miembros, desde la participación, crítica y constructiva en el proceso de transformación (López, 2011). El orientador comunitario cumple esencialmente un papel de facilitador. Pero, cuando no tiene conciencia de su rol, no cuestiona constantemente sus acciones y actuaciones, puede, lejos de facilitar los procesos, no favorecerlos, o incluso obstaculizarlos (López, 2011).

Un ejemplo de ello pudiera verse a través de las distintas intervenciones de educación y promoción en salud, cuyo diseño equívoco puede apuntar hacia su no consecución. Al respecto Calviño esclarece: "La Educación y Promoción de Salud es una interacción, es el establecimiento de un contacto, que tiene su realización real, el sentido mismo de su existencia, en el sujeto que modifica, elabora y asume un estilo de vida más sano. Nosotros los llamados promotores nos encargamos de facilitar esta modificación, este cambio. Pero no somos nosotros los que cambiamos son las personas que participan con nosotros en calidad de sujetos del cambio. Por eso prefiero decir "promoviendo", así como Pablo Freyre hablaba de "educandos". No se trata de espectadores u objetos de la acción de otros en un proceso. Los

promoviendo son parte del proceso mismo, ellos son los que están (o no) promoviendo un modo de vida más saludable” (Calviño, 2004:15).

La orientación comunitaria se produce a través de un proceso de relación, es una forma de interacción, de vínculo, de contacto humano; que tiene implicaciones (emocionales, intelectuales, actitudinales, éticas), interés mutuo en un objetivo o tarea común, compromisos, acuerdos y también límites (López, 2011). Esto implica que el personal de salud debe capacitarse en este tipo de técnicas, debe formarse profesionalmente, pues la orientación comunitaria es una relación profesional que requiere capacitación. Ello supone, además, desarrollar un estilo de comunicación basado en el “encuadre creativo”, que implica el respeto al otro como sujeto activo en el proceso de comunicación y, por tanto, el respeto de sus decisiones, elecciones y necesidades (Calviño, 2004).

Desde la Orientación Psicosocial Comunitaria, como modelo básico de acción psicosocial profesional, se abordó el ámbito grupal como espacio real en el que se operacionalizaron las acciones a seguir. El trabajo grupal en nuestra experiencia (Zas, et al, 2014) ha tenido dos funciones básicas:

- El desarrollo y la organización de los diversos grupos que conforman la estructura de trabajo del Proyecto (correspondiente con la estrategia organizativa).
- La utilización del espacio grupal como favorecedor de los procesos de orientación y aprendizaje, necesarios para la formación de los participantes en la experiencia (correspondiente con la estrategia educativa).

Para ello integramos, tomando en consideración la propuesta de Calviño (2008), modelos de organización y coordinación de grupos que abarcan básicamente el trabajo grupal con énfasis en la dinámica (distribución de poder, liderazgo, relaciones intragrupales e intergrupales, cohesión, toma de decisiones, entre otras), así como el uso de la dramatización (utilización de ejercicios de caldeamiento, y algunas técnicas psicodramáticas). Se han utilizado categorías básicas provenientes de la técnica de los grupos operativos (noción de vínculo, noción de tarea, resistencia al cambio, procesos de aprendizaje grupal, aprendizaje de roles) desarrollada por Pichon-Riviere (1985).

La integración de estos referentes implicó un proceso de aprendizaje, entrenamiento y desarrollo del equipo de investigación. Ello tuvo lugar, fundamentalmente, con relación a los modos de asumir los roles de la coordinación grupal (coordinadores, co-coordinadores, observadores), la delimitación de las funciones de coordinación y facilitación.

Este complejo proceso de desarrollo del propio grupo de investigación estuvo acompañado de procesos de supervisión psicológica⁵, como parte de la estrategia de supervisión.

Los equipos de salud que participan en programas de transformación, necesitan entrenarse también en técnicas de trabajo grupal, que les permita optimizar los resultados en estos espacios, realizando intervenciones que resulten de impacto y mayor salud para todos los participantes.

Los enfoques comunitarios y grupales tienen sus límites y reconocerlos permite trabajar los retos futuros. Si a nivel sociopolítico hablamos de sociedad sin clase, entonces en el campo comunitario se trata de un pensar ajeno al autoritarismo, a la omnipotencia del profesional o de cualquiera de los miembros de la unidad indisoluble que ha de ser la comunidad” (Calviño, 2004:179).

El programa operativo preventivo en salud, que hemos ido mostrando, no es un programa cerrado, culminado, ni en su realización, ni en sus resultados, ni en el conjunto de reflexiones que hasta hoy sigue incitando a nuestro grupo de trabajo. Del proceso de multiplicación de la experiencia que nos encontramos realizando en estos momentos, hemos ido identificando e incorporando nuevos modos de hacer, que se van incorporando como resultado de los aportes de los diferentes participantes. En este sentido nos referimos a que permanece en revisión, lo cual es uno de los objetivos de la sistematización que continuamos elaborando en la actualidad.

Esta contribución intenta promover un diálogo con los lectores, pretendiendo con ello lo que Anderson nos refiere: “Nacemos, vivimos y somos educados bajo narrativas globales de conocimiento, verdades universales y discursos dominantes, abarcadores, monopólicos, en su mayor parte invisibles, y que damos por sentado[...] Las advertencias con respecto a la tentación y consecuencias potenciales de las narrativas globales nos incentivan a considerar a la gente y los hechos de su vida como desconocidos, excepcionales y extraordinarios, y a vincularnos con ellos de acuerdo a esto. De otro modo, continuamente navegamos según nuestros conocimientos previos; vemos lo que nos resulta familiar e inevitablemente encontramos lo que pensamos que sabemos y lo que estamos buscando; llenamos los vacíos y procedemos en base a todo lo anterior” (Anderson, 2012:3).

5 “La Supervisión Psicológica es ante todo un tipo de relación profesional colaborativa que se establece entre al menos dos profesionales, donde uno trae a la relación su trabajo realizado, para compartirlo en la búsqueda de otra visión constructiva” (Zas, 2013:75). Es la posibilidad de aprender, escuchar, dialogar, analizar, de manera que nos permita saber hacer, desde el respeto a las diferencias, la diversidad de criterios, el compromiso y al empeño profesional (Zas, 2014)]

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, Harlene 2012 “Relaciones de Colaboración y Conversaciones Dialógicas: Ideas para una Práctica Sensible a lo Relacional” en *Family Process (Estados Unidos)* Volumen 51, No.1.
- Calviño, Manuel 2002 *Orientación Psicológica: esquema referencial de alternativa múltiple* (La Habana: Editorial Científico Técnica).
- Calviño, Manuel 2004 “Creatividad y comunicación en la educación y promoción de salud” en Calviño, Manuel (Comp.), *Actos de comunicación desde el compromiso y la esperanza* (La Habana: Ediciones Logos).
- Calviño, Manuel 2008 *Trabajar en y con grupos: experiencias y reflexiones básicas* (La Habana: Editorial Félix Varela).
- Calviño, Manuel 2010 “La aproximación psicosocial en orientación comunitaria” en Asebey A. M. del Rosario, & Calviño, Manuel (comps.) *Psicología y acción comunitaria. Sinergias de cambio en América Latina* (La Habana: Editorial Caminos).
- Camargo, Xiomara 2009 “La orientación comunitaria y las herramientas comunicacionales para su abordaje: un enfoque social de la orientación” en *Revista Mexicana de Orientación Educativa*. (México) Separata N° 6. Enero-junio. En <pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1665-75272009000100006&script=sci_arttext> acceso 20 de enero 2015
- Chaufan, Claudia 2013 “Desentrañando el “milagro cubano”: una conversación con el Dr. Enrique Beldarrain Chaple” en *Medicina Social*, Vol. 8, N° 2, 73-84, mayo - junio. En <www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/758/1448> acceso 12 de noviembre de 2014.
- Diener, Ed 2000 “Subjective Well-Being. The Science of Happiness and a Proposal for a National Index” en *American Psychologist* (Estados Unidos) N°55.
- Estrategia (s.f.) en *Wikipedia, la enciclopedia libre*. En <www.es.wikipedia.org/wiki/Estrategia> acceso 6 de noviembre de 2013.
- Flores Maiqui 2014 “¿Qué es un salubrista, sanitarista o higienista?” en: <www.Over-blog.com/> acceso 22 de abril de 2015.
- Franco, Manuel; Kennelly, Joan; Cooper Richard; Ordúñez, Pedro 2007 “La salud en Cuba y los objetivos de desarrollo del milenio” en *Revista Panamericana de Salud Pública* (Washington, OPS). Volumen. 21 N° 4 en <www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n4/07.pdf> acceso 20 de abril de 2015.

- Gómez, Francisco 2005 “El enfoque comunitario: algunas proposiciones para la formulación de un marco teórico” en Hernández, Carmen Nora (Comp.) *Trabajo Comunitario: selección de lecturas* (La Habana: Editorial Caminos).
- González, Julio. R. & Lessire, Omaira. Y. 2009 “Contextualización y competencias en la orientación psicológica en *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* (México). Vol.12 N°. 1, marzo en < www.iztacala.unam.mx/carrera/psicología/psiclin/> acceso 18 de febrero de 2014.
- Granda, Edmundo 2004 “¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?” en *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol. 30, N° 2 en <scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009> acceso 12 de noviembre de 2014.
- Granda, Edmundo 2009 *La salud y la vida* (Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador Consejo Nacional de Salud del Ecuador Consejo Nacional de Educación Superior Universidad de Cuenca Universidad Nacional de Loja Asociación Latinoamericana de Medicina Social Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud). Volumen. 2
- Hernández, Alba 2011 “Transformación social desde el CIPS. Una valoración” en Cruz, Yuliet; García, Celia; & Fernández, Juliette (Comp.) *Cuadernos del CIPS/2010. Experiencias de investigación social en Cuba* (La Habana: Publicaciones Acuario).
- López, Vivian 2011 “Algunas consideraciones acerca de la orientación comunitaria” [CD-ROM] en *Caudales 2011* (4ta ed.) (La Habana: Publicaciones Acuario).
- Montero, Maritza 2010 “Unión de actores sociales, participación comunitaria y ética, en la ejecución de políticas públicas” en Hincapié A.M. (Comp.) *Sujetos políticos y acción comunitaria: claves para una praxis de la psicología social y de la clínica social-comunitaria en América Latina* (Colombia: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana).
- Nunes, Everardo 2014 “Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión” en *Revista Salud Colectiva* (Buenos Aires) Volumen 10, N° 1 enero/abril.
- Pichon-Riviere, Enrique 1985 *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología socia.* (Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión).
- Rogers Carl 1961 *On Becoming a Person: a therapist's view psychotherapy* (Boston: Houghton Mifflin).
- Salud Colectiva (s.f.) en < www.saludcolectiva-unr.com.ar/presentacion.html> acceso 12 de noviembre de 2014.

- Silva Paim, Jairnilson, Almeida Filho, Naomar 2000 *Crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva* (Brasil, Salvador de Bahía: ISC-UFBA editores).
- Sotolongo Pedro Luis 2012 *Tres tratamientos de la figura epistemológica clásica de la relación sujeto-objeto*. En <www.nodo50.org/cubasigloXXI/pensamiento/sotolongo5_300903.pdf> acceso 10 de mayo de 2015.
- Testa, Mario 1993 *Pensar en Salud* (Buenos Aires: Lugar Editorial).
- Testa, Mario 1995 *Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación (El caso de Salud)* (Buenos Aires: Lugar Editorial).
- Zas, Bárbara 2013 La supervisión psicológica: gestionando la calidad de las relaciones profesionales de ayuda psicológica en *Revista Integración Académica en Psicología*, Volúmen 1. N° 1 en <integracion-academica.org/8-volumen-1-numero-1-2013/3-integracion-academica-en-psicologia-volumen-1-numero-1-2013> acceso 27 de enero de 2014
- Zas, Bárbara 2014 “Formación en supervisión psicológica: peculiaridades de su desarrollo en la preparación del profesional de la psicología en Cuba” en *Revista Integración Académica en Psicología*, Volumen 2. Número 6 en <integracion-academica.org/8-volumen-1-numero-3-2014/3-integracion-academica-en-psicologia-volumen-2-numero-6-2014> acceso 20 de enero de 2015
- Zas, Bárbara 2015 “¿A qué vienen los psicólogos a mi barrio?” en Calviño, Manuel (comp) *Hacer y pensar la Psicología. Curso “Universidad para todos”. Parte 6*. (La Habana: Editorial Academia) .
- Zas, Bárbara, López, Vivian y García, Celia 2008 “Programa de transformación psicosocial centrado en la práctica de deportes colectivos con niños y niñas”, Informe de Investigación, Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, La Habana.
- Zas, Bárbara, López, Vivian y García, Celia 2010a “El deporte colectivo en la construcción del bienestar comunitario. Una experiencia con niños y niñas en un barrio capitalino cubano” en Del Rosario, Ana María y Calviño, Manuel (comps.) *Psicología y acción comunitaria. Sinergias de cambio en América Latina* (pp. 223-251) (La Habana: Editorial Caminos).
- Zas, Bárbara, López, Vivian y García, Celia 2010b “Prácticas de transformación psicosocial en el contexto comunitario: una experiencia en un barrio capitalino cubano” en Castilla, Claudia, Rodríguez, Carmen Lily y Cruz, Yuliet (comps.) *Cuadernos del*

CIPS 2009. Experiencias de investigación social en Cuba (pp. 128-148) (La Habana: Publicaciones Acuario).

Zas, Bárbara, López, Vivian, Ortega, Zulema y García, Celia 2014. *Manual para multiplicadores del Programa de Transformación Psicosocial Centrado en la Práctica Deportiva Grupal* (La Habana: Editorial Caminos).

Leticia Artiles Visbal*

DISCRIMINACIÓN POR GÉNERO, SEXUALIDAD Y ETNIA: EXPRESIÓN DE “VIOLENCIA FEMINICIDA”

MORTALIDAD MATERNA Y EMBARAZO ADOLESCENTE EN GUATEMALA

INTRODUCCIÓN

La situación de la mortalidad materna, el embarazo adolescente y en particular en niñas menores de 14 años en condiciones de desigualdad social por territorio, clase social y/o pertenencia étnica, condicionan a las mujeres a una vida de violencia, sometidas a una organización social patriarcal que devalúa su condición y posición en el marco público y privado. Develar la mortalidad materna y en particular el embarazo en las niñas y adolescentes como forma de violencia feminicida, se constituye en ejercicio de denuncia. El presente trabajo analiza el caso de Guatemala, como iceberg de los países que constituyen el triángulo norte de Centroamérica.

Los sistemas de salud de los países multiculturales de América Latina están caracterizados por una cobertura en cantidad y calidad, con dirección citadina en detrimento de la ruralidad a manera de fatalismo geográfico estructural, centrada en la asistencia sanitaria y mercantilizada; con escasa inversión de fondos públicos, un modelo médico

* Profesora Titular de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Past Coordinadora Adjunta de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Past Coordinadora de la Red Latinoamericana de Género y Salud Colectiva de ALAMES. Miembro del Board de la Asociación Internacional de Políticas de Salud (IAHP).

hegemónico de atención, vigilancia epidemiológica acrítica, formal y no incluyente de la determinación social por clase, territorio, etnia, sexualidades no hegemónicas, capacidades diferentes, generación o curso vital; además, desconocimiento de los sistemas de salud de los pueblos originarios, e insuficiente cobertura de la atención de salud.

En este contexto la situación de la salud de las mujeres se agrava cuando por condiciones de género son excluidas del acceso y control sobre los recursos como forma de violencia en el ejercicio de la organización social patriarcal prevalente. La mortalidad materna, el embarazo adolescente constituyen una pequeña parte de la expresión de una tríada violenta: 1) violencia directa: morbilidad y muerte por causas prevenibles, evitables e injustas; 2) violencia estructural, manifiesta en la organización de los modelos médicos de los sistemas oficiales, en los marcos legales de derecho, pero no de hecho, e impunidad asociada a los mismos; 3) violencia cultural, que legitima las precedentes prácticas, creencias y actitudes que justifican hechos desde una construcción simbólica, que fundamenta y justifica la violación de los derechos humanos.

El presente ensayo está dirigido a colocar en la agenda pública y en particular en el ámbito de la medicina social y de la salud colectiva que, la mortalidad materna, el embarazo adolescente y en particular en niñas menores de 14 años, son formas específicas de “violencia feminicida”.

EL TRIÁNGULO DE LA VIOLENCIA

El *triángulo de la violencia* es un concepto introducido por Johan Galtung para representar la dinámica de la generación de la violencia en conflictos sociales. Según Galtung (2003), la violencia es como un iceberg de modo que la violencia visible es solo una pequeña parte del conflicto. Solucionarlo supone actuar en todos los tipos de violencia, que serían tres:

La *violencia directa*, es visible, se concreta con comportamientos y responde a actos de violencia; La *violencia estructural* (la peor de las tres), se centra en el conjunto de estructuras que no permiten la satisfacción de las necesidades y se concreta, precisamente, en la negación de las necesidades; La *violencia cultural*, crea un marco legitimador de la violencia y se concreta en actitudes.

A menudo, las causas de la violencia directa están relacionadas con situaciones de violencia estructural o justificadas por la violencia cultural: muchas situaciones son consecuencia de un abuso de poder que recae sobre un grupo oprimido, o de una situación de desigualdad social (económica, sanitaria, racial, o cualquier otro tipo de exclusión) y reciben el espaldarazo de discursos que justifican estas violencias.

De los tres tipos de violencia (directa, estructural y cultural) la directa es clara y visible, por lo que resulta relativamente sencillo detectarla y combatirla. En cambio, la violencia cultural y la violencia estructural, son menos visibles, pues en ellas intervienen más factores, y detectar su origen, prevención y remedio es más complicado.

VIOLENCIA Y SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES: EL DATO COMO EVIDENCIA

El comportamiento de la organización social y de la desigualdad social en Guatemala es una muestra de la situación y condición de los países que componen el Triangulo Norte de Centroamérica. La razón de mortalidad materna es una de las más altas de América Latina. La expresión de la desigualdad es manifiesta: dos mujeres mueren cada día por causas relacionadas con el embarazo, parto o posparto; de ellas el 71%, son mujeres indígenas, el 66% residente en el área rural y el 48 % carece o no tienen educación formal. El estudio realizado en el Perfil de Género de Guatemala se identificó que de las muertes maternas reportadas, el 44% tuvo como factor de riesgo la cuarta demora: falta de tratamiento adecuado e integral, estereotipos de género, y carencia del equipamiento necesario (OPS/OMS 2013:42). En las mujeres comprendidas entre los 15 y 24 años, el embarazo, parto y postparto constituye la tercera causa de muerte, y la primera causa para las mujeres comprendidas en las edades entre 25 y 39 años (OPS/OMS 2013:39).

Las complicaciones del parto constituyen la principal causa de muerte en las adolescentes entre 15 y 19 años. Los datos del Observatorio de Salud Reproductiva de Guatemala refieren que a más del 90% de las niñas y adolescentes se les practica una cesárea a la hora de dar a luz y, una de cada tres niñas tiene un bebé prematuro de menos de 5 libras, lo que se explica por el insuficiente desarrollo biológico de las menores que limita la oxigenación y los nutrientes necesarios durante la gestación. Para contrarrestar lo anterior, la Ley de Maternidad Saludable en el artículo 18-A, dispone suministrar programas nutricionales a niñas, adolescentes, y mujeres embarazadas y lactantes, para prevenir el deterioro de su salud, los nacimientos de niños y niñas con bajo peso, las malformaciones congénitas y el deterioro de la salud de las madres. No existen datos del cumplimiento de lo establecido en la Ley, ni existe un ejercicio de voluntad política real, no formal, que apoye el cumplimiento de esta disposición (OSAR, 2011).

Una de cada cuatro adolescentes embarazadas presenta desnutrición en el país, lo cual compromete su salud y la del futuro bebé. Ante tal desafío la Ley para la Maternidad Saludable, en su artículo 2, declara que la maternidad saludable es asunto de urgencia nacional y orienta a apoyar y promover acciones para reducir las tasas de mor-

talidad materna y neonatal, especialmente en las poblaciones vulneradas: adolescentes y jóvenes, población rural, población indígena y población migrante (CENADOJ,2010). La viabilidad de la Ley depende en gran medida de la voluntad política y prioridades de gobierno, y está limitada por la disponibilidad de recursos. La no cobertura de necesidades se ubica en el marco de la violencia estructural, por la cobertura formal del sistema de derecho manifiesto en la Ley, en la garantía de la seguridad alimentaria a la población y en la estructura y organización de los servicios de salud. El racismo como expresión de violencia estructural, también tributa a las estadísticas de muerte materna. El riesgo de que una mujer indígena muera por causas relacionadas con el embarazo se triplica con relación a las no indígenas, por la inaccesibilidad geográfica, económica, de cobertura de los servicios de salud, o porque no responden a las necesidades y especificidades de la multiculturalidad prevaleciente. El desconocimiento multicultural se evidencia en el desconocimiento de su idioma, el irrespeto al uso del traje tradicional, el no permitir el acompañamiento de la comadrona en las consultas ginecológicas, el desconocimiento de sus prácticas tradicionales en la atención al embarazo y al parto, a lo que se añaden actitudes de poder patriarcal, como expresión de la violencia basada en género que ejercen los hombres, esposos, padres u otros familiares masculinos que deciden por ellas el acceso o no a los servicios de salud, y donde también influye la carencia de tiempo para el autocuidado por sobrecarga de roles reproductivos.

EL CASO GUATEMALA

No es casual que Guatemala tenga la tercera tasa más alta de fecundidad adolescente de Centro América: 114 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad por año, después de Honduras (137) y de Nicaragua (119). La tasa de Guatemala excede la de El Salvador (104) Belice (95), Panamá (89), y Costa Rica (78). La tasa de fecundidad entre las adolescentes rurales es mucho más alta que en adolescentes urbanas: 133 por 1.000 contra 85 por 1.000 (Guttmacher Institute, 2006).

Se estima que la mayor parte de los embarazos que se presentan en este rango de edad corresponde a violaciones, abuso sexual, trata y/o explotación de personas, por lo que el problema es aún más grave debido a las consecuencias y secuelas que estos embarazos/violaciones provocan. Entre ellas se pueden mencionar la reducción de las posibilidades de tener un mejor desarrollo en el futuro, el impacto psicológico, físico y social negativo en las vidas de las niñas y las adolescentes, y el estigma social entre otros (Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural 2014: 159).

El embarazo en niñas menores de 14 años es aún más grave. En el año 2011 se reportaron 48 mil 51 partos en niñas y adolescentes entre 10 y 19 años, entre los cuales se reportan 3 mil 96 en niñas entre 10 y 14 años, y 21 en pequeñas de 10 años. Para el año 2014, el Observatorio de Salud Reproductiva registró alrededor de 80 mil embarazos en niñas y adolescentes, una diferencia de 29 mil, comparado con el año 2013, cuando se registraron 51 mil casos (OSAR, 2014).

Los embarazos en menores de edad afectan el desarrollo de las poblaciones. En el país se necesita una atención urgente a una problemática que trunca proyectos de vida. La mayoría de estas niñas y sus hijos e hijas no logran salir del círculo de la pobreza en el que están inmersas, pierden el vínculo con el sistema educativo y son confinadas a los roles reproductivos limitando sus potencialidades de desarrollo. El embarazo adolescente constituye una epidemia que se identifica como un problema de salud que exige la responsabilidad estatal, multisectorial, interinstitucional y de la sociedad civil en conjunto (Cuadro 1).

Cuadro 1
Partos en niñas y adolescentes (10-19 años). Guatemala 2012

Edad de la madre	2009	2010	2011	2012*
10-19	41,529	45,048	49,231	41,947
10-14	1,601	1,634	3,046	2,887

Fuente: Sistema Gerencial en Salud—SIGSA 2012.MSPAS.Monitorio OSAR.

* Enero-octubre 2012

Los resultados evidencian que las niñas y adolescentes están sometidas a una triple violencia: la propia por ser del sexo femenino, que en una sociedad patriarcal las coloca en situación de riesgo permanente por la condición de género; la violencia cultural, marcada por las prácticas de reserva y de ocultamiento, y por utilizar a las niñas como cambio para solucionar situaciones económicas familiares; la violencia estructural, al no tener cabida en la sociedad, al ser excluidas del acceso a la educación y otros derechos, confinadas al espacio doméstico e incrementando a lo largo de la vida su extrema vulnerabilidad sustentada en ésta desigualdad excluyente.

A esta situación se une la escasa cobertura de salud, el modelo de atención y el reducido presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para la salud materna, los derechos sexuales y reproductivos, que se resumen en: a) limitada incorporación de la atención en los servicios de salud con pertinencia cultural de los pueblos maya, xinka y garífuna; b) insuficiente atención a las mujeres en su propio idioma o de la atención a la salud tomando en consideración

la cosmovisión de los pueblos indígenas (como la atención por comadronas, el parto vertical); c) desconocimiento de mujeres, familias y comunidades de los signos y señales que amenaza la vida del recién nacido y de ellas en el período de parto y post parto; d) inequidad de género que imposibilita a las mujeres de asistir a los servicios de salud porque lo decide su pareja o familiar cercano (padres, suegros, comadrona); e) dificultades de acceso a los servicios de salud por falta de vías de comunicación y medios de transporte; f) atención institucional deficiente e inoportuna (Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural 2014:159).

El estado de salud de hombres y mujeres no solo depende de las particularidades anatómicas y fisiológicas; las relaciones de género, la situación socio económica, el origen étnico, el acceso a una alimentación adecuada, la orientación sexual, el acceso a métodos de planificación, el equilibrio psicosocial, la disponibilidad de servicios de salud pertinentes, accesibles, asequibles y de calidad, son algunos de los factores que también determinan el goce de un nivel adecuado de salud” (OPS/OMS, 2013: 29).

La discriminación en sus diversas expresiones, ya sea por género, pertenencia cultural, situación socioeconómica y lugar de residencia (ruralidad), son expresiones de violencia institucionalizada que se dan en todos los ámbitos de la vida, afectando la calidad de vida y el desarrollo de las mujeres como expresión de violencia estructural. Diversos estudios evidencian que el carácter racista del país, hace que el funcionariado público, en este caso de salud, de una atención diferenciada, afectando negativamente a las mujeres mayas, rurales y pobres (CEDIM, 2013).

Otra expresión de la violencia estructural basada en género la constituye el déficit de cobertura escolar en los diferentes niveles de educación: nivel básico (57%) y diversificado (77.6%), con mayor afectación en las niñas y adolescentes cuyas tasas de matrícula descienden conforme asciende el nivel educativo (OPS/OMS, 2013: 31).

En el 2012, el 25 por ciento de nacimientos fueron en madres jóvenes. El estado de situación muestra una sistemática violación del ejercicio de derechos. La Convención de los Derechos del Niño, establece que

[...] los Estados deben adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño o la niña contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo (ONU, 1989).

La base jurídica del Estado de Guatemala, sustenta la toma de acciones de conjunto basada en el marco legal del país que califica el embarazo y el parto en menores de catorce años y nueve meses, como la evidencia de un delito y refiere que “siempre se comete este delito, cuando la víctima sea una persona menor de catorce años de edad, aun cuando no medie violencia física o psicológica”. En consecuencia, los partos reportados en menores de 14 años, se consideran casos de violencia sexual, sancionable con una pena de 8 a 12 años de prisión” (Gobierno de Guatemala, 2009). Antes del 2012 no existía la relación entre embarazo en menores de 14 años y el delito, o la obligación de denuncia. Sin embargo, las denuncias, en casos de embarazos en menores de edad, son insuficientes. La causa de ello se puede atribuir por una parte, a prácticas sociales que encubren el incesto, abuso o violación por los familiares cercanos como abuelos, padres, hermanos, amigos de la familia, por considerarlo como un problema privado. Por otro lado, el incumplimiento de la Ruta de Denuncia que establece que los centros de salud y hospitales refieran los casos al Ministerio Público para su investigación, tampoco se hace (Cerigua, 2012). Estas prácticas sociales se pueden categorizar como forma de confluencia de violencia cultural y estructural lo que hace más vulnerable todavía la condición de las mujeres.

La mayoría de los adultos han sido educados para no entrar en detalle sobre su sexualidad, porque de eso no se habla, y es silenciado y considerado la vida privada. Los contenidos de la educación sexual en las escuelas de los diferentes niveles de educación están limitados por preceptos culturales, simbólicos, religiosos, a través de los cuales se busca controlar la sexualidad de las y los jóvenes, especialmente de las mujeres, conduciéndolos hacia embarazos no deseados, la maternidad y paternidad a temprana edad, las infecciones de transmisión sexual y el VIH (Cerigua: 2012).

Guatemala firmó la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”, en el marco de la Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe, que en su preámbulo dice que

La evidencia científica muestra que la educación sexual integral que incluye información sobre diferentes métodos de prevención y fomenta el autocuidado y promueve entre aquellos que aún no han iniciado la actividad sexual la autonomía individual y por tanto la capacidad de los jóvenes para decidir cuándo iniciar la actividad sexual (UNESCO, 2008).

Paradójicamente, existe una oposición manifiesta a la impartición de temas de educación sexual a nivel del aula, considerando que es una

forma de estimular a los jóvenes a tener relaciones sexuales. A su vez, se limita el acceso al uso preventivo de métodos de planificación familiar, aun cuando la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar, plantea estrategias especiales que aseguren la provisión de servicios integrales y diferenciados para los y las adolescentes (CENADOJ, 2005). De esta manera confluye la violencia estructural legitimada por la violencia simbólica, fundamentalmente por la influencia religiosa de la que han sido objeto las madres y padres de familia, el personal docente y de salud, que impide cumplir con las normativas que protegen los derechos de los adolescentes. Se trata de una de las mayores limitantes al acceso de la población adolescente a una educación sexual que promueva y garantice el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, y a ejercer una sexualidad plena, informada y responsable.

La Política Nacional de Juventud 2012-2020 define con claridad la importancia de la atención diferenciada para la niñez, adolescencia y juventud sobre sexualidad y educación sexual, dirigida a normar el acceso universal de jóvenes y adolescentes a la atención integral y diferenciada en salud sexual y reproductiva, en el marco de los derechos humanos, equidad de género y pertinencia cultural, en los diferentes niveles de atención. Esta política hace alusión a la prevención de embarazos en la adolescencia y de infecciones de transmisión sexual, así como al abordaje integral de la promoción de la salud y la prevención del embarazo en la niñez, adolescencia y juventud. Pese a estos instrumentos, la sociedad guatemalteca en su conjunto, tiene saldos pendientes con la niñez, adolescencia y juventud, especialmente, en lo relacionado a brindarles educación integral en sexualidad, como estrategia para disminuir los embarazos en niñas y adolescentes, que como hemos referido constituye una forma de violencia directa y estructural manifiesta. Es decir, si bien la política está formulada, su implementación integral es todavía una tarea pendiente.

En un sondeo sobre embarazo, matrimonio y unión en niñas, niños y adolescentes indígenas realizado por la Organización Poj Noj en el 2014, se consideraba que no existen muchos mecanismos que fomenten el ejercicio de una sexualidad responsable de las y los jóvenes; que es insuficiente la cobertura al respecto, y que existen pocos o nulos espacios donde la niñez, adolescencia y juventud puede satisfacer sus necesidades propias, especialmente las relacionadas con los temas de la sexualidad y en particular con este ámbito de la salud.

EL TERCER ÁNGULO DEL TRIANGULO

La violencia cultural, se constituye en el marco legitimador de la violencia directa, y se concreta en actitudes, creencias y prácticas asumidas

y aceptadas que normalizan los significados individuales y sociales de las formas de la violencia, directa y estructural, y consecuentemente inhibe y reprime la respuesta de quienes la sufren, a la vez que ofrece justificaciones para que los seres humanos, a diferencia del resto de especies, se destruyan mutuamente y sean recompensados incluso por hacerlo (Galtung, 2003).

La violencia cultural, dentro de otras manifestaciones, se expresa en el control del cuerpo de las mujeres por parte de los hombres, quienes prohíben a sus parejas el uso de métodos de planificación familiar, asistir a consultas médicas para realizarse el Papanicolaou con la justificación de que no se muestren ante otros hombres, les limitan el acceso a decidir, que es otra forma de violación del ejercicio de sus derechos, al amparo de una organización social patriarcal. Una encuesta mostró que el 57% de las mujeres entrevistadas necesita permiso de su pareja para realizarse el Papanicolaou, de las cuales el 68 % son mujeres indígenas, y de ellas, 70 % no tienen educación formal. También el 72% de ellas se ubica en el nivel económico más bajo (SEPREM 2011).

Estas concepciones ideológico-culturales centran la virilidad masculina en el número de hijos e hijas que procrean. Las mujeres son atrapadas en esa concepción androcéntrica, que se revierte luego en el deterioro de su salud, disminución de la autoestima y de la realización personal (OPS/OMS, 2013: 55). Este control o apropiación que hacen los hombres del cuerpo de las mujeres, las obliga a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad. En el mismo estudio, un 25% de las mujeres entrevistadas declaró que es obligación tener relaciones sexuales con el esposo, aunque ella no quiera; el 34%, de estas mujeres carece de educación formal y el 44 % pertenece al quintil económico más bajo (SEPREM, 2011).

La legitimización de la violencia directa observada en las altas tasas de embarazo adolescente, y fundamentalmente en niñas menores de 14 años, están amparados en formas de actuación justificadas por comportamientos tradicionales, con mayor prevalencia en la zona rural. Existen testimonios que refieren que las violaciones sexuales son frecuentes y provienen de familiares cercanos; existen más casos de violaciones cometidas por familiares que por personas extrañas. A manera de ejemplo se sabe del caso de una niña con su bebé desnutrido, quien se hizo acompañar de su madre al servicio de salud. La madre, al llegar al servicio de salud manifestó: “es que tuvo hijo con mi marido” (CEDIM, 2013).

Estas creencias, actitudes y prácticas son conocidas y referidas por el personal de salud. Los profesionales describen estos escenarios como complejos, y frecuentemente no dan cumplimiento a lo establecido, de reportar los casos recibidos en los servicios de salud, porque

la familia amenaza para que no se denuncien. La justificación de la población pasa por diferentes expresiones: para que las familias no pasen vergüenzas; para evitar que el agresor sea privado de libertad; por la preocupación de no tener el garante para la provisión de la familia; el agresor se compromete a cuidar del hijo, y muchas veces a la niña o adolescente se le traslada a otro lugar. Todas estas condicionantes rompen la Ruta de Denuncia, con el consecuente solapamiento de la situación de violencia que viven las mujeres, y en particular de la adolescente, sin considerar los daños físicos, psicológicos y sociales asociados, que para la comunidad son irrelevantes por su propia condición de sexo femenino subalterno, subvalorado.

Por lo tanto, los valores simbólicos, ortodoxos, tradicionales de las poblaciones limitan el ejercicio de justicia en el marco de los derechos humanos. Estas consideraciones se manifiestan en algunas frases de los miembros de comunidades: "...fue un error haber dado a conocer que tener relaciones sexuales, embarazar o casarse con menores de 14 años era sancionable, lo que irrumpió en la paz de las comunidades, pues lo que antes era normal, ahora se ven obligados a denunciar o a esconder a las niñas para no ensañarse con el agresor..."; "...la campaña del delito de violación sexual en menores de 14 años no va acorde a la costumbre del pueblo maya..."; "... no es encarcelando a los agresores como resolvemos el problema, pues aunque sea un adulto, en otros casos el otro es un menor de edad y la justicia actúa igual..."; "...es necesario retomar el rumbo de la verdadera educación, que oriente a los jóvenes y que haga cambiar, costumbres que laceran los derechos de las niñas con su condición de género, etnia y clase...". Estas consideraciones son expresiones de la violencia cultural que legitima la violencia estructural y sienta las bases de la violencia directa.

Por otro lado, la pobreza y precariedad motiva a las adolescentes y jóvenes a salir de forma temprana de sus hogares con la esperanza de encontrar una vida mejor en el matrimonio o en la vida en pareja. Sin embargo, la realidad es otra. Estas situaciones, por decisión propia, u obligadas a hacerlo, las conduce a afrontar la maternidad con una serie de obstáculos y limitaciones para la prevención y cuidado de su salud. Otras veces son las mismas familias quienes ejercen presión para que sus hijas hagan vida en pareja, con alguien de un ingreso económico aceptable, para beneficiarse ellos también; o bien por pago de deudas a través de la entrega de la virginidad de las hijas.

Estudios realizados por el Observatorio de Salud Reproductiva muestran el estado de situación de la violencia estructural y cultural que subyace en estos casos, desde la percepción de las personas (OSAR, 2014). Describir la mortalidad materna y en particular el em-

barazo adolescente como violencia feminicida¹, puede significar la muerte biológica o social de las mujeres, y en particular de esas generaciones en ciernes a las que se les trunca la vida antes de empezar. No obstante, es necesario considerar estos hechos como “feminicidio”, en el sentido de entenderlo como forma de genocidio contra las mujeres, determinado por las condiciones históricas que generan prácticas sociales que permiten atentados violentos contra la integridad, la salud, las libertades y la vida de niñas y mujeres” (Lagarde, 2008:216).

Hoy día, los países que limitan el acceso al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos mediante la limitación al acceso a la educación sexual, al conocimiento de métodos de planificación familiar y a la píldora del día después; que establecen marcos legales de hecho pero no de derecho para la prevención, el ejercicio de prácticas médicas excluyentes, como la “objección de conciencia”, La prevalencia de prácticas culturales, religiosas, de cosmovisión ancestral, o cualquier otra, que limite el acceso a la salud de las mujeres, al derecho a decidir sobre su salud sexual y salud reproductiva, a una vida libre de violencia, y con más precisión aquello que por cualquier razón omite, silencie, y obligue a sostener un embarazo en niñas y adolescentes, con énfasis en las niñas menores de 14 años, deben ser condenados por “delitos de lesa humanidad”.

A MODO DE CIERRE

Resulta perentorio posicionar en la agenda pública la justicia social hacia las mujeres y en particular la de las niñas y adolescentes, así como eliminar las desigualdades por condición de género y de etnia. También, dar evidencias sustantivas y posicionar en la sociedad, la idea que ninguna práctica cultural, creencia, religión, cosmovisión justifica la violación de los derechos humanos. Para ello, se deben fortalecer los instrumentos públicos y las instituciones que acompañen el avance de las leyes en diversos campos. Entre ellos, la educación sexual en el sistema de educación, introduciendo la masculinidad en los enfoques y estudios de género, dirigido a fortalecer la corresponsabilidad masculina en materia de salud sexual y salud reproductiva y social. Exigir el cumplimiento de la legislación para la protección de las niñas y adolescentes, y el papel de la sociedad civil en la lucha política por la exigencia en el derecho a una vida libre de violencia para las mujeres.

1 La “muerte biológica” para este ensayo se expresa en los feminicidios, la “muerte social” en el trauma y exclusión que viven niñas y mujeres cotidianamente como efecto de estar sometidas a diferentes tipos de violencia, que según Lagarde se tipifican en: física, psicológica, económica, patrimonial, sexual y en sus diferentes modalidades de violencia de género: familiar, laboral, educativa, en la comunidad, institucional y feminicida (Lagarde 2008:235).

La academia debe sustentar evidencias sobre estos sensibles temas y ponerlos a disposición de los hacedores y ejecutores de políticas públicas; incluirlos en la formación de recursos humanos en salud, en derecho y en cualquier esfera del saber que contribuya a introducir otra mirada en problemas de salud que laceran el futuro de la humanidad *cobijado* a las semillas generacionales del hoy. Es un reto social, hacer visible que el triangulo de la violencia de la salud sexual y de la salud reproductiva es un arma letal e injusta.

BIBLIOGRAFÍA

- Galtung, Johan. 2003 *Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia* (Gernika: Bakeaz/Gernika Gogoratuz) en http://es.wikipedia.org/wiki/Tri%C3%A1ngulo_de_la_violencia. Acceso abril 15 del 2015
- CEDIM 2013 Centro de Diagnóstico Integral de la Mujer. Diagnóstico de Violencia contra las Mujeres.
- CENADOJ 2010 Centro Nacional de Análisis y Documentación Judicial. Ley para la Maternidad Saludable. Decreto No 32-2010. Guatemala.
- CENADOJ 2005 Centro Nacional de Análisis y Documentación Judicial. Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. Decreto No 87-2005. Guatemala.
- CERIGUA 2015 “Embarazos de adolescentes suman 25%” Declaraciones de Mirna Montenegro, Dirección OSAR, y Leonor Calderón, Representante UNFPA (2012). <<http://www.dca.gob.gt/index.php/template-features/item/8300-embarazos-de-adolescentes-suman-25.html>> . Acceso 10 de abril del 2015.
- Comisión Interamericana de Mujeres 2011 “Modelo de políticas y programas integrados de VIH y violencia contra las mujeres en Guatemala”.
- Gobierno de Guatemala 2009 Decreto N° 9-2009. Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas. Guatemala.
- Gobierno de Guatemala 2012 AG N° 173-2012. Política Nacional de Juventud 2012-2020. Construyendo una nación pluricultural, incluyente y equitativa. Guatemala.
- Gutmacher Institute 2006 “Progresando en la salud sexual y reproductiva en el mundo a través de la investigación, el análisis de políticas y la educación pública. Maternidad

- Temprana en Guatemala”. Serie 2006. N° 5. Disponible en <<http://www.gutmacher.org/pubs/2006/11/09/rib-Guatemala.pdf>> acceso 10 de abril del 2015.
- Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural 2014 “Plan Nacional de Desarrollo K’atun: nuestra Guatemala 2032” (Guatemala: Conadur/Segeplán).
- Lagarde, Marcela 2008 “Antropología, feminismo y política: violencia feminicida y derechos humanos de las mujeres” en Bullen, Margaret y Diez Mintegui, Carmen (coord.) *Retos Teóricos y Nuevas Prácticas* (Editorial Donostia, Ankulegi Antropología Elkarte. Serie XI, Congreso de Antropología).
- OPS/OMS 2013 *Perfil de género y Salud*. Guatemala.
- ONU 1989 “Convención sobre los Derechos del Niño”. Resolución de la Asamblea General 44/25 del 20 de noviembre de 1989 (Artículo 19).
- OSAR. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva 2014. Retos y Desafíos de la Salud Reproductiva en Guatemala. <http://osarguatemala.org/userfiles/Retos%20y%20desafios%20de%20la%20salud%20reproductiva%2012%20de%20agosto%202014.pdf>. Acceso 18 de mayo del 2015.
- SEPREM 2011 Secretaría Presidencial de la Mujer. Informe de violencia SEPREM.
- MESECVI 2011 *Guatemala, en Modelo de Políticas y Programas Integrados de VIH y violencia contra las mujeres en Guatemala*.
- UNESCO 2008 Declaración Ministerial Prevenir con Educación. Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe. México en <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/declaracion-prevenir-educacion-espanol.pdf>. Acceso 10 de mayo del 2015.

