

voces

en el Fénix



LOS SISTEMAS DE SALUD SE CORRESPONDEN CON UN MODELO DE SOCIEDAD. ASÍ, CUALQUIER PROCESO TENDIENTE A LA JUSTICIA SOCIAL DEBERÍA TENER SU CORRESPONDENCIA EN EL PLANO SANITARIO. PENSAR DESDE ESTA PERSPECTIVA PERMITE SUPERAR LAS DESIGUALDADES, SITUACIONES DE AISLAMIENTO Y VULNERACIÓN DE DERECHOS PARA ALCANZAR LA EQUIDAD Y AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS. ¿CUÁL ES EL ROL DEL ESTADO? ¿CUÁL ES EL ROL DE LA SOCIEDAD?

LA VERDAD INCÓMODA

sumario n°41 diciembre 2014

editorial

VIVIR ES EL DESAFÍO

Abraham Leonardo Gak

HORACIO BARRI Prefacio 6 **GIANNI TOGNONI** ¿Las muertes y enfermedades como expresión moderna del genocidio? 10 **HOWARD WAITZKIN** El componente histórico de la salud en el imperio 18 **JOSÉ CARLOS ESCUDERO** Condicionantes supranacionales de la salud colectiva argentina 26 **FLORENCIA CENDALI y GRACIELA COHEN** Reflexiones sobre salud colectiva y justicia social 34 **HÉCTOR SEIA** Salud mental es política 42 **OSVALDO SAIDÓN** Políticas de salud mental 48 **MIRYAM GORBAN** Hablemos de soberanía alimentaria 58 **FERNANDO BARRI** Soja, ambiente y salud: debates pendientes en relación al actual modelo de desarrollo para el campo argentino 70 **JAVIER MIGNONE y JOHN HAROLD GÓMEZ VARGAS** Anas Wayuu - el éxito de una organización indígena de salud colombiana en medio de un sistema en crisis 78 **ANALÍA SAMPAOLI y OSVALDO CANELO** El camino de la autonomía de las comunidades 86 **DANIEL GOLLAN** El camino hacia la transformación sanitaria 92 **GIGLIO S. PRADO y VERÓNICA GONZÁLEZ** La medicina social y los desafíos impostergables en nuestra América 98 **MARIO RÓVERE** La producción pública de medicamentos en la UNASUR 106 **HORACIO BARRI** ¿Salud legítima? 116 **MARIO TESTA** Ejes articuladores en el campo de la salud 124

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Decano

José Luis Giusti

Vicedecano

José Luis Franza

Secretario General

Walter Guillermo Berardo

Secretaria Académica

María Teresa Casparri

Secretario de Hacienda y Administración

César Humberto Albornoz

Secretario de Investigación y Doctorado

Eduardo Rubén Scarano

Secretario de Extensión Universitaria

Carlos Eduardo Jara

Secretario de Bienestar Estudiantil

Federico Saravia

Secretario de Graduados y Relaciones Institucionales

Catalino Nuñez

Secretario de Relaciones Académicas Internacionales

Humberto Luis Pérez Van Morlegan

Director Gral. de la Escuela de Estudios de Posgrado

Catalino Nuñez

Director Académico de la Escuela de Estudios de Posgrado

Ricardo José María Pahlen

Secretario de Innovación Tecnológica

Juan Daniel Piorun

Secretario de Transferencia de Gestión de Tecnologías

Omar Quiroga

CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Claustro de Profesores

TITULARES

José Luis Franza

Juan Carlos Valentín Briano

Walter Fabián Carnota

Gerardo Fernando Beltramo

Luis Alberto Beccaria

Héctor Chyrikins

Andrés Ernesto Di Pelino

Pablo Cristóbal Rota

SUPLENTES

Domingo Macrini

Heriberto Horacio Fernández

Juan Carlos Aldo Propatto

Javier Ignacio García Fronti

Roberto Emilio Pasqualino

Sandra Alicia Barrios

Claustro de Graduados

TITULARES

Luis Alberto Cowes

Rubén Arena

Fernando Franchi

Álvaro Javier Iriarte

SUPLENTES

Daniel Roberto González

Juan Carlos Jaite

Claustro de Alumnos

TITULARES

Mariela Coletta

Juan Gabriel Leone

María Laura Fernández

Schwanek

Florencia Hadida

SUPLENTES

Jonathan Barros

Belén Cutulle

César Agüero

Guido Lapajufker

Voces en el Fénix
es una publicación
del Plan Fénix

ISSN 1853-8819
Registro de
la propiedad
intelectual en
trámite.



Los artículos
firmados expresan
las opiniones
de los autores
y no reflejan
necesariamente
la opinión del
Plan Fénix ni de
la Universidad de
Buenos Aires.

staff

Alejandro Rofman
Federico Schuster

DIRECTOR

Abraham L. Gak

COORDINACIÓN TEMÁTICA

Horacio Barri

COMITE EDITORIAL

Eduardo Basualdo

Aldo Ferrer

Oscar Oszlak

Fernando Porta

SECRETARIO
DE REDACCIÓN
Martín Fernández
Nandín

PRODUCCIÓN

Paola Severino

Erica Sermukslis

Tomás Villar

CORRECCIÓN

Claudio M. Díaz

FOTOGRAFÍA

Sub [Cooperativa
de Fotógrafos]

DISEÑO EDITORIAL

Mariana Martínez

DESARROLLO Y DISEÑO DEL SITIO

Leandro M. Rossotti

Carlos Pissaco

Córdoba 2122, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Teléfono 4370-6135. www.vocesenelfenix.com / voces@vocesenelfenix.com

VIVIR ES EL DESAFÍO

Como hemos señalado en otras oportunidades, la insuficiencia en la provisión de bienes públicos es una falla estructural de la economía argentina.

Cuando uno habla de provisión de bienes públicos surge de inmediato la preocupación por la salud, porque cuando hablamos de salud estamos hablando de la vida, derecho humano por excelencia.

Hablar de salud implica asumir las variables que la afectan de manera directa, como el acceso a la educación, la vivienda, el hábitat y el ocio, y que marcan claramente las obligaciones que los gobiernos de turno no pueden desatender, más allá de las complejidades políticas, sociales y económicas que estos albergan en su seno.

La constante ampliación del conocimiento científico nos permite prolongar la vida humana, hecho indiscutiblemente beneficioso; no obstante ello, sigue siendo un desafío que los avances que este conocimiento produce sean accesibles para aquellos sectores más vulnerables de la sociedad.

Desde la mirada neoliberal, en la que los mercados prevalecen y el lucro es el centro de toda actividad, motor de su desarrollo y determinante de la forma de vivir, la salud es concebida como una mercancía más.

Confrontar con esa forma de pensar y de vivir significa concebir la salud como un derecho; y es una responsabilidad indelegable por parte del Estado garantizar su satisfacción. Pero también es indispensable que la sociedad se involucre activamente en la concreción de este objetivo que es la salud colectiva.

Si miramos la vida a través de este cristal, nos daremos cuenta de que las necesidades de los niños y los requerimientos de los adultos mayores, las condiciones de trabajo saludables, el acceso a los bienes materiales e inmateriales y la equidad en el goce de los frutos del trabajo colectivo requieren de la atención y el compromiso de todos/as para que redunden en beneficio compartido.

Esta mirada transforma la concepción egoísta de la resolución individual de los problemas en una tarea colectiva en la que la solidaridad no es una excepción notable, sino una forma natural de la convivencia humana.

Alcanzar elevados niveles de desarrollo en un país no es suficiente para lograr estos nobles objetivos. Las carencias y necesidades se extienden a través de nuestras fronteras, de modo que lo que sucede en países arrasados por epidemias y catástrofes evitables deja de ser una noticia para convertirse en un dolor y una vergüenza que alcanza a toda la humanidad.

Por todo lo dicho, las actuales búsquedas de acuerdos supranacionales, sobre todo en nuestra región, deben dejar de ser un discurso misericordioso y transformarse en un desafío que nos obligue a todos a aportar nuestro grano de arena en esta transformación.

Estamos, pues, abordando un mundo complejo con una mirada nueva, integradora del ser social; un mundo que debemos convertir en un sitio habitable no sólo para nosotros hoy, sino también para el futuro, es decir, para nuestras descendencias. En la consecución de ese objetivo, la salud comunitaria como construcción colectiva tiene un rol fundamental.

ABRAHAM LEONARDO GAK (DIRECTOR)



prefacio

por
HORACIO BARRI

Médico sanitarista. Presidente del Movimiento por un Sistema Integral de Salud (MOSIS). Ex secretario de Salud de la Municipalidad de Córdoba. Docente de la Universidad Nacional de Córdoba





Este número de Voces en el Fénix es, como los anteriores, un compromiso con la vida, que es, como dijo un hombre sabio, nada más ni nada menos, lo único que tenemos.

Todos los autores integran y expresan distintos lugares de la trinchera de este defender la continuidad de la misma para todos, hoy amenazada muy seriamente, y actúan, como corresponde para afianzarla, en una forma entrelazada de reflexión/acción, potenciándose mutuamente.

Y son amigos, aunque algunos ni se conocen personalmente, porque como decía Baruch Spinoza, no hay amistad más fuerte que la de los que comparten el amor por la verdad. Y estos autores lo afirman en el día a día y con los otros, practicando en esa búsqueda las pasiones alegres, que no es poco.

Y estas reflexiones en voz alta pretenden entender la complejidad de la trama en la que se apoyan las actitudes opuestas, las de la enfermedad como negocio, sustentada en las pasiones tristes. Basta para eso ver y comprender lo que pasa dentro de la olla, cuando todos los que reflexionan aquí levantan la tapa para ustedes.

Se persigue no sólo la comprensión sino también la generación de actitudes que logren cambiar la situación en momentos tan críticos como los actuales, donde la naturaleza comienza a mostrar grandes señales de alerta ante la agresión de los grupos de poder humanos, que ponen en peligro la vida del planeta, la madre tierra, el hogar común, y entonces comprometen a cada uno de nosotros y de nuestros descendientes.

Poco antes de morir, Floreal Ferrara me contó ese encuentro circunstancial, pero visto a la distancia muy significativo, con Ramón Carrillo, alrededor de 1950:

“Yo estaba de visita en casa de un amigo enfermo en La Plata, recién recibido de médico, tendría 24 o 25 años, y en el medio de esa visita tocan el timbre: era el ministro de Salud de la Nación que venía a visitar a su amigo enfermo. Mi amigo me presentó y ellos se pusieron a charlar animadamente; yo permanecía callado, como correspondía. En eso el ministro se da vuelta y me dice:

–¿Usted qué opina: la salud es una cuestión fundamentalmente del Estado o de la comunidad?

Yo me quedé desconcertado, porque sentí como que el ministro me tomaba examen, y permanecí callado, entonces me reitera con una sonrisa:

–Usted es un médico recién recibido y quiero conocer cómo piensan los jóvenes al respecto.

Le contesté la verdad sobre mis sentimientos y le dije:

–A mí me parece que a los dos.

Él me contestó:

–Yo pienso igual, y me parece que le he dado casi toda mi tarea sólo a incrementar el rol del Estado y en eso me equivoqué”.

Yo en ese momento estaba más preocupado por tratar de medir la magnitud de su padecimiento, no me podía convencer de que estuviera grave alguien de esa vitalidad constante, ese ímpetu arrollador, esa pasión desbordante que eran sus características permanentes, y no me puse a profundizar el análisis de ese intercambio. Lo haría después y tiene que ver con el artículo que escribí en estas páginas. Pero sí quiero usarlo ahora para comentar cómo se expresa, en este armado de autores y temas, lo que a la larga me significó ese simple diálogo.

Lo que entendí con el tiempo es que se referían ambos a los dos aspectos contradictorios, pero no necesariamente antagónicos, en que se desenvuelven los ámbitos de la gestión y de la política, donde se desarrollan lo legal y lo legítimo, que desarrollo en “Salud legítima”.

Y puesto a coordinar este número con esas perspectivas, paso a la presentación de los autores que conforman esta publicación.

Gianni Tognoni nos interpela con la definición tan fuerte de considerar a “las muertes y enfermedades como expresión moderna de genocidio” y preguntarnos: “Las muertes/enfermedades que tocan a la mayoría del mundo son amplia y fácilmente evitables... Si año tras año esta no-evitabilidad se vuelve realidad una y otra vez, es lícito/obligatorio preguntarse sobre responsabilidades”.

Howard Waitzkin está trabajando –como decía José Martí– desde el monstruo y mostrando sus entrañas, tarea que culmina en “La salud al final del imperio”, libro presentado en el reciente Congreso de ALAMES y del que nos envía el primer capítulo, a fin de ir generando un ida y vuelta entre compañeros de allí y de acá. Porque si bien las grietas en el imperio son cada vez más evidentes, los cambios –por su complejidad y segura violencia– son necesarios de prever conjuntamente.

José Carlos Escudero y Florencia Cendali/Graciela Cohen coinciden, desde ángulos diferentes, en describir el uno los condicionantes estructurales de la salud (desde los de la biosfera, pasando por los supranacionales, los históricos, los del sistema socioeconómico en que estamos insertos, hasta los nacionales) y las otras en cómo incidieron las políticas públicas del último decenio en la salud colectiva y la justicia social. Y coinciden también en la justeza, profundidad y pasión que ponen en sus empeños.

Producto de una “zapada” que hicieron en Córdoba hace pocos meses, Héctor Seia y Osvaldo Saidón, ante un público muy diverso, desde promotores de salud del norte rural y pobre de la provincia hasta profesionales de la salud que realizan juntos un seminario permanente de Epidemiología Comunitaria, surgió este “Salud mental es política. Políticas de salud mental”, donde la salud mental rompe con el ámbito específico de especialidad académica y se inserta en la vida cotidiana.

También producto de un panel en la Universidad Nacional de Córdoba, Miryam Gorban y Fernando Barri coinciden en sus miradas, desde observatorios científicos diferentes –la Nutrición y la Biología–, en que salud, ambiente y soberanía alimentaria son cuestiones inseparables. Ambos se relacionan con lo que decía Jean Ziegler hace años desde

Este número de Voces en el Fénix es, como los anteriores, un compromiso con la vida, que es, como dijo un hombre sabio, nada más ni nada menos, lo único que tenemos.

ONU: “La especulación sobre los alimentos básicos, aunque sea legal, es un crimen contra la humanidad, que los países democráticos deben impedir” (hace pocos días, encargado por Naciones Unidas de juzgar las propuestas de los fondos buitres, las calificó de genocidas...).

El trío siguiente demuestra que se pueden correr los límites de las gestiones para ponerlos al servicio de las comunidades, o sea, desde lo legal acercarse a lo legítimo. Ellos son Javier Mignone y John Harold Gómez Vargas, que analizan el uso contrahegemónico de aspectos o elementos hegemónicos, como es la gerenciadora de una etnia indígena de Colombia, la Anas Wayuu, a la que le bastó ser fiel a su pueblo, dando provisión de servicios de salud efectivos, eficientes y culturalmente aceptados, prevención de enfermedades y promoción de la salud a nivel comunitario, respetando las

culturas tradicionales.

Paco Canelo y Analía Sampaoli muestran desde su trabajo en el PAMI Regional Córdoba que similares resultados se logran en el interior rural y pobre del norte cordobés, y en la ciudad capital, con la estrategia de la Epidemiología Comunitaria, donde la participación popular en la toma de decisiones –no sólo en las acciones– posibilita que el protagonismo solidario sea lo esencial y donde los “nadies” aparecen con sus nombres y apellidos, don Polo Herrera, doña Clarita Aguirre, doña Cleta Segovia, don Tito de Deán Funes, Doña Palmira de B° Comercial y otros, recuperando la dignidad perdida, en este “camino de las comunidades”.

Daniel Gollan es la buena noticia del año en el Ministerio de Salud de la Nación, y desde que asumió lleva a lo ancho y largo del país una propuesta, compleja y extensa, de la que extrajimos y publicamos algunos aspectos fundamentales, con el objetivo no de instalarla como verdad sino de ser discutida, analizada, modificada, para así ser parte de un protagonismo solidario y transformador. El planteo es que si se comparte este crear juntos la propuesta, no interesa la “camiseta” que se tenga, sino ponerse a trabajar juntos.

Giglio Prado, médico y docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Matanza, nos acerca un sentido análisis sobre la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), con el derecho de haberse constituido en uno de los impulsores más fervientes de esta importante institución latinoamericana y nos aporta además la declaración final del XIII Congreso de ALAMES, realizado hace pocos días en El Salvador al cumplirse los 30 años de su fundación.

Casi para el cierre llega otro gran amigo, Mario Róvere, que suma la dimensión regional a esta propuesta, nos habla de soberanía y nos introduce en la disputa entre Estados y empresas farmacéuticas como parte central del acceso real al derecho a la salud de las grandes mayorías.

Finalmente, y para retomar las primeras reflexiones, intento acercarme a la discusión planteada recientemente en la Argentina en torno a la Justicia –legal o legítima– para extenderla al campo de la salud y pensar en sus alcances e implicancias.

Para el cierre dejamos como postre un espacio especial para El Troesma. Don Mario Testa lo presenta y sólo se puede decir que tiene todos los sabores del mundo, por lo que recomiendo saborearlo con tiempo y dedicación.



por **GIANNI TOGNONI**. *Doctor en Filosofía y médico.
Ex director del Instituto de Investigación en Farmacología
Mario Negri de Milán, Italia. Secretario general del Tribunal
Permanente de los Pueblos*



GRAN PARTE DE LO QUE PASA EN LA SANIDAD GLOBAL PUEDE SER CALIFICADO Y ENTENDIDO EN TÉRMINOS DE GENOCIDIO Y/O DE CRIMEN CONTRA LA HUMANIDAD. ES RESPONSABILIDAD DE MUCHOS ACTORES, PERO PRINCIPALMENTE DE LOS GOBIERNOS, GENERAR LAS CONDICIONES PARA GARANTIZAR EL PLENO ACCESO A LOS DERECHOS FUNDAMENTALES EN LA SOCIEDAD. EN LAS PRÓXIMAS LÍNEAS, UNA PROFUNDA REFLEXIÓN AL RESPECTO.

¿LAS MUERTES Y ENFERMEDADES COMO EXPRESIÓN MODERNA DEL GENOCIDIO?

Para una definición del signo de interrogación del título

La palabra clave desde donde comenzar es “evitable”, que permite definir muy sintéticamente el problema. La salud, vivir, enfermarse, morir, no son hoy prevalentemente expresiones de un destino evolutivo “natural”: son productos medibles, previsibles, programables, de procesos de decisión de la sociedad. El “derecho humano” al disfrute de la salud se volvió cada vez más una variable dependiente de la manera en que la sanidad (la tecnología y la política que es competente en la gestión/implementación de lo que puede garantizar el derecho a la salud) es interpretada, decidida, administrada por la sociedad. Como cualquier otro ámbito de la economía, de la política, del mercado. Los hechos dicen, sin sombra de duda, que la gran mayoría de los problemas de salud-sanidad no tienen que ver con la falta de conocimiento, sino con problemas de acceso a soluciones absolutamente disponibles. Las muertes-enfermedades que tocan a la mayoría del mundo en definitiva son amplia y fácilmente “evitables”. Si año tras año esta evitabilidad no se vuelve realidad, es lícito, o es obligatorio, preguntarse ¿de quién es la responsabilidad? y ¿hay calificaciones apropiadas para esta responsabilidad que toca uno de los “derechos humanos”?

Marco de referencia general

La reflexión propuesta en esta nota apunta entonces a verificar:

- a) ¿Cuánto de lo que pasa en la sanidad global puede ser calificado y entendido en términos de genocidio y/o de crimen contra la humanidad?
 - b) ¿Qué sentido e implicancias puede tener este ejercicio de verificar, tanto en la relación entre contenidos y prácticas sanitarias, como en principios y aplicaciones de una cultura y de una práctica de los derechos fundamentales en la sociedad?
- El marco doctrinal de referencia para la reflexión lo encontramos en la reactivación generalizada de interés que se ha producido alrededor de la calificación de genocidio en los últimos veinte años. Hubo una aceleración dramática en coincidencia con lo que sucedió en las situaciones de guerras no-convencionales, a menudo connotadas en términos de conflictos étnicos, en particular en Ruanda y en las naciones derivadas de la ex Yugoslavia. Luego se encontraron campos de aplicación en muchas otras situaciones, que han encontrado como protagonistas-víctimas grupos humanos no directamente involucrados en conflictos armados oficiales: desde los desaparecidos de Guatemala hasta a los indios de Amazonia, desde las desapariciones de Argentina hasta a las masas de poblaciones obligadas por las condiciones económicas y políticas a migraciones que les han cambiado radicalmente las condiciones de agregación social, de identidad, y a menudo la posibilidad misma de vivir. Para una profundización formal de los aspectos jurídicos de los cambios doctrinales y cómo aplicar las categorías de genocidio tal como fue formulada en la Convención para la Prevención y

Los hechos dicen, sin sombra de duda, que la gran mayoría de los problemas de salud-sanidad no tienen que ver con la falta de conocimiento, sino con problemas de acceso a soluciones absolutamente disponibles. Las muertes-enfermedades que tocan a la mayoría del mundo en definitiva son amplia y fácilmente “evitables”.

la Represión del Delito de Genocidio, del 9 de diciembre de 1948, se puede hacer referencia a tres líneas de documentación y de reflexión:

a) Las actas del Coloquio sobre redefinición de genocidio organizado por la Fundación Lelio Basso en Nápoles, en 1993, que terminaron con un Proyecto de protocolos adicionales a la Convención de 1948.

b) La labor del grupo de trabajo internacional sobre el genocidio, lo que dio lugar a los materiales publicados específicamente al cierre del Coloquio de Buenos Aires de 2007, con las contribuciones que han tocado la calificación por un lado de los delitos cometidos durante la dictadura militar argentina (1976-1983), por el otro de la imputabilidad de las reales “masacres” causadas en grupos humanos marginales por la crisis socioeconómica que siguió a los gobiernos Menem-De la Rúa.

c) Las sentencias del Tribunal Permanente de los Pueblos, específicamente sobre Guatemala, Amazonia, Timor Este, el Genocidio Armenio; la formación de las categorías de derecho internacional después de la Conquista de las Américas, las Sesiones sobre el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, sobre la ex Yugoslavia, sobre los derechos violados de los niños, sobre Colombia.

Sin poder evidentemente profundizar todos los aspectos de esta evolución doctrinal, es útil y pertinente retomar algunos temas principales y sobre los cuales se ha formado un consenso, que es estrechamente coherente con una interpretación (rigurosa, pero atenta a las evoluciones de la historia de los pueblos) de los criterios fundantes de la Convención de 1948.

1. Cualquier atentado a la identidad, a la sobrevivencia, a la libre expresión, al derecho por un futuro de un grupo humano, también cuando no se llega a su destrucción más o menos completa, puede caer en la categoría de genocidio, aun si no está motivada por las clásicas razones “étnicas, raciales o religiosas”.

2. La intención de este ataque no tiene que estar necesariamente declarada de manera explícita y formal. La represión-intención genocida aprendió lenguajes dobles: es muy raro que la intención sea expresada con una claridad tan cegadora y ciega como aquella reconocible en el Holocausto. La existencia misma de la Convención de 1948 impuso modalidades implícitas en la planificación y realización de la eliminación de grupos humanos, y/o la transmisión de las identidades y de las formas de vida.

3. Cada vez es más evidente que la responsabilidad-imputabilidad no se puede atribuir a personas físicas individuales, a las cuales aplicar sanciones penales. Procesos colectivos y anónimos que producen los mismos resultados tienen que ser reconocidos como causas directas de un crimen. Y es menos importante la persecución penal concreta (a menudo formalmente imposible y/o no practicable con los actuales instrumentos jurídicos y los equilibrios/desequilibrios de poder a nivel nacional e internacional) que el reconocimiento explícito de que “la destrucción de grupos humanos tiene una significación propia e independiente, y empobrece doblemente la humanidad: por el lado de los autores del crimen es expresión de un delirio del cual la humanidad no puede no tener vergüenza; por el lado de las víctimas hace desaparecer una riqueza cultural y moral que era parte del patrimonio universal”.



Sanidad-genocidio: ¿por qué, y con qué fin?

Los principales elementos que justifican la legitimidad de la hipótesis y de las preguntas sobre las cuales se abrió esta reflexión se pueden encontrar en el conjunto de tres contribuciones que han sido propuestas sobre sanidad-salud como indicadores privilegiados de los mecanismos y la extensión de la actual violación de los derechos (“Salud-sanidad: como indicador privilegiado”); sobre la relación entre salud y economía (“Relaciones entre Salud/Derecho/Economía”), y sobre el rol de los fármacos como modelo de la ambivalencia de las tecnologías sanitarias (“Los fármacos y el mercado”). El recuadro que adjuntamos propone por otro lado un marco sintético de datos que documentan cuanti-cualitativamente (con informaciones tomadas de una vasta literatura epidemiológica más reciente, disponible en informes oficiales de las agencias internacionales y en las más importantes publicaciones científicas) de cómo y cuánto las poblaciones y grupos humanos son privados de su derecho a la vida y al futuro. Más allá de los comentarios a los datos –que califican las características de esta destrucción sistemática, prevista, no-evitada, provocada– es posible reconocer en ellos la simetría dramática de cuanto se ha propuesto en la primera parte de esta reflexión.

1. Existen causas directas y bien reconocidas de los excesos de mortalidad y de condiciones humanas degradantes que, año tras año, se prevén y se confirman sobre cifras que son del orden de millones: equivalentes anuales de los genocidios históricamente documentados y citados como ejemplares también por su calificación jurídica.
2. El riesgo –y la concreta realización– de estas destrucciones son absolutamente conocidos por la comunidad internacional (como también por las autoridades nacionales de los países y de las regiones involucradas). El “hallazgo” sin embargo no implica intervenciones proporcionales para evitarlo, o corregir la masacre y los sufrimientos asociados, humanamente degradantes, fácilmente atribuibles a verdaderas torturas prolongadas hasta la pérdida de la vida.
3. Las víctimas más frecuentes son niños y mujeres que conducen dramáticamente a una de las características más subrayadas del genocidio: el ataque y la cancelación del derecho al futuro y de transmitir el sentido del derecho a la vida a las siguientes generaciones.
4. La no-evitabilidad de lo que pasa es debido a la no-voluntad y la no disponibilidad a cambiar comportamientos sociales y económicos que apuntan a mantener los privilegios y los intereses de unas minorías que se atribuyen el poder no juzgable de decidir cuáles son las vidas que tienen el derecho a ser vividas y defendidas indefinidamente, declarando así explícitamente que existen grupos humanos inferiores, no-humanos, no sujetos al derecho fundamental a la vida y a la dignidad.
5. La constatación pública y repetida de este destino de inferioridad y de no-derecho a la vida contribuye a hacerlo considerar como un fenómeno “natural”, del cual nadie puede ser considerado explícitamente responsable, y representa un ataque permanente y eficaz contra la formación de una cultura de los derechos fundamentales, que como hemos recordado arriba es una de las características más dramáticas e intolerables del genocidio.

Existen causas directas y bien reconocidas de los excesos de mortalidad y de condiciones humanas degradantes que, año tras año, se prevén y se confirman sobre cifras que son del orden de millones: equivalentes anuales de los genocidios históricamente documentados y citados como ejemplares también por su calificación jurídica.

En la búsqueda de un sentido

La salud-sanidad es uno de los nombres de la vida.

Vivir con la conciencia-constatación de que la salud-sanidad es uno de los indicadores de la capacidad de la sociedad de discriminar quién puede y quién no puede disfrutar del derecho a la dignidad y a la vida es una pregunta abierta para todos, de la misma calidad y gravedad de los interrogantes que todos los genocidios han instalado: “¿Cómo es posible que esto haya pasado?”. La pregunta que surge de las estadísticas y documentaciones parecidas a las citadas como “ejemplos” en el esquema está sin embargo hecha no en el pasado, sino en el presente y el futuro. No hay responsables personales. O mejor dicho: se pueden identificar muchos: gobiernos, políticas económicas, legislaciones responsables de crímenes por omisión y por acción directa (como la de las multinacionales cuando imponen, con la connivencia de las autoridades públicas, reglas que no permiten el acceso a intervenciones salva-vidas).

No hay lugares e instrumentos conocidos de derecho internacional capaces de prevenir-condenar penalmente de manera eficaz. Cláusulas como las de Doha, que afirma la posible prioridad de la salud pública sobre licencias-patentes, así como los códigos de autocertificación de eticidad de las multinacionales, son remedios muy parciales, instrumentos a menudo más de fachada que sustanciales. Cuando el genocidio es parte “normal” de la historia, está claro que hemos vuelto a un tiempo anterior a la Convención de 1948. O bien, 60 años después, a un tiempo que necesita de una nueva cultura del derecho, es decir, de la vida. Pero este no es un problema interno solamente de la sanidad, más bien lo es de una sociedad que ha puesto de nuevo la guerra (de baja o alta intensidad) como un modo normal, no-punible, para decidir sobre la vida de las personas, de los grupos, de las poblaciones.

Consecuente expresión –no menor– de esta corrupción de las categorías mismas de referencia de valor ha sido la transformación de la sanidad-salud desde lugar-ámbito-instrumento-símbolo de la defensa-promoción-disfrute pleno de la vida, en indicador de su “evitabilidad” selectiva, negación humanamente degradante.

Guía esencial de la mortalidad evitable.

El escenario materno-infantil

Mortalidad menores de 5 años por 1000 nacidos vivos. Años 1990, 2000, 2006

	1990	2000	2006
LIC	103	88	80
Países occidentales	11	8	6

En el 2006, 9,7 millones de niños murieron antes de los 5 años: 26.000 niños en promedio mueren cada día en todo el mundo. Casi el 40% de estos niños muere durante el primer mes de vida. Mueren sobre todo por causas evitables, a partir de las relacionadas con la pobreza, como el hambre y la enfermedad (infecciones respiratorias o diarreicas o evitables a través de vacunas) y debido a las guerras.

También el agua no segura, malos servicios y malas condiciones higiénico-sanitarias contribuyen a aumentar la mortalidad y la morbilidad infantil.

En la mitad de los fallecimientos de los menores de 5 años, **una de las principales causas, directa o indirecta, está representada por la malnutrición**: 5 millones de niños menores de 5 años mueren por hambre.

Las víctimas más frecuentes son niños y mujeres que reconducen dramáticamente a una de las características más subrayadas del genocidio: el ataque y la cancelación del derecho al futuro y de transmitir el sentido del derecho a la vida a las siguientes generaciones.





Mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos.
Años 1990, 2005

	1990	2005
LIC	480	450
Países occidentales	11	9

Cada año más de 500.000 mujeres mueren durante el parto o a causa de complicaciones surgidas durante el embarazo. En África subsahariana asegurar la asistencia sanitaria a las madres quiere decir lograr salvar 800.000 niños por año.

Un escenario que se cruza con el mercado: HIV/sida

En estos últimos años, la lucha contra el SIDA produjo resultados significativos en términos de reducción de la mortalidad y de aumento de la sobrevivencia. Los datos reportados en los países industrializados demuestran que, a partir de 1995, la terapia ha modificado radicalmente el curso de la enfermedad. El sida sigue teniendo sin embargo implicaciones trágicas para los LIC: África subsahariana cuenta con el 67% de la población afectada por HIV/sida. Las patentes sobre los fármacos obstaculizan el acceso a las terapias por parte de los pacientes de los países más pobres: es el mercado el que dictamina las reglas de sobrevivencia.

¹LIC: países de bajos ingresos según sus siglas en inglés.

Fuentes: <http://www.un.org/millenniumgoals>; Unicef 2007; FAO 2007; Unaid 2007

LA RELACIÓN ENTRE IMPERIO Y SALUD HA SIDO ESTRECHA A LO LARGO DE TODA LA HISTORIA. LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS BUSCÓ MEJORAR LAS CONDICIONES DE SALUD EN LOS PAÍSES POBRES CON EL OBJETIVO DE PROTEGER EL COMERCIO Y EL INTERCAMBIO, FORTALECIENDO LAS POSICIONES ECONÓMICAS DE LOS PAÍSES RICOS, Y FACILITANDO LA EXTRACCIÓN DE MATERIAS PRIMAS Y LA APERTURA DE NUEVOS MERCADOS.

EL COMPONENTE HISTÓRICO DE LA SALUD EN EL IMPERIO



por **HOWARD WAITZKIN**. *Médico. Profesor de Medicina Clínica y Distinguido Profesor Emérito e Investigador Senior en el Centro de Políticas de Salud de la Fundación Robert Wood Johnson en la Universidad de Nuevo México.*



Aunque se trata de un fenómeno complejo y multifacético, defino “imperio”, en términos sencillos, como la expansión de las actividades económicas –especialmente la inversión, las ventas, la extracción de materias primas y el uso de la fuerza de trabajo para producir bienes y servicios– más allá de las fronteras nacionales, así como los efectos sociales, políticos y económicos de dicha expansión. El imperio ha logrado muchas ventajas para los países económicamente dominantes.

Durante el siglo XVI emergió un “sistema mundo” en el que un grupo de potencias económicas llegó a controlar una red mundial de relaciones de intercambio económico. Durante siglos, el imperio utilizó como estrategias las conquistas militares y el mantenimiento de colonias bajo el control político directo. El declive del colonialismo en el siglo XX llevó a la emergencia del “neocolonialismo” político y económico, mediante el cual los países más pobres proporcionaban beneficios similares a los países más ricos, como lo habían hecho durante las versiones previas, más formales, del colonialismo.

La salud pública y los servicios de salud tuvieron roles importantes en varias fases del pasado del imperio. Las conexiones entre imperio, salud pública y servicios de salud operaron a través de instituciones específicas, incluyendo fundaciones filantrópicas, instituciones financieras internacionales, organizaciones de apoyo a los tratados de comercio y organizaciones internacionales para la salud. Ahora, dirijo la atención sobre cada una de esas instituciones, enfocándome principalmente en sus historias tempranas.

Este texto forma parte del libro *Medicina y salud pública al final del imperio*, editado por la Universidad Nacional de Colombia

Fundaciones filantrópicas

Aunque las nociones acerca de las contribuciones caritativas de personas adineradas hacia los necesitados se remontan en la civilización de Occidente a la práctica de “filantropía” griega, las prácticas modernas, que incluyen la creación de fundaciones con su propio estatus legal, iniciaron a principios del siglo XX, en gran medida por los esfuerzos de Andrew Carnegie. Después de amasar una fortuna en la industria del acero y de crear empresas filantrópicas, como las librerías Carnegie en ciudades a lo largo de todo Estados Unidos, Carnegie expresó sus opiniones acerca de las responsabilidades sociales de la riqueza, en escritos como *The Gospel of Wealth (El evangelio de la riqueza)*, publicado en 1901.

El libro de Carnegie desarrolló el principio según el cual contribuir con las necesidades de la sociedad era coherente con las buenas prácticas empresariales, en parte para lograr que la opinión pública acerca de las empresas capitalistas y de los empresarios individuales fuera favorable. Como señaló Carnegie, al contribuir inteligentemente con las necesidades sociales en lugar de despilfarrar sus riquezas, el negociante también aseguraba su propio ingreso al reino de los cielos (de ahí la alusión al “evangelio”). Entre otras características destacables del libro,



Carnegie hizo una distinción entre el “imperialismo” y el más virtuoso “americanismo”: “El Imperialismo implica el respaldo de las fuerzas navales y militares. La fuerza moral, la educación, la civilización no son la columna vertebral del Imperialismo. Estas son las fuerzas morales que conducen a una civilización más avanzada, al Americanismo”. Al crear fundaciones filantrópicas interconectadas, Carnegie actuaba para garantizar que sus creencias alcanzaran los frutos que él prefería, tanto en la disposición de su riqueza terrenal como en su propio futuro celestial. La más contundente y temprana influencia de las fundaciones filantrópicas hacia la salud pública y los servicios de salud involucró a John D. Rockefeller y a la Fundación Rockefeller. Con su fortuna basada en el petróleo, Rockefeller imitó las actividades filantrópicas de Carnegie, pese a sus conflictos en el campo de las prácticas empresariales monopolísticas. No obstante, Rockefeller y sus asociados se movieron más específicamente hacia el apoyo de las actividades en salud pública y los servicios de salud, que beneficiarían los intereses económicos de las corporaciones controladas por Rockefeller alrededor del mundo. En particular, la Fundación Rockefeller dio inicio a campañas internacionales en contra de enfermedades infecciosas como los parásitos intestinales, la malaria y la fiebre amarilla. Entre 1913, el año de su fundación, y 1920, la fundación apoyó el desarrollo de institutos de investigación y programas de erradicación de enfermedades en todos los continentes, excepto la Antártida. Las enfermedades infecciosas eran un inconveniente para la expansión de las empresas capitalistas debido a varias razones, que se hicieron explícitas en los escritos de Rockefeller y de los directores de la Fundación Rockefeller. En primer lugar, esas infecciones reducían la productividad al disminuir el esfuerzo que los trabajadores podían dedicar al trabajo (de ahí la designación de la uncinariasis como la “enfermedad de la pereza”). En segundo lugar, las infecciones endémicas en las regiones del mundo dedicadas a trabajos como la minería, la extracción de petróleo, la agricultura y la apertura de nuevos mercados para la venta de materias primas hicieron que esas regiones no fueran atractivas para los inversionistas y para el personal administrativo. En tercer lugar, a medida que las corporaciones asumían la responsabilidad sobre el cuidado de los trabajadores, especialmente cuando estos eran escasos en las áreas geográficas remotas, los costos de la atención aumentaban cuando las enfermedades infecciosas no podían ser prevenidas o tratadas fácilmente. Para cubrir estos tres problemas –la productividad del trabajo, la seguridad para inversionistas y administradores, y los costos

de atención–, las campañas masivas de la Fundación Rockefeller alrededor del mundo apoyaron la investigación y la prestación de servicios eficientes. Estos programas acogieron ciertas características que persisten hasta el día de hoy en algunas de las actividades de Rockefeller, así como en las de otras fundaciones, organizaciones internacionales para la salud y organizaciones no gubernamentales. Más que organizar programas “horizontales” para brindar un espectro completo de servicios de salud preventivos y curativos, la Fundación hizo énfasis en programas “verticales” iniciados por el donante, que se enfocaban en un pequeño número de enfermedades específicas, como la uncinariasis o la malaria.

Adicionalmente, en lugar de amplias iniciativas en salud pública para mejorar las condiciones económicas y de salud de las poblaciones en desventaja, la Fundación favoreció el desarrollo de vacunas y medicamentos que pudieran prevenir y tratar las enfermedades infecciosas catalogadas como las más problemáticas –una perspectiva a la que algunos se han referido como la “bala mágica”–. Más adelante nuestro cómo estas orientaciones perviven, aun en los esfuerzos más recientes y a gran escala de las fundaciones para abordar problemas de salud pública en los países menos desarrollados.



Instituciones financieras internacionales y tratados de comercio

Aunque el comercio entre naciones y continentes data de siglos atrás, el marco para las instituciones financieras internacionales modernas y los tratados de comercio comenzó después de la Segunda Guerra Mundial, con los pactos de Bretton Woods. Estos pactos, que surgieron gradualmente como un mecanismo importante para proteger los imperios político-económicos de los Estados Unidos y los países de Europa occidental, avanzaron a partir de reuniones en Bretton Woods, New Hampshire, que incluían representantes de los países que resultaron victoriosos en la Segunda Guerra Mundial. Los acuerdos inicialmente se enfocaron en la reconstrucción económica de Europa. Entre 1944 y 1947, las negociaciones en Bretton Woods condujeron a la creación del Fondo Monetario Internacional (FMI) y del Banco Mundial, así como al establecimiento del Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT, por su sigla en inglés). Para la década de los sesenta, después de la recuperación de Europa, estas instituciones y acuerdos expandieron gradualmente su enfoque hacia los países menos desarrollados. El Banco Mundial, por ejemplo, adoptó como visión institucional “nuestro sueño: un mundo sin pobreza”. Sin embargo, como el FMI y el Banco Mundial brindaron la mayoría de la asistencia a través de préstamos y no de subvenciones, la deuda de los países más pobres se incrementó rápidamente. Para 1980, muchos de los países menos desarrollados, incluyendo los más pobres del mundo, gastaban aproximadamente la mitad de su producción económica, medida por el producto interno bruto, en pagar sus deudas a las instituciones financieras internacionales, aunque los objetivos de esas instituciones hacían énfasis en la reducción de la pobreza. Esas instituciones financieras internacionales, a principios de los años ochenta, adoptaron una serie de políticas económicas conocidas como el “Consenso de Washington”.

Promovidas principalmente por los Estados Unidos y el Reino Unido, estas políticas incluían la desregulación y la privatización

de los servicios públicos, lo que se sumaba a la crisis de la deuda al limitar aún más los esfuerzos en salud pública y los servicios de salud que los países menos desarrollados podían proveer.

El GATT inicialmente pretendía reducir las tarifas y las cuotas de comercio entre los veintitrés países miembros. Sus principios, bastante sencillos, incluían el “tratamiento de nación más favorecida” (según el cual las mismas reglas de comercio eran aplicadas a todas las naciones participantes) y el “tratamiento nacional” (que exigía no discriminar entre bienes internos y externos en materia de impuestos y regulaciones). El GATT también estableció una agenda de negociaciones con respecto a los tratados de comercio.

Desde sus modestos orígenes en el GATT, los tratados de comercio internacional finalmente se transformaron en una estructura masiva de reglas de comercio que ejercerían efectos profundos en la salud pública y en los servicios de salud alrededor del mundo. A medida que el ritmo de las transacciones internacionales se intensificaba, facilitado por los avances tecnológicos en comunicaciones y transportes, la Organización Mundial del Comercio (OMC) reemplazó en 1994 la colección de tratados inconexos implantados bajo las cláusulas del GATT. La OMC y los tratados de comercio regionales han pretendido eliminar las barreras arancelarias y no arancelarias al comercio.

Desde la estrecha visión del GATT, cuyo foco incluía únicamente las barreras arancelarias, el creciente arsenal de tratados de comercio internacional acompañados por la OMC expandió el alcance de las reglas de comercio mucho más allá de las barreras arancelarias. En su lugar, los nuevos acuerdos de comercio incluían una variedad de medidas de salud pública, tales como la protección ambiental, las regulaciones de seguridad y salud ocupacional, la garantía de calidad para alimentos y medicamentos, la propiedad intelectual referente a medicamentos y equipos patentados, e incluso los servicios de salud en sí mismos, como potenciales barreras no arancelarias para el comercio. Esta perspectiva en los tratados de comercio transformó la soberanía de los gobiernos para regular la salud pública y para brindar servicios de salud.

La OPS y, eventualmente, la OMS buscaron mejorar las condiciones de salud en los países pobres, en parte como un medio para fortalecer las posiciones económicas de los países ricos, facilitando las actividades para la extracción de materias primas y para la apertura de nuevos mercados.

Las conexiones entre imperio, salud pública y servicios de salud operaron a través de instituciones específicas, incluyendo fundaciones filantrópicas, instituciones financieras internacionales, organizaciones de apoyo a los tratados de comercio y organizaciones internacionales para la salud.

Organizaciones internacionales de salud

La primera aproximación a una organización internacional de salud pública se desarrolló en Europa durante la Edad Media. En ese tiempo, algunos gobiernos establecieron *cordones sanitarios* –fronteras vigiladas que impedían a la gente entrar o salir de las áreas geográficas afectadas por epidemias de enfermedades infecciosas– locales, nacionales e internacionales. Adicionalmente, los gobiernos impusieron cuarentenas marítimas que impedían a los barcos atracar en los puertos después de haber visitado regiones donde se estuvieran presentando epidemias. Las autoridades “sanitarias” surgían *ad hoc* y se mantenían activas principalmente cuando se presentaba o se anticipaba la epidemia.

Entre finales del siglo XIX y principios del XX, el crecimiento de las economías de exportación y la expansión de intereses económicos a nivel mundial causaron la desaparición de la salud pública marítima convencional. En cambio, la motivación para la cooperación internacional en asuntos de salud pública surgió principalmente de la preocupación por las enfermedades infecciosas como detrimento para el comercio entre las naciones que participaban en la expansión de la empresa capitalista.

La necesidad de proteger los puertos, las inversiones y los latifundios, tales como las plantaciones, de enfermedades infecciosas proporcionó incentivos para rediseñar la salud pública internacional.

La primera organización internacional para la salud formalmente constituida surgió en las Américas. Fundada en Washington DC en 1902, explícitamente como un mecanismo para proteger el comercio y las inversiones de los costos de las enfermedades, la Oficina de Sanidad Internacional se centró en la prevención y el control de epidemias. Las campañas de erradicación del mosquito y la implementación de una vacuna contra la fiebre amarilla mantuvieron ocupados a los profesionales de la salud de esta organización durante los primeros años del siglo XX.

Durante ese período, los planes avanzaban hacia la construcción del Canal de Panamá, el desarrollo de empresas agrícolas

en las “*banana republics*” de Centroamérica y del norte de Sudamérica, y la extracción de recursos minerales como materia prima para la producción industrial de áreas como el sur de México, Venezuela, Colombia y Brasil. El trabajo en los trópicos exigía iniciativas en salud pública contra las enfermedades transmitidas por mosquitos, como la fiebre amarilla y la malaria, las enfermedades parasitarias como la uncinariasis, y las enfermedades virales y bacterianas más comunes como la diarrea endémica.

Como primera organización internacional para la salud moderna, la Oficina de Sanidad Internacional dedicó gran parte de sus actividades iniciales a la vigilancia, prevención y control de enfermedades infecciosas, principalmente para proteger el comercio y las actividades económicas a lo largo de las Américas. Más tarde, durante los años cincuenta, la Oficina de Sanidad Internacional se convirtió en la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y en 1958 cambió su nombre a Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Posteriormente, la misión en salud pública de la OPS se expandió. Sin embargo, la OPS ha mantenido su atención en la protección del comercio hasta el presente y, en general, ha apoyado las disposiciones de los tratados de comercio internacional.

La OMS surgió en 1948 como una de las suborganizaciones que componían la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Aunque la prevención y el control de las epidemias de enfermedades infecciosas permanecieron como objetivos clave a través de su historia, la OMS no enmarcó su función en el control de las enfermedades infecciosas como una forma de proteger el comercio y las transacciones económicas internacionales –como sí lo hizo la OPS en sus primeros años–. En cambio, durante los años setenta, la OMS dio prioridad a las mejoras en la distribución de servicios de salud, especialmente en la atención primaria; esta orientación culminó en la famosa declaración de la OMS sobre atención primaria en salud, emitida en una conferencia internacional en Alma-Ata, URSS, en 1978, la cual estableció directrices para las acciones posteriores de la OMS y sus filiales. Como el



principio del derecho universal a los servicios de atención primaria en todo el mundo se convirtió en una de las prioridades de la OMS, la organización adoptó una posición de defensa fuerte a favor de los programas para mejorar el acceso a la atención, especialmente en los países más pobres.

Entre finales de los años setenta y principios de los ochenta, la OMS entró en una crisis financiera crónica, producida principalmente por la frágil financiación proporcionada a su organización matriz, la ONU.

Por oposición ideológica frente a varios programas operados por las organizaciones que componían la ONU, especialmente los de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la administración Reagan retuvo grandes porciones del presupuesto anual de Estados Unidos destinados a la ONU; como resultado, la ONU empezó a experimentar crecientes recortes presupuestales que transfirió a sus filiales, incluida la OMS. El Banco Mundial ocupó este vacío financiero y comenzó a contribuir con gran parte del presupuesto de la OMS (la proporción exacta del presupuesto de la OMS dependiente de la financiación del Banco Mundial se mantuvo cubierta del escrutinio público). A medida que su base financiera dependía más del Banco Mundial y menos de la ONU, las políticas de la OMS se transformaron hacia una orientación más parecida a la de las instituciones financieras y los tratados de comercio internacionales. La crisis financiera, originada por la falta de pago de las cuotas por parte de Estados Unidos, eventualmente llevó a la OMS a una perspectiva de la política en materia de comercio internacional que resultó similar a la orientación previa de la OPS.

De esta forma, la historia de las organizaciones internacionales de salud manifiesta una colaboración constante con instituciones que buscan proteger el comercio y el intercambio. Constituido sobre el interés del comercio, el predecesor organizacional de la OPS dedicó medio siglo de iniciativas en salud pública principalmente a la prevención y control de infecciones, que amenazaban la viabilidad del comercio y de las inversiones. La OPS y, eventualmente, la OMS buscaron mejorar las condiciones de salud en los países pobres, en parte como un medio para fortalecer las posiciones económicas de los países ricos, facilitando las actividades para la extracción de materias primas y para la apertura de nuevos mercados. Los esfuerzos de las organizaciones internacionales de salud en nombre del imperio se volvieron el foco principal de la empresa de la salud pública que esas organizaciones promovían.

Un punto de vista a contracorriente

La forma en que estas conexiones recientes evolucionaron refleja en parte los patrones establecidos durante la emergencia del imperio a finales del siglo XIX y principios del XX, y su florecimiento durante el período de la segunda posguerra. Los componentes históricos del imperio considerados –la extracción de materias primas y capital humano, la explotación de mano de obra barata en países menos desarrollados, la emergencia de una clase capitalista internacional, la conquista militar o la amenaza de conquista, las contribuciones de las fundaciones para la expansión capitalista en el extranjero, las posiciones clave de las organizaciones financieras y los tratados de comercio internacionales, y el papel principal de las organizaciones internacionales de salud– son temas recurrentes a medida que se recuentan las formas más recientes en las que el imperio, la salud pública y los servicios de salud se han vinculado estrechamente.

Simultáneamente con los conceptos e ideologías que fundamentaron el crecimiento y el mantenimiento del imperio, emergió históricamente un punto de vista a contracorriente. Este enfoque demostró las críticas al imperio y sacó a la luz conexiones problemáticas entre las empresas capitalistas, la expansión imperial, las deficiencias de salud y la muerte temprana.

LA ENFERMEDAD EN EL HOMBRE ES MULTICAUSAL, CON TRAMAS A VECES MUY COMPLEJAS DE INTERRELACIÓN, Y LA LUCHA POR MEJORARLA SUELE SER MUY DESIGUAL. EN UNA VISIÓN DE LARGO PLAZO, CUANDO SE ESTÁ CONFIGURANDO UN NUEVO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO MUNDIAL, ES HORA DE PENSAR EN SOLUCIONES ESTRUCTURALES, QUE TIENDAN A UNA SALUD DESMERCANTILIZADA.

CONDICIONANTES SUPRANACIONALES DE LA SALUD COLECTIVA ARGENTINA



por JOSÉ CARLOS ESCUDERO. *Médico
sanitarista y sociólogo. Prof. titular UNLU y UNLP*



Decir que algo “condiciona” se aproxima a decir que algo “causa”, y la causación de las enfermedades que afectan/matan a los *homo sapiens* suele abrir una disputa político/ideológica. Quienes defienden una causalidad de la salud colectiva exclusivamente biológica, tataranietos reduccionistas de Robert Koch, son tan dogmáticos como quienes defienden una causación exclusivamente político/social, tataranietos igualmente reduccionistas del conciudadano y contemporáneo de Koch, Rudolf Virchow. Las causaciones psicológico/culturales de la salud colectiva han sido poco trabajadas, quizá debido a que el punto de mira y actividad de quienes las enfatizan se centran casi exclusivamente en los individuos, no en los colectivos humanos. Todos piensan poco o nada en causalidades que provienen del mundo natural: fenómenos meteorológicos extremos, erupciones volcánicas, terremotos o tsunamis, cuya causa/condicionante es la termodinámica o la dinámica de placas del planeta; o en un improbable pero no imposible aerolito que provenga del espacio exterior, como el que extinguió a los dinosaurios y dejó espacio para que los mamíferos nos convirtiéramos en hegemónicos. De hecho, la enfermedad en el *homo sapiens* es multicausal, con tramas a veces complejísimo de interrelación; y la lucha por mejorarla suele incluir la toma de medidas que se obtienen de áreas de causalidad que no son necesariamente las que postulan los diferentes ideólogos fundamentalistas del tema. Por ejemplo, no se puede impedir que las placas terrestres colisionen, pero sí se pueden tomar medidas para reducir su daño, como la construcción de casas antisísmicas, alertas tempranas de tsunamis, etc. A continuación se hará una enumeración de áreas que afectan la salud colectiva argentina y que provienen de fuera de nuestras fronteras.

La biosfera del planeta Tierra

Compartimos con otras formas de vida una biosfera. Nuestro país siempre ha recibido enfermedades provenientes de otros, en un proceso al que ha ayudado la actual rapidez de viajes internacionales. Pero en la biosfera están ocurriendo también fenómenos nuevos, que son perjudiciales para nuestra salud, y cuya extrapolación asusta. El más importante es el calentamiento planetario. Consecuencia del consumo de combustibles fósiles por una industrialización que ha sido bienvenida casi unánimemente, se ha generado un aumento de temperatura planetaria que hace que, cada año, se superen las marcas históricas, y que genera daños de variada índole, cuyo mayor impacto se traduce en mayor frecuencia de fenómenos atmosféricos extremos: huracanes, sequías, inundaciones, y mayor impacto de cada uno de ellos. Los países mas responsables de esto son Estados Unidos (contaminación por habitante) y China (monto total de contaminación).

El planeta está perdiendo biodiversidad, lo que aumenta su vulnerabilidad ecológica. La revolución agrícola, que llevó al sedentarismo, comenzó masivamente este proceso, y la manipulación genética de la agricultura es un muy alarmante desarrollo contemporáneo. Si la primera tiene pocos críticos, ya que con ella aumentó mucho la “capacidad de carga” planetaria y, a más largo plazo, bajó su morbilidad, la segunda, cada vez más criticada, se caracteriza por producir forrajes, sin consumo directo para los *homo sapiens*... una pésima decisión si el objetivo es alimentar humanos y no el aumentar los beneficios del capitalismo volcado a la alimentación.



Condicionantes supranacionales en la historia argentina para explicar nuestra salud colectiva actual

En cierto momento iniciático en nuestra salud colectiva lo supranacional fue ineludible: un territorio vacío de población humana fue poblándose por sucesivas invasiones de *homo sapiens* que cruzaron caminando el estrecho de Bering aprovechando glaciaciones y el descenso de los mares, y poblaron toda América, desde Groenlandia hasta el Cabo de Hornos. Todo nuestro territorio fue así poblado por cazadores recolectores, que en algunas áreas se convirtieron en domesticadores de plantas y animales.

Solamente se puede conjeturar su nivel de salud. Pese a la insuficiencia de registros y testimonios, es casi seguro que nuestros habitantes originarios sufrieron, como todos los demás de América, una catástrofe demográfica luego de sus primeros contactos con las enfermedades de los invasores europeos y sus esclavos africanos, que provenían de sociedades con muchas generaciones de sedentarismo, y, por ende, con un perfil epidemiológico y de niveles de inmunidad colectiva mucho más sofisticados. Es posible que, tras el colapso inicial, nuestros pueblos originarios hayan obtenido un pequeño beneficio secundario: el aumento de biomasa que, en todo nuestro territorio, produjeron los grandes mamíferos que acompañaron a los invasores: vacas, caballos, ovejas, cerdos.

Tras la independencia de España, la Argentina se integró muy rápida y eficazmente a una economía-mundo hegemonizada por Gran Bretaña, reduciendo así sus márgenes de autonomía

nacional y abriendo toda su sociedad, incluyendo su salud, a condicionantes supranacionales de toda índole, aunque Gran Bretaña haya sido suplantada hoy por el capitalismo globalizado hegemonizado por Estados Unidos. La primera deuda externa –mecanismo de beneficio del capital supranacional y limitador de la autonomía del país– se contrató en 1824.

Una sucesión de “limpiezas étnicas” que culminaron en la “Conquista del Desierto” y la “del Chaco” a fines del siglo XIX, permitió el uso capitalista a nivel internacional de centenares de miles de kilómetros cuadrados, que luego produjeron, con menos esfuerzo que en casi ninguna otra parte del mundo, alimentos para este. Los millones de inmigrantes europeos convocados como mano de obra de nuestro proyecto de nación dependiente trajeron a nuestro país pautas de fecundidad bajas, y recibieron empleo pleno, alimentos baratos y, entre muchas otras cosas, un sistema de instrucción pública que era superior al de los países de los que la gran mayoría de ellos provenía (Italia, España, Rusia, el Imperio Otomano). Los perdedores de todo esto fueron “gentes sin historia”: las provincias del centro y el noroeste, los ya mencionados habitantes originarios. Las políticas de Estado a nivel nacional con respecto a salud en la Argentina casi no existían, excepto un control de salud en los puertos, eficaz para disuadir a nuestros importadores de que tuvieran que imponer cuarentenas. Excepciones positivas a este *laissez faire* sanitario fueron unos pocos sistemas de salud municipales, ciertas campañas nacionales contra algunas enfermedades (TBC), y la construcción de hospitales federales para “dementes”.

La Argentina comenzó a tener elecciones sin fraude en la se-



PUESTO SANITARIO SANTOS LUGARES
PAMPA del INDIO



gunda década del siglo XX. El ganador fue el partido radical, con importantes políticas en el sector educación y muy pocas en el sector salud. En 1930, el primero de una serie de golpes de Estado cívico-militares antidemocráticos derribó al radicalismo, que permaneció proscripto, por decreto o por fraude, los siguientes 16 años. El gobierno fraudulento que lo sucedió aumentó de muchas formas nuestra dependencia de Gran Bretaña.

En el año 1946 una inesperada victoria electoral de la coalición que Juan Domingo Perón había armado inició un escenario nuevo. La Argentina rompió lazos de dependencia: eliminación de la deuda externa, industrialización sustitutiva de importaciones, y se sumó a los pocos países que, dentro del capitalismo, ponían en práctica políticas públicas bien financiadas para asegurar el acceso a la salud como un derecho. Para intentar explicar este viraje es útil analizar quiénes votaron al peronismo en 1946: los católicos –los antecedentes ideológicos de Perón y Carrillo, su ministro de salud, eran católico-sociales–, pero también gran parte de los socialistas y muchos afiliados a los sindicatos comunistas, cuando esos partidos se sumaron a la coalición conservadora que enfrentó a Perón. La obra de Carrillo, todavía subestimada hoy, nos dio en pocos años el mejor sistema de salud colectiva de América latina.

El derrocamiento de Perón en 1955 y la proscripción del peronismo los siguientes 18 años fueron el primer peldaño de una escalera descendente. La Argentina se sumó al FMI y al BM. La Organización Panamericana de la Salud, rápidamente convocada por los golpistas, aconsejó que el sistema de salud debería descentralizarse, la primera de una serie de sugerencias de política de salud debilitadoras del Estado.

En las últimas décadas, en un mundo cada vez más globalizado y con una crisis que sigue creciendo, el capitalismo empezó a tomar a la salud colectiva como elemento central para su acumulación económica, a la vez que los países sujetos a recetas neoliberales aumentan las diferencias entre ricos y pobres y reducen el gasto en la salud no mercantil. En nuestro país el parteaguas para el protagonismo de esta tendencia lo dio el golpe cívico-militar de 1976 y sus acompañantes de genocidio, destrucción de conquistas históricas, desindustrialización y endeudamiento. Bajo este paraguas aparecieron innumerables políticas sociales y de salud, cristalizadas en inúmeros documentos, préstamos e imposiciones originados en el Banco Mundial, la Organización Mundial de Comercio y otras agencias de Naciones Unidas. En ellos se proponen políticas que se alejan de la universalidad de una salud desmercantilizada. La Argentina fue un ejemplo extremo de neoliberalismo antisocial, pero los demás países de América latina sufrieron versiones moderadas de esta tendencia. Son pocos los que se opusieron frontalmente a esto: Cuba, tras el derrocamiento de su tirano *USA Friendly*, y en paralelo a sobrevivir a 50 años de bloqueo; y Venezuela con Hugo Chávez. Lo supranacional a nivel mundial, coartando la soberanía de los países en salud y en otras áreas, nunca ha sido tan fuerte como ahora. Hay algunos signos optimistas actuales en nuestro país: su desendeudamiento internacional, la aparición de exitosas políticas de justicia social e integración, que indirectamente mejoraron la salud colectiva, y un muy alto y creciente debate en la cultura nacional sobre hechos político/sociales que hasta hace pocos años permanecían ocultos.

Ante la gran importancia que se da a la salud por parte de la población, el capitalismo tiene la posibilidad de hacer "terrorismo epidemiológico", estimulando el miedo a epidemias que no existen o se exageran, teniendo la posibilidad de desestabilizar a gobiernos antineoliberales diciendo que están dañando a la salud colectiva.

El capitalismo del siglo XXI y la salud colectiva

El factor supranacional que más afecta a la sociedad y la salud colectiva argentina es el actual capitalismo financiero globalizado. El capitalismo se creó explotando a una enorme masa de trabajadores, y creando mercancías para vender, algunas de las cuales ayudaban a mejorar la salud colectiva: barcos, canales y ferrocarriles para repartir alimento, saneamiento ambiental y domiciliario, inmunizaciones, los primeros fármacos, la asepsia... En este capitalismo la explotación coincidía con una oferta de empleo cuasi universal, y un lento pero persistente aumento del poder de compra de los salarios.

Desde aproximadamente los años sesenta del siglo XX el capitalismo mutó de "productivista" a "especulador": se volcó crecientemente a la búsqueda de beneficio financiero. La desvinculación del dólar de Estados Unidos con el oro, la creación de euro y petrodólares, el endeudamiento planificado de países, una cantidad creciente de burbujas especulativas en muchas áreas, en general una disociación creciente entre los montos de dinero a cargo del mundo financiero y la capacidad productiva del planeta, fueron hitos de este proceso, todo esto en un contexto de creciente desempleo y precarización del trabajo. Para el capitalismo es anómalo que un bien tan deseado como la salud pueda ser satisfecho (si las medidas que se toman son sensatas) gastando tan poco dinero, lo cual deja muy poco margen para la obtención de beneficios. Cuba es el mejor ejemplo mundial de poco gasto en salud y excelentes resultados, en una sociedad donde las premisas capitalistas, por supuesto, no se cumplen, y que resultan en un modelo sanitario inaplicable en ningún país capitalista. Por último, la salud sensata debe ser conducida por el Estado en su doble papel de regulador y prestador de servicios, no por una sumatoria de ONGs. Esta salud debe ser participativa y contenedora, y al capitalismo ninguna de estas cosas le conviene.

Un estudio de caso revela lo mucho que han cambiado las cosas en unas pocas décadas. Cuando el Partido Laborista británico ganó imprevistamente la elección de 1945, llevó a la práctica un sistema nacional de salud estatal, unificado, declaradamente igualitario, financiado por Rentas Generales y con profesionales que en su mayoría trabajaban a sueldo. Es orgullo para la Argentina observar que esto fue planteado antes de la hazaña Perón-Carrillo, pero que los argentinos pusimos nuestra opción en funcionamiento dos años antes que los británicos. Un ejemplo de lo que el mundo ha cambiado desde entonces es que la mayor oposición al socialismo sanitario británico provino de los médicos. En la segunda mayor plaza financiera del mundo, en el país que había dado al mundo la Revolución Industrial, no se opusieron ni los bancos, ni las bolsas, ni la industria farma-

céutica, ni la de tecnología sanitaria, ni los prestadores privados de salud. La salud capitalista de hoy tenía, a mediados del siglo XX, un desarrollo embrionario. Hoy, los silenciosos de 1945 son los más importantes grupos de presión para que sus reglas y beneficios se impongan en la salud. Hoy, los sistemas estatales europeos están en creciente desfinanciación. Cuando sus coberturas disminuyen, cuando los ricos de todos estos países están contratando seguros privados de salud, cuando el desarrollo de medicamentos para lucrar y no para dar salud es dominante, el recuerdo del desarrollo de esos sistemas de la mano del Estado de Bienestar parece un sueño irreal.

En la salud colectiva el capitalismo ha encontrado hoy un área central de acumulación económica, algo así como lo fue el desarrollo de los ferrocarriles en la segunda mitad del siglo XIX, pero vendiendo ahora unas mercancías que, a diferencia de las locomotoras de entonces, son defectuosas o innecesariamente costosas, como ciertos medicamentos, ciertos métodos de diagnóstico y tratamiento, ciertas estrategias de prevención o atención de enfermedades. Si puede vender sin limitaciones estas “opciones capitalistas aunque no sensatas” la salud es hoy para el capitalismo la garantía de una ganancia superior a la existente en otras áreas de la economía, con un tipo y forma de gasto del que es muy difícil de evaluar/monitorear/regular con eficacia; la posibilidad de estimular a través de los medios que controla –casi todos– la demanda de mercancías capitalistas. Ante la gran importancia que se da a la salud por parte de la población, el capitalismo tiene la posibilidad de hacer “terrorismo epidemiológico”, estimulando el miedo a epidemias que no existen o se exageran; teniendo la posibilidad de desestabilizar a gobiernos antineoliberales diciendo que están dañando a la salud colectiva; por último distribuyendo dádivas entre quienes pueden facilitar todo esto: a profesionales, especialmente médicos, a funcionarios, legisladores, partidos políticos. La tendencia de ofrecer una salud cada vez más conveniente al capitalismo, por ineficiente o injusta que esta sea, es creciente en todo el mundo. El gasto en salud (privado o encauzado por lo privado) aumenta, especialmente en medicamentos, que es el más fácilmente re-

ducible/racionalizable si la correlación política de fuerzas en los diferentes países fuera mas favorable a la justicia social.

El capitalismo actual ha desarrollado dos tipos de instituciones novedosas. Una son los “**paraísos fiscales**”, donde la población más rica del mundo puede depositar anónimamente sus fortunas, obtener intereses de esta inversión y no pagar impuestos en ningún lado, ni en el país de origen del dinero ni el paraíso. Están situados en países (Andorra, Liechtenstein), regiones de países (el estado de Delaware, en Estados Unidos), muchos de ellos son regiones, dependencias o enclaves militares de Gran Bretaña (la Isla de Man, Islas Caimán, Bermuda, Gibraltar). A comienzos del siglo XXI en los paraísos estaba depositado la mitad del *stock* mundial de dinero, el 20% de los fondos externos de los bancos y un tercio de los fondos de las personas más ricas del mundo. El monto de dinero depositado en los paraísos se triplicó entre 2005 y 2010. Se calcula que los ricos de Brasil tienen allí depósitos por 520.000 millones de dólares, los de México 417.000 millones, los de Venezuela 406.000 millones y los de Argentina 399.000 millones. Si pudiéramos cobrar impuestos a estos miles de millones, podríamos financiar un excelente sistema estatal de salud en estos países latinoamericanos, y evitaríamos todos los años la muerte de algunas centenas de miles de sus ciudadanos. Queda claro que los paraísos existen por la complicidad de los gobiernos y las clases políticas de los países centrales, que podrían eliminar a estos islotes de corrupción en poco tiempo. Cuando decimos que esta es la era del capitalismo financiero, pensemos un poco en la traición de movimientos políticos en los países centrales que hasta hace algunas décadas defendían la justicia social en sus países.

La segunda institución novedosa son los “**fondos buitres**”: un área del capitalismo mundial tan integrada a él como los paraísos, y cuya influencia en la judicatura y el sistema político de los Estados Unidos es evidente. Si los buitres doblegaran a la Argentina (recordemos que buena parte de nuestros políticos han dicho que debe pagárseles), el dinero para una salud desmercantilizada y para las demás políticas sociales disminuiría significativamente.



Condicionantes nacionales que interactúan con los internacionales en la salud colectiva argentina

Todos los elementos del capitalismo financiero supranacional tienen contrapartidas en la Argentina, y estos se han configurado como fuertes grupos de presión. Su acceso a los medios es, de lejos, el mayor. Interactúan con elementos similares en países centrales, con organismos internacionales de crédito, con gobiernos de países. Hay dos grupos de presión que pueden individualizarse especialmente. Son “los devaluadores” y “los endeudadores”. Los primeros tratan de reducir el valor del peso argentino. Si se toma una decisión de devaluar (técnicamente sencilla) los beneficios de quienes exportan aumentan, mientras que el costo doméstico de los productos aumentará también, lo cual supone entre muchos otros el costo de los alimentos. Los “endeudadores” tratan que la Argentina se endeude internacionalmente, pidiendo préstamos que devengarán comisiones para ellos y cuyas condiciones de negociación siempre se traducen en ajustes recesivos para la población.

Reflexiones finales

En una visión de largo plazo, se está configurando un nuevo perfil epidemiológico mundial, correspondiente al ciclo de “larga duración” de la globalización financiera. La salud mental colectiva sufre porque las viejas certezas y seguridades que daba el Estado de Bienestar (seguridad de conseguir empleo estable, de conocer fechas y montos de futuras jubilaciones, pronósticos favorables sobre el futuro que encontrarán los hijos, etc.) son reemplazadas por incertidumbre en todos estos campos. Varios países europeos tienen hoy un desempleo juvenil de más del 50%, y la mayor parte de los nuevos empleos que se ofrecen son precarios. En todo el Primer Mundo aumentan las diferencias entre pobres y ricos y aumenta la pobreza de los primeros. Este deterioro de la materialidad, más la creciente dificultad de recibir atención de salud aumentan la prevalencia de decenas de enfermedades somáticas. La Argentina es una admirable excepción a este deprimente escenario internacional, como lo son un puñado de otros países, pero las presiones para desarmar a estos malos ejemplos de éxito por seguir un modelo diferente van a mantenerse y quizás a agudizarse.

A esta sensación de precariedad ante el devenir histórico se suman otras precariedades, a nivel individual y familiar. El capitalismo financiero ha estimulado los consumos a través del crédito fácil. Esto le da beneficio económico, pero tiene un subproducto político: enmascara el empobrecimiento de la población. Muchos países centrales tienen hoy deudas internas que superan a sus PBI. Esto genera zozobra individual y familiar, pero también genera disciplinamiento y sumisión política, incapacidad de reaccionar ante una situación crecientemente intolerable.

Para el capitalismo es anómalo que un bien tan deseado como la salud pueda ser satisfecho (si las medidas que se toman son sensatas) gastando tan poco dinero, lo cual deja muy poco margen para la obtención de beneficios.





por **GRACIELA COHEN**. *Lic. y Prof. en Sociología - UBA.*
Docente e investigadora de la Universidad Nacional de Luján

por **FLORENCIA CENDALI**. *Lic. y Prof. en Sociología. Mag.*
en Políticas Sociales - UBA. Docente e investigadora de la
Universidad Nacional de Luján



EL SISTEMA DE SALUD FUE DEBILITADO Y CONVERTIDO EN UN BIEN MERCANTIL CAPAZ DE SER OFERTADO, DEMANDADO, VENDIDO, COMPRADO. SIN EMBARGO, LA SALUD DE LA POBLACIÓN NO PUEDE QUEDAR EN MANOS DE QUIENES LUCRAN, SINO QUE ES RESPONSABILIDAD DEL ESTADO. SÓLO ASÍ SE PODRÁ COMPRENDER EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD COMO PROCESO SOCIAL, Y FORMAR UNA CONCIENCIA SANITARIA POPULAR.

REFLEXIONES SOBRE SALUD COLECTIVA Y JUSTICIA SOCIAL



“Se ponen en pie los pueblos y se saludan ‘¿Cómo somos?’, se preguntan, y unos a otros se van diciendo cómo son”.
Nuestra América, José Martí

Luego de “décadas perdidas” de neoliberalismo, se disputa cómo se reorganiza la sociedad y el Estado en el siglo XXI. Hace 120 años José Martí, en *Nuestra América*, dejó una pregunta que *recuperamos* para nuestros tiempos: ¿cómo se “ponen de pie” los pueblos latinoamericanos?

A partir de “pensarnos y ponernos de pie”, el objetivo es reflexionar sobre algunos indicadores sociales y qué impacto tienen en la salud colectiva. La finalidad es abrir la puerta para debatir cuál es el rol desempeñado por el “proyecto nacional y popular” establecido en la Argentina en la última década.

Por un lado, se intentará contextualizar brevemente el proceso de decadencia y reconstrucción de la Argentina, desde la última dictadura cívico-eclesiástica-militar, en la cual se impuso un nuevo sistema de acumulación que conllevó al Estado subsidiario y al Estado mínimo, hasta la transformación del actual Estado proteccionista-integrador. Por otro lado, se planteará por qué algunos indicadores sociales conforman la salud colectiva. Para terminar se hará hincapié en la evolución de algunos indicadores sociales –en los últimos diez años– que mejoran la calidad de vida de los argentinos.

Se espera como resultado aportar al debate sobre qué salud colectiva tenemos y cuál queremos, frente a un contexto mundial que continúa con un concepto de salud-cuidado-enfermedad centrado en lo biológico-individual, en lo posible de mercantilizar.



Decadencia y reconstrucción de la Argentina

La Argentina es uno de los países latinoamericanos donde se consolidó el Estado de Bienestar: se impulsó la extensión de la cobertura del sistema previsional, el desarrollo de esquemas de seguridad social y de infraestructura en la salud-educación, acompañado por el avance de los movimientos sociales que lucharon por derechos políticos-sociales-económicos. La forma que tuvieron los sectores poderosos económicos, civiles y políticos de hacer retroceder estos avances y reducir el Estado a mínimo fue con el terrorismo de Estado.

Desde la última dictadura militar (1976-1983) hasta inicios del siglo XXI, la Argentina se convirtió en un país pobre, inequitativo y desigual. Décadas perdidas, donde la pobreza no sólo se vivía a nivel económico, sino también en los cuerpos, en la vida cotidiana y en la falta de perspectivas de un futuro justo y digno.

La instauración de la hegemonía del modelo de acumulación neoliberal provocó estragos en el tejido industrial, en la ciencia y tecnología, transfirió a filiales extranjeras la propiedad y el comando de las principales actividades económicas, agravó los desequilibrios macroeconómicos e impulsó el endeudamiento externo hasta el límite de la insolvencia. Esto fue posible por la violencia y desaparición de miles que lucharon por una sociedad inclusiva, por el silencio impuesto a millones de argentinos y la complicidad de los poderosos grupos empresarios que se vieron favorecidos por la especulación financiera.

El sistema de salud no se encuentra ajeno a este proceso, sufriendo un debilitamiento sistemático, la desconcentración, des-

centralización y privatización fueron medidas que debilitaron a la salud y la transformaron en un bien mercantil capaz de ser ofertado, demandado, vendido, comprado. La confianza excesiva en el papel del mercado conllevó una visión restringida sobre el rol del Estado, asignándole una función residual.

En el siglo XXI la salud debe ser analizada en el marco de las ideas y acciones postuladas por la gestión del presidente Néstor Kirchner (2003-2007) y en la actual de Cristina Fernández de Kirchner (2007-2011 y 2011-2015), las cuales han generado fuertes debates sobre el cambio de tendencia que provocan en la matriz de pensamiento nacional y popular. Ambos gobiernos se han caracterizado por la recuperación de políticas de derechos humanos, además de los intentos de redistribución de la riqueza, lo que implica una reconstrucción del Estado proteccionista-integrador, que prioriza necesidades nacionales y latinoamericanas, en contraposición con lo impuesto por la dictadura militar del '76 y el menemismo de los '90 (Consenso de Washington) que conformaron los postulados de los organismos internacionales. Cuando se refiere a la salud son obligatorias políticas de acceso a toda la población, sobre las cuales no se avanza o se lo hace de manera lenta y contradictoria con políticas focalizadas, selectivas y mercantiles, tal como sucede en el mercado de medicamentos, vacunas e insumos médicos. Cómo mejorar la distribución de la riqueza, cómo devolver justicia social y dignidad al pueblo –en palabras de Carrillo–, sin tomar decisiones y acciones que lo cataloguen como una gestión “autoritaria”, con “falta de diálogo”, tal como califican los medios de comunicación autodefinidos como “independientes”.

Desde la última dictadura militar (1976-1983) hasta inicios del siglo XXI, la Argentina se convirtió en un país pobre, inequitativo y desigual. Décadas perdidas, donde la pobreza no sólo se vivía a nivel económico, sino también en los cuerpos, en la vida cotidiana y en la falta de perspectivas de un futuro justo y digno.

Algunos indicadores sociales sobre la salud colectiva

¿Por qué los indicadores sociales ayudan a definir qué es la salud colectiva? Es en América latina a mediados del siglo XX donde se produce un quiebre teórico y práctico, se empieza a abandonar la concepción biomédica dominante de la salud, basada en el paradigma microbiano y la lógica individual.

Se transforma la visión de la salud y la medicina social en el contexto latinoamericano, considerando las condiciones del empleo, la vivienda, el ambiente, etc., a partir de las prácticas culturales, políticas, históricas y sociales de este continente. En el siglo XXI es ineludible que la calidad de vida de los sujetos depende de la pobreza, la desigualdad, la alimentación, el empleo, la educación, la vivienda, etc., y no sólo de cuestiones biológicas-genéticas.

Si bien son imprescindibles las acciones de los médicos (tienen poder desde el examen prenatal hasta la suspensión de la resucitación), también son significativos “los determinantes sociales que conforman un amplio conjunto de condiciones de tipo social y político que afectan decisivamente a la salud individual y colectiva, a la salud pública”.

Estos determinantes sociales de la salud y la enfermedad son centrales porque hacen hincapié en la posición socioeconómica, la estructura y la clase social y, a la vez, algunos elementos materiales como son las condiciones de vida y de trabajo, los factores biológicos y los psicosociales. Se muestra que los problemas de salud se sobreviven en comunidad, son influidos e influyen en el contexto macro social.

Para la salud colectiva es necesaria la participación de profesionales que provengan de diferentes disciplinas: sociología, demografía, epidemiología, biología, psicología, historia, ciencias políticas, ecología, etc., una interacción multidisciplinaria que esté al servicio de un modelo solidario. Saberes que no sólo piensan el cuerpo biológico y la solución a través de “remedios-medicamentos” para cada patología, sino que ponen su eje en otras cuestiones, en los “remedios-recursos estructurales”.

“Remedios estructurales” que se visualizan en la disputa para erradicar la pobreza, el establecimiento de redes de agua potable, cloacas domiciliarias, viviendas sin hacinamiento, una mejor alimentación, buenas condiciones laborales, ingreso salarial mínimo, jubilaciones y pensiones, entre otros determinantes que optimizan la vida. Asimismo se centra en las mejoras intra-sectoriales: deberían potenciarse prácticas integrales de APS, acciones mano de obra intensivas, la producción pública de medicamentos, vacunas y tecnología médica de calidad.

Resumiendo, para conseguir salud colectiva en Latinoamérica es necesario utilizar herramientas estratégicas que permitan mejorarla de manera integral, fomentando los remedios de prevención estructural (intra y extrasectoriales), “(...) profundizando la comprensión del proceso salud-enfermedad [atención] como proceso social”. Generar políticas activas, enfrentando a los sectores con poder de cabildeo que buscan mercantilizar la vida, útiles para aumentar la legitimidad de los gobiernos, mejorando la salud de y para todos.



Evolución de algunos indicadores sociales en la última década en la Argentina

A partir del año 2003, los gobiernos kirchneristas han buscado resignificar y resimbolizar la participación del pueblo como protagonista político, a partir de una serie de avances en políticas de derechos humanos, sociales, culturales y económicos:

- ▶ La recuperación de fuentes de trabajo.
- ▶ La posibilidad de discutir condiciones laborales, paritarias.
- ▶ La recuperación y estatización de AySA, YPF y de los fondos privatizados de las AFJP.
- ▶ La apertura a las jubilaciones y pensiones (por ejemplo: amas de casa y empleadas domésticas).
- ▶ La política de memoria, verdad y justicia para con los crímenes de lesa humanidad.
- ▶ La Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual (26.522/09).
- ▶ La Ley de Matrimonio Igualitario (26618/10) y la Ley de Identidad de Género (26.743/12).
- ▶ La Ley de Migraciones (25.871/03).
- ▶ La Ley de Salud Mental (26.657/10).
- ▶ La Ley Nacional de Violencia contra la Mujer (26.485/09).
- ▶ La Ley de Producción Pública de Medicamentos (26.688/11).
- ▶ La Ley de Educación Nacional (26.206/06), la creación de diferentes universidades nacionales y el apoyo a la ciencia y tecnología.



Por último, se debe nombrar las evidentes políticas públicas que cambian la lógica individualista y de focalización, tales como la Asignación Universal por Hijo y la Asignación Universal por Embarazo para la Protección Social (decretos 1602/09 y 446/11). Asimismo se pueden considerar algunos indicadores estadísticos sobre cómo se ha modificado la situación de la Argentina:

1) El Índice de Desarrollo Humano (IDH). Para el año 2013 la Argentina presenta un IDH de 0.808, es un país sobresaliente con Desarrollo Humano muy alto para las Naciones Unidas, si se lo compara con el año 2000 cuando tenía un IDH de 0.753, y frente al promedio de los países de América latina y el Caribe (0.740). Este índice internacional considera la esperanza de vida al nacer, el nivel de alfabetización adulta, el nivel de estudios alcanzados y el PBI per cápita, evaluando el acceso a los recursos económicos para que los habitantes tengan un nivel de vida decente.

2) Pobreza e indigencia. La Argentina es uno de los países donde se observa una clara disminución de la pobreza e indigencia. Según la CEPAL, la pobreza en los hogares era de 42,7% y la indigencia era de 20,4% en el primer semestre de 2003. Mientras que en el año 2012 la pobreza pasó a ser de 4,3% y la indigencia de 1,7%.

El Banco Mundial ha confirmado una disminución en los indicadores en la Argentina, situando a la pobreza en 10,8% y a la pobreza extrema en 4,7% en el 2012. Cabe aclarar que a partir del 2008 se está experimentando un deterioro en la economía mundial, que en América latina se vivencia como un proceso de desaceleración de la disminución de la pobreza y la indigencia.

3) Índice de Gini o índice que mide la desigualdad. Vale explicar que si un índice de Gini es de 0 representa una equidad perfecta, mientras que un índice de 1 representa una

inequidad perfecta. Si se compara el Gini en la Argentina en los últimos diez años, se puede determinar una disminución de la desigualdad, ya que en 2002 este índice era de 0.578, mientras que en 2013 el mismo se establece en 0.425.

4) Distribución de ingresos. Diferencia entre el quintil más rico (20% de la población con más ingreso) y el quintil más pobre (20% con menos ingreso), permitiendo observar la brecha entre los que más y menos ingresos tienen. En el 2002 el 20% con más ingreso ganaba 20,6% más que el 20% de la población con menos ingreso; en la actualidad esta diferencia bajó al 13,2%.

5) Jubilaciones. Si bien ya se nombró la importancia de la estatización de los fondos previsionales privatizados en la década de los '90, es más radical cuando se observa la apertura a las jubilaciones/pensiones, ya que la cobertura a los adultos mayores de 65 años pasó del 63,8% al 90,7%. Si se analiza por sexo esta mejora es mayor porque en los hombres pasó del 69,3% al 87,2% y en las mujeres del 60% al 93%. Se mejora la calidad de vida y la salud de "nuestros mayores" (esta incorporación implica al PAMI –Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados–).

6) Inversión pública en infraestructura (con participación privada). Es interesante comparar cómo ha aumentado el monto asignado en infraestructura en diferentes sectores, entre los períodos 2000-2005 y 2006-2012. Telecomunicaciones: la inversión pasó (en millones) de U\$S 5.836,8 a U\$S 11.269,2. Energía: el monto pasó (en millones) de U\$S 3.826,9 a U\$S 4.949,5. Transporte: el monto pasó (en millones) de U\$S 203,6 a U\$S 1.653,1 (no se cuenta la multiplicación de fondos realizados a transporte público en 2013-2014, período de más inversión).

El sistema de salud no se encuentra ajeno a este proceso, sufriendo un debilitamiento sistemático, la desconcentración, descentralización y privatización fueron medidas que debilitaron a la salud y la transformaron en un bien mercantil capaz de ser ofertado, demandado, vendido, comprado.

Por último, se debe particularizar a las inversiones en Agua y Saneamiento, ya que durante el período 2000-2005 el monto (en millones) fue de U\$S 791,6. Sin embargo, se estipuló un plan de expansión que contempló (en millones) U\$S 5.748 en el período de 2008-2020 para agua potable y desagües cloacales.

Hay una relación directa entre inversión pública en infraestructura, esencialmente agua y saneamiento, con la salud, ya que más acceso a agua potable y cloacas implica menos mortalidad infantil. Tal como señala la DEIS (Dirección de Estadísticas e Información de Salud) la Tasa de Mortalidad Infantil como un indicador directo de la calidad de vida, pasó de ser de 16,5% en el año 2003 a 11,1% en el año 2013.

Para continuar el debate sobre cómo mejorar la salud colectiva

Estas decisiones políticas consumadas desde la médula nacional son un avance indirecto para la salud de los argentinos; ahora bien, ¿por qué no se ha generado un cambio en el seno del sector salud? No se han plasmado políticas de salud universales que continúen la línea política-económica-social postulada desde este proyecto, mientras que la continuidad de la focalización y el avance del *establishment* neoliberal, individualista y consumidor se perpetúa en esta área de seguridad social.

Parafraseando a Rachid, los procesos industriales farmacéuticos tienen una política agresiva de medicalización que llevan a participar del 32% del gasto total de salud de nuestro país y en el año 2014 con un monto que alcanza prácticamente los 50 mil millones de pesos, sin considerar el gasto de los pacientes particulares en este rubro.

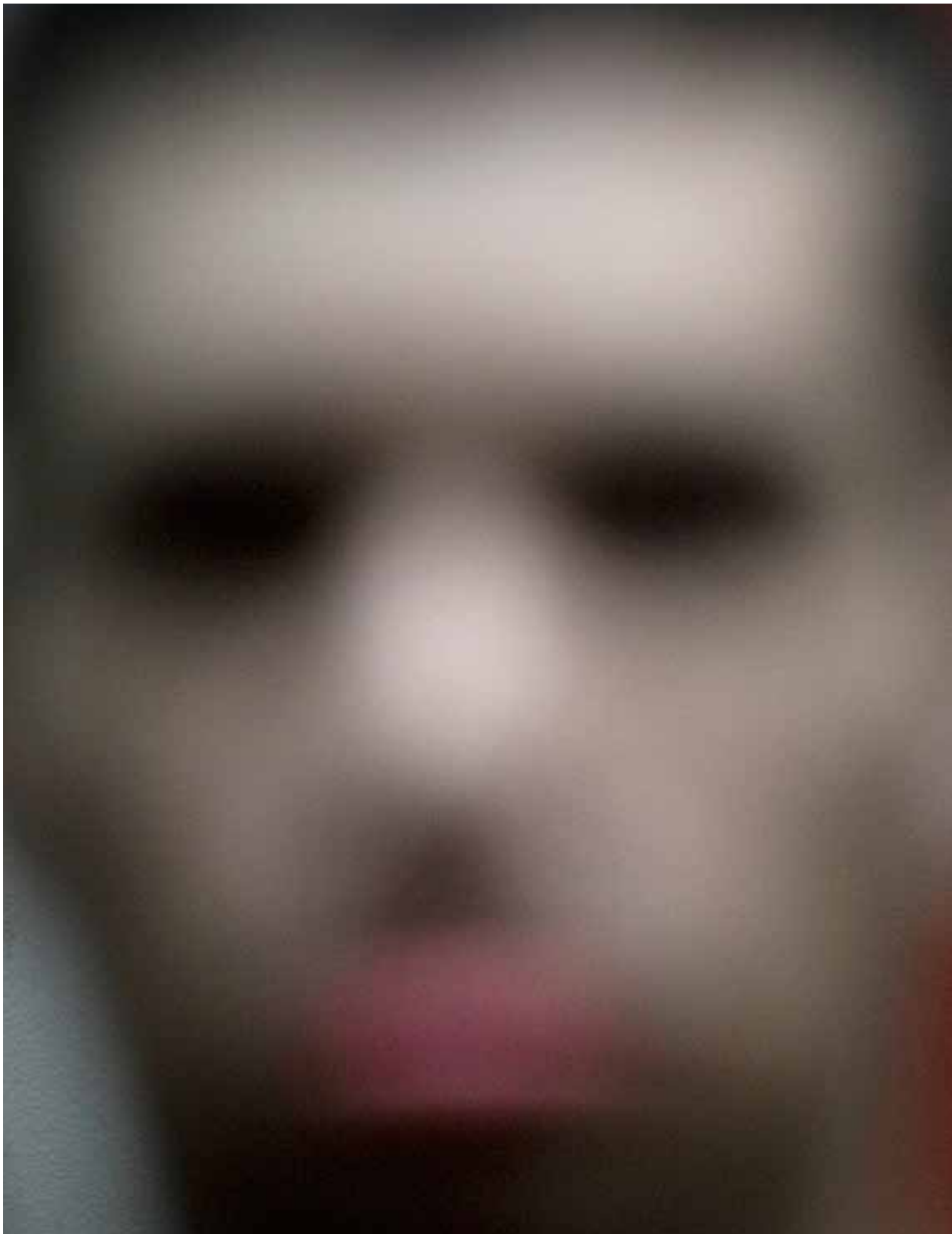
Se confirma la dificultad –a mediano plazo– de reconstruir un modelo nacional de salud solidario que posea una concepción nacional y popular, esto significa no sólo un plan de producción pública de medicamentos/vacunas/insumos sino que la salud sea parte de este proyecto, donde se recupere el rol del Estado, se fortalezca al sistema público y no se lo piense para la enfermedad. Tres cuestiones para continuar el debate... Tres ejes que ya había planteado Ramón Carrillo en el *Plan Sintético de Salud Pública* (1951).

1) “Cultura y Educación Sanitaria”: formar una conciencia sanitaria popular sobre el valor de la salud y el modo de protegerla. Debe hacerse con un “alto y refinado sentido periodístico” para que no sea ineficaz y costosa.

2) “Investigaciones Científicas”: orientarlas no sólo a cuestiones biológicas sino a una medicina para las masas: trabajo, vivienda, hábitos, alimentación, deportes, medicina preventiva, recuperación social de los enfermos, psicología médica, etc.

3) “Industrias Sanitarias y Farmacias”: promover el desarrollo de las industrias críticas que ayuden a curar a los enfermos y conservar la salud. La industria sanitaria debe declararse de interés general, medicamentos, vacunas, equipos, muebles, materiales sanitarios.

Tres temas que marcan la trascendencia de conseguir un “Modelo Nacional de Salud Solidario”, para lo cual es indispensable recuperar el Ministerio de Salud como parte del Estado protectorista e integrador que se ha buscado en los últimos 10 años; porque seguir “poniéndose de pie” –porque la Salud no es sólo el cuerpo individual, la biología de cada sujeto, sino que “el cuerpo de la población”– no puede quedar en manos de quienes lucran, sino que es responsabilidad del Estado.



por HÉCTOR SEIA. *Médico
psicoterapeuta. Especialista en Salud
Mental de los Trabajadores*

LUEGO DE LA DEVASTACIÓN CAUSADA POR EL NEOLIBERALISMO, EN AMÉRICA LATINA SE ESTÁ TRATANDO DE RECREAR NUEVAS FORMAS DE CONVIVENCIA Y RECONOCIMIENTO. FRENTE A LA MEDICALIZACIÓN GENERALIZADA, NUEVAS TERAPIAS Y TRATAMIENTOS GANAN LUGAR PARA PONER EN DISCUSIÓN UN MODELO BASADO EN EL LUCRO Y LA MERCANTILIZACIÓN, PARA PASAR A OTRO CENTRADO EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.

**SALUD MENTAL ES
POLÍTICA. ESBOZO
PARA UN DEBATE**

I

El término salud mental (SM) fue creado luego de la Segunda Guerra Mundial, y sus contenidos y objetivos fueron motivados por la destructividad inaudita de tal hecho histórico. El I Congreso Internacional de Salud Mental tuvo lugar en Londres en 1946.

Según lo establecido en tal encuentro multidisciplinario, el propósito de la salud mental era el estudio de la violencia y la destructividad de individuos y colectivos humanos, su conceptualización y la puesta en práctica de condiciones de existencia que promovieran el desarrollo de potencias autónomas y solidarias, de carácter creativo, que actúen de manera hegemónica por sobre las fuerzas depredadoras.

Se abría de esta manera un amplísimo campo que interesaba, teórica y prácticamente, a toda la extensión y profundidad de la vida humana; modo de crianza, educación, trabajo y demás condiciones en donde se desarrollan los individuos y los grupos.

El razonamiento inicial de la SM era el siguiente: si determinada formación de sujeto había sido capaz de provocar tamaño triunfo de la muerte y la destrucción, tendrían que existir las posibilidades para lo contrario, es decir, para la provocación de un crecimiento en potencia y en constructividad.

El manifiesto de ese primer congreso, titulado “Salud Mental y Ciudadanía”, expresa: “Los estudios sobre desarrollo humano indican que el comportamiento es modificable a lo largo de la vida, especialmente durante la infancia y la adolescencia, por el contacto humano. El examen de las instituciones sociales de muchos países muestra que estas también pueden ser modificadas. Estas posibilidades recientemente reconocidas proporcionan fundamentos para mejorar las relaciones humanas, para liberar potencialidades constructivas y para modificar las instituciones en aras del bien común”.

Por lo tanto se puede señalar a la SM como el conjunto de saberes y acciones tendientes a la producción de subjetividades, a la generación de hombres y mujeres autónomos y solidarios, cuyo protagonismo se oriente a la creación de la vida y al respeto a la diversidad humana. Significa, en última ratio, el tipo de relación entre individuos y grupos concretos, en situaciones también concretas, que pueden establecer vínculos convivenciales y no destructivos y, por eso mismo, círculos virtuosos de inclusión (en el sentido material y simbólico). Y esto es el sentido raigal de

la palabra y un proceso político, y que incluye a todas las dimensiones de la política: lo micro, lo macro; lo molecular, lo molar.

La SM no es una disciplina específica, sino el direccionamiento de los grupos hacia perspectivas que pueden ser progresivas si discurren hacia la inclusión, el reconocimiento y la aceptación de la diversidad, y pueden ser regresivas si tienen la tensión contraria.

La SM es el proceder en los distintos campos de las vinculaciones humanas (primeras relaciones objetales, educación, esfera laboral, vida cotidiana, distintas configuraciones institucionales, etc.) con el cometido de abrir un espacio al desarrollo de individuos y grupos críticos a las dominaciones y sensibles a la explotación y al desprecio. Esto último es importante: una sensibilidad concreta frente al otro: punto cero de lo político.

No debe confundirse SM con los componentes que integran lo

que se puede nombrar como *dispositivo Psi*: psiquiatría, psicología, psicoanálisis, psicoterapia, psicofármacos, enfermedades mentales, hospitales psiquiátricos, etc. Disciplinas como la psiquiatría pueden hacer (o no) aportes a la SM, y esta, por otra parte, no es el antónimo de enfermedad mental. Esto último, “enfermedad mental”, es un concepto, cuanto menos, discutible. No es la SM sólo un emprendimiento de expertos. Es, sí, un diseño que va adquiriendo complejidad y multidimensión por el aporte de diferentes disciplinas y experiencias. Incluidos, pero muy selectivamente, algunos componentes del mencionado *dispositivo Psi*. Todo este bagaje tiene que ser empoderado por los grupos más diversos, verdaderos sujetos de la acción que, por ser plural, social, pasa a ser actividad popular. Se descuenta que todo lo expresado, y como toda tarea humana, está condicionado por lo áspero y contingente de la realidad,

las contradicciones y las resistencias de dentro y de fuera de las personas, como la oposición de intereses dentro de la sociedad y la fragmentación de la misma en clases, estatus, etc. Fácilmente queda fuera de juego cualquier facilismo o utopismo. Las relaciones intersubjetivas están marcadas por signos de poder y de resistencia, y es tarea política darles articulación y sentido a esas relaciones signadas también por la gradualidad y reversibilidad. Lo determinante, en suma, es el enfilamiento del accionar social: hacia lo progresivo o hacia lo regresivo.

Lo que corrientemente se denomina neoliberalismo (también queremos discutir este rótulo) ha provocado, y provoca, profundas corrupciones (en el sentido original del término) en el seno de las sociedades, desde hace décadas, generando una crisis civilizatoria hegemonizada por la pulsión de muerte (a esta no se la debe tomar como una cuestión puramente psicologista).

Las relaciones intersubjetivas están marcadas por signos de poder y de resistencia, y es tarea política darles articulación y sentido a esas relaciones signadas también por la gradualidad y reversibilidad. Lo determinante, en suma, es el enfilamiento del accionar social: hacia lo progresivo o hacia lo regresivo.

II

Lo expuesto más arriba nos sirve para dar marco a los problemas concretos de malestar y sufrimiento subjetivo e intersubjetivo, que no son otra cosa que el objeto de la psiquiatría, la psicología, la psicopatología, las psicoterapias, etc.; componentes del *dispositivo Psi* que funcionan en el sentido de describir las diversas formas de dichos padecimientos y su remediación. Y es en el modo que tienen las estrategias que monta el dispositivo para cumplir sus funciones, el que permite leer el sentido, la significación de las operaciones puestas en juego en este campo de la salud. A saber: 1) si están propulsadas por una fuerza hegemónica que produce exclusión, falta de reconocimiento y cosificación (vectores estos de poder, por lo tanto de carácter político), y 2) por la presencia de una resistencia (que a su vez puja por lograr la hegemonía, también) que tiende a provocar vínculos que estén abiertos a incluir cada vez mayores formaciones humanas, más diversas y más reconocidas entre sí.

Son dos modalidades de enfrentar los problemas de salud mental, incluyendo las posibilidades intermedias, constituyéndose en actos políticos plenos, ya sea en un plano macro como lo son las políticas de Estado (por comisión u omisión) o en el nivel micro o molecular de relaciones concretas interpersonales: “Lo personal es político”, sostiene un postulado del movimiento feminista, que legítimamente puede extenderse a toda experiencia social.

El campo *psi* ha quedado, en gran parte, bajo el dominio de las corporaciones farmacéuticas, las que tienen la potestad de imponer clasificaciones de trastornos mentales, ampliando progresivamente el número de los mismos y ordenando la prescripción medicamentosa en cada uno de ellos. La proliferación de entidades patológicas lleva a una medicalización generalizada y se transforma en herramienta de control social. La mercantilización radical y la falta de controles y de una investigación independiente de los intereses corporativos producen iatrogenias por doquier y atentan contra el uso racional de los psicofármacos (que son recursos insustituibles).

Persisten, también, las prácticas manicomiales, cuya monstruosidad es tan potente que exime de cualquier argumentación. Junto a la de asilar coexisten diversas discursividades psicológicas, sustentadas en procedimientos puramente hipotéticos-deductivos que mantienen una relación tangencial con la realidad de los padecimientos, contrariamente a lo que se proponen sus referentes.

Todas estas prácticas (y otras) conforman un plexo de hierro, y funciona maquinalmente excluyendo, deshumanizando, estigmatizando y violando derechos humanos elementales.

Hay que señalar que la actual Ley Nacional de Salud Mental apunta a revertir, en parte, las tendencias regresivas en la materia: también contribuyen en este sentido las políticas de ampliación de derechos. Contribuye a desmontar a las máquinas represivas. No obstante, todas estas políticas constituyen un continente que deberá ser llenado necesariamente, cotidianamente, con el contenido protagónico de los sujetos reales. Hay que sumar, además, diversas experiencias en prevención y asistencia, que disponen de cualidades humanistas, incluyentes y liberadoras: son potencialidades que es necesario hacerlas confluir e integrarlas en una sistemática abierta.

Se puede señalar a la SM como el conjunto de saberes y acciones tendientes a la producción de subjetividades, a la generación de hombres y mujeres autónomos y solidarios, cuyo protagonismo se oriente a la creación de la vida y al respeto a la diversidad humana.

III

La etapa del capitalismo denominada neoliberalismo destruyó el tejido social material y simbólico, las redes capilares de la comunidad, derechos sociales y laborales, mediante el terror y el genocidio. La pulsión de muerte desatada. Las subjetividades quedaron a expensas de ese campo magnético destructivo. En América latina se está reaccionando y se está tratando de recrear nuevas formas de convivencia y reconocimiento, en un contexto de contradicciones y discontinuidades, relatividades e iluminaciones. Y errores. Como todo lo humano: como todo hecho político. No es poco.



A composite image featuring a human skull and a yellow flower. The skull is positioned in the upper right, showing a cracked and weathered surface. Below it, a vibrant yellow flower with a dark brown center is in full bloom. The background is a dark, textured blue-grey. A white text box with a pointed right side is overlaid on the left, containing the author's name and credentials.

por OSVALDO SAIDÓN. *Médico
psicoanalista. Analista institucional.
Docente universitario en universidades de
Brasil, Argentina y Bolivia*

LA PROMULGACIÓN DE LA LEY DE SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS HA REABIERTO UN DEBATE SOBRE LAS CONCEPCIONES DE LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO, LA UTILIZACIÓN EXAGERADA DE PSICOFÁRMACOS Y LA NECESIDAD DE INTERNACIÓN. LA SISTEMÁTICA PATOLOGIZACIÓN DE LOS SECTORES VULNERABLES DE LA SOCIEDAD TIENE COMO FIN EL EJERCICIO DEL CONTROL PERMANENTE. ES HORA DE TERMINAR DE UNA VEZ CON ESTA CONCEPCIÓN QUE LIGA LA LOCURA A LA PÉRDIDA DE DERECHOS CIUDADANOS.

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

A partir de la discusión y la promulgación de la ley de salud mental y derechos humanos, se ha reabierto un debate sobre las políticas que se llevan adelante tanto por parte del Estado, como de los trabajadores de la salud mental en general.

Las concepciones en este campo sobre lo normal y lo patológico, la utilización exagerada de los psicofármacos, la necesidad de internación, las responsabilidades legales que se derivan de las internaciones involuntarias son temas de discusión y de opiniones encontradas. Es una confrontación bienvenida ya que este es un campo abierto, en devenir, sin definiciones consagradas, que se va modificando con el desarrollo de las ciencias, con las concepciones ideológicas de época y con los cambios que se generan en las costumbres y en los procesos culturales en curso. Las decisiones que se toman, las medidas que se impulsen y los recursos que se orienten para ello, deben ser discutidos y comunicados de forma que puedan ser acompañadas tanto por los usuarios, los familiares de los pacientes y los trabajadores de salud mental en el sentido mas amplio del término.

Cuando decimos políticas, nos referimos por un lado a las accio-

nes y las leyes que posibiliten una mejor atención, prevención y rehabilitación en el campo de la salud mental, y por otro lado, a la promoción de prácticas de inclusión que garanticen la accesibilidad, la equidad y la sustentabilidad de las acciones terapéuticas en este campo.

En ese sentido, la ley de salud mental y derechos humanos, aprobada ya hace cuatro años por unanimidad en el Congreso, es un instrumento que permite sentar las bases de este tipo de acciones y conduce a una serie de medidas que implican desde una política antimanicomial hasta una reforma psiquiátrica que debe tocar los fundamentos de muchas de las prácticas que hoy se realizan. La profundidad de la transformación necesaria ha levantado, como era de suponer, la resistencia de los sectores más corporativos (ciertas asociaciones de profesionales) y hasta el boicot de los grupos más ligados a los privilegios que les otorga un sistema de salud mental medicalizado y de tipo asilar (las diferentes instituciones de encierro y los grupos ligados a los grandes laboratorios).

Pero como decíamos antes, las políticas de salud mental ponen en evidencia que este campo es un campo de conflictos, donde

La profundidad de la transformación necesaria ha levantado, como era de suponer, la resistencia de los sectores más corporativos (ciertas asociaciones de profesionales) y hasta el boicot de los grupos más ligados a los privilegios que les otorga un sistema de salud mental medicalizado y de tipo asilar (las diferentes instituciones de encierro y los grupos ligados a los grandes laboratorios).

se cruzan no sólo diversos intereses sino también diversas ideologías y concepciones de mundo.

La alegría, la tristeza, la salud, lo normal y patológico, los afectos, los pensamientos, la razón y la desazón no son definiciones acabadas sino un campo de debate y de experimentaciones, donde el cambio de época también juega un papel preponderante.

En el año 1998 publicamos un libro con el mismo nombre que hoy lleva este artículo: *Políticas de salud mental*. En esa época no hablábamos de las posibilidades de la ley de salud mental, sino de las características que una política de salud mental debería darse en tiempos de ajuste.

Allí concluíamos nuestro artículo hace ya más de 15 años con una advertencia que hoy se ha transformado en un combate posible de ser dado en el proceso de desmanicomialización que la ley propugna. Decíamos allí: “La burocracia psiquiatrizante encuentra frecuentemente entre sus empleados (técnicos, enfermeros, administradores, psicoterapeutas) la mano de obra dispuesta a darle sentido a toda esa rareza institucional que se genera alrededor de la locura considerada exclusivamente como enfermedad mental. Rareza que cuando deja de tomar la forma del asilo represor del electroshock y las rejas, toma las características de campos de rehabilitación para drogadictos, viejos, anoréxicos, donde se reactualiza la misma ideología asilar. Las buenas intenciones que mantienen la sobrevivencia de los manicomios, y las diversas estructuras asilares no pueden dilatar más la necesidad de acabar de una vez por todas con esa política absurda que termina ligando la locura a la pérdida de los derechos ciudadanos”.

Es por eso que la consigna ya antigua que dice que el problema no es el manicomio como institución sino el que llevamos en nuestras propias cabezas, mantiene siempre su actualidad. Terminábamos diciendo: “Nuestros programas deberían estar orientados también a contraefectuar la producción de posicio-

nes ambivalentes que las políticas de ajuste promueven en nuestra propia subjetividad”.

Esta demora que hoy persiste con una ley aprobada y reglamentada muestra la existencia de posiciones ambivalentes en relación a las transformaciones necesarias para llevar a cabo, por ejemplo, el cierre definitivo de los manicomios. Es llamativo que las intenciones que llevaba esta política, de terminar de una vez por todas con los manicomios, ya se ha trastocado en una reglamentación que posterga el cierre de los mismos para el año 2020. Son tres las cuestiones que deben tenerse en cuenta si queremos encarar una verdadera reforma de la salud mental y en todas ellas debemos tener en cuenta el sujeto social que es el destinatario y hacedor de esta reforma.

Las cuestiones son predominantemente el sistema de atención, y rehabilitación, las acciones de prevención y atención primaria, y la formación.

En ese sentido, las acciones a encarar van mucho más allá de

la sanción de una ley y de la presencia más o menos activa del Estado en la promoción y defensa de su aplicación.

En estos años hemos visto con cierta inquietud la desimplicación y el desinterés que grandes sectores directamente afectados por esta cuestión han mostrado en relación al tema. Esto abarca a los profesionales de la salud, a los funcionarios, e incluso a muchos de los usuarios que siguen todos ellos aferrados a las características que cierta tradición psiquiátrica-asilar y medicalizante le ha impuesto al campo de la salud mental.

La problemática de la seguridad que se viene imponiendo como paradigma dominante en relación a la conflictiva social ha retrotraído la discusión a temas más ligados a cuestiones legales, como los diagnósticos de peligrosidad, de adicción o de inhabilitación; con la presencia dominante de peritos especialistas orientando los diagnósticos e indicando los tratamientos a manera de sentencias a ser ejecutadas.

La discusión de estas cuestiones desde una perspectiva de los

La caracterización de los sectores más diversos: drogadictos, suburbanos, extranjeros, sin trabajo o sin tierra, como grupos de riesgo muestra la crueldad que se puede desatar cuando se califica de patológicos los conflictos sociales que se suscitan.

derechos humanos es un adelanto en relación a cómo se pueden reenfocar estos temas, posibilitando un cuestionamiento de ciertas prácticas y el desarrollo de nuevas y originales experiencias comunitarias y de prevención en salud mental.

De lo que se trata desde una perspectiva de los derechos humanos es de conquistar una restitución de la ciudadanía a aquellos que han sido históricamente catalogados como enfermos mentales y sus diferentes derivaciones: locos, adictos, débiles, perversos, etc.

Pero la cuestión de la ciudadanía, como decíamos antes, implica una discusión en una democracia participativa, de toda la diversidad que se expresa en el devenir social. La tendencia mediática hacia los binarios de bueno-malo, corrupto-decente, enfermo-normal cada vez se expande más en un discurso de la frivolidad, que hace que los sectores más responsables por esta situación actúen movidos más por cierto tipo de pensamientos binarios que por una idea de la complejidad que está presente

en todas las acciones que se realizan en el campo de la salud mental.

Me referiré brevemente a nuestra pequeña historia en este campo, que comienza allí por los años '60 y que al cumplir más de 50 años, nos muestra hoy la necesidad y las dificultades de hacer valer una ley aprobada casi por unanimidad en el Congreso. Han aparecido renovadas resistencias desde los mismos sectores que siempre, de algún modo, quisieron que nada pase, o en todo caso que sólo cambie algo para que en realidad nada cambie.

Este gatopardismo que viene siempre acompañando todo tipo de reformas en nuestro campo, hoy es sustentado básicamente por los sectores mejor consolidados en el campo de la ciencia médica. Las asociaciones profesionales, la industria farmacéutica, el campo académico, y hasta los alumnos y los pacientes. El desafío es entonces crear una masa crítica, y promover una comunicación, para llevar una verdadera reforma psiquiátrica que nuestra historia en este campo se merece.



Las buenas intenciones que mantienen la sobrevivencia de los manicomios y las diversas estructuras asilares no pueden dilatar más la necesidad de acabar de una vez por todas con esa política absurda que termina ligando la locura a la pérdida de los derechos ciudadanos.

En nuestra historia la construcción de una política de salud mental más equitativa, más democrática y sobre todo más inventiva, estuvo ligada al debate político cultural que se vivía en la Argentina de los años '60 y '70.

Luego, fue en los finales de los ochenta, con el retorno a la democracia, que se volvieron a plantear cuestiones como la salud popular o las residencias interdisciplinarias, como un modo de reponer algo de aquello que quedó interrumpido por la barbarie de la represión y del terrorismo de Estado.

Es por eso que esta ley de salud mental y derechos humanos es hija de esas luchas y es en ese sentido que debemos entender el concepto de lo antimanicomial en nuestra cultura.

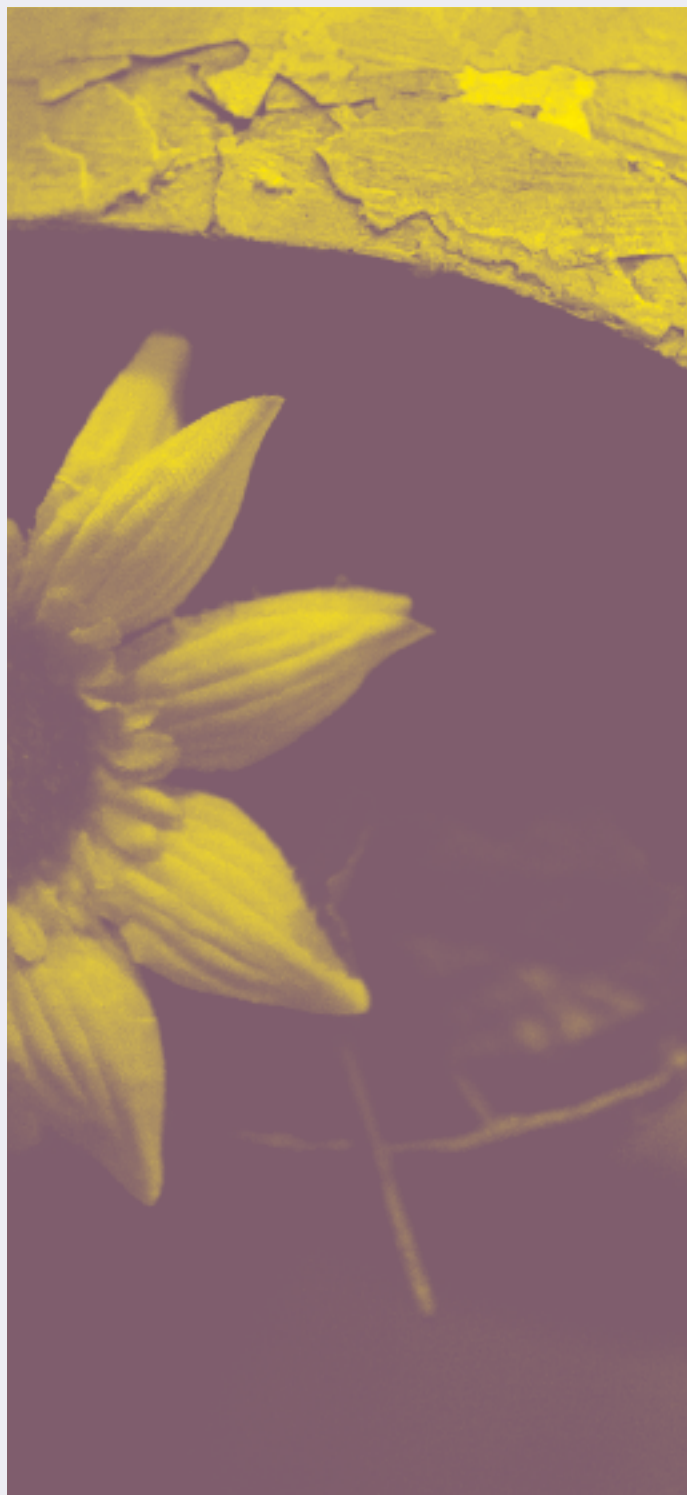
El entusiasmo que se desplegó en los años '70 y en los '80 en las políticas antimanicomiales dio lugar a experiencias todavía fértiles tanto en Latinoamérica como en Europa. Experiencias pioneras como las de Trieste Santos y Río Negro, para citar sólo aquellas que más influencia tuvieron entre nuestros compañeros y colegas. Eran trabajos que invitaban no sólo a cambiar las cosas sino a cambiar las propias vidas.

Digamos entonces de lo que se trata cuando hablamos de cambio en relación al poder: nos referimos a intervenciones micro-políticas que actúen sobre el tejido institucional que organizan y dan sentido a nuestro cotidiano.

La experiencia en diversos lugares donde se encararon profundas reformas psiquiátricas demuestra que en el campo de la salud mental no basta con intenciones progresistas o intentos humanizadores de las prácticas. Hay una radicalidad del pensamiento, una necesidad de subvertir las ideas tradicionales sobre el significado de la cura y de la peligrosidad que debe llevarse adelante para no caer en la situación de que algo cambie aparentemente para que en lo esencial todo siga igual. Es imposible pensar el movimiento antimanicomial si no es junto a los diferentes movimientos sociales que vienen haciéndose lugar en nuestra contemporaneidad; desde los movimientos de liberación de la mujer y de liberación homosexual, hasta movimientos de los sin tierra o los diferentes movimientos contra las violencias discriminatorias.

Seguimos observando que la política asilar pudo ser criticada a partir de una ley y por las reglamentaciones de funcionamiento de los servicios pero el manicomio persiste en la cabeza tanto de los usuarios como de los atendientes, e incluso en aquellos que se colocan en el lugar de los científicos.

Toda una política de buenas intenciones, de realización de cuidados, de preocupación por la situación social de los internados, a veces sin proponérselo, ha servido de argumento para mantener el *statu quo* y postergar la realización de nuevas experien-

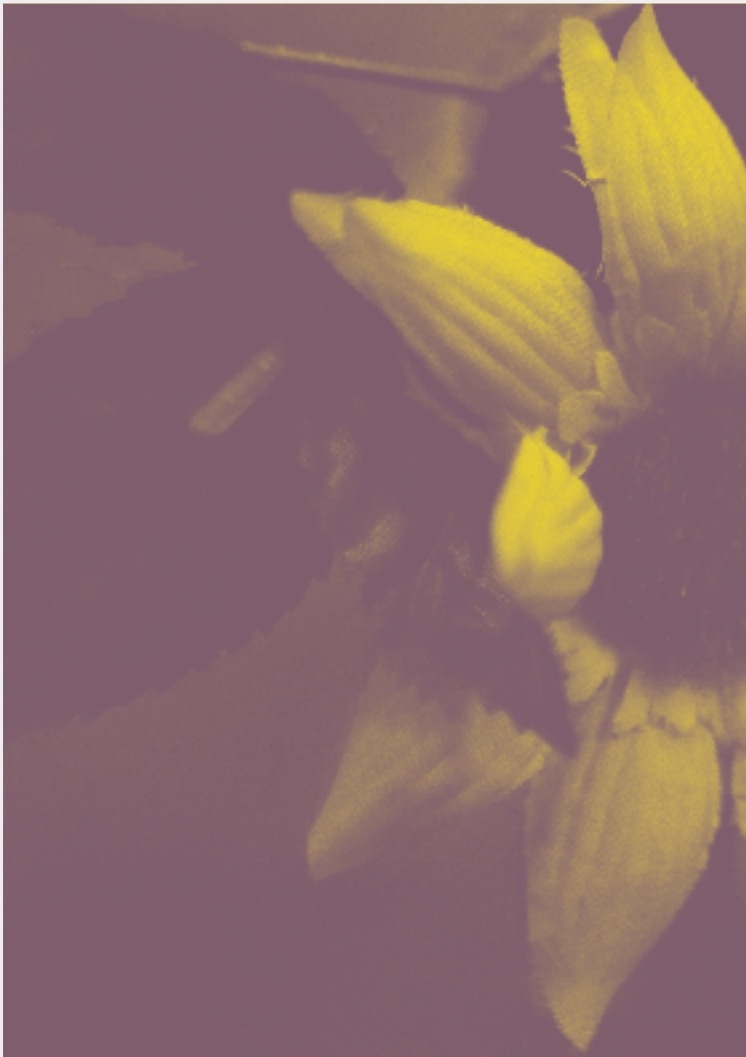


cias. Esto ha sido aprovechado por las corporaciones médicas y o sindicales y por los laboratorios, para no ceder sus privilegios de ser quienes deciden y usufructúan los beneficios económicos que rinde una cierta política sanitaria en este campo. Todo esto a pesar de que ha sido más que demostrado que la relación costo beneficio en la atención psiquiátrica mejora sensiblemente con las políticas antimanicomiales.

La caracterización de los sectores más diversos: drogadictos, suburbanos, extranjeros, sin trabajo o sin tierra, como grupos de riesgo, muestra la crueldad que se puede desatar cuando se califica de patológicos los conflictos sociales que se suscitan. Esta patologización tiene como fin el establecimiento de un control permanente, traducido muchas veces en acciones sanitarias y pedagógicas que acaban arrojando al residuo de la segregación a sectores cada vez más amplios de la población. Hoy entonces, cuando a la salud mental se la liga a los derechos humanos y a una recuperación de la ciudadanía, tenemos ocasión de revertir este proceso y dar a las prácticas de salud un destino que contribuya a la producción de una subjetividad más inclusiva y solidaria. Pero no faltan los que aprovechan la preponderancia que toman las cuestiones de seguridad en las grandes ciudades para proponer acciones regresivas, y protegerse así de las consecuencias que implicaría dejar cierta hegemonía del poder psiquiátrico moralizante y correr los riesgos de enfrentar la vida de nuevos e impensados modos.

La caída de los ideales de transformación social, y las llamadas políticas realistas o posibilistas que se vienen pregonando, contribuyen a la gestación de esa voluntad de nada, a la que Nietzsche mencionaba como característica del nihilismo de la modernidad.

En ese sentido la promulgación de la ley, las políticas que recomienda, el cambio de paradigma que propone en relación a la internación y la interdisciplinariedad, abren la posibilidad de un debate renovado sobre cuestiones que pueden devolverles incluso a los propios trabajadores de la salud mental un sentido novedoso y un entusiasmo sobre su labor, llevándolos a experimentar más allá de las tradicionales fórmulas psicoanalíticas o medicalizantes. Se inaugura para los jóvenes profesionales una serie de prácticas que van desde desenvolver experiencias de salud mental en los hospitales polivalentes junto a todas las otras especialidades, a plantear nuevos modos de formación y prácticas cada vez mas democratizantes y comunitarias, junto a los usuarios y los familiares.



La promulgación de la ley, las políticas que recomienda, el cambio de paradigma que propone en relación a la internación y la interdisciplinariedad, abren la posibilidad de un debate renovado sobre cuestiones que pueden devolverles incluso a los propios trabajadores de la salud mental un sentido novedoso y un entusiasmo sobre su labor, llevándolos a experimentar más allá de las tradicionales formulas psicoanalíticas o medicalizantes.

Claro que esto sólo se conquistará si la decisión política del gobierno acompaña esta ley a través de una reasignación de los recursos, y cuidando y afirmando con nombramientos, con recursos económicos y política comunicacional cada una de las cuestiones aquí planteadas.

En estos tiempos, por otra parte, la sociedad civil, sus grupos, sus instituciones, tienen una ocasión de retomar el optimismo de la acción ante el pesimismo de la razón, como decía Franco Basaglia, que lideró el movimiento antimanicomial en Italia y contribuyó a expandirlo por el resto del mundo.

No nos falta teoría crítica en este campo. Hoy de lo que se trata, y ese es el desafío, es de la construcción de los dispositivos que posibiliten una expresión de las subjetividades en curso.

Conocemos a la sociedad en tanto objeto disciplinario y estructura institucional. Pero lo que está en juego es ese otro social no reductible que está presente en inconmensurables historias de vida cotidiana, en instituciones, comunidades, grupos y espacios instituyentes.

Hoy hay decenas de redes, de frentes de salud mental nacionales y o regionales atentos a la aplicación de dispositivos de transformación y asimismo vigilantes ante las regresiones y la resistencia al cambio que esta política genera. Sabemos básicamente que el poder es local, es territorial, es un micropoder y de esa característica obtiene su eficacia.

Entonces es allí donde debe ser enfrentado, cuestionado, desviado, en la búsqueda y promoción de nuevos sentidos que saquen a la idea de salud mental de la cronicidad a la que fue condenada. En la creación de contrapoderes localizados, en innumerables experiencias de economía social, de frentes de artistas, es donde la vida podrá encontrar otras formas de expresión que eviten el estigma y el diagnóstico patologizante. Es tarea de los funcionarios detectar estas posibilidades, apoyarlas; es nuestra tarea ayudar a devolver el entusiasmo por una actitud que lleve a pensar la propia vida y la de nuestros semejantes en toda su diversidad y expandirla, como dicen nuestros

hermanos brasileños en su reforma sanitaria, “sin miedo de ser feliz”.

Por último queremos observar que la pata jurídica que lleva esta ley se viene desarrollando más y mejor que la propiamente ligada a la salud. En ese sentido es importante ligar las iniciativas de reforma en el campo de la salud mental a las transformaciones en el campo de la salud en general. Hago más en ese sentido las afirmaciones hechas recientemente por nuestro maestro Mario Testa en el reportaje que se publica en este mismo número, en relación a las dificultades de implementar políticas de transformación en salud. Allí dice: “Me parece que uno de los principales problemas que enfrenta el campo de la salud es que la temática general de la salud no está en la agenda del Estado (ni del nacional ni de la provincia de Buenos Aires, ni de la CABA, y tampoco de los otros Estados provinciales). Y eso no es sólo responsabilidad de los respectivos gobiernos (aunque tienen mucho que ver con eso) sino también de todos/as nosotros/as, que no hemos sabido o no hemos podido (y en algunos casos tal vez no hemos querido) hacernos cargo del asunto”.

Más adelante afirma en relación a la producción de nuevos sujetos sociales: “Esa función sólo puede realizarse en el espacio público que es el espacio de construcción de la historia; sin ella la vida no tiene sentido. Cuando estas ideas se hacen carne en nosotros, están dadas las condiciones ¡por fin! para que emerjan los sujetos que pueden trascender los espacios individuales y los núcleos de reconocimientos corporativos sectoriales para dar lugar a miradas y acciones que integren a los otros, los distintos o los que el sistema deja por fuera”.

El modo de ir creando una subjetividad que permita introducir estos cambios es colocarnos cada vez más en el lugar de los usuarios del sistema de salud, implicarnos en los problemas en que se encuentra la gente en relación a sus angustias, la violencia de su cotidiano, la precariedad de sus vínculos, y potenciar respuestas con dispositivos que ya desde hace tiempo son transitados en los más diversos lugares.



por **MIRYAM K. DE GORBAN**. *Coordinadora de la
Cátedra Libre de Soberanía Alimentaria. Fac. de Medicina
- UBA. Miembro del Secretariado de la Federación
Argentina de Graduados en Nutrición (FAGRAN).
Presidenta Honoraria de Médicos del Mundo*



ABORDAR LA COMPLEJA PROBLEMÁTICA DE LA SOBERANÍA ALIMENTARIA IMPLICA TENER UNA MIRADA MUY AMPLIA SOBRE EL MODO DE PRODUCIR, DE COMERCIALIZAR, DE DISTRIBUIR, DE CONSUMIR LOS ALIMENTOS DENTRO DE UN DETERMINADO CONTEXTO HISTÓRICO Y POLÍTICO. LA SUPERACIÓN DE ESTOS PROBLEMAS SE ENCUENTRA VINCULADA ESTRECHAMENTE CON LAS NOCIONES DE SOBERANÍA ECONÓMICA Y SOBERANÍA POLÍTICA, ÚNICA MANERA DE SER UN PAÍS CON DEMOCRACIA REAL Y JUSTICIA SOCIAL.

HABLEMOS DE SOBERANÍA ALIMENTARIA

“La especulación sobre los alimentos básicos, aunque sea legal, es un crimen contra la humanidad que los países democráticos deben impedir”.

Jean Ziegler, ex relator del derecho a la alimentación de la ONU

Abordar la compleja problemática de la soberanía alimentaria (SA) implica tener una mirada muy amplia sobre el modo de producir, de comercializar, de distribuir, de consumir los alimentos dentro de un determinado contexto histórico y político, y al hacerlo hoy, implica partir de un modelo capitalista de producción estrechamente ligado al modelo hegemónico mundial altamente concentrado y transnacionalizado. Significa, además, considerar que la mitad de la población mundial se halla mal alimentada, ya que 3.400 millones de personas sufren hambre y desnutrición u obesidad, y que tan sólo el 6% de ella consume el 50% de la producción. Desde nuestro origen como nación, y de resultados de la distribución del trabajo en el plano internacional, nacimos como productores de materias primas, descuidando el desarrollo del mercado interno. Ya inicialmente esa producción estuvo concentrada en pocas manos, dando lugar a una oligarquía terra-

teniente cuyos resabios “modernizados” se hacen sentir hasta hoy. Y desde entonces la presencia extranjera se hizo sentir en la economía. Primero fue el dominio colonial de España, que continuó el imperialismo inglés, para sucederse en el siglo pasado con el imperialismo yanqui que paulatinamente fue tomando las palancas fundamentales de ella, pasando por situaciones de avances y retrocesos, signados en un momento histórico por la política de nacionalizaciones ya en las décadas de los '40 a los '60 del siglo pasado.

La dependencia de nuestra producción agropecuaria estuvo y está ligada a las necesidades del mercado externo y en la actualidad dedicada a la producción de *commodities*, que abastece de insumos a los animales europeos y asiáticos, así como de agrocombustibles. Esa dependencia determina una vinculación estrecha con las crisis de distinto carácter que en Europa y en el resto del mundo se desarrollan. Crisis económicas y financieras, energéticas, medioambientales, alimentarias, que marcan el de-



sarrollo económico, pero en especial el bienestar o el “malestar” de los pueblos. Todas ellas influyen de manera directa o indirecta en el acceso a la alimentación de los sectores más vulnerables de la población y son determinantes en las “revueltas populares” que se desarrollaron en distintos puntos del planeta. A partir de la crisis mundial del 2008, con el fracaso de las “inversiones” inmobiliarias, se puso la mira en los alimentos, apareciendo así los “mercados de futuro” que trajeron de la mano las inversiones especulativas.

Ya lo planteaba Kissinger: manejar los alimentos como elemento de dominio de los pueblos en la década de los '70, y apuntó no sólo a los combustibles fósiles sino también a las tierras fértiles, a los bienes naturales. El maíz, la soja y el trigo, el café, el cacao y el té, el azúcar, las frutas tropicales, la palma aceitera, y la carne se convirtieron en los objetivos inversionistas. Los deterioros de los términos del intercambio hacen que se compren barato esos productos primarios y se vendan caros los necesarios para la

subsistencia, alimentos y petróleo. Detrás de toda esta madeja, siempre estuvo el “dios mercado”, los grandes intereses monopolísticos que llegaron a controlar en el 2008 el 51% de la economía mundial.

Pero esa situación no fue suficiente. Necesitaban manejar a su vez la comercialización a gran escala, y el modelo de los supermercados se desparramó por todo el planeta, haciendo que sólo 10 compañías concentraran el mercadeo no sólo de alimentos, sino también, a través del entrelazamiento de las empresas, de otros artículos considerados necesarios en la vida cotidiana. Más de una de esas empresas forman parte hoy de los fondos buitres que intentan asfixiar a nuestro país, y se destacan por ser, además, evasoras impositivas, especuladoras, formadoras de precios, pero eso sí, con “responsabilidad social empresarial”, financian a través de diversas ONG el tema de la “desnutrición infantil” en nuestro país o “las casas solidarias” o diversos planes de “alimentación saludable”.

Reuniones internacionales habidas en el último año, informes dados a conocer en estos días por el Comité de Expertos de la FAO en Seguridad Alimentaria y Nutrición, marcan lo que los movimientos sociales vienen señalando desde hace años a través de sus luchas como causales de esta situación:

- ▶ La inestabilidad y/o volatilidad de los precios de los alimentos.
- ▶ El régimen de tenencia de la tierra y su acaparamiento a escala mundial.
- ▶ El cambio climático y sus efectos.
- ▶ La producción de los llamados “biocombustibles”.
- ▶ La situación de la producción de alimentos en pequeña escala.
- ▶ El desperdicio de alimentos, sus residuos y sobrantes.

Causales a los que nosotros agregamos los efectos de la “comida chatarra” industrializada, o ultraprocesada, sobre la salud. Y en especial la de las niñas y de las generaciones más jóvenes que, por primera vez en la historia de la humanidad, se considera que su expectativa de vida ha de ser menor que la de sus antecesores. Consideramos que hay que avanzar mucho más en estos móvi-



les que muestran las raíces profundas de la inseguridad alimentaria, que significan los obstáculos que impiden a los pueblos construir las bases de su verdadera seguridad basada en los principios de la **soberanía alimentaria**.

En estos informes en ningún momento se señala el papel que juegan las empresas alimentarias, monopólicas y transnacionales que determinan qué producir, cómo comercializar, cómo distribuir, cómo y qué comer en cada lugar.

Vale la pena por lo tanto remitirse a las opiniones de Emir Sader cuando afirma, al referirse al modo de actuar de estas empresas, que accionan de acuerdo a las siguientes características:

- Ofrecer la innovación tecnológica, la necesidad de las patentes, invirtiendo en ella, no sólo en las marcas de productos industriales sino en las referidas a la naturaleza misma.
- Alta necesidad de recursos financieros, disponiendo de capitales golondrinas que especulan y generan deuda externa creando intereses que asfixian a los pueblos para cumplir con esos compromisos.
- Las deudas que así se generan toman como garantía los recursos naturales de los países, los beneficios de la renta de la tierra, apropiándose de ella, del agua, de los bosques, de los recursos estratégicos, de los minerales, a través de la modalidad denominada “extractivista” y remitiendo a los países de origen las utilidades devengadas.
- El control de los medios de comunicación, como parte de esta estrategia de poder, para intervenir políticamente en defensa de sus intereses.
- Y finalmente, cuando estos recursos se agotan, apelan al control de las armas de destrucción masiva, llevan a cabo “ocupaciones preventivas” en escenarios donde en especial se desarrollan proyectos nacionales y populares.

Resulta así que las políticas neoliberales, la globalización, se basan en las desregulaciones de los Estados, en los cambios tecnológicos, en los mercados de futuro y en el financiamiento de la economía con fondos especulativos.

Si reflexionamos sobre las opiniones del Comité de Expertos de la FAO y las de Emir Sader, podemos ver a través de ellos el reflejo de la situación estructural de nuestro país, en lo que hace a la producción y comercialización de los alimentos, caracterizada por la extranjerización y el acaparamiento de las tierras fértiles, la extensión de la frontera agropecuaria, la sobreexplotación de los suelos basados en el uso creciente y desmesurado de los llamados “fertilizantes” o “fitosanitarios”

El grado de concentración, comercialización y distribución de estas empresas hace que manejen toda la cadena alimentaria, las semillas, la compra o el arrendamiento de las tierras cultivables, los seguros, el financiamiento y finalmente la exportación, apropiándose para ello de los puertos, los ferrocarriles, las carreteras, las vías y ríos navegables, reteniendo cosechas para especular con los precios del mercado internacional y obstaculizando la recaudación impositiva prevista.

derivados del petróleo, constituyendo un paquete tecnológico que acompaña a la “siembra directa”. De resultas de este “modo de producir” crece la desertificación, la deforestación, el monocultivo, una agricultura sin agricultores, provocando migraciones internas, despoblamiento de las áreas rurales y simultáneamente el hacinamiento urbano y un desarrollo económico basado en el agronegocio, en las necesidades del mercado agroexportador. Modo de producir que no se limita a la producción de soja, que junto a este paquete es casi exclusivamente soja transgénica, sino que el uso de los agrotóxicos se utiliza a su vez para el cultivo de tabaco, de arándanos, de maíz, de arroz, que se extiende a pruebas experimentales de trigo, mandioca, azúcar y otros alimentos. La producción de transgénicos está, además, casi exclusivamente reducida en un 97% al continente americano, liderada por Estados Unidos, Brasil, Argentina y Paraguay. En Europa, donde no están permitidos, se limita su producción a las 100.000 hectáreas en España para maíz forrajero.

El grado de concentración, comercialización y distribución de estas empresas hace que manejen toda la cadena alimentaria, las semillas, la compra o el arrendamiento de las tierras cultivables, los seguros, el financiamiento y finalmente la exportación, apropiándose para ello de los puertos, los ferrocarriles, las carreteras, las vías y ríos navegables, reteniendo cosechas para

especular con los precios del mercado internacional y obstaculizando la recaudación impositiva prevista.

Podríamos señalar a grandes rasgos algunas de las características señaladas en el estudio al que nos referimos, al que deberíamos sumar aspectos socioculturales, de salud, de educación, de calidad de vida, aspectos estos que hacen a las bases de sustentación del concepto de soberanía alimentaria, que en estos documentos no se menciona.

Vemos así que a escala mundial se señala con preocupación el tema del aumento de precios y su variabilidad, referido sobre todo a los alimentos. Así lo demuestran los datos que actualiza permanentemente la FAO, y que se refieren de manera especial a los que integran la canasta básica de la población en general. Las empresas alimentarias ejercen su poder, dadas sus características, fijando los precios, participando en una “puja distributiva” que provoca situaciones inflacionarias en momentos determinados, como el de los aumentos salariales, asignaciones sociales, es decir, en momentos en que el Estado muestra su mayor presencia al aplicar una política de distribución equitativa de los bienes producidos.

Para ello se apoyan en los medios de comunicación que les son adictos, y de los que son socios, provocando un descontento generalizado en los sectores más vulnerables, generando intentos de desestabilización institucional o “golpes de mercado”.



De las 500 empresas mayores de nuestro país, 178 son nacionales y 322 extranjeras. Al analizar la concentración a la que nos referimos de algunas de las empresas alimentarias con posición dominante en el país vemos que:

PRODUCTO	EMPRESAS	% DEL MERCADO
Cerveza	Quilmes-Brahma	82%
Yerba	Las Marías-Molinos, Hreñick	50%
Enlatados	Arcor	78%
Aceite	Molinos y ADM	80%
Azúcar	Ledesma	75%
Galletitas	Danone, Kraft, Arcor	78%
Pan envasado	Bimbo-Fargo	90%
Leche	Sancor-La Serenísima	66%

Debemos agregar aquí a los supermercados dado que los 6 grupos presentes en el país manejan el 80/90% del mercado de consumo, liderados por Carrefour que posee 600 bocas de expendio distribuidas en todo el territorio.

Se especializan en la producción, comercialización y distribución de alimentos industrializados o procesados a los que algunos especialistas denominan “comestibles” y no alimentos. Y ponemos el acento en esta circunstancia, ya que la política de “Precios cuidados” elaborada para controlar la inflación lo ha hecho preferentemente señalando estos productos, fomentando su consumo, dado que se encuentran en las góndolas de los supermercados, de manera preferente.

Continuando con este análisis cabe referirse al régimen de tenencia de la tierra, que pese a las leyes de control sobre la extranjerización promulgadas últimamente, señalan una situación de gravedad. En estas leyes se ha determinado un límite a la posesión de tierras por parte de capitales o personas provenientes del exterior, un porcentaje sobre el total de la superficie territorial que no refleja la situación real, ya que si vemos el mapa oficial donde ellas están ubicadas, veremos que han superado

las cifras promedio establecidas, al asentarse en los lugares de bienes naturales como la del agua dulce, acuíferos, humedales, lagos y lagunas. Al mismo tiempo no se han considerado sus posesiones de cientos de miles de hectáreas, de las que se apropiaron en años anteriores, o la extensión de las propiedades de actores locales, en los años de las políticas neoliberales. Y aun con anterioridad. Sin embargo hoy para producir en escala no hace falta comprar tierra, basta con arrendarla por períodos determinados y al vencimiento de los contratos, una vez sobre-explotada, sólo queda un desierto.

Se estima que, hoy, un 70% de la tierra en la región pampeana no se encuentra trabajada por sus propietarios, sino por estos otros actores, bajo alguna forma de contrato temporario; además, el 50% de la superficie con granos es trabajado con maquinaria agrícola contratada. Los seis “pools” de siembra más importantes (Cresud, Grobocopatel, Adecoagro, Tejar, MSU y Cazenave) trabajan una superficie total –sumada la propia y la contratada a terceros– un 30% superior a la que poseen los 103.454 productores de todo el país, cuyas EAPs poseen 25 o menos hectáreas de superficie total.

El acaparamiento de tierras es una de las preocupaciones de los organismos internacionales. Involucra ya no a empresas, o fondos millonarios de inversión, sino a los propios Estados, como es el caso de China, pretendiendo 300.000 hectáreas en Río Negro, o las 200.000 ha en el Chaco por parte de los Emiratos Árabes, para producir alimentos para su población.

Otra de las causales de la inseguridad alimentaria se refiere a los efectos del cambio climático, ya no sólo por las situaciones de sequía o inundaciones que se suceden, sino también por las verdaderas catástrofes ambientales de los últimos tiempos que se desatan cada vez con mayor frecuencia, con temperaturas extremas, lluvias intermitentes por encima de los promedios anuales, arrasando ciudades enteras, viviendas, comercios, puentes, caminos, plazas, que afectan ya no sólo a poblaciones vulnerables con viviendas precarias sino al casco céntrico de las ciudades, como es el caso de Corrientes, Misiones, Luján, Azul, Pehuajó, entre tantas otras devastadas con familias enteras que lo han perdido todo.

A casi 20 años de la aplicación de este modelo en el país y en la región, los informes científicos, varias universidades, movimientos sociales, investigaciones realizadas con prácticas en terreno, incluso con lo que se considera la medicina basada en evidencias, están demostrando el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, obesidad y diabetes, el aumento de la morbilidad por cáncer, leucemias, malformaciones, disfunciones tiroideas, y hormonales en general, abortos frecuentes, infertilidad, celiaquías, pero además se comprueba la presencia de enfermedades agudas respiratorias, dermatológicas, oftalmológicas, neurológicas.

La organización GRAIN ha analizado esta problemática y responsabiliza al modelo productivo de más del 50% de las causas que provocan estos desastres.

La FAO señala además el tema de los biocombustibles, que nosotros denominamos agrocombustibles, como actores determinantes en la seguridad alimentaria. Los mismos se producen a partir de alimentos esenciales, como el maíz o la soja, o el etanol a partir de la caña de azúcar. Su producción entraría en competencia con la de alimentos, en razón de la demanda de tierras para esos cultivos, provocando un aumento en el precio que incide en la composición de la canasta básica de muchos pueblos. Estados Unidos destina el 60% de la producción de maíz, además transgénico, para transformarlo en combustible, lo que impacta directamente en el precio de las “tortillas” mexicanas, provocando un aumento tal que dio lugar a la llamada “revuelta de las tortillas” en 2008.

Pensemos además que el maíz es originario de México y gracias a los Tratados de Libre Comercio ha perdido su nacionalidad, disminuyendo la producción en su país siendo necesario importarlo para cubrir sus necesidades de consumo, generando una situación de dependencia que lleva a la inseguridad alimentaria.

En el año de la Agricultura Familiar, vale la pena reflexionar sobre los avances que se han producido en nuestro país en la última década, con la mayor presencia del Estado, pero que no son suficientes para impulsar en mayor medida la producción de los campesinos, pueblos originarios, y pequeños agricultores y agricultores familiares que, superando una economía de subsistencia, posean un carácter excedentario que permita el desarrollo de este tipo de producción siguiendo el modelo agroecológico garantizando la provisión de alimentos frescos y saludables a la mesa familiar. Algunas leyes en tratamiento en el Parlamento en este momento pueden contribuir a ello, en la medida en que se asignen los presupuestos necesarios para cumplir estos objetivos, leyes que se contradicen a su vez con las que están en estudio como la de semillas y la de agrotóxicos.

Poco podemos agregar sobre el tratamiento de residuos que ha sido abordado por el Comité de Expertos al que hacemos referencia, sólo reflexionar que por razones diversas la cuarta parte de lo producido se elimina en forma de sobrantes, residuos o desechos, y según algunas opiniones al respecto, ese volumen alcanzaría para aliviar el hambre del mundo.



Consideramos necesario en esta nota abordar uno de los temas más controvertidos y que se refiere a los efectos sobre la salud de los alimentos que hoy consumimos y que según nuestra mirada podemos clasificar en:

- Los que producen enfermedades **por contaminación** por el uso desmedido de los agrotóxicos y la producción de transgénicos.
- Los que llamaremos comestibles, alimentos ultraprocesados o mercancías, resultantes del modo **de producción agroindustrial**.

A partir de 1996, y con la introducción en nuestro país de la semilla transgénica, asociada a los llamados fitosanitarios o plaguicidas, que denominamos agrotóxicos, el modo de producir se modificó sustancialmente. Vino de la mano de un paquete tecnológico, de la siembra directa, del monocultivo, de los *pools* de siembra, del acaparamiento de las tierras y la extensión de la frontera agrícola, con el objetivo de producir *commodities* destinados a la exportación. Los efectos de este modelo productivo ya los señalamos, pero corresponde desarrollar los aspectos vinculados a los efectos del mismo sobre la salud de las poblaciones no sólo de las zonas cultivadas, en especial las zonas rurales, sino también en las poblaciones cercanas, en sus hospitales, en sus escuelas, en sus niños, en sus mujeres embarazadas, en sus trabajadores, extendiéndose la situación a poblaciones urbanas a través del consumo de alimentos que en ellos se producen. La experiencia desarrollada por las organizaciones sociales de Mar del Plata, llamada campaña de la Mala Sangre, realizando el análisis de sangre en las personas de esa ciudad, y que se ha extendido a otras ciudades, para detectar la presencia de agrotóxicos en ellas, está demostrando su efectividad.

En 1996, cuando Vía Campesina logra incorporar el concepto de soberanía alimentaria en la Cumbre de la Alimentación, se señalaba el peligro de considerar a los alimentos como una “mercancía”. Ya el peligro de los alimentos transgénicos estaba presente; aunque en ese momento no se contaba con suficientes elementos sobre sus efectos en la salud humana, sí se priorizaba el principio de precaución, principio convenido internacionalmente hasta que las investigaciones determinaran con certeza sus efectos nocivos. Se conocían entonces algunas reacciones adversas así como la intolerancia a los antibióticos.

A casi 20 años de la aplicación de este modelo en el país y en la región, los informes científicos, varias universidades, movimientos sociales, investigaciones realizadas con prácticas en terreno, incluso con lo que se considera la medicina basada en evidencias, están demostrando el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, obesidad y diabetes, el aumento de la morbilidad por cáncer, leucemias, malformaciones, disfunciones tiroideas, y hormonales en general, abortos frecuentes, infertilidad, celiaquías, pero además se comprueba la presencia de enfermedades agudas respiratorias, dermatológicas, oftalmológicas, neurológicas. Mapas que consideramos en algunos casos de elaboración popular o ciudadana como los elaborados por las Madres de Ituzaingó, por las Madres de San Salvador, en Entre Ríos, por los pobladores de Monte Maíz, del Ministerio de Salud del Chaco, de la Red de Médicos de Pueblos Fumigados, de las Cátedras de Salud Socio Ambiental de la Facultad de Medicina de Rosario, o de la Cátedra de Neonatología de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba, de los trabajos de campo en pueblos y ciudades ubicadas en las regiones de cultivo

de la pampa húmeda en Santa Fe, Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, zonas fumigadas por vía aérea, o con cualquier otro método, o de almacenamiento de estos productos o del tratamiento de sus envases ya sean de glifosato o de otros plaguicidas, son la prueba evidente de la situación sanitaria comprometida en la que nos hallamos.

Las investigaciones de Andrés Carrasco, científico de relieve internacional recientemente fallecido, que descubre los efectos del glifosato sobre la fertilidad y las malformaciones, y sus acciones como disruptor endocrino, enfrentando los resultados experimentales dados a conocer por Monsanto, resultan lapidarias. Más aún si se considera que en estos años el consumo de agrotóxicos aumentó en un 858% sin que se aumentara la productividad en la misma medida.

En julio de este año se llevó a cabo en Pekín, China, el Foro Internacional de Seguridad Alimentaria y Agricultura Sustentable, convocado por la Sociedad China de Investigación en Estrategias de Desarrollo, y la Universidad de Finanzas y Economía del Yunnan (China), cuyos resultados ha hecho públicos la Comisión de Seguridad y Soberanía Alimentaria del Consejo Consultivo de la Sociedad Civil de la Cancillería Argentina (CCSC). En él participó una importante delegación argentina junto a científicos de 14 países, desde Estados Unidos hasta Taiwán. Se reflejaron allí, en cada uno de los países participantes, los efectos nefastos del modelo productivo, similares a los nuestros; y en él la delegación argentina explicitó las evidencias señaladas.

Los chinos utilizan los productos de soja transgénica que importan de Estados Unidos, Brasil y Argentina no sólo como alimen-

El acaparamiento de tierras es una de las preocupaciones de los organismos internacionales. Involucra ya no a empresas, o fondos millonarios de inversión, sino a los propios Estados, como es el caso de China, pretendiendo 300.000 hectáreas en Río Negro, o las 200.000 ha en el Chaco por parte de los Emiratos Árabes, para producir alimentos para su población.

Las empresas alimentarias ejercen su poder, dadas sus características, fijando los precios, participando en una “puja distributiva” que provoca situaciones inflacionarias en momentos determinados, como el de los aumentos salariales, asignaciones sociales, es decir, en momentos en que el Estado muestra su mayor presencia al aplicar una política de distribución equitativa de los bienes producidos.

to para su ganado sino en forma de aceite comestible utilizado en restaurantes, comedores escolares, cantinas militares y es de uso común en todos los hogares. Según lo informado por su delegación, la salud de la población se ha ido deteriorando en los últimos años, registrando un aumento en la tasa de malformaciones, depresiones severas en adultos mayores, las tasas de pubertad precoz en las niñas aumentó en 10 veces, el autismo en los niños en 100 veces, así como la diabetes tipo 2 en 11,7 veces. Pero lo notable es la tasa de cáncer infantil, que alcanza a uno de cada 10.000 niños siendo prevalentes la leucemia, linfoma maligno, tumores cerebrales, entre otros.

La primera medida tomada ha sido prohibir el consumo de aceite de soja en el ejército y comenzar la sustitución de la soja transgénica por la que no lo es.

Cabe entonces la pregunta: ¿a qué mercado dirigiremos nuestra producción en el corto plazo? ¿Tomamos medidas para sustituir los transgénicos? ¿Y el negocio que significa la asociación con los agrotóxicos de distinto carácter y el paquete tecnológico? ¿Cómo se sustituye? Y las escuelas de Entre Ríos que en el 80% son fumigadas, ¿podrán esperar que se tomen medidas similares?

La Defensoría del Pueblo de la Nación se ha pronunciado al respecto y se ha dirigido a distintos ministerios en protección de los niños de estas escuelas para que los organismos que correspondan monitoreen y arbitren los medios necesarios para reducir la exposición a los agrotóxicos en el ambiente escolar. Asimismo, el Defensor exhortó al Jefe de Gabinete de Ministros para que arbitre los medios necesarios que incentiven la producción agroecológica, considerando la posibilidad de establecer subsidios o reducciones impositivas en los tributos nacionales que gravan este tipo de actividad.

¿No consideramos esta medida como ejemplar y que debe ser asumida por los distintos estamentos gubernamentales, ya sean ejecutivos, legislativos o judiciales?

Desde nuestra mirada reflexionamos también sobre los efectos de este modelo productivo que se hace sentir en otros aspectos de nuestra alimentación, y que no se limitan solamente a las fumigaciones o contactos directos con los agrotóxicos, sino también que sus resabios se hallan en los alimentos de consumo habitual en lo que llamamos “alimentos industrializados” o ultra-procesados, mercancías o comestibles.

Estos son productos alimenticios que se elaboran conteniendo poco o nada de alimentos enteros, sobras de carne, aceites y grasas, azúcar, harinas, proteínas y otros. A los que se adicionan conservantes, saborizantes, aromatizantes, se los presenta en envases coloridos y atrayentes, preparados para consumir de inmediato, en porciones pequeñas o individuales, para que tengan mayor duración y sean similares a los productos que se consideran básicos. Su colocación en el mercado requiere de intensas campañas publicitarias en los diversos medios de comunicación, publicidad que consideramos como “engañosa” y que ha merecido sanciones ejemplares, en especial de la Unión Europea.



Estos aditivos no se explicitan en la información nutricional que debe estar presente en el etiquetado, sino que sus denominaciones se expresan por siglas o fórmulas químicas de difícil interpretación. Pero además casi todas ellas tienen en su composición derivados de los productos transgénicos, como la soja, o el jarabe de maíz de alta fructuosa. Que están presentes en casi todos estos productos industrializados como los *snacks*, las golosinas, las galletitas, los productos de panadería, sopas y preparaciones instantáneas, procesados de carne, amasados de pastelería, pero de manera especial el “veneno silencioso”, como se denomina al Jarabe de Maíz de Alta Fructuosa (JMAF), presente en las gaseosas, que interfiere la secreción de insulina y leptina, es adictivo y obesogénico, provocando hiperactividad en los niños y déficit de su atención. Al considerarlo pensemos que lideramos el consumo de gaseosas en el mundo. Y somos terceros en el consumo de galletitas después de Holanda y Bélgica y primeros en América. Monteiro, de la Universidad de San Pablo (Brasil), sostiene que el incremento en la producción y consumo de estos productos es

la fuerza principal del sistema alimentario global y el principal determinante de la pandemia de obesidad, agregando que nos movemos cada vez más hacia una dieta compuesta de estos productos que tienen bajo valor nutricional y se asocian a enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes.

Además los aditivos usados en la producción de estos comestibles, y en especial algunos de ellos, actúan sobre el desarrollo cognoscitivo de los niños, sobre el incremento de su actividad, y los hace difíciles, alterando su conducta social y su aprendizaje. El autismo se incrementó de tal manera que hoy 1 de cada 5 niños norteamericanos lo es.

Reflexiones finales: las consideraciones desarrolladas dan cuenta de los obstáculos que se presentan para garantizar la seguridad alimentaria a la sociedad en su conjunto. No es intención nuestra en esta oportunidad la de ofrecer propuestas que contribuyan a sustituir este modelo productivo, como lo hacemos permanentemente, pero sí señalar algunos aspectos que se relacionan con el contenido de esta nota y que pensamos resultan adecuados para el momento en que nos toca vivir.

Recomendamos por lo tanto:

- ▶ Políticas públicas que fijen el rol prevalente del Estado como regulador del modelo productivo.
- ▶ Políticas agrícolas, fiscales, de abastecimiento.
- ▶ Leyes y reglamentaciones que prohíban el uso de los agrotóxicos, el acaparamiento de las tierras fértiles y favorezcan el estímulo a la producción de los agricultores familiares, poblaciones originarias y campesinos.
- ▶ Estrategias comunicacionales que prioricen los mensajes de salud y las recomendaciones y pautas de alimentación saludable.
- ▶ Limitar y proteger a la población del uso de los alimentos ultraprocesados, con campañas y acciones similares a las desarrolladas con el tabaco.
- ▶ Promover las compras gubernamentales en las instituciones públicas, escuelas, hospitales, cárceles, hogares de menores y de adultos mayores de alimentos sanos producidos por los agricultores familiares.
- ▶ Desarrollar una verdadera campaña de Educación Alimentaria, a través de los diversos medios de comunicación.
- ▶ Mejorar la oferta y el acceso de toda la población a alimentos saludables.
- ▶ Optar entre la agroecología o el agronegocio.

Concluimos afirmando que la superación de los problemas señalados en esta oportunidad resulta prioritaria para garantizar la soberanía alimentaria no como un hecho aislado, ni declamatorio, sino vinculado estrechamente a la soberanía económica, a la soberanía política de un país con democracia real y justicia social.





SOJA, AMBIENTE Y SALUD: DEBATES PENDIENTES EN RELACIÓN AL ACTUAL MODELO DE DESARROLLO PARA EL CAMPO ARGENTINO

EL NEOLIBERALISMO EN NUESTRO PAÍS DEJÓ UNA PROFUNDA TRANSFORMACIÓN EN EL SECTOR AGRARIO. SUS EFECTOS VAN DESDE LA PÉRDIDA DE SOBERANÍA ALIMENTARIA HASTA UN DRAMÁTICO AUMENTO DE LAS ENFERMEDADES GRAVES VINCULADAS AL USO INDISCRIMINADO DE AGROQUÍMICOS. UN FENÓMENO QUE TODAVÍA NO CONOCE LAS REALES DIMENSIONES DE SUS CONSECUENCIAS. UN DEBATE URGENTE Y NECESARIO.

por **FERNANDO BARRI**. *Centro de Ecología
y Recursos Naturales Renovables, Universidad
Nacional de Córdoba, Investigador del CONICET*



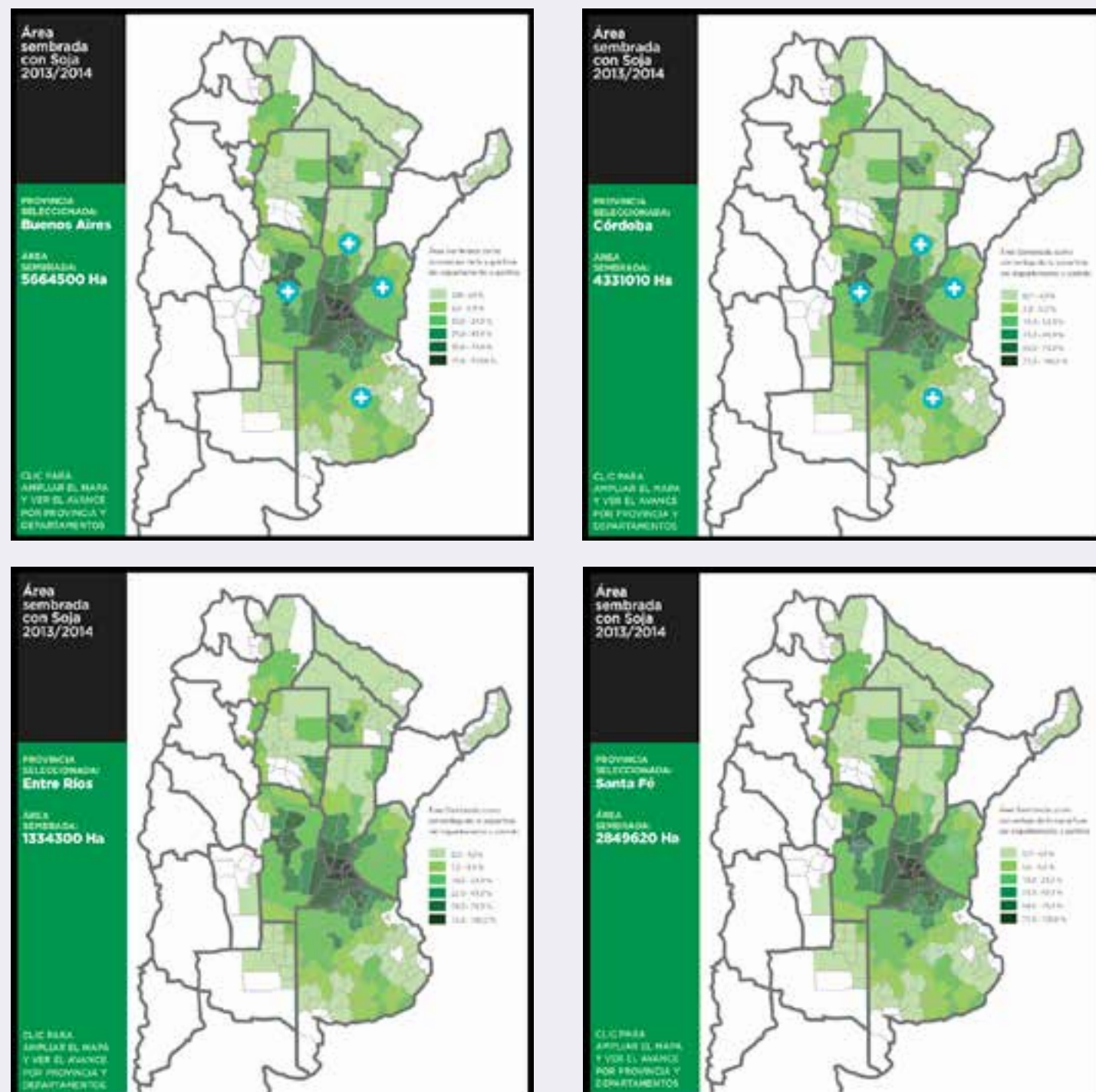
El modelo sojero de desarrollo

Una de las consecuencias mas negativas que ha dejado el neoliberalismo en la Argentina durante la década de los '90, aunque tal vez una de las menos mencionadas, fue la dramática transformación del modelo productivo para el sector agrario. Si bien históricamente el campo argentino se caracterizó por presentar una matriz oligárquica (basta recordar el reparto de grandes extensiones de tierras entre los terratenientes de la Sociedad Rural luego de la “conquista del desierto”), no fue hasta mediados de los años '60 del siglo pasado, de la mano de la llamada “revolución verde”, que comienza el proceso de mutación de las relaciones productivas del campo, cuya consecuencia más directa fue el deterioro de las condiciones de vida del campesinado. Sin embargo, en este proceso de avance tecnológico y crecimiento de la agroindustria, todavía el peso relativo de los pequeños y medianos productores era importante, y las economías regionales, aunque en crisis, mantenían su relativa importancia dentro del modelo económico, conteniendo a la población rural, aunque de manera desigual, dentro de este esquema productivo. No fue hasta la llegada de soja transgénica de Monsanto a principios de los años '90, aprobada en tiempo récord y sin estudios previos, que se produjeron profundas y complejas modificaciones en el sistema agroalimentario nacional, cuyas consecuencias sociales y ambientales aún no han sido consideradas en toda su magnitud.

El llamado “modelo sojero de desarrollo” se instaló con tanta fuerza en la Argentina que entre 1996 y 2008 la superficie sembrada de soja transgénica pasó de menos de 7 millones a más de 19 millones de hectáreas (el 55% de la superficie cultivada en el país) (Figura 1), incrementándose su producción de 15 millones a más de 50 millones de toneladas. Si bien hubo un intento por parte del Estado nacional de frenar la “sojización” en 2008 a partir de un incremento de las retenciones a la exportación de soja, la crisis política generada por las oligarquías terratenientes y sus aliados (entre ellos gran parte de los partidos políticos opositores y los medios de comunicación) logró torcer el brazo del gobierno y afianzar el poder de los sectores capitalizados del sector rural y los agronegocios. A partir de ese momento la producción intensiva y masiva de soja transgénica dejó de ser una discusión, al punto que se impulsó aún más su desarrollo en el país, llegando a plantearse estrategias para incrementar la superficie cultivada de este grano en un 27% en el territorio del país (Programa Estratégico Agropecuario 2010-2016).



Figura 1
Superficie sembrada de soja transgénica en 2013-2014 en la República Argentina



Destrucción del campesinado y pérdida de soberanía alimentaria

Una de las particularidades del neoliberalismo es la irrupción del capitalismo global en los sectores agrarios mediante lo que ha sido señalado como el “proceso neocolonial de acumulación por expropiación”. Así, la aplicación de las políticas neoliberales en los países del llamado Tercer Mundo tuvo como resultado directo la masiva expropiación de la tierra y los recursos naturales, hecho que afectó profundamente las bases materiales de la reproducción social. En la Argentina este proceso fue establecido a partir de la racionalidad científico-tecnológica, que implicó que la agricultura industrial virara hacia una creciente artificialización de los procesos biológicos implicados en el manejo de los recursos, la mecanización y agroquimización del trabajo. La consecuencia más directa de esta nueva ideología productivista es la desaparición de la “agricultura como forma de vida”, siendo sustituida bajo los esquemas racionalizadores que impone el mercado por una “agricultura como negocio”, donde los agricultores dejaron de participar en la toma de decisiones sobre las formas de producción.

Así, de la mano de la llegada de la soja transgénica al país, se comienza a aplicar en la década de los '90 una serie de “medidas complementarias” que a la postre lograrían acabar con el campesinado argentino. Por ejemplo, inspirado en las políticas enunciadas en el Consenso de Washington, el decreto nacional 2284/91 de “desregulación de la actividad agropecuaria” implicó un giro radical que desarmó todo el andamiaje institucional que había sostenido el modelo de desarrollo agropecuario desde las décadas de los '30 y los '40, librando a las reglas del mercado la regulación de la actividad comercial, financiera y productiva del sistema agropecuario. Estas recetas neoliberales aplicadas al

sector agrario provocaron el endeudamiento y posterior remate de campos de los pequeños productores, quienes tomaron créditos usurarios que luego no pudieron afrontar. En efecto, al realizarse el Censo Nacional Agropecuario del año 2002 la cifra de los pequeños y medianos productores (poseedores de entre 0,5 y 50 ha y entre 51 y 500 ha, respectivamente) había disminuido en 82.854 con respecto al censo de 1988.

A su vez, el modelo sojero de desarrollo implica claramente la pérdida de soberanía alimentaria en nuestro país. Un informe de la Cátedra Nacional de Economía Arturo Jauretche de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires muestra que el incremento en el precio interno de los alimentos registrado entre 2006 y 2012 se explica en gran medida por el alza internacional de las cotizaciones de los granos y oleaginosas de exportación. Por su parte, el Programa Estratégico Agropecuario 2010-2016 afectará directamente a las economías regionales del interior del país, dejando en condiciones muy desfavorables a los 240.000 pequeños productores (con superficies menores a las 50 ha) dedicados a cultivos diversificados de la agricultura familiar, quienes aportan el 50% de lo que se consume en el país en frutas, legumbres, hortalizas, té, yerba mate, etcétera.

Más dramáticas han sido aún las consecuencias para las comunidades campesinas e indígenas, acosadas por el avance indiscriminado de la frontera agropecuaria. La Red Agroforestal del Chaco relevó que entre las 6 provincias que representan la región chaqueña, hay 153 casos de conflictos por la tierra, con 97.995 personas afectadas y un total de 1.720.158 hectáreas involucradas. Este despojo de las tierras ha sido acompañado además de una escalada de violencia que se ha cobrado desde 2009 la muerte de decenas de campesinos e indígenas del interior profundo de nuestro país.

Destrucción de los recursos naturales

El cambio de uso de la tierra es uno de los principales factores que afectan a la conservación de la biodiversidad, llevando a la inexorable pérdida de recursos naturales. A la vez, la deforestación produce una importante fuente de emisiones de dióxido de carbono a la atmósfera incrementando el cambio climático global. Actualmente la FAO señala a la pérdida de bosques nativos como una de las principales problemáticas ambientales que atraviesa el planeta. Ello se debe en parte a que la pérdida de bosques nativos está íntimamente vinculada con la disminución de la calidad de vida de millones de personas en el mundo, y a que muchos de los servicios ecosistémicos esenciales de los que se proveen las sociedades actuales provienen de sistemas boscosos. Los bosques nativos representan además la mayor biomasa vegetal acumulada del país, poseen una amplia diversidad de recursos naturales de valor comercial, y mantienen funciones clave para el desarrollo de la sociedad. A pesar de esa increíble riqueza de recursos naturales que representan los bosques nativos en la Argentina, de las aproximadamente 160 millones de hectáreas de cobertura boscosa con que contaba su superficie original, para 2007 sólo quedaban 28 millones de hectáreas. Los bosques brindan además servicios ambientales esenciales, entre ellos su contribución a la regulación de los ciclos climáticos, del

agua, de los nutrientes y la formación de suelos. Si bien no se poseen datos precisos sobre el total de la biodiversidad existente en los bosques nativos de la Argentina, se estima que en conjunto los mismos albergan más del 70% de su biodiversidad.

A pesar de lo importante que es para el futuro de nuestra sociedad la preservación de los bosques nativos, la implantación del modelo sojero de desarrollo en la Argentina trajo como consecuencia directa una deforestación masiva de los bosques de la región chaqueña, producto del avance de la frontera agropecuaria impulsada por el neoliberalismo. La búsqueda de nuevas tierras para el cultivo de esta oleaginosa a partir de mediados de los años '90 (que pasó de 38.000 ha cultivadas en 1970 a 16 millones en 2006) ha ido en desmedro de los bosques nativos. Esta masiva deforestación, si bien ha incrementado la producción de granos para exportación, al haberse realizado en regiones no aptas para la agricultura intensiva, ha provocado impactos severos sobre la salud de los suelos, aumentado la pérdida de nutrientes y desertificación de extensas áreas del país. Ni siquiera las nuevas leyes de protección de bosques nativos han logrado frenar esta sangría ambiental. Un informe de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación da cuenta de que la tasa de deforestación no se redujo significativamente, siendo las provincias de la región chaqueña las mas afectadas (Tabla 1).

Tabla 1: Superficies de hectáreas deforestadas en las principales provincias del Norte argentino en el período 2006–2011.

SANTIAGO DEL ESTERO	SALTA	CHACO	FORMOSA	TUCUMÁN	TOTAL
306.055	194.389	117.974	19.977	22.171	660.566

Fuente: Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación

Efectos en la salud de las poblaciones

Una de las características centrales del modelo sojero de desarrollo es la dependencia para la producción de este monocultivo del “paquete tecnológico” impuesto por los monopolios del agro-negocio. Este paquete tecnológico, que casi no es cuestionado por los organismos del Estado vinculados a la producción agropecuaria, posee una característica central: consiste en el uso de semillas transgénicas, maquinarias con poca mano de obra (un trabajador cada 100 hectáreas contra los 10 por hectárea que demanda la agricultura familiar), y la aplicación de grandes cantidades de agroquímicos y fertilizantes; generando una dependencia tal que pareciera que no hubiera otra forma posible de producir alimentos.

Pero el gran negocio de los grupos monopólicos del agrone-gocio no es la venta de las semillas transgénicas, sino de los agroquímicos que se utilizan para su producción. En efecto, el cultivo transgénico en realidad es diseñado no tanto para au-mentar la productividad como para obligar a los productores a que compren y apliquen el agroquímico asociado. Ello explica el crecimiento exponencial del uso de agroquímicos en la Ar-gentina en las últimas décadas. Actualmente se utilizan 300 millones de litros por año de agroquímicos para la producción de granos en nuestro país, de los cuales unos 200 millones son de glifosato. Ahora bien, este aspecto del paquete tecnológico ha comenzado a mostrar su cara más oscura, la contamina-ción del ambiente y los consecuentes efectos en la salud de las poblaciones.

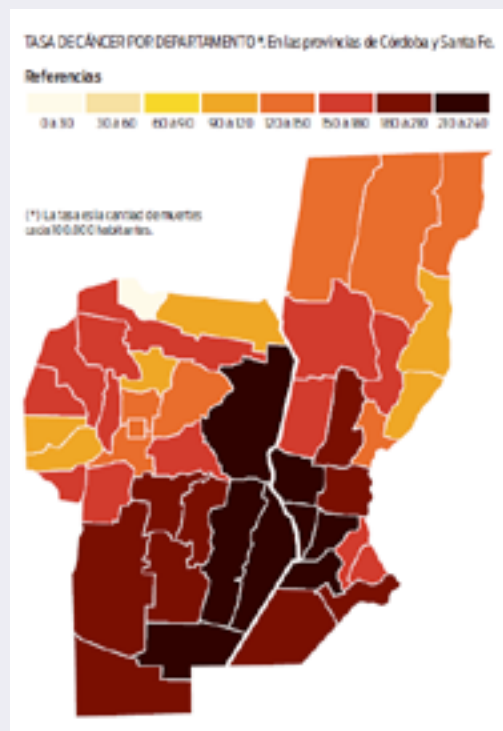
En este contexto, las conclusiones del primer encuentro nacio-nal de médicos de pueblos fumigados (2010) indican que en la última década se ha incrementado el número de casos de enfer-medades graves vinculadas al uso indiscriminado de agroquími-cos. Por ejemplo, las afecciones en vías respiratorias y problemas renales crecieron cerca de un 400%, en tanto que se triplicó el

número de bebés nacidos con malformaciones y los casos de cánceres en niños menores de diez años. Sólo para el caso del glifosato, el agroquímico más utilizado en el país, asociado a la soja transgénica de Monsanto, se han probado distintos efectos sobre la salud tales como: 1) inducir divisiones y mutaciones en células de mamíferos; 2) ser un potente disruptor hormonal e incluso puede ser letal para células placentarias; 3) generar alte-raciones en el desarrollo embrionario de vertebrados; 4) inducir necrosis celular, y 5) provocar la aparición de procesos neoplási-cos como cánceres, y malformaciones neuronales, intestinales y cardíacas.

La contaminación por el uso indiscriminado de agroquímicos ha comenzado a demostrarse en poblaciones puntuales del in-terior del país, que representan simplemente la punta de un ice-berg cuyas consecuencias sanitarias todavía son minimizadas. El primer caso que obtuvo resonancia nacional es el de Barrio Ituzaingo Anexo, en la periferia de la ciudad de Córdoba. En esta población lindante a campos cultivados con soja transgénica se detectó, a partir de diversos relevamientos epidemiológicos, la presencia de una tasa de patologías oncológicas muy superior a la media nacional, con una tendencia creciente de morbilidad y mortalidad en los años que la población sufrió fumigaciones, y la presencia de plaguicidas en sangre en más del 80% de los niños estudiados. Por su parte, otro reciente relevamiento epidemio-lógico multidisciplinario encarado por la Universidad Nacional de Córdoba en Monte Maíz, una pequeña ciudad del núcleo de producción sojera del país, reveló tasas de cáncer que quintu-plican la media nacional. Es tan clara la relación entre el uso de agroquímicos y la incidencia de esta grave enfermedad, que los registros de cáncer oficiales de las provincias de Córdoba y Santa Fe muestran que la mayor incidencia se registra en los departamentos que concentran la mayor parte de la producción de soja transgénica del país (Figura 2).

La contaminación por el uso indiscriminado de agroquímicos ha comenzado a demostrarse en poblaciones puntuales del interior del país, que representan simplemente la punta de un iceberg cuyas consecuencias sanitarias todavía son minimizadas.

Figura 2: Registros de cáncer por departamento para las provincias de Córdoba y Santa Fe



Fuente: diario La Voz del Interior, 2014

Debates pendientes en torno al actual modelo de desarrollo en Argentina

Dentro del esquema capitalista neoliberal, vastas regiones de los países subalternos, como los “territorios del sur”, cobraron un valor geoestratégico para el crecimiento del mercado financiero internacional, a partir de la posibilidad de explotación sin restricciones de los recursos naturales (agua, tierra, hidrocarburos, minerales, biodiversidad) de sus ricos ecosistemas. Una de las estrategias principales que se utilizaron para llevarlo a cabo fue la denominada “segunda revolución verde” que, a diferencia de la primera, ya no sólo fue impulsada por los Estados nacionales, sino por las multinacionales del agronegocio, cuya herramienta principal es la “biotecnología y el cientificismo-tecnológico”, con la cual desarrollan una guerra silenciosa contra los pequeños campesinos y economías tradicionales. Este tipo de modelos de desarrollo en definitiva lo que logran es incrementar la colonización de los pueblos, que se convierten en rehenes de los monopolios del agro, no sólo perdiendo sus tierras y soberanía alimentaria, sino también sufriendo la degradación de su ambiente y viendo afectada la salud de sus poblaciones.

En tal sentido el actual gobierno nacional ha mostrado algunos intentos de cortar con esta dependencia neocolonial que se impuso en el campo argentino, como el enfrentamiento con los históricos grupos terratenientes en 2008 y la actual generación de un proyecto de ley para la agricultura familiar, pero a la vez muestra profundas contradicciones al ceder a las presiones del agronegocio para tratar nuevas leyes de semillas y del uso de agroquímicos, así como sostener la instalación de Monsanto en la provincia de Córdoba, a pesar de la resistencia de su pueblo. Esto nos demuestra que, si bien las extraordinarias ganancias que ha generado el monocultivo de soja transgénica en la Argentina ha permitido motorizar la economía del país, el debate sobre las consecuencias del actual modelo sojero de desarrollo no sólo está pendiente sino que es urgente y necesario. Sólo así, resolviendo las profundas contradicciones existentes, podremos aspirar a una verdadera soberanía como pueblo y alcanzar un real desarrollo sustentable.



ANAS WAYUU, EL ÉXITO DE UNA ORGANIZACIÓN INDÍGENA DE SALUD COLOMBIANA EN MEDIO DE UN SISTEMA EN CRISIS

DESDE 1991 COLOMBIA CONSAGRÓ EN SU CONSTITUCIÓN EL DERECHO DE TODA LA POBLACIÓN A LA ATENCIÓN EN SALUD. AL MISMO TIEMPO, SE APROBÓ LA LEY QUE CREA LAS EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD (EPS). ENTRE ELLAS, LAS EPS INDÍGENAS TIENEN COMO OBJETIVO FORTALECER EL CONOCIMIENTO TRADICIONAL Y LA AUTONOMÍA DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN LOS TERRITORIOS, GARANTIZANDO LOS SERVICIOS DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE LOS MISMOS. EL CASO DE LA COMUNIDAD ANAS WAYUU.





por **JAVIER MIGNONE**. *Doctor en ciencias comunitarias de la salud. Profesor de la Universidad de Manitoba, Canadá. Investigador en temas de salud Indígena.*

por **JOHN HAROLD GÓMEZ VARGAS**. *Abogado (Bogotá, Colombia). Consultor internacional en legislación y políticas públicas para pueblos indígenas, con estudios en gestión territorial, administración pública, finanzas, presupuesto y planeación.*

Las EPS Indígenas apoyan iniciativas de soberanía nutricional, recuperación de cultivos tradicionales, prácticas de salud tradicionales, y salud intercultural. A su vez, intentan adecuar social y culturalmente los programas de salud.

La reforma constitucional de Colombia de 1991 consagró el derecho de todos los colombianos a la atención en salud, entendida como un servicio público cuya prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de los sectores públicos y privados. Simultáneamente, como parte de un plan de privatización de la atención en salud, el gobierno aprobó en 1993 la ley 100, que creó las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Esta reforma, influenciada por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, resultó en la creación de un sistema descentralizado de seguro de salud, con la intención expresa de lograr la cobertura universal hacia el fin de la década de los '90. No obstante, la cobertura universal y equitativa tardó en lograrse y aún se disputa si ha sido lograda. Aunque las cifras son debatidas, las estadísticas oficiales indican que 96% de la población tiene actualmente cobertura de seguro de salud.

Las EPS están financiadas por dos sistemas diferentes. Para segmentos de la población con suficientes recursos, está el régimen contributivo. Aquellos con empleo formal contribuyen con 4% de su sueldo y el empleador contribuye con 8,5%. Los autónomos contribuyen con el 12,5% del 40% de sus ingresos brutos. El otro sistema es del régimen subsidiado, que provee cobertura a poblaciones de bajos recursos. Está financiado por aportes que realizan los afiliados al sistema contributivo, como por fondos estatales. La legislación estipula un Plan Obligatorio de Salud, administrado por las EPS, que cubre un paquete de intervenciones en salud, casi idéntico para ambos regímenes, que incluyen servicios de promoción y prevención, baja, mediana y alta complejidad. También considera el Sistema General en Seguridad Social en Salud, la participación temporal de personas sin capacidad de pago no está en el régimen subsidiado, mientras se logra la universalidad en la afiliación. Para estas personas se previó el derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

Tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, las EPS, que pueden ser o no con fines de lucro, son responsables de administrar la cobertura de los Planes Obligatorios de Salud. Para ello el Estado les asigna una unidad de pago por capitación, recurso por cada afiliado, cuya sumatoria constituye los recursos financieros con que cuenta para atender todos los afiliados. Para la atención de los afiliados la EPS realiza contratos de servicios médicos y de promoción de la salud con Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) (centros de atención privados con o sin ánimo

de lucro) y con Empresas Sociales del Estado (ESE) (hospitales públicos y centros de salud estatales).

Comenzando en 1997, organizaciones indígenas de diferentes regiones de Colombia fueron creando seis EPS Indígenas (sin fines de lucro), a saber: Anas Wayuu, con sede en Maicao, La Guajira; Asociación Indígena del Cauca, Popayán, Cauca; Dusakawi, Valledupar, César; Mallamas, Ipiales, Nariño; Manexka, San Andrés de Sotavento, Córdoba; y Pijaos Salud, Ibagué, Tolima. En total proveen de cobertura a aproximadamente 1.180.000 personas, con unos 69.000 afiliados la EPS con menos beneficiarios, y unos 354.000 afiliados la más grande. Aunque hay aspectos similares en los procesos de creación así como en las estructuras organizativas de las seis entidades, también hay diferencias. Entre ellas está el tipo de estructuras de gobernación representativa de las comunidades indígenas. Algunas estructuras representan a varios grupos étnicos, mientras otros a uno solo y pueden estar en uno o varios departamentos del país, aun cuando la comunidad atendida no forme parte de la estructura de la EPS. Todas las EPS Indígenas han fomentado la creación de IPS Indígenas, con quienes las EPS contratan servicios. El texto de la misión de Dusakawi expresa un propósito que es común a las seis EPS Indígenas: “Fortalecer el conocimiento tradicional y la autonomía de los pueblos indígenas en los territorios; defender y promover nuestras políticas, organizando y administrando los recursos dedicados a la salud, garantizando servicios de acuerdo a las características socio-culturales de nuestros pueblos”.

Las IPS Indígenas suelen centrarse en las áreas rurales ya que el 78% de la población indígena de Colombia vive en comunidades rurales, y trabajan regularmente con los resguardos indígenas organizando brigadas de salud que llegan a comunidades aisladas. Las EPS Indígenas financian redes de promotores de salud comunitaria a través de las IPS Indígenas, quienes desarrollan e implementan programas de prevención y promoción en las comunidades. Las EPS Indígenas apoyan iniciativas de soberanía nutricional, recuperación de cultivos tradicionales, prácticas de salud tradicionales, y salud intercultural. A su vez, intentan adecuar social y culturalmente los programas de salud.

Hay evidencia de impactos positivos del trabajo de las EPS Indígenas. Por ejemplo, mayor acceso a servicios de salud para poblaciones indígenas, fortalecimiento de la prevención de enfermedad y promoción de salud comunitaria, implementación de iniciativas interculturales, servicios bilingües, y la recolección de datos social y culturalmente apropiados de determinantes sociales de salud. A su vez, aun dentro de las restricciones legales y administrativas, las EPS Indígenas han dado apoyo indirecto a

la medicina tradicional indígena. Por último, el hecho de que las EPS Indígenas contratan servicios con los hospitales públicos ha provocado que estos hayan sido impulsados a tratar a los pacientes indígenas y sus familiares con mayor respeto social y cultural. En relación al sistema general creado por la ley 100, desde hace ya unos cuantos años ha habido protestas de grupos de consumidores de servicios de salud en diferentes zonas del país, protestando por la falta de atención en salud apropiada. También ha habido instancias de renuncias masivas de profesionales de la salud debido a la falta de pago. Muchos observadores argumentan que la cobertura real no se ha incrementado y que los indicadores de salud no han mejorado desde la creación del nuevo sistema en 1993. En consecuencia, muchos argumentan que la privatización del sistema de salud ha sido esencialmente un fracaso. Cualquiera sea el caso, hay tres problemáticas serias que afronta el sistema: financiación, cobertura adecuada, y corrupción.

A pesar de que el gobierno argumenta que el sistema ha conseguido cobertura casi universal, los críticos afirman que cobertura por sí sola no es válida si no garantiza a su vez el acceso a la atención de salud. Como evidencia mencionan que se han incrementado las enfermedades infecciosas, como por ejemplo la tuberculosis. Esto demostraría serias fallas en la prevención y en la atención primaria en salud. A su vez, entre 1999 y 2012 se abrieron un millón de acciones judiciales por parte de usuarios de servicios de salud debido a que se les habían negado procedimientos y tratamientos de salud. También han existido demoras sustanciales en la provisión de medicamentos.

En lo referente a la corrupción dentro del régimen subsidiado, las EPS han sido acusadas de: incluir como afiliados a personas no existentes, cobrar sobrepagos por medicamentos y procedimientos médicos, cobrar por medicamentos no utilizados, y usar fondos del sistema para campañas políticas. El gobierno insiste con que los fondos públicos serían suficientes si fueran utilizados correctamente. Varias autoridades han abierto acciones judiciales, investigaciones administrativas y fiscales en contra de muchas EPS, argumentando que muestran signos de corrupción. Entre otras medidas, el presidente Santos ha anunciado la inyección de 672 millones de dólares para aliviar la crisis financiera de los hospitales y clínicas, así como la creación de un fondo de garantías para ayudar a las EPS en crisis. No obstante, el plan es reconfigurar el sistema. Con el posible nuevo plan, las EPS como tales pueden llegar a desaparecer, aunque serían reemplazadas por entidades con funciones similares pero con menos autonomía.

El éxito de Anas Wayuu

El pueblo Wayuu, una de las 80 etnias indígenas de Colombia, vive en La Guajira, Colombia, y en la parte noreste de Venezuela cerca del Mar Caribe. Se estima que la población Wayuu en Colombia es aproximadamente de 380 mil personas, representando el 24% de la población indígena de todo el país, y el 45% de la población del departamento de La Guajira. La mayoría vive en pequeñas aldeas rurales en toda la región. Las condiciones de vivienda varían poco entre las comunidades. El estilo principal de construcción son casas con marcos de madera y paredes enyesadas con barro. La mayoría de las viviendas no tienen agua corriente ni tampoco electricidad, aunque algunos hogares tienen generadores eléctricos. El acceso a agua potable y saneamiento es una problemática seria en las comunidades Wayuu.

Algunas comunidades Wayuu tienen escuelas primarias a una distancia cercana. La educación es gratuita y el transporte escolar es provisto por el Estado. No obstante, en algunas comunidades los niños deben caminar hasta dos kilómetros para alcanzar el bus. La educación es en wayuunaiki (lengua de los Wayuu) y castellano. Las escuelas secundarias están solamente en las

ciudades. Sólo el 33% de los niños que comienzan la escuela terminan grado 12. A la vez, aproximadamente 18% de los que viven en las comunidades rurales son analfabetos o analfabetos funcionales.

Una de las fuentes principales de ingresos es la elaboración de artesanías textiles tales como hamacas o bolsas. La cría de ganado (mayormente cabras) es de mucha importancia. También hay otras fuentes de ingreso, tales como la venta de nafta obtenida en Venezuela. A la vez, muchas familias se trasladan frecuentemente entre Colombia y Venezuela. La agricultura no se practica mucho dado las condiciones climáticas áridas.

En relación con la situación de salud de los Wayuu en Colombia, su perfil epidemiológico está ligado a la pobreza y escasez de recursos, a la geografía (escasez de agua) y la cultura (organización social y actividad económica). Las patologías más frecuentes incluyen: malnutrición, infecciones respiratorias y gastrointestinales en niños menores de cinco años; enfermedades de transmisión sexual; cáncer uterino/cervical; hipertensión; lesiones debido a violencia interpersonal; caries y otros problemas dentales.

La EPS Indígena Anas Wayuu fue creada por dos asociaciones que representan a 120 comunidades indígenas: la Asociación de Cabildos y/o Autoridades Tradicionales de la Guajira, y la Asociación Sumuywajat. La administración de Anas Wayuu responde a estas asociaciones en relación a la dirección general de la empresa. Actualmente, Anas Wayuu cuenta con 115.000 afiliados, 76% de los cuales son Wayuu, y 24% son personas no indígenas que la han escogido. Anas Wayuu es responsable por la cobertura de servicios de salud primarios, secundarios y terciarios, así como de programas de prevención y promoción. La mayoría de los empleados son Wayuu y hablan ambos idiomas (wayuunaiki y castellano). La EPS ofrece servicios de guías bilingües para las familias Wayuu que no hablan castellano y que requieren atención fuera de su región.

Como las demás EPS Indígenas, Anas Wayuu es una empresa de seguro de salud que provee cobertura en salud a través de una amplia red que incluye centros de salud, clínicas, y hospitales en el departamento de La Guajira, así como en ciudades de otras regiones de Colombia, como Cali, Bogotá, Medellín, Bucaramanga, Barranquilla, Valledupar y Santa Marta. Anas Wayuu contrata servicios con 27 IPS para actividades de promoción y prevención, de atención primaria en salud, odontología, cirugía menor, laboratorio, radiología básica, y provisión de drogas esenciales. Para urgencias y hospitalización, Anas Wayuu contrata servicios con 65 IPS y ESE en todo el país (aunque mayormente en La Guajira). Estos servicios incluyen emergencias, hospitalización, cirugías, parto, y cuidado del recién nacido. También contrata



con dos instituciones de salud de alta complejidad, para cáncer, VIH/sida, insuficiencia renal, quemaduras severas, atención cardíaca, y cuidados intensivos.

Siendo una organización de salud indígena, Anas Wayuu también apoya programas comunitarios vinculados con prácticas de salud tradicionales. Intenta articular y complementar el sistema de salud occidental con prácticas indígenas tradicionales. La noción de salud intercultural y cuidado de la salud holística es parte de la misión de Anas Wayuu. Por ejemplo, está desarrollando un programa intercultural de partos, reconociendo el rol de las parteras tradicionales.

Anas Wayuu ha sido una de las EPS más exitosas de Colombia. La satisfacción del usuario es elevada, e investigaciones periódicas la han señalado como la EPS mejor administrada. De hecho el Ministerio de Salud colombiano, que ha categorizado a las EPS en cuatro grupos (alto, medio, medio bajo, y bajo) en base a numerosos indicadores de performance, siempre ha incluido a Anas Wayuu en el grupo alto. Más aún, en el 2012 fue categorizada como número uno de todas las EPS del régimen subsidiado.

Siendo una organización de salud indígena, Anas Wayuu también apoya programas comunitarios vinculados con prácticas de salud tradicionales. Intenta articular y complementar el sistema de salud occidental con prácticas indígenas tradicionales. La noción de salud intercultural y cuidado de la salud holística es parte de la misión de Anas Wayuu.





Las IPS Indígenas suelen centrarse en las áreas rurales ya que el 78% de la población indígena de Colombia vive en comunidades rurales, y trabajan regularmente con los resguardos indígenas organizando brigadas de salud que llegan a comunidades aisladas.

Conclusión

El hecho de que el sistema de salud esté en crisis, en particular en relación con temas de financiación, cobertura y corrupción, sugiere un fracaso relativo de las políticas establecidas a través de la ley 100. No obstante, hay evidencia de una serie de desarrollos positivos, en especial en lo que se refiere a las poblaciones indígenas. Se puede argumentar que las organizaciones indígenas han forjado un espacio institucional de gobernación sobre la atención en salud a través de las EPS e IPS. Entre los aspectos positivos, está el hecho de que proveen servicios de salud efectivos, eficientes, y culturalmente apropiados, así como mejor acceso a atención en salud, creación de oportunidades de empleo calificado para personal indígena, y la administración exitosa de empresas sociales.

La administración de servicios de salud por parte de organizaciones indígenas ha resultado aparentemente en una mejora de acceso a servicios de salud, fortalecido servicios de prevención de enfermedad y promoción de la salud a nivel comunitario, creado iniciativas de salud intercultural, y servicios bilingües. A su vez, se ha dado un reconocimiento y fortalecimiento del trabajo, práctica, y liderazgo de sanadores y parteras tradicionales indígenas, así como de trabajadores de salud comunitarios, y de la comunidad misma. Ha habido una mejora en la articulación con el sistema de salud institucional, reduciendo la discriminación e incrementando el acceso.

Las EPS Indígenas incluyen modelos contractuales que a pesar de severas restricciones pueden promover la autonomía en el desarrollo del sistema de salud. Por lo tanto, parecería estar aportando al traspaso de un sistema de salud puramente occidental a uno que incluye programas y prácticas de salud interculturales; a apoyar a organizaciones y comunidades indígenas en el desarrollo e implementación de programas de salud; a abrir la posibilidad de desarrollar sistemas de información para fines de monitoreo, evaluación, e investigación. A su vez, el hecho de que los hospitales públicos sean contratados por Anas

Wayuu ha impulsado a que los hospitales traten a los pacientes indígenas y sus familiares con mayor respeto social y cultural. Mientras que todas las EPS Indígenas no están exentas de problemas similares a las que se enfrentan EPS no-indígenas, y sufren otros adicionales originados en la violencia en las zonas del país donde trabajan, la dispersión de la población que atienden, las presiones de los intereses políticos entre otras, hay una EPS claramente exitosa. Anas Wayuu, dentro de un contexto difícil, ha consistentemente demostrado buena administración, apropiada cobertura de salud, y elevada satisfacción del usuario. Sus méritos han sido externamente reconocidos, en particular por auditores estatales, y por el Ministerio de Salud de Colombia usando criterios que se aplican a todas las EPS. Haber sido considerada la EPS número uno en 2012 es una hazaña importante. No obstante, mucho más puede hacerse para fortalecer a Anas Wayuu y demás EPS Indígenas. El gobierno colombiano debería incorporar más flexibilidad en el sistema, para que las EPS indígenas puedan experimentar más con modelos de salud intercultural. Esto se podría hacer aun manteniendo un sistema de contabilidad y auditoría rigurosa. Además, con mejor apoyo técnico y de capacitación, las EPS Indígenas pueden convertirse en líderes en sistemas de información en salud, para desarrollar programas de salud basados en evidencia empírica y adaptada a su realidad sociocultural.

La crisis del sistema general de salud en Colombia es severa. Las presiones para que haya cambios en el sistema son cada vez mayores. El gobierno colombiano parece estar decidido a limitar la autonomía de las EPS, a la vez que mantiene un sistema de seguro similar. Esto podría significar que las EPS Indígenas continúen, aunque con diferente nombre y con su autonomía más restringida. El éxito de Anas Wayuu nos dice que cualesquiera sean las reformas que puedan llegar a hacerse, estas deben respetar la fuerza y capacidad de las organizaciones indígenas en administrar sus servicios de salud, así como su potencialidad para mejorar los niveles de salud.



por **OSVALDO CANELO**. *Técnico de Campo.
Trabajador de PAMI provincia de Córdoba*

por **ANALÍA SAMPAOLI**. *Licenciada en Trabajo
Social. Trabajadora de PAMI provincia de Córdoba*

LA VEJEZ ES UNA ETAPA DE LA VIDA CON POTENCIAS LATENTES. PENSAR DESDE ESA PERSPECTIVA PERMITE SUPERAR LAS DESIGUALDADES, SITUACIONES DE AISLAMIENTO Y VULNERACIÓN DE DERECHOS PARA ALCANZAR LA EQUIDAD Y AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA TOMA DE DECISIONES SOBRE SUS PROPIOS PROCESOS DE SALUD.

EL CAMINO DE AUTONOMÍA DE LAS COMUNIDADES





No es fácil escribir desde el lugar de la gente cuando lo que se pretende es que la gente hable a través de nuestras palabras.

Sus historias de vida trascienden los conceptos, pero a la vez los enriquecen, si hemos logrado una dialéctica en el andar y nuestras experiencias se han encontrado; si hemos podido deconstruirlas y hemos crecido, y nuestra visión de la realidad se ha hecho más clara: si hemos podido decidir con autonomía...

Autonomía parece ser un verbo que debiera conjugarse en comunidad. Pero ¿cómo es que la comunidad inicia ese camino? Como trabajadores del Departamento de Prestaciones Sociales de PAMI, que hace más de veinte años iniciamos un proceso de “mirada hacia la comunidad” con una perspectiva sociosanitaria, nos propusimos el desafío de encontrarnos con los mayores en los lugares donde transcurría su vida, donde iban conformando sus espacios para organizarse con el objetivo de trabajar sus propios procesos de salud/enfermedad.

Las perspectivas de ellos y también las nuestras han ido mutando a lo largo de los años: es así como en un principio la mirada del “viejo-viejo” estaba puesta en su devenir de persona mayor fragilizada, brindado “prestaciones de apoyo asistenciales”, pero ensayando espacios de participación y reconocimiento desde los centros de jubilados, como lugares de expresión de una experiencia de vida que se transmite.

La mirada sociosanitaria en el marco del derecho vino un tiempo después, cuando en el proceso de trabajo detectamos, por un lado, que los tiempos de los mayores no eran los mismos que los de PAMI, que las frecuencias de llegada de las respuestas (aun asistenciales) eran poco equitativas, oportunas y eficaces en los centros urbanos, y escasas o nulas mientras más nos alejábamos de las ciudades y –por otro lado– que la perspectiva de derecho no estaba presente en dichas no-respuestas.

Orientar el quehacer desde este enfoque significó reconocer a los mayores como titulares de derechos, lo que implicaba promover –a través de sus organizaciones– su capacidad para reivindicarlos y subrayar la obligación del Estado para cumplirlos.

Implicaba analizar las desigualdades y trabajarlas a partir de la formulación de proyectos que garantizaran sus derechos, desde una perspectiva de equidad y autonomía para tomar decisiones comprometidas sobre sus propios procesos de salud. Implicaba la consideración de la vejez como una etapa todavía potencial de la vida.

En síntesis, significó un desafío, pues lo que proponíamos era un cambio de lógica institucional en dos sentidos:

► Inicialmente, fuimos logrando identificar y visibilizar las situaciones de vulneración de derechos, por ende la falta de autonomía que guiaba las acciones de muchos de los centros de jubilados que funcionaban como receptores de subsidios, confundiendo su rol social y generando a su vez dependencia entre quienes concurrían a los mismos. Pero a su vez, reconocer que los mayores habían logrado formas de organizarse en comunidad.

► Por otro lado, los tiempos de PAMI, que generalmente (como antes se mencionara) “no coinciden con los de las comunidades con las que trabaja”, afianzaron nuestro rol de anticipar y poner en evidencia a aquellas cuyos derechos eran vulnerados. No pretendíamos sustituir, sino anticipar todo lo que debiera ser un rol institucional al descubrir los problemas, las necesidades. Se trataba de prever y acelerar, a la vez de brindarle una característica participativa a nuestro quehacer. No significaba contraponernos, sino por el contrario: documentar el vacío institucional era recuperar el derecho de las poblaciones marginalizadas por distintas razones y resignificar el rol de la salud en manos de la comunidad.



Considerar a la vejez como una etapa de la vida aún con potencias latentes nos permitió establecer una relación donde los mayores son sujetos activos de derecho. Ubicados en ese lugar –por ejemplo–, el bolsón alimentario del Programa Probienestar se trabaja desde el derecho a la alimentación y se acompaña de un proceso de vigilancia alimentaria participativa.

Los caminos no son lineales

Considerar a la vejez como una etapa de la vida aún con potencias latentes nos permitió establecer una relación donde los mayores son sujetos activos de derecho. Ubicados en ese lugar, por ejemplo, el bolsón alimentario del Programa Probienestar se trabaja desde el derecho a la alimentación y se acompaña de un proceso de vigilancia alimentaria participativa. Ellos pueden expresarse sobre la calidad de los productos que conforman el bolsón, superando aquello de: “bueno, es lo que nos dan...”. Pueden manifestar su disconformidad o aceptación y estar informados acerca de los productos a consumir y por qué. Otro ejemplo es que los talleres de alfabetización son llevados adelante desde la perspectiva del derecho a la educación (que le fue negado al afiliado durante su edad escolar).

Potenciar el lado saludable, sin obviar la necesidad de reparación, permite que los diferentes talleres socio-preventivos formen parte de un proceso de construcción colectiva del derecho a la salud. En ellos los jubilados actúan conjuntamente con los talleristas, participando y haciendo propuestas en el desenvolvimiento de las actividades: de esta manera vuelven a poner en juego sus saberes, experiencia y emociones. En todos los casos el afiliado deja de ser un “beneficiario” pasivo de servicios para pasar a una relación de interacción con la institución y con sus pares.

Son variados y extensos los testimonios documentados de cambios positivos entre las comunidades con las que trabajamos: todos, sin excepción, hablan de sustanciales mejoras en su

Fuimos logrando identificar y visibilizar las situaciones de vulneración de derechos, por ende la falta de autonomía que guiaba las acciones de muchos de los centros de jubilados que funcionaban como receptores de subsidios, confundiendo su rol social y generando a su vez dependencia entre quienes concurrían a los mismos.

calidad de vida: disminución en el consumo de medicamentos, mayor sociabilidad, mejoras en el estado físico, otra mirada de la vida en general. Pero por sobre todo, valoran la solidaridad, el encuentro y la posibilidad que este brinda para buscar respuestas colectivas a ciertas condiciones que afectan la salud comunitaria. Manifiestan preocupación por quienes no participan... “Venir al taller me hace bien, ya no estoy tan sola”, dice Palmira (72 años, de barrio Comercial), y agrega: “En gimnasia también cantamos, y viera usted, no canto tan mal”. “En el taller de la memoria –expresa Ofelia (69 años, de Santa Isabel)– recordamos cosas que nos hacen reír, y eso también es salud”. “Antes tomaba muchos remedios, no salía de mi casa. Desde que vengo a bailar tango, tomo dos nomás, y me siento bien”, remarca don Tito (71 años, Deán Funes).

Por su lado, las organizaciones de jubilados van adquiriendo herramientas concretas para resolver sus propios conflictos y desarrollar proyectos; logran enfrentar situaciones donde visualizan derechos vulnerados, descubren ciertos modos de enfrentar y resolver la enfermedad con una perspectiva solidaria. Se descubren organizados en una comunidad que paulatinamente los va incluyendo...



Si la montaña no viene...

...Mahoma va a la montaña. Otro cambio fue necesario para establecer una situación de derecho y de salud para los jubilados que habitan las zonas rurales donde la normativa institucional suele transformarse en un obstáculo...

A modo de ejemplo, andando Tulumba adentro, entre Santa Cruz y Los Socavones, por un camino estrecho de tierra yendo para La Cañada, nos encontramos de golpe con un cañadón y allá abajo se ve la vivienda del "Polo" Herrera, que el viejo habita con su esposa, doña Isabel. El "Polo", de 83 años, fue peón rural y guitarrero "de los buenos", es jubilado de PAMI y donde vive no hay luz, ni caminos en condiciones transitables, ni transporte público y hasta hace poco ni agua. Para colmo tiene artrosis, "y muy avanzada", por lo que ya se le dificulta andar a caballo. Al pasar por el lugar Juana Osés, del Centro de Jubilados de Tulumba, expresa: "Y mirá, al Polo se le hace muy difícil sacar una fotocopia como le exigen en el PAMI, y ya ni va al médico porque no puede ir hasta Deán Funes, no tiene con qué". Siguiendo el mismo camino, más adelante nos encontramos con otros jubilados pertenecientes a la Obra Social, doña Clarita Aguirre, doña Cleta Segovia...

Un relevamiento realizado en otros parajes rurales visibilizó a los jubilados que los habitaban con nombre y apellido. Era preciso llegar a esos lugares, donde la distancia y el aislamiento juegan un papel preponderante. La pregunta era: ¿cómo saltar ese obstáculo? La respuesta: cambiando la lógica de acceso. Esos jubilados no podían llegar hasta la institución, entonces era PAMI quien debía llegar a ellos, para lo cual se propuso la puesta en marcha de un móvil sanitario que permitiese llevar la atención y los servicios a esas personas.

Actualmente ese móvil está funcionando. Se ha iniciado un proceso que ha puesto a la institución de cara a una realidad cuyas características exigían un abordaje diferente al que normalmente desarrolla.

Como trabajadores de la Obra Social nos propusimos un salto cualitativo en nuestra tarea tras el objetivo de la construcción de derechos: potenciar las posibilidades de salud de los afiliados y visibilizar situaciones de aislamiento y vulneración de derechos para superarlas. Para esa tarea tuvimos que hacer otro cambio: dejar la lógica de lo posible y asumir la lógica de lo necesario... Proponíamos la aventura de ir abriendo ventanas, lo que nos fue posible en un contexto político que nos brindó esa posibilidad, e imprimió un compromiso colectivo de hacer de la salud un proyecto en permanente construcción, a la vez producto y parte de la vida de los mayores y las organizaciones con las que decidimos trabajar. Un proyecto común que decidió mostrar las desigualdades e iniciar procesos transformadores cimentados en el derecho a la vida.





por DANIEL GOLLÁN. *Médico.
Viceministro de Salud de la Nación. Secretario
de Salud Comunitaria de la Nación*

EL CAMINO HACIA LA TRANSFORMACIÓN SANITARIA. UNA PROPUESTA DESDE EL CAMPO NACIONAL Y POPULAR



LOS SISTEMAS DE SALUD SE CORRESPONDEN CON UN MODELO DE SOCIEDAD, POR LO TANTO, CUALQUIER PROCESO DE REFORMA TENDIENTE A LA JUSTICIA SOCIAL DEBERÍA TENER SU CORRESPONDENCIA EN EL PLANO SANITARIO. ES NECESARIO ENTONCES MODIFICAR LA PERCEPCIÓN CURATIVA POR UNA CENTRADA EN LA PRESERVACIÓN DE LA SALUD. NO ES UNA TAREA FÁCIL, PERO SÍ ES IMPRESCINDIBLE.

Nuestra propuesta y sus determinantes

No creemos que exista un modelo ideal de sistema de salud, pero aunque así fuera, no creemos que fuera posible su aplicación a la Argentina actual; debemos andar bastante más, pero por acá intuimos que está el camino.

Afirmamos que los sistemas de salud se corresponden con un modelo de sociedad, por lo tanto cualquier proceso de reforma con la mirada puesta en la justicia social debería tener su correspondencia en el plano sanitario. Postular cambios sectoriales exclusivamente es inapropiado, pero los cambios sectoriales deben tener una mirada estratégica de manera de no estar tan atrás de los cambios políticos sociales y ser un lastre, ni tan adelante y ser inviables.

Del mismo modo, creemos fervientemente en que el discurso sanitario debe trascender sus fronteras para constituirse también en los campos de la educación, del trabajo, de la obra pública, de modo tal de incorporar en estos, concepciones que permitan trasladar en lo operativo políticas extrasectoriales con una fuerte incidencia en el territorio de la salud.

Sin apartar el acento en lo que al sector le compete, nuestras políticas de gobierno deben explicitar con claridad aquellas acciones que no le son de competencia propia pero que mejoran las condiciones de salud generales.

Programas de terminalidad de educación a mujeres en edad fértil, capacitación laboral a poblaciones con consumos problemáticos, modificación de las currículas universitarias, erradicación de viviendas ranchos, entre otros muchos, deben ser parte de la



propuesta sectorial que incluya a otras áreas de gobierno. Si nuestro país lograra a través de los años estabilizarse económica e institucionalmente y lograra el desarrollo de una sociedad justa, sin excluidos del derecho a una vida digna, entonces sería posible establecer un sistema de salud lógico, racional y equitativo. Para arribar a una situación semejante haría falta, en lo económico, un PBI cercano a los 20.000 dólares per cápita distribuidos 50 y 50 entre capital y trabajo, autoabastecimiento energético y profundización del modelo industrial con inclusión social y fuerte desarrollo científico tecnológico. Este proceso tiene un horizonte de 10 a 15 años (dependiendo de la evolución general de la economía mundial) durante los cuales también se deberían dar los debates en el terreno de lo cultural y la sustentabilidad ecológica. Mientras llegamos a ese objetivo ideal



El uso racional y escalonado de las tecnologías más caras o de los medicamentos no es un buen negocio para muchas empresas ni para muchos funcionarios. La tentadora mistificación de la tecnología por parte de profesionales, técnicos e investigadores, transmitida a su vez por estos a la población en general, es una enorme tentación que termina deshumanizando la práctica médica pero parece ser irresistible.

de marco económico-social, deberemos pensar en propuestas posibles que, como requisito indispensable, desarrollen acciones capaces de mejorar sensiblemente la provisión de salud a la población mientras se avanza en el mismo sentido en el plano general de la política nacional.

Cambiar un modelo de salud no se consigue sólo con un buen plan restringido exclusivamente a sus estructuras formales o promulgando una ley o asignando más fondos sobre estructuras viciadas. Modificar la percepción sustancialmente curativa que la población tiene de la salud –“que me atiendan bien cuando me enfermo”, “que me den el remedio”–; mudar la formación cientificista de las instituciones formadoras de los agentes de salud; trocar el marco jurídico-legal que la regula; transformar la estructura de intereses económicos que se ha desarrollado a su alrededor no es, por su dimensión, tarea fácil.

Un cambio de perspectiva que privilegie la idea de preservación de la salud sobre la curación, de la conveniencia de aplicar acciones sanitarias sencillas y masivas que evitan millones de enfermedades sobre las tecnologías ultrasofisticadas que resuelven pocos casos, no se consigue sino a través de cambios culturales que demandan años o décadas de debate. Debe quedar claro que no existe ninguna antinomia entre los niveles intermedios y de alta complejidad tecnológica superespecializada y el primer nivel de atención, sino que, por el contrario, son absolutamente complementarios. El debate consiste en establecer si vamos a continuar aplicando el 93% de los recursos disponibles para la curación y sólo el 7% para la preservación de la salud, cuyas acciones se llevan a cabo mayoritariamente en el primer nivel. Por lo tanto, es el Estado nacional quien debe instalar el debate responsable y democrático de aquellos temas que la sociedad no ha resuelto aún. Esto requiere analizar cada una de las variables coyunturales, es cierto, pero también es verdad que en ocasiones se debe “tensar” y “traccionar” algunos temas en los cuales las defensas corporativas obran como productoras de enfermedad. El uso racional y escalonado de las tecnologías más caras o de los medicamentos no es un buen negocio para muchas empresas ni para muchos funcionarios. La tentadora mistificación de la tecnología por parte de profesionales, técnicos e investigadores, transmitida a su vez por estos a la población en general, es una enorme tentación que termina deshumanizando la práctica

médica pero parece ser irresistible. No obstante todo esto, la complejidad del sistema de salud y los hechos que lo han ido desvirtuando paulatinamente generan una falta de accesibilidad equitativa a los servicios de salud por parte de millones de argentinos. Esta situación ha creado un consenso generalizado sobre la necesidad de avanzar en la instrumentación de medidas que produzcan cambios positivos sobre la actual realidad.

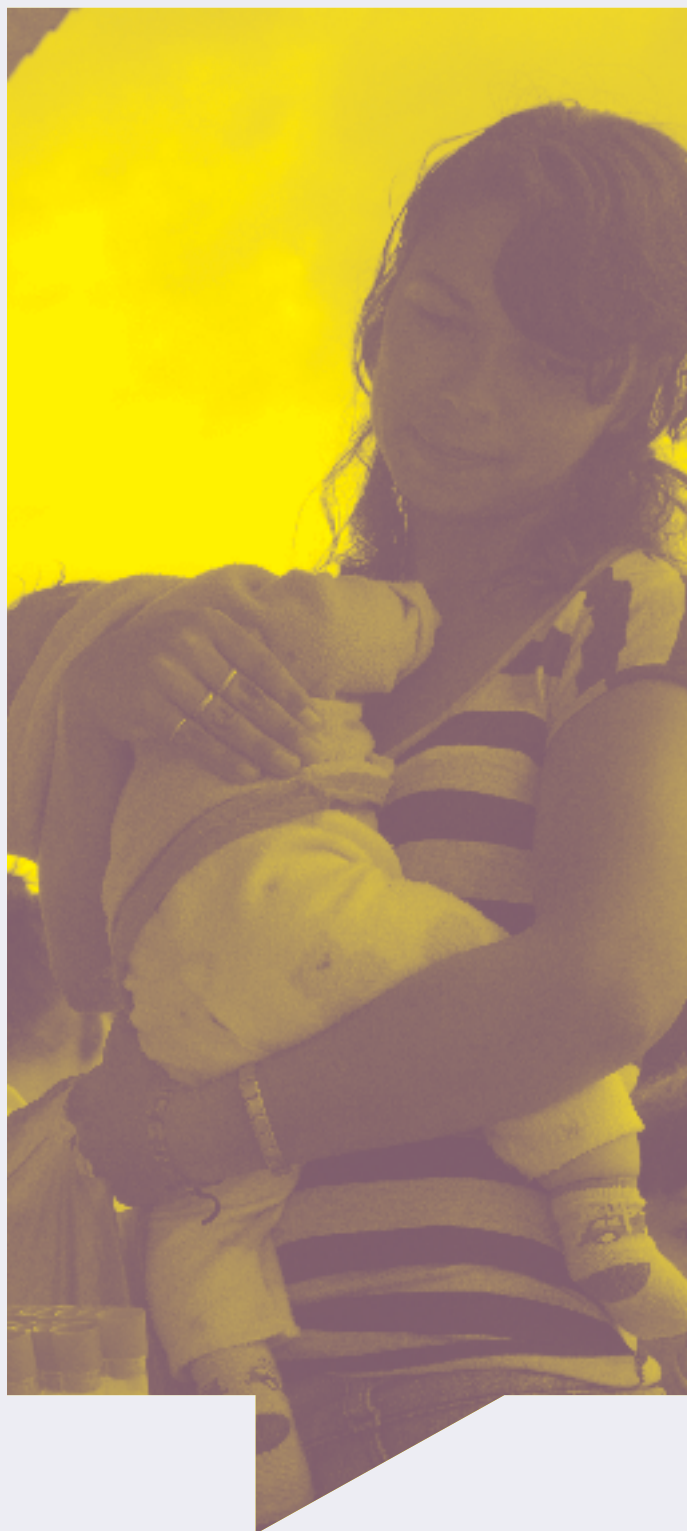
Ahora bien, esos cambios pueden convertirse en “más de lo mismo” y por lo tanto alimentar aún más el círculo vicioso que aumente la desarticulación y la degradación o, por el contrario, pueden estar orientados a revertir el proceso transformándolo en un “círculo virtuoso” que comience a ordenar el sistema en el sentido deseado.

La viabilidad política condiciona los tiempos. Pero las políticas sociales no deberían agregar obstáculos en la medida en que se tenga ese horizonte estratégico. Esto conduce irremediablemente a imaginar un sistema con escaso mercado y un aparato público proveedor y financiador muy desarrollado.

Sostenemos al Sistema Público de Salud como el bastión principal del sistema de salud en la Argentina, no sólo por concepción ideológica, sino por la constatación fáctica de que es la única garantía para proveer salud.

La calidad y amplitud del sector público es el desafío. Su fortalecimiento depende de acciones que cambien la lógica de su funcionamiento, tanto desde el financiamiento como en lo funcional. Una integración y articulación estable entre este sector y el de las obras sociales de administración estatal es uno de los caminos posibles y deseables.

Para instrumentar esos cambios son imprescindibles cuatro factores: fuerte decisión y respaldo político; ser operativizadas por equipos político-técnico homogéneos con una clara visión del escenario general a construir como proyecto de nación y cuyos miembros de mayor responsabilidad en las decisiones estén fuera del negocio privado de la salud; consensos institucionales suficientes como para establecerlas como políticas de Estado, y participación activa y permanente de la comunidad.



Criterios para el accionar político sanitario

- La descentralización no es un paradigma, es un instrumento. Puede conducir a inequidad sobre la base de desigualdades locales o periféricas. La combinación de centralización/descentralización orientada a la justicia social sería la combinación correcta producto del análisis de cada situación en particular y en su coyuntura.
- Con el mapa institucional argentino (federalismo, municipalismo) es necesario desandar lo hecho –aunque sea parcialmente– por el (neo)liberalismo, es decir, recuperar el espacio nacional y en algunos casos los provinciales como proveedores de salud.
- En un Estado federal las instituciones nacionales pueden ser un factor de disminución de las inequidades. Habría que recuperar el concepto de los institutos nacionales en las provincias. Del mismo modo, redefinir y potenciar las delegaciones sanitarias nacionales.
- Los prestadores privados y sus intermediarios encarecen los costos de la salud. Debe fortalecerse el subsector público que no tiene fines de lucro ni intermediación mediante una mayor asociación con el subsistema de la seguridad social administrada por el Estado (PAMI y obras sociales provinciales). Aumento de las cápitas del PAMI a los hospitales públicos con expansión de su capacidad operativa para no afectar a la población sin otra cobertura que la estatal y su capacidad resolutive para reducir en la medida de lo posible las transferencias al sector privado. Instrumentación de sistemas automáticos para el recupero de cobro a las obras sociales provinciales con aranceles y plazos de pago similares a los de los prestadores privados (IOMA ya lo está haciendo y otras siete obras sociales provinciales avanzan en ese sentido). Homogenización de los indicadores y condiciones entre los dos subsistemas.
- No se están formando recursos humanos (RR.HH.) acordes con las necesidades sanitarias del país. Deben rediscutirse las currículas con las que se forman los RR.HH. en el pre y posgrado, en especial las residencias.
- Los medicamentos se llevan el 32% del gasto/inversión en salud. Es necesario instrumentar una activa política nacional de medicamentos.

LA MEDICINA SOCIAL Y LOS DESAFÍOS IMPOSTERGABLES EN NUESTRA AMÉRICA

LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL (ALAMES) CUMPLE 30 AÑOS, EN LOS CUALES FUE UNA DE LAS PRINCIPALES VOCES CRÍTICAS A LAS REFORMAS NEOLIBERALES EN EL SECTOR, ASÍ COMO TAMBIÉN AL MODELO BIOLOGICISTA, AHISTÓRICO Y ASOCIAL. SU OBJETIVO ES DESNATURALIZAR LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA COMO SIMPLE ÁMBITO DE APLICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS MÉDICOS O TÉCNICOS Y COMPROMETERSE CON EL CAMBIO DE LAS ESTRUCTURAS POLÍTICAS, SOCIALES Y ECONÓMICAS QUE CONFIGURAN A NUESTRO CONTINENTE COMO INJUSTO Y DESIGUAL.





por **GIGLIO SALVADOR PRADO**. Médico UBA. Docente de Medicina Social /Carrera de Medicina de UNLAM (Universidad Nacional de La Matanza). Miembro de ALAMES (Asociación Latino Americana de Medicina Social).

por **VERÓNICA GONZÁLEZ**. Odontóloga. Tesista de la Maestría en Salud Pública UBA. Docente de Medicina Social /Carrera de Medicina de UNLAM (Universidad Nacional de La Matanza). Miembro de ALAMES (Asociación Latino Americana de Medicina Social).

Finaliza el año 2014, acaba de realizarse el XIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) en la República de El Salvador. El encuentro marca los 30 años de una organización que ha recogido en su trayectoria el pensamiento social latinoamericano en lo que hace al complejo campo sanitario. El nombre “Medicina Social” hace referencia a la tradición de pensamiento de personajes como Rudolf Virchow, que aunaban la tarea de desentrañar los secretos de la naturaleza en lo biológico –es el caso del “*cellula a cellula*”, paradigma del modo en que se reproduce la vida que le debemos al mencionado científico– junto a la denuncia de las condiciones de vida y laborales de la incipiente clase trabajadora como causa de la enfermedad. Se pueden encontrar numerosos ejemplos en los siglos XIX y XX de explicitaciones de fondo que impactaron en la corriente médico-social latinoamericana. A modo de ejemplo mencionaremos los aportes del joven Federico Engels en su libro *La situación de la clase obrera en Inglaterra*, libro en el que desentraña la relación de la revolución industrial con las condiciones de trabajo y de vida y estas con la salud. Es esa la tradición del campo sanitario que intenta recuperar un conjunto de investigadores para reconocerse en nombre de la “Medicina Social Latinoamericana” y en tierras brasileñas bajo la forma de “*Saúde Coletiva*”.

Fue tarea de Juan César García, médico argentino, adoptar la metodología de la sociología para analizar los procesos de salud/enfermedad/atención. Él mismo propone tamizar las ciencias sociales para avanzar en el conocimiento sanitario y superar el paradigma biologicista y desarrollista que impregnaba la época. Es el momento histórico en el que destaca la Revolución

Cubana, el Mayo Francés, pero también el proceso mexicano, en particular la “Matanza de Tlatelolco”. En la Argentina, no debe ni puede eludirse la influencia de Ramón Carrillo en cualquier consideración de corte médico social, el vigor de su obra y de sus concepciones tiñen cualquier propuesta transformadora del campo de la salud. Otro tanto puede decirse de la influencia de Salvador Allende en el movimiento, quien plantea en los años ’50 la cuestión social como determinante de la salud poblacional. No hay duda de que dichos acontecimientos van determinando el perfil de las búsquedas de la corriente de la Medicina Social Latinoamericana.

En 1984 muere prematuramente Juan César García; este inesperado acontecimiento encuentra a un importante grupo de investigadores en posición de nuclearse a fin de potenciar su rol en las luchas por el derecho a la salud. La fundación de ALAMES se produce en Ouro Preto, Brasil. En ella participan dos importantes figuras de la Argentina: Horacio Barri y Mario Testa. ALAMES se conforma con la labor de destacados sanitaristas críticos, tales como Miguel Márquez y María Isabel Rodríguez, precursores de lo que hoy llamaríamos una “red de pensamiento alternativo a la Salud Pública” que intenta superar la llamada simplificación desarrollista –postulado que pretendía equiparar desarrollo, crecimiento y salud–. En su recorrido como corriente continental, la Medicina Social Latinoamericana ha contribuido a generar explicaciones a los procesos de salud, en principio haciendo énfasis en las categorías trabajo y condiciones de vida de los pueblos, así como en el rol del Estado y de la política. Con el correr del tiempo, esta posición va a ocupar un lugar central en los debates destinados a impugnar la corriente del neoliberalismo.

La Medicina Social invita a una mayor movilización y participación de los trabajadores de la salud y de la población en el reclamo de mejores sistemas y servicios de salud. De la misma manera, entendemos que es necesaria una reforma que marque un rumbo en sintonía con los intereses populares y abierta a la participación, consideramos que es un punto en la agenda política impostergable.

Medicina Social Latinoamericana

Desde su configuración como corriente de pensamiento, la Medicina Social Latinoamericana hace explícito su compromiso con el cambio de las estructuras políticas, sociales y económicas que configuran a nuestro continente como injusto y desigual. Encuentra en estas categorías la raíz explicativa del modo de enfermar y morir de nuestras poblaciones. Esta centralidad del “hecho social” fue sustancial en la construcción de una actividad científica que basa sus explicaciones en categorías que enfatizan la importancia que tienen los procesos de desarrollo del capitalismo y de la acumulación de riqueza; así como en el rol y la responsabilidad del Estado en la determinación del fenómeno salud/enfermedad/atención.

La crítica al modelo explicativo biologicista, ahistórico y asocial ocupa un lugar central del quehacer destinado a desnaturalizar a la práctica de la medicina como simple ámbito de aplicación de los conocimientos médicos o técnicos. La denuncia de los procesos corporativos bismarckianos, que subyace a la organización del campo, es particularmente relevante en nuestro medio nacional. Se configura así una serie de principios conceptuales que enfatizan el pensar del proceso salud/enfermedad determinado socio-históricamente tanto a nivel colectivo como individual. A este objeto científico, que ocupó la labor de numerosos investigadores encuadrados en este terreno, debe sumarse la participación e interacción con los movimientos de cambio y con la solidaridad, muchas veces comprobada en circunstancias dramáticas. La relación con las luchas sociales, los complejos vínculos con movimientos sociales y procesos políticos nacionales y regionales fueron configurando un núcleo de pensamiento que hoy

se pone a prueba en los nuevos escenarios políticos, económicos y sociales. Las metodologías propuestas por las ciencias sociales comienzan a generar una producción de conocimientos referidos al campo sanitario que cambian la mirada con que se aborda el objeto de estudio. Cabe destacar el esfuerzo por encontrar en la inter y transdisciplinariedad las herramientas en donde fundar la construcción teórica. Estas categorías permiten a la Medicina Social generar espacios de conocimiento estratégico como la epidemiología crítica y su propuesta de superación de los “enfoques de riesgo”; las críticas al positivismo y al reduccionismo con la generación de nuevas epistemologías –destacamos aquí la labor de Juan Samaja–; y en general, las impugnaciones a las prácticas hegemónicas de la medicina funcional al lucro y a la construcción de espacios de acumulación de capital. Es importante resaltar la incorporación de nuevas metodologías de investigación que aportan al desarrollo del conocimiento sanitario crítico, entre ellas podemos mencionar la investigación-acción, los enfoques cualitativos, así como la triangulación de métodos.

La llegada de la democracia trajo la paradoja de nuevos procesos políticos que, como salida a las dictaduras, abrieron las puertas a reformas neoliberales; procesos de claro corte privatista e impulsores de desigualdades. La Medicina Social Latinoamericana se destaca por la crítica a las reformas neoliberales, en particular a las expresadas en el texto del Banco Mundial (1993) “Invertir en Salud”. A contracorriente de este fondo, aparecen propuestas alternativas y algunos espacios de responsabilidad de gestión ocupados por miembros de la corriente de pensamiento médico social, cobrando particular importancia el desarrollo de espacios gobernados por el PT brasileño. También aportan al enfoque social de nuestro movimiento la vinculación de salud y género que agrega vigor, capacidad de análisis y comprensión de los fenómenos socio-sanitarios. De la misma manera, se incorporan en la agenda médico-social las duplas interculturalidad y medio ambiente y salud que complejizan el campo de estudio de la Medicina Social Latinoamericana. Asimismo, aparecen nuevos problemas: la irrupción de la epidemia de HIV-sida y los procesos de exclusión generados por los ajustes neoliberales que cobran particular relevancia.

Desde su configuración como corriente de pensamiento, la Medicina Social Latinoamericana hace explícito su compromiso con el cambio de las estructuras políticas, sociales y económicas que configuran a nuestro continente como injusto y desigual. Encuentra en estas categorías la raíz explicativa del modo de enfermar y morir de nuestras poblaciones.



La etapa actual: Posneoliberal. Teoría contrahegemónica. Nueva gestión pública / medicamentos, vacunas, alimentos y tecnología. Participación social

Es difícil de caracterizar la labor en salud de la etapa que actualmente atraviesa América latina, pues las situaciones son muy distintas. Téngase en cuenta que mientras Brasil lucha por rescatar del estancamiento el proyecto de construcción del Sistema Único de Salud (SUS), consagrado por la Constitución y su ley específica, en la Argentina contamos con un modelo fragmentado, con cientos de prepagos, cientos de “Obras Sociales” y un sector estatal también fragmentado y descentralizado que exhibe inequidades de muy difícil resolución. Por otro lado, países del continente registran avances conceptuales sustantivos, como el respeto a los pueblos originarios consagrado en la nueva Constitución del Estado Plurinacional de Bolivia o los avances en materia socio-sanitaria que representa el programa venezolano Misión “Barrio adentro”.

Nuestro panorama nacional es presidido por importantes leyes aprobadas en los últimos años. Dichas leyes amplían los derechos y brindan perspectivas transformadoras. Nos referimos a las leyes de derechos de los pacientes, de parto respetado, de asistencia a celíacos, de salud mental, de producción pública de medicamentos, entre otras. También se registran avances en la lucha teórica y práctica contra la hegemonía del mercado, creciendo en

las disputas los enfoques basados en el concepto del derecho a la salud. Estos enfoques aglutinan los reclamos por mayor igualdad, por universalidad, por rescatar valores solidarios que den cuenta de que cada vida tiene igual valor.

De esta forma, fortalecer y priorizar lo público parece hoy más cercano, apoyado por debates abiertos sobre la inclusión de nuevas metodologías para la formación del perfil de profesionales que precisa la población. Estas innovaciones son palpables en universidades nacionales como la Universidad Nacional del Sur (UNS), la Universidad Nacional de Rosario (UNR) y la Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM). También de manera lenta pero sostenida, se puede destacar el avance en la Producción Pública de Medicamentos y el Uso Racional de Medicamentos; lo que puede ampliarse a vacunas, alimentos y tecnología. En todas estas áreas la concepción social se abre paso –de modo lento, pero seguro– presagiando debates y transformaciones que requieren períodos largos y sostenidos de acción gubernamental y estatal.

Para finalizar, la Medicina Social invita a una mayor movilización y participación de los trabajadores de la salud y de la población en el reclamo de mejores sistemas y servicios de salud. De la misma manera, entendemos que es necesaria una reforma que marque un rumbo en sintonía con los intereses populares y abierta a la participación, consideramos que es un punto en la agenda política impostergable. La Medicina Social pide la palabra y tiene mucho por aportar...



Declaración pública del XIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva

Las personas participantes en el XIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva, celebrado en San Salvador (El Salvador), entre los días 22 y 26 de noviembre de 2014, después de analizar en profundidad las experiencias, los acumulados, las debilidades y las oportunidades para avanzar, según el tema central del congreso, desde el saber y el poder popular hacia una nueva sociedad para el “buen vivir”, declaramos:

1. Reafirmamos nuestra lucha por la realización colectiva del derecho a la salud y todos los derechos interdependientes, humanos y de la naturaleza, como una ruta posible para la construcción de una nueva sociedad equitativa y libertaria, respetuosa y promotora de la vida del planeta, hacia un nuevo socialismo comunitario, como está enseñando al mundo el pueblo boliviano.

2. La destrucción de los sistemas universales y públicos de salud y seguridad social, contruidos en el mundo a partir de la lucha social en el siglo XX, es inaceptable, injusta y peligrosa para la vida. Este es el resultado del repunte del neoliberalismo en Europa, en el marco del nuevo régimen de acumulación capitalista basado en los servicios informacionales, entre los que se encuentran los medicamentos y las tecnologías de atención en salud. Después de haber intentado destruir lo público en los países latinoamericanos en la década del noventa del siglo pasado, el capitalismo global viene por el acumulado social del Estado de Bienestar europeo. Esto sólo favorece a los grandes negociantes del complejo médico industrial y financiero de la salud en el mundo, a expensas del sufrimiento, el dolor, la discapacidad y la muerte de muchas personas, ya no sólo del Sur Global. La promovida “cobertura universal de salud” y “los pisos pensionales” son funcionales a esta lógica de acumulación a través de la vinculación entre el aseguramiento y la capacidad de pago individual. Requerimos sistemas universales de salud y protección social, públicos, gratuitos, desmedicalizados, recuperadores del saber aborígen y la interculturalidad, que promuevan la salud y el “buen vivir”.

3. Gracias a las masivas y diversas expresiones de los pueblos se logró limitar esta arremetida neoliberal en varios países latinoamericanos y comenzar a construir, como está ocurriendo en El Salvador, en el Estado Plurinacional de Bolivia, en la República Bolivariana de Venezuela, en Brasil, entre otros, una ruta posible de recuperación de lo público y de desmercantilización de los bienes comunes, para desarrollar plenamente la interculturalidad y el concepto del “buen vivir”. Desde el acumulado latinoamericano de lucha antineoliberal, por los derechos humanos en medio de una nueva relación con la naturaleza, expresamos todo nuestro apoyo y solidaridad con la lucha de los pueblos europeos para la recuperación de sus sistemas públicos universales de protección social y su reorientación hacia un nuevo proyecto civilizatorio.

4. Reconocemos la existencia de nuevas estrategias neoliberales que acuden a información falsa o distorsionada y a la promoción de la violencia en los países que han avanzado en algún sentido diferente a las exigencias del capitalismo global. Sin duda las presiones sobre los gobiernos alternativos han sido estructurales y coyunturales, limitando los alcances de sus realizaciones. Entre tanto, gobiernos neoliberales dedicados a dar las mejores condiciones a los negocios legales e ilegales acuden a la represión y al terror de Estado contra los movimientos sociales, tal como ocurrió en el caso de los 43 estudiantes de Ayotzinapa en México. En este contexto de polarización es necesario reconocer e impulsar la fuerza transformadora de la movilización social, para construir desde el poder popular el nuevo proyecto civilizatorio y exigir la descriminalización de la protesta social por parte de estos gobiernos. Es necesario tomar con toda profundidad el proyecto de construir sociedades equitativas y libertarias para una paz con justicia y dignidad.

5. ALAMES manifiesta su rechazo a la presencia de las tropas de la Misión de Estabilización de Naciones Unidas en Haití (MINUSTAH) y exhorta a los gobiernos de América latina, que aportan a la militarización de Haití, al retiro inmediato de ellas. Asimismo, exige la liberación de los cinco héroes cubanos sometidos a una injusta prisión por parte el gobierno de Estados Unidos.

6. La lucha antineoliberal no es simplemente ideológica. Se trata de una disputa por la superación del modo de acumulación capitalista que han venido librando muchos pueblos de América latina. El extractivismo atado a la financiarización y al consumismo de bienes informacionales no hace más que destruir y agotar los recursos del planeta, para reproducir la opulencia de unos pocos y el hambre de muchos. Las rutas de la lucha anticapitalista, los sujetos políticos y las acciones colectivas son múltiples y diversas, pero es necesario avanzar de manera decidida y profunda, en la articulación sistemática de los muchos esfuerzos locales, para expandir su potencial transformador.

7. ALAMES, en sus 30 años de construcción de pensamiento crítico en salud desde América latina para el mundo actual y futuro, se compromete a propiciar nuevas formas de articulación entre la producción de saber, la formación en salud, los movimientos sociales por la salud, en la acepción amplia del “buen vivir”, y los gobiernos progresistas, con el sentido político de construir, desde el cotidiano de las familias, las comunidades, los escenarios de trabajo, las escuelas y las universidades, hasta las instancias de un nuevo Estado, un proyecto civilizatorio que supere la depredación sistemática, la explotación y el despojo del capitalismo global hegemónico.

8. Llamamos a los pueblos del mundo, en especial a los jóvenes y a los movimientos étnicos y de género, a aunar esfuerzos para develar la enorme destrucción capitalista y a construir, desde la diversidad, una sociedad equitativa y en paz, en la que la vida, humana y no humana, pueda ser realizada a plenitud, sin humillación, con dignidad.



En su recorrido como corriente continental, la Medicina Social Latinoamericana ha contribuido a generar explicaciones a los procesos de salud, en principio haciendo énfasis en las categorías trabajo y condiciones de vida de los pueblos, así como en el rol del Estado y de la política.



LA PRODUCCIÓN PÚBLICA DE MEDICAMENTOS EN LA UNASUR; UNA MIRADA DESDE LA SALUD INTERNACIONAL



por **MARIO ROVERE**. *Médico Sanitarista con Residencia en Salud Internacional. Ex Secretario de Políticas Sociales de la Nación. Decano del departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de La Matanza.*

“Todos los gobiernos deberíamos impulsar que los Estados tengan sus industrias de salud, industrias de medicamentos por tanto sería una gran solución para nuestros pueblos”... Los monopolios “imposibilitan que los servicios de salud estén al alcance de los más necesitados”.

Evo Morales en la OEA.

La invitación a compartir una breve reflexión sobre una política regional de medicamentos y dentro de ella la producción pública en la Unasur es de por sí todo un desafío.

La problemática de medicamentos se ha constituido desde hace mucho tiempo en uno de los mejores ejemplos del porqué hace falta una perspectiva internacional para comprender los fenómenos de la política doméstica.

Desde mitad de los años '80 se viene desplegando una perspectiva de salud internacional que busca desarticular el etnocentrismo de los países centrales que han visto la problemática de salud desde su propia perspectiva, desde sus propios intereses. Como alguna vez lo definiera la Dra. María Isabel Rodríguez, ex ministra de Salud de El Salvador, *“la salud de los otros en tanto nos afecte a nosotros”*, lo que hoy se ve tan claramente ejemplifi-

cado con el Ébola; una mirada colonialista que se extiende a la actualmente denominada “salud global”.

Nos proponemos, en consecuencia, aportar algunos elementos de juicio complementarios y/o ampliatorios de la detallada y necesaria descripción del emergente espacio de la producción pública de medicamentos en el país. Un espacio que se suma a una política de Estado en Brasil desde el surgimiento del Sistema Único de Salud (SUS) en la década de los '80 y que cuenta en la Argentina con 39 laboratorios –algunos de larga data, pero ahora con 8 de ellos con productos homologados por la ANMAT–, varios de ellos proveedores del programa Remediar; una ley nacional; una reglamentación; y ahora un órgano nacional de promoción y coordinación.

La confluencia de gobiernos progresistas desalineados del Consenso de Washington que había dominado la política hemis-



férica durante la década de los '90 y las resistencias al intento de estabilizar y ampliar ese "orden internacional" a través de tratados de libre comercio ALCA o NAFTA está en la base de un acuerdo político con pocos antecedentes en la región.

Si bien una serie de instrumentos aún existentes sobrevivientes de las décadas desarrollistas como la CEPAL, el ALADI, el SELA o los bancos subregionales de desarrollo como la CAF o el FONPLATA, constituyen herramientas e instrumentos interesantes y reciclables bajo una nueva perspectiva política, es la primera vez que se constituye un ente de "diplomacia directa". Es decir, un espacio cumbre, por definición presidencial, en donde son las máximas autoridades de cada gobierno las que se reúnen, las que articulan y las que se pronuncian sobre aspectos estructurales, pero también las que exhiben rápidos reflejos contra los intentos de desestabilización política que tienen tantos antecedentes en la región.

Basta repasar en su corta existencia las exitosas respuestas a las crisis de Bolivia, de Ecuador y aun las insuficientes pero contundentes respuestas a las crisis de las bases militares norteamericanas en Colombia, el golpe de Estado en Paraguay o la reacción frente al golpe de Estado en Honduras, para dar al mundo y a los países centrales la advertencia acerca de que ninguna operación sobre un país del subcontinente les será indiferente a los otros. Según consta en la página web del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), *"la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) es un organismo regional formado por los doce países de Suramérica, que tiene por objetivo construir, de manera participativa y consensual, un espacio de articulación en el ámbito cultural, social, económico y político. El bloque tuvo su Tratado Constitutivo firmado en Brasilia, el 23 de mayo de 2008, durante la Reunión Extraordinaria del Consejo de Jefes y Jefes de Estado y de Gobierno. El 11 de marzo de 2011, el tratado entró en vigor. En octubre del mismo año, el bloque alcanzó el estatus de observador en la Asamblea General de las Naciones Unidas"*.

Tuve el privilegio de participar, en diciembre del 2006 en Cochabamba, Bolivia, de un evento que resultó providencialmente simultáneo a la Cumbre de Jefes de Estado de la Comunidad Sudamericana de Naciones, donde se colocó la piedra fundamental para la Unión Sudamericana.

En ese momento reunidos en la "Reunión Andina sobre Determinantes Sociales de la Salud" los delegados de ese evento, a instancias de la entonces ministra de Salud de Bolivia, Nila Heredia Miranda, y del coordinador del Organismo Andino de Salud (ORAS), Oscar Feo Isturiz, obtuvieron el ingreso de una iniciativa que se concretaría con la creación de una comisión bajo el nombre genérico de Unasur-Salud.

Hacia la construcción de una política y agenda regional en materia de salud

Los presidentes reunidos en la II Cumbre de Jefes de Estado de la Comunidad Sudamericana de Naciones, con el propósito de lograr un compromiso sudamericano por la equidad y la inclusión social que garantice el acceso universal a los servicios de salud a todos los habitantes de la región, acuerdan

INSTRUIR a los Ministros de Salud sudamericanos la elaboración de una Agenda Regional en materia de salud, con la cooperación del Organismo Andino de Salud, el Subgrupo 11 de Salud del Mercosur, la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica, otros organismos regionales competentes, asegurando un fluido dialogo con los movimientos sociales.

Aprobada en Cochabamba, Bolivia, el 9 de diciembre de 2006.

Poco tiempo después surgirá la agenda de salud de la Unasur que nuevamente mostrará su carácter superador de la agenda del denominado Grupo de Trabajo 11 ("GT 11") del Mercosur, un grupo resistido inicialmente por quienes no querían ampliar los vínculos entre países al área social, pero que luego se fue abriendo paso aunque muy centrado en el intercambio de *commodities* vinculadas a la salud, entre ellos los medicamentos.

La agenda política del Unasur-Salud quedará definida por los siguientes ejes:

- 1.** Escudo epidemiológico suramericano.
- 2.** Desarrollo de sistemas de salud universales.
- 3.** Acceso universal a medicamentos.
- 4.** Promoción de la salud y acción sobre los determinantes sociales.
- 5.** Desarrollo y gestión de recursos humanos en salud.

Acceso universal a medicamentos

...Estrategias y planes de trabajo con miras a la mejora del acceso a medicamentos en la región suramericana. Entre los resultados esperados... están: la elaboración de una política de acceso a medicamentos y de recomendaciones para fortalecer la coordinación de capacidades productivas de la región; la reducción de barreras al acceso que se originan de la existencia de derechos de propiedad intelectual y de aquellas referentes a la falta de incentivo a la innovación y desarrollo; la formulación de propuesta para la creación de una política de precios, así como de la promoción de la producción y la utilización de medicamentos genéricos, además de la promoción de un sistema armonizado de vigilancia y control de medicamentos en la Unasur.

Como se percibe en este extenso párrafo se concentra aquí una compleja agenda para fortalecer a países que tienen diferentes grados y modelos de desarrollo y que “internalizarán” este párrafo-acuerdo de diferentes maneras.

La aparición de un medicamento genérico supone de forma automática la disminución de un 40% del medicamento de marca. Por ello, los laboratorios farmacéuticos, si quieren seguir manteniendo la competitividad de sus productos frente a los medicamentos genéricos, deberán, en la medida de lo posible, ajustar los precios.

Soberanía sanitaria

En enero del 2006, al comienzo de la presidencia de Evo Morales, Bolivia definió entre sus ejes de políticas de salud a la soberanía sanitaria. Resulta importante para comprender la profundidad del concepto que en la década anterior Bolivia llegó a tener más de un 20% del total del gasto en salud proveniente de las más diferentes formas de cooperación externa y que el territorio mismo fue dividido en parcelas entregadas a la tutela de diferentes ONGs, cooperaciones bilaterales y organismos internacionales.

El carácter de diplomacia directa generó en la Unasur una cierta resistencia a burocratizarse generando múltiples comisiones e instituciones según los usos y costumbres de estos espacios. Sin embargo será en diciembre del 2008 en Costa de Sauipe cuando frente a la crisis de la instalación de bases militares norteamericanas en Colombia se decidió crear la comisión de defensa que fue inmediatamente acompañada por la comisión de salud. La comisión de salud adquirió un rápido dinamismo generando entre otras instancias el ISAGS, con sede en Río de Janeiro, y en cuya página web (www.isags-unasur.org) se puede acompañar la intensa dinámica intergubernamental del último quinquenio. Por eso no es de extrañar que esta comisión gemela, la Comisión de Defensa, adopte el concepto de soberanía sanitaria para promover la producción pública de medicamentos en los países de la Unasur.

Enfatizaron la importancia de la iniciativa para la creación del Programa Suramericano de Producción de medicamentos en el ámbito de la defensa. En ese sentido, resaltaron el desarrollo conjunto con el ISAGS del “Seminario de Producción Pública de Medicamentos en el Ámbito de la Defensa de los Estados Miembros de la Unasur” y de la Primera Reunión del “Equipo Técnico de Producción Pública de Medicamentos en el Ámbito de Defensa de los Estados Miembros de la Unasur” y acordaron avanzar con las informaciones requeridas para el desarrollo de la segunda reunión del equipo técnico.



Una breve caracterización del campo de juego

Hasta comienzos del siglo XX la producción de prescripciones medicamentosas estaba en control absoluto de los farmacéuticos o apotecarios, especie de alquimistas que preparaban artesanalmente fórmulas medicamentosas combinando aquellas drogas que la humanidad conoce desde hace tanto tiempo y que aún hoy reaparecen con poco más que modificaciones cosméticas, nombres comerciales y *packaging* vistosos.

La Producción Pública de Medicamentos (PPM) tampoco es una idea nueva: las antiguas farmacias hospitalarias producían y aún producen medicamentos y una serie de productos de uso sanitario que no han despertado interés comercial, tal como podemos ver en los antecedentes de la producción de insulina, de sueros antiofídicos o de vacunas que realizan laboratorios públicos como el Instituto Malbrán, la Fiocruz en Río, el Butantán de San Pablo o el Pedro Curie de Cuba.

La colisión de la lógica de las patentes con la soberanía sucede hasta en los países centrales como ocurrió con el Antrax en Estados Unidos.

Vassallo y Serranes dedican un libro completo a analizar el ilustrativo caso del conflicto entre el gobierno de los Estados Unidos y el laboratorio Roche en la poscrisis inmediata del 2001, cuando el Antrax parecía una posibilidad cierta de guerra bacteriológica y el producto ciprofloxacina (Cipro) fabricado por este laboratorio suizo “formador de precios” era la única opción.

El interés de este caso reside en que el gobierno de EE.UU., en plena gestión republicana, al mes del atentado a las Torres Gemelas llegó a la amenaza de usar un recurso legal para tiempos excepcionales y comenzar a fabricar el Cipro como medicamento genérico. Apenas 11 días después, el laboratorio Bayer, que ofrecía vender al por mayor el medicamento a 1,83 dólares por comprimido, aceptó vender a 0,75. Se trataba del mismo medicamento que se vendía en las droguerías de EE.UU. a 4,75 y un precio de farmacia de 5 a 7 dólares el comprimido.

El precio de los medicamentos define hoy quién vive y quién muere de HIV, que ha sido la enfermedad que dejó más en claro a nivel mundial la importancia de discutir sobre patentes. Médicos sin Fronteras, en un artículo del 2013, señalaba que el mismo día que se vence la patente, el mismo laboratorio que la detentaba reduce el precio. *Si la reducción del precio de las combinaciones de primera y segunda línea fue posible, fue gracias a la producción de genéricos en India al no aceptarse la patente de los medicamentos más antiguos. Ahora, al patentarse más y más nuevos medicamentos para el VIH en países con una importante capacidad de producción de genéricos, como la propia India, se impone encontrar soluciones para que bajen los precios.*

Por su parte, J. Hernández señala que si bien la producción de genéricos para algunos retrovirales está beneficiando a Europa, este beneficio no está llegando a los países más pobres. *“Uno de los aspectos más atractivos de los medicamentos genéricos, a los ojos de los gestores sanitarios públicos, es que su empleo permite reducir de forma importante la factura farmacéutica... pero no sólo eso: **la aparición de un medicamento genérico supone de forma automática la disminución de un 40% del medicamento de marca.** Por ello, los laboratorios farmacéuticos, si quieren seguir manteniendo la competitividad de sus productos frente*

a los medicamentos genéricos, deberán, en la medida de lo posible, ajustar los precios...”.

El tema de costos continúa en debate, mientras existen hoy países de África en donde el HIV no se investiga “por compasión”, porque de todas maneras nada podrá hacerse con quienes fueran diagnosticados; otros países cuentan con el 100% de los tratamientos financiados por la cooperación internacional que obtiene por este medio una capacidad de influencia excepcional sobre las mismísimas políticas públicas de salud.

Por ello nuevamente el mundo vuelve la mirada sobre la producción de genéricos y la posición de países como Sudáfrica, Brasil o la India.

“El Comité de Patentes respaldado por la Unión Europea ha suscrito un acuerdo con siete fabricantes de medicamentos contra el sida, unos pocos días antes de la celebración de la Conferencia Internacional contra el Sida en la ciudad australiana de Melbourne. Las empresas involucradas en el acuerdo son Cipla, Emcure, Aurobindo, Micro Labs y la filial india de la multinacional Mylian. Mediante el citado contrato de sublicencia, estas empresas podrán producir versiones genéricas de los medicamentos contra el sida atazanavir y dolutegravir.

Los cuatro nuevos fabricantes podrán producir versiones genéri-

Las empresas farmacéuticas no se encuadran en la “natural” expectativa de lucro de las empresas. Se han acumulado evidencias sobre que se trata de un holding económico que trabaja con tasas de rentabilidad excepcionalmente altas, que tiene normalizadas prácticas de cooptación ilegales y que promueven un permanente corrimiento de los límites éticos empujando a un número creciente de médicos hacia “conflictos de intereses” que comienzan con prácticas más o menos inocentes y no tienen techo si a capacidad de asombro nos referimos.

*cas con un coste menor, facilitando el suministro para los países en desarrollo. 'Este acuerdo dobla prácticamente nuestra red de fabricantes de genéricos', declaraba Greg Perry, director ejecutivo del Comité de Patentes. **'La competencia concurrente en la fabricación de genéricos llevará a una reducción de precios a la vez que aumentará la disponibilidad y la capacidad de tratar a muchos más enfermos de esta enfermedad', añadió***".

De acuerdo con las estadísticas mundiales publicadas por la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés), en Asia, el país que más preocupa es India, por la virulenta persistencia de la enfermedad.

Hace muchos años que las empresas transnacionalizadas descubrieron que existen importantes oportunidades de negocios si uno es proveedor de un Estado que considera que la salud es un derecho.

Especialmente si uno es un proveedor monopólico o hegemónico, formador de precios o mantiene un acuerdo con otros proveedores para manipular las licitaciones.

Las empresas farmacéuticas no se encuadran en la "natural" expectativa de lucro de las empresas. Se han acumulado evidencias sobre que se trata de un holding económico que trabaja con tasas de rentabilidad excepcionalmente altas, que tiene normalizadas prácticas de cooptación ilegales y que promueven un permanente corrimiento de los límites éticos empujando a un número creciente de médicos hacia "conflictos de intereses" que comienzan con prácticas más o menos inocentes y no tienen techo si a capacidad de asombro nos referimos.

Jara lo expresa de una manera clara: "En suma, todo el mundo en el sector sabe que las prácticas que estamos describiendo (se refiere a las estrategias formales e informales de los laboratorios) se consideran fundamentales para conseguir los altos beneficios que obtienen la mayor parte de los laboratorios farmacéuticos. El margen de ganancias neto anual de esta industria se sitúa en torno al 17%, cifra muy por encima del 3, 4 o 5% de beneficio que obtienen las multinacionales más conocidas en otros ámbitos".

La producción pública de medicamentos es un reflejo de la enorme brecha que existe entre los costos de producción y los precios de venta y muchas veces genera por su sola existencia un sinceramiento o una significativa reducción de precios en las empresas farmacéuticas.

Según Lombar, de la influyente compañía de servicios informáticos IMS Health, en términos globales para el año 2010 la estima-

ción era de un mercado de 856 mil millones de dólares y la prevista para 2015 de 1.000 millones, si la rentabilidad promedio es de 17% significa una rentabilidad de 170 mil millones de dólares, lo que transforma a esta industria, al menos potencialmente, en uno de los principales compradores de influencias del planeta.

Pero los países centrales parecen haber declarado la guerra a los costos excesivos de medicamentos, lo que con alta probabilidad está generando una transferencia de presión a los países emergentes tal como ya ocurrió con la industria del tabaco.

En efecto, según Lombar, el incremento de genéricos en los países económicamente más poderosos fue entre 2005 y 2010, a valores extremos en Francia, en donde pasaron en un quinquenio de una participación de un 39,6 a un 53,7% del mercado, o en Alemania, en donde ascendieron de un 64,6 a un 77,0%. Pero quizás lo más sorprendente es que en EE.UU. la participación de los medicamentos genéricos en el mercado ya se había estabilizado en el 2005 en alrededor de un 90 por ciento.

En una lectura internacional de lo que ha sucedido en la Argentina puede deducirse del mismo informe que justamente cuando en EE.UU. las empresas líderes pierden su posición de hegemonía en el mercado interno, consiguen a través de presiones internacionales que países como la Argentina adopten exactamente en 1995 una ley de patentes rompiendo uno de los pilares del desarrollo de la industria farmacéutica nacional. En efecto, la norma basada en un principio constitucional y jurídico tan remoto como 1865 permitió la utilización de copias con un marco legal en el que se sostuvo una buena parte de los "laboratorios nacionales".

La ley de 1995 fue una bomba de tiempo programada para estallar cinco años después y sus efectos deletéreos quedaron disimulados por la enorme crisis económica del 2001-2003 en la que el sector no sólo se reconfiguró sino que salió fortalecido avanzando sobre las ventas y sobre la proporción del gasto en salud a valores muy superiores incluso a los excepcionales años '90.

Como se observa en la misma fuente, el crecimiento promedio 2005-2010 del mercado de medicamentos en América latina ha sido del 13%, pero en la Argentina ha sido mucho mayor, posicionado como el segundo país de mayor crecimiento en la región con un crecimiento de 25,4% distribuyendo esa presión de crecimiento con una composición de apenas un 0,7 puntos por innovación, un 8,8 por aumento de volúmenes de venta y básicamente por un 15,9 de reposicionamiento de los precios de venta.

Drogas huérfanas

La existencia de las denominadas enfermedades olvidadas o negligentemente olvidadas (una mejor traducción para *neglected diseases*) muestra en términos de soberanía sanitaria cómo el interés económico genera no sólo una falta de inversión de I+D en patologías que amenazan masivamente a la región como Chagas, leishmaniasis, hanseniasis, tuberculosis y sus peligrosas combinaciones con el HIV sino que aun el actual arsenal terapéutico pierde interés generando el fenómeno denominado de drogas huérfanas. Un nombre indulgente para reflejar un fenómeno que coloca en absurdo cualquier pretensión de hablar de responsabilidad social de la empresa, al menos en este sector. La capacidad de la producción pública de medicamentos de asumir el desafío de sostener la producción de estas drogas resulta de alto interés sanitario y muestra una vez más cómo la participación del sector privado en la salud sólo construye sus nichos de rentabilidad si consigue trasladar al sector público los segmentos no rentables de la responsabilidad sanitaria. Desde 1999 existe un grupo de trabajo a nivel internacional llamando la atención sobre estas enfermedades. Sin embargo, su diagnóstico es terminante: "A pesar de los increíbles adelantos de la ciencia y de la medicina, la sociedad no ha dedicado recursos suficientes para luchar contra las enfermedades que azotan en especial a las poblaciones de los países pobres. El vacío de I+D en el ámbito de las enfermedades olvidadas y muy olvidadas se traduce en que el personal sanitario de los países en vías de desarrollo aún no dispone de medicamentos eficaces para curar enfermedades que ven a diario".



La producción pública de medicamentos es un reflejo de la enorme brecha que existe entre los costos de producción y los precios de venta y muchas veces genera por su sola existencia un sinceramiento o una significativa reducción de precios en las empresas farmacéuticas.

PPM en los países de la Unasur, realidades y perspectivas

La importancia estratégica de la producción pública en Brasil es ampliamente reconocida en la región, así puede caracterizarse brevemente que:

Farmanguinhos aprobadas por ANVISA 43 drogas en 100 formas de expendio que envuelven medicamentos de diversas formas y terapéuticas diferentes (analgésicos, antirretrovirales, hipertensivos, antibióticos, vacunas, entre otros), reactivos, biofármacos y desarrollo tecnológico.

Existen 20 laboratorios farmacéuticos públicos y siete en etapa de implantación. Están situados en las regiones nordeste, centro-oeste, sudeste y sur. Ellos componen la Red Brasileña de Producción Pública de Medicamentos (RPPM) y la mayoría pertenece a la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos Oficiales de Brasil (ALFOB) creada en 1984.

Aun países pequeños como Bolivia y Uruguay se han lanzado en este esfuerzo.

En mayo de este año el presidente Evo Morales anunciaba la instalación de una planta de producción pública con apoyo del gobierno de Cuba. “No podemos seguir importando medicamentos, no podemos continuar sometidos a los monopolios internacionales que industrializan medicamentos”

En Uruguay, el presidente de ese país, Pepe Mujica, inauguraba el 8 de junio de 2014 una planta de producción pública de comprimidos de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en el laboratorio Dorrego y declaraba a la prensa en forma más extensa:

“El negocio de los medicamentos es de dimensiones siderales”...

“En un país pequeño, ¿quién le pone el cascabel al gato?”... “No se trata de pensar que todos los medicamentos específicos puedan fabricarse en un país pequeño, pero existe una multitud de cosas que, francamente, son posibles”.

Continuando con su reflexión, el Presidente advirtió: *“Si no participamos, la actividad privada no tiene competencia”.*

“Mucha de esa actividad privada es también transnacional, y no es que sean malvados, tienen necesidad de luchar por su tasa de ganancia. Y nosotros tenemos que luchar porque el costo de la salud les salga lo menos posible a los uruguayos”, recalcó.

Con esa simpleza y picardía que ha dejado huella en la región calificó de “audaz” el paso dado por ASSE al construir esta nueva planta para producir medicamentos genéricos que serán distribuidos gratuitamente en los servicios de salud pública.

“Seguramente tendrá enemigos, porque se está metiendo en un asunto que era un coto entre privados”, insistió.

En este punto sostuvo, no obstante, que esta nueva planta sirve para reducir *“un poquito”* el costo de los medicamentos, en un tipo de civilización *“que funciona a pastillas”.*

“Y como eso es una manía contemporánea de la cual yo no participo, pero la veo, termina habiendo una fortuna en juego”, subrayó nuevamente haciendo alusión al negocio privado de producción de medicamentos.

A modo de conclusión

Una perspectiva latinoamericana de la salud internacional resulta fundamental para comprender las profundas transformaciones económicas, políticas y culturales que afectan a nuestros países y que están abriendo escenarios políticos casi sin antecedentes en la región.

Así, se puede destacar la continuidad de las políticas de medicamentos de Brasil y su enorme inversión en I+D y Producción Pública, la decisión política de la Argentina de coordinar la acción conjunta de sus 39 laboratorios de PPM, la política de patentes del gobierno de Ecuador, la cooperación técnica del gobierno de Cuba, la decisión política de los presidentes del Estado Plurinacional de Bolivia y de Uruguay, la Empresa Socialista de Producción de Medicamentos Biológicos (Empromed Bio) –que con el objetivo de avanzar hacia la independencia farmacéutica en Venezuela retomar la fabricación de vacunas contra diversas enfermedades– y aun la muy avanzada ley de medicamentos salvadoreña, a lo que se agrega la decisión de la Unasur Defensa de consolidar la soberanía sanitaria y avanzar hacia la complementariedad en la PPM. Todo esto articulado con las iniciativas de uso racional, prescripción y uso de genéricos, con el observatorio de precios testigos, con la recuperación de drogas huérfanas, se abre paso en una región en la que –aun con los retrocesos experimentados en los países de la cuenca del Pacífico amarrados por los tratados de librecomercio– se acumulan evidencias sobre la voluntad política individual y colectiva para que los esfuerzos por **garantizar el derecho a la salud** de nuestras grandes mayorías no naufrague en el afán de lucro de agentes económicos que, en un marco de firme regulación, pueden devenir en aliados para este tan complejo como ineludible imperativo ético. Ese es el objetivo social, económico y, como se ve, sobre todo político.



por **HORACIO BARRI**. *Médico sanitarista. Presidente del Movimiento por un Sistema Integral de Salud (MOSIS). Ex secretario de Salud de la Municipalidad de Córdoba. Docente de la Universidad Nacional de Córdoba*

LA DISPUTA ENTRE LO LEGAL Y LO LEGÍTIMO ES UNA DE LAS PRINCIPALES CONTRADICCIONES DE LAS SOCIEDADES MODERNAS. CUANDO ESTO SE LLEVA AL CAMPO DE LA SALUD, MUCHAS VECES ESTAMOS HABLANDO DE LA DIFERENCIA ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE. ¿CUÁL ES EL ROL DEL ESTADO EN ESTA DISPUTA? ¿CUÁL ES EL ROL DE LA SOCIEDAD?

¿SALUD LEGÍTIMA?

E

l Poder Judicial, uno de los tres sobre los que se asienta la democracia representativa, se estructura a partir del criterio de que todo lo legal

es legítimo, como se enseña, reproduciéndolo al infinito, en las facultades de Derecho de todo el país.

Basados en criterios hobbesianos (“el hombre es el lobo del hombre”), más que en spinozianos (“el hombre puede ser el Dios del hombre”), su interés es mantener el orden establecido más que transformarlo positivamente, ajenos a la enseñanza de los conocimientos y de la historia.

Es que la construcción de “lo legal” es una batalla clave cuyos resultados luego regirán como la verdad absoluta, independientemente de las transformaciones que opere la realidad. Se escucha “lo que determine la justicia”, como si se basara en valores trascendentes, naturales, algo que es así y estuvo siempre. Los hombres que allí actúan parecieran pertenecer a un ámbito neutro, no actuando como producto de su clase e inserción social, sino como ajenos incluso a las disputas políticas.

Desarmar este potente y complejo entramado no será fácil para el conjunto de la sociedad. Pero a veces ocurren hechos esperanzadores como pasó en la Argentina hace unos dos años, cuando desde ese propio espacio judicial se alzaron voces discordantes proponiendo una “Justicia Legítima”.

¿Asistimos en la Argentina al comienzo de un análisis público y dialogal en torno a lo legal y lo legítimo? ¡Ojalá que así sea! Y que la disputa de intereses políticos/económicos no lo enmascare, dificulte y obstaculice con su retórica ofensiva y su manipulación a través de los medios masivos. Si así ocurre redoblemos nuestros esfuerzos por pensar lo que necesitamos.

Sin embargo no nos podemos quedar con la esperanza pasiva, esa pasión triste, sino que debemos ir creando la discusión en cada espacio o área en que se desarrolle nuestra práctica cotidiana, que es donde debemos asumir esta dualidad. Vivimos en el marco de lo **legal**, o sea de lo **posible** que determinan las leyes, que son el resultado de luchas de poder ocurridas en el pasado y que a veces se perpetúan incluso cuando han cambia-

Los “medicamentos esenciales” son apenas un poco más del 30% del total y los restantes se dividen en 5 grupos: de eficacia no comprobada, de eficacia dudosa, combinaciones irracionales de drogas, similares más caros y de perfil de riesgo inaceptable. Como se ve, lo legal puede ser una estafa o incluso atentar contra la vida.

do todas las condiciones, pero queremos hacerlo en el marco de lo **legítimo**, o sea lo **necesario**.

En la práctica es muy importante dilucidar esto con análisis colectivos y en todas las situaciones posibles, dado que habitualmente no sabemos si estamos hablando de lo mismo o no. Por otro lado, se suelen paralizar acciones críticas y transformadoras en lo macro o en lo micro, con el argumento de que “no es legal”. Solemos sentir un pensamiento culposos ante la afirmación de que si no existiera lo legal, la sociedad sería invivible. Pero “**lo legal**” no puede ser fijado de una vez para siempre, y se va adecuando históricamente a las transformaciones sociales. Convengamos, en todo caso, que estamos en búsquedas de alternativas, y que si bien es mejor movernos con marcos legales que sin ellos, sin embargo estos deben ser traccionados permanentemente por y hacia lo legítimo.

Tenemos razones para plantear que, en no pocas ocasiones, legal y legítimo significan lo opuesto, aunque ambos formen parte en la realidad cotidiana del contrato social, pero aún la sociedad en que estamos no ha encontrado maneras más dinámicas de trabajar esta contradicción. La democracia representativa actual contiene mecanismos para reproducirse, o sea entorpece las revisiones y los avances que profundizan la participación, que es el único mecanismo para descubrir **lo necesario**, donde se asienta **lo legítimo**. También es una dificultad el hecho de que ambos conceptos van variando sus significados conforme lo hace la realidad, y que esta se encuentra inmersa en relaciones de poder que le imprimen esa dinámica.

Repasemos: se entiende por **legal** “lo prescrito por ley y conforme a ella”, pero la ley es también producto de las luchas por ampliar los derechos. En algún momento de la historia de la

humanidad la Inquisición era lo legal y en base a su ley se quemaba a mujeres denominadas brujas, entre otras barbaridades. No hay por lo tanto en la realidad “reglas y normas constantes e invariables de las cosas”, más allá de que esto exprese el deseo de los que se benefician con las situaciones dadas.

En 1994 fui partícipe de una experiencia que sirve de ejemplo inmejorable sobre los límites de lo legal en salud; fue en el marco de la Convención Nacional Constituyente de 1994. Reproduzco lo que publiqué sobre caliente en la revista *Salud y Sociedad* N° 26 de ese año:

“La Constitución es la ley fundamental de la organización de un Estado y debe contener la esencia y calidades constitutivas de las futuras leyes.

Por tales razones, y a pesar de haber sido acordada con los fines espurios que todos conocemos, la Convención Nacional Constituyente de 1994 se presentó para muchos como una oportunidad inmejorable de crear nuevos marcos que permitieran profundizar los anacrónicos mecanismos de nuestra democracia, incorporando derechos equitativos, solidarios y acordes a los conocimientos y avances actuales de la humanidad.

Se presentaron más de 1.600 proyectos con propuestas en muchos casos francamente superadoras de lo que marca la vieja Constitución de 1853, y muchos de estos proyectos del área de salud tuvieron el aporte sustantivo de congresos populares democráticos previos, en los que participaron muchos trabajadores de salud de todo el país y varios de los especialistas más caracterizados en los distintos temas que luego se explicitaron.

En mi calidad de Asesor del Convencional Constituyente por Capital Federal José Carlos Escudero me tocó ser “observador participante” –con voz pero sin voto– y –atendiendo a aquello

de donde hay una necesidad hay un derecho– presentamos proyectos que contemplaban que el Estado garantizara el acceso al agua potable, a alimentos suficientes, a medicamentos seguros y eficaces, a vivir y trabajar en un medio ambiente sano, a servicios de salud gratuitos, oportunos y eficaces. A tener un Defensor de la Salud y la Nutrición adjunto al Defensor del Pueblo, etc., etc.

Sin embargo, a la hora de la aprobación primó el pacto y desde el partido que decía ser el de Perón, Evita y Carrillo, el presidente del Bloque Justicialista, Augusto Alasino, dio el broche de oro cuando argumentó en la Comisión Federal que “Salud no se puede discutir para no quitarle seriedad al Pacto” y que “esta va a ser una forma habitual de superar los conflictos de la democracia”.

Por su parte desde la UCR, el partido que tuviera en sus filas al Dr. Oñativia y al Dr. Somoza, se contribuyó a través del Convencional Oscar Aguad con una perla: “Como si la salud de la población dependiera de que se lo ponga en la Constitución, esto es una estafa intelectual”.

Terminada la Convención, todos los proyectos positivos desaparecieron sin dejar rastros. Por lo tanto la nuestra es una de las poquísimas Constituciones del mundo que no legisla el Derecho a la Salud, dado que las referencias más importantes están en los Tratados Internacionales a los que se adhiere. En la Constitución sólo aparece ‘el derecho a la salud de los usuarios’”.

Por **legítimo** se entiende lo “cierto, genuino y verdadero”, que también dependerá de quién o quiénes lo determinen. Es allí donde sólo las mayorías pueden/deben definir lo **necesario**, realizándose las preguntas adecuadas, no sólo las posibles. Por eso están obligadas a la sensatez permanente y a someter la realidad a revisión constante, en una dinámica como la de la vida misma.



En una sociedad como la nuestra, condicionada por el mercado, lo posible en general serán mercancías, tanto para el diagnóstico como para los tratamientos. Y a las mercancías por definición alguien tiene que pagarlas, sea el que las necesita, o el que le da un seguro a cambio del pago periódico, o el Estado que debe hacerse cargo de sus ciudadanos.

Hace treinta años, buscando salir de la enfermedad del terror, de la injusticia y de la desigualdad, un grupo de trabajadores de la salud postulábamos que otra salud era posible y que todos teníamos derecho a un sistema de salud que nos permitiera acceder a una atención médica de la mejor calidad, que pusiera al alcance masivo todo lo que la ciencia –como producto del conocimiento humano– tenía para ofrecer. Estábamos pidiendo que se restituyera lo legal al pueblo argentino y eso estaba bien luego de tantos años de perversa ilegalidad. Así como decenas de miles de personas pertenecientes a la casta de los “intocables” hindúes pedían, hace unos años, en el Foro Social Mundial de Bombay, por lo menos ser incluidos en la democracia, aunque esta fuera condicionada.

Con el transcurrir activo de este tiempo, fuimos constatando que ese posible varía según quiénes lo propongan, que hay muchos posibles y que en general el posible que ofrece lo legal es el que proponen los sectores que detentan el poder: responde a su lógica y los beneficia. En una sociedad como la nuestra, condicionada por el mercado, lo posible en general serán mercancías, tanto para el diagnóstico como para los tratamientos. Y a las mercancías por definición alguien tiene que pagarlas, sea el que las necesita, o el que le da un seguro a cambio del pago periódico, o el Estado que debe hacerse cargo de sus ciudadanos.

Esa lógica presidía nuestros razonamientos en ese momento: “Que el Hospital de Niños funcione en el Sheraton Hotel”, o que a los medicamentos se les rebajen los precios. Ignorábamos, como veremos luego, que así consolidábamos un sistema perverso que naturaliza las enfermedades. Por ello exigíamos soluciones/respuestas para todos, sin saber que no teníamos antes las preguntas correctas y que cuando así ocurre sólo se favorece el que las ofrece, no el que las necesita.

Es por ejemplo el caso de los medicamentos: lo legal es todo lo que se permite que se ofrezca para su adquisición en las farmacias y que cuenta con el aval de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT). Sin embargo, de acuerdo a la Comisión de Medicamentos de la Organización Mundial de la Salud, lo legítimo –o sea, los medicamentos que deberían estar a la venta– son los llamados “esenciales”, que tienen eficacia comprobada y cuyo perfil de beneficio/riesgo es favorable a la salud humana. A pesar de ello, los “medicamentos esenciales” son apenas un poco más del 30% del total y los restantes se dividen en 5 grupos: de eficacia no comprobada, de eficacia dudosa, combinaciones irracionales de drogas, similares más caros y de perfil de riesgo inaceptable. Como se ve, lo legal puede ser una estafa o incluso atentar contra la vida.

Entre las enfermedades que angustian a las poblaciones uno de los lugares destacados lo ocupa el cáncer: las investigaciones legales son sobre todo en medicamentos, cuando lo legítimo sería que la prioridad la tenga la causalidad de los mismos y cómo



Entre las enfermedades que angustian a las poblaciones, uno de los lugares destacados lo ocupa el cáncer: las investigaciones legales son sobre todo en medicamentos, cuando lo legítimo sería que la prioridad la tenga la causalidad de los mismos y cómo proteger a las poblaciones expuestas a estos riesgos.

proteger a las poblaciones expuestas a estos riesgos. Veamos un caso que lo demuestra.

La lucha de un grupo de madres de Barrio Ituzaingó Anexo, en la ciudad de Córdoba, comenzó por descubrir por qué había tantas mujeres con pañuelo (o sea en quimioterapia). En el Consejo Deliberante de la ciudad se escuchó, luego de las demandas de aquellas, la propuesta médica oficial: “Duplicar el horario de atención en el dispensario municipal...”. Eso significaba poner espectadores pagos de un drama que seguiría creciendo de no mediar un accionar sobre las causas, por lo tanto las madres no lo aceptaron. Después de muchos años de lucha, recientemente se realizó el juicio que condenó a los dueños de campos vecinos por fumigar con agroquímicos cerca del barrio, que era la causa principal del aumento de cánceres y otras patologías graves...

Lo mismo pasa con las incertidumbres médicas, que en los mejores servicios asistenciales del mundo superan el 30% de la práctica. Sin embargo estas, que serían motores potentes de investigaciones, no son tenidas en cuenta y se las niega sistemáticamente, concentrándose el mercado en investigar nuevas moléculas, con lo que se siguen negando las razones, los porqués. Cardiólogos argentinos realizaron en Buenos Aires, durante el 2001 y 2002, una investigación epidemiológica en dos grupos de pacientes cardíacos, con alrededor de 750 pacientes cada uno, donde la variable era la presencia en uno de los grupos de

una enfermera 24 horas por día, con teléfono abierto y gratuito para contención, evacuación de consultas y seguimiento de los pacientes. Fue notable la diferencia –estadísticamente significativa– en la morbi-mortalidad de estos dos grupos a favor del que tenía la contención, recurso tan barato y eficiente como es el humano.

En realidad, mientras los posibles pueden ser muchos según quién y cómo y por qué los determine, lo necesario en cada caso es uno solo. Indudablemente la cuestión pasa por determinar el necesario para cada situación y eso no se puede hacer sin la participación popular. Para ello el camino a recorrer entonces es, como lo plantea la estrategia de la Epidemiología Comunitaria impulsada por el Dr. Gianni Tognoni, el de las preguntas correctas. Y estas deben plantearse los grupos sociales, para que aparezca el necesario de las sociedades, no el meramente individual que debe integrarse al conjunto: qué nos pasa, a causa de qué, qué podemos hacer para actuar sobre esas causas; hacerlo y medir el impacto de nuestro accionar. Un método permanente de interrogar a la realidad y un tirar para adelante de lo legítimo para instalarse como nuevo legal y así sucesivamente.

En la forma organizativa que tiene esta sociedad, a grandes rasgos dividida en tres grandes actores, comunidad-Estado-mercado, la situación no es de armonía sino de lucha constante y desigual. El Estado debe mediar, por lo que el mercado permanen-



temente intenta cooptarlo para que lo haga según sus intereses pero con la apariencia de imparcial, para lo cual utiliza los grandes medios llamados de “información” (que son de imposición y manipulación) a fin de crear consenso y por esa vía hegemonía, o sea que todos pensemos del mismo modo que ellos.

Es por ello que quienes sientan esta flagrante injusticia como propia deben trabajar en y con la comunidad para que esta vaya aprendiendo que los diversos debates la afectan y que su rol debe ser como el de los dueños del poder: “votar” todos los días, no sólo cada cuatro años. He aquí planteado un desafío: la necesidad de trabajar para que se legalice lo legítimo y se avance por etapas sucesivas, cuando lo legal deja de ser legítimo y se debe reiniciar el proceso, porque lo necesario se va modificando a la par del conocimiento y los avances colectivos.

Cada espacio, disciplina, especialidad, sector, trabajo, etc., en que se divide artificialmente la totalidad para poder abordarla, debería darse un debate sobre sus legales y legítimos. El interrogante racional ¿las cosas son como parecen? ha sido el motor de avance del género humano y quizás el origen de su diferenciación con el resto de los habitantes de la naturaleza. Sin embargo, a la luz de los resultados actuales en cuanto a la crisis del planeta, pareciera todo lo contrario, por lo que –con la conciencia del poco tiempo que nos queda para revertir la situación– debemos actuar cuanto antes.

UNA ENTREVISTA APASIONANTE A UNO DE LOS PRINCIPALES PENSADORES DE NUESTRO PAÍS. REFLEXIONES SOBRE EL CAMPO DE LA SALUD, PERO TAMBIÉN SOBRE LA INSEGURIDAD COMO TEMA DE LA AGENDA SANITARIA, SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LOS TRABAJADORES Y DE LA SOCIEDAD EN SU CONJUNTO, Y HASTA EL TIEMPO Y SENTIDO DE LA VIDA. DE LO PARTICULAR A LO GENERAL, IDA Y VUELTA EN UNA CHARLA PROFUNDA SIN DESPERDICIOS.

EJES ARTICULADORES EN EL CAMPO DE LA SALUD



por **MARIO TESTA**. Médico. Ex Decano de la Facultad de Medicina. Especialista en Pensamiento y Planificación Estratégica en Salud. Docente del Departamento de Salud Colectiva y Profesor Titular de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la Universidad Nacional de Lanús. Doctor Honoris Causa por la Universidad Federal de Bahía. Brasil. Distinguido por la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires como Personalidad Destacada de la Ciencia



Entrevista realizada y compartida por
IDEPSALUD - ATEARGENTINA por medios
electrónicos en noviembre de 2013 y
publicada en la sección LABRADORES
DE LA SALUD POPULAR de [www.
atesociosanitario.com.ar](http://www.atesociosanitario.com.ar)

1.

Buenas y malas preguntas

Me parece que uno de los principales problemas que enfrenta el campo de la salud es que la temática general de la salud no está en la agenda del Estado (ni del nacional ni de la provincia de Buenos Aires, ni de la CABA, y tampoco de los otros Estados provinciales).

Y eso no es sólo responsabilidad de los respectivos gobiernos (aunque tienen mucho que ver con eso) sino también de todos/as nosotros/as, que no hemos sabido o no hemos podido (y en algunos casos tal vez no hemos querido) hacernos cargo del asunto.

Voy a desglosar la cuestión. “No hemos sabido” quiere decir que muchos de nosotros ignoramos cuál es la manera como se logra introducir un tema en la agenda del Estado. Creer que eso es una decisión del gobierno es equivocarse fiero respecto del quién, el cómo, el cuándo y el porqué. Algo dije en mi artículo “Decidir en salud” publicado en *Salud Colectiva*. Repito la anécdota de Roosevelt cuando una delegación de la AFL-CIO fue a pedirle que tomara una determinada medida y les respondió: ¡oblíguenme! Hay toda una concepción acerca de la sociedad, el gobierno y la política detrás de esa respuesta. “No hemos podido” quiere decir que no logramos crear las condiciones para hacer posible ingresar un tema en la agenda del Estado. Y la condición (necesaria y suficiente decíamos en otra época) es que estemos constituidos como sujetos sociales (en mi definición sujeto social es el que adquiere la capacidad de incorporar un tema en la dichosa agenda, lo que no significa que ese tema se apruebe tal como lo proponemos “nosotros”, quienquiera que ese nosotros signifique).

De manera que aquí la “buena pregunta” es: ¿cómo se constituye un sujeto social? Algo acerca de esto he escrito en alguno de mis trabajos que tratan el tema del sujeto. Pero la clave fundamental es que no existe ninguna posibilidad de constitución de sujetos transformadores sin la existencia de contradicciones y conflictos que se resuelven utilizándolas creativamente, como lo demuestran las Madres y Abuelas de Plaza de Mayo.

“No hemos querido” es una autoacusación de que transamos la defensa de la salud por otros intereses que en algún momento juzgamos prioritarios. Y me parece que este “motivo porque” es el que ha intervenido para que el tema salud no se encuentre en la agenda del Estado nacional, desplazado por intereses de tipo político.

En los otros casos (provincias y CABA) habría que hilar más fino ya que puede haber una multiplicidad de motivos para explicar cada situación particular.

En cuanto a la coyuntura histórica, me parece que estamos realmente en una situación excepcional, no porque enfrentemos un cambio estructural (en el sentido de un cambio revolucionario en la estructura de clases de nuestra nación –la desaparición de la burguesía y el triunfo del proletariado– para decirlo en términos un tanto clásicos y no menos obsoletos) sino porque hemos comenzado a formularnos las preguntas pertinentes a los problemas del desarrollo en lugar de atenernos a la inopia y el aburrimiento del pensamiento único.

Las preguntas que nos estamos formulando (algunas/os de nosotras/os) son las mismas que quienes fueron mis maestros/as en estos temas nos proponían muchos años atrás (algo así como 50): ¿Keynes o Friedman? ¿Oferta o demanda? ¿Mercado interno o externo? ¿Presidente del Banco Central o ministro de Economía? ¿Uso de reservas para pago de deuda externa e inversiones productivas o acumulación para mantener el valor de la moneda? ¿Países desarrollados o integración latinoamericana? ¿Financiamiento externo o vivir con lo nuestro? ¿Impuestos directos o indirectos? ¿Para quiénes desarrollo?

Todas estas preguntas y muchas otras de este tenor están hoy en la primera página de los diarios y habrá que agregar más que en aquella época ni siquiera se nos ocurrían pero que han tomado una fuerza, producto de las luchas de muchas y muchos: la inclusión de los excluidos, la igualdad de género, los derechos de todo tipo, comenzando con los derechos humanos, en que nuestro país ha tomado una posición que nos honra.

Las transformaciones culturales impensables unos pocos años atrás: es casi increíble pero ha renacido la noción de Patria, no como le gusta a la Sociedad Rural, sino como lo expresó el pueblo en la calle durante el fenomenal festejo del Bicentenario, donde no me avergüenza decir que acompañé cantando la Marcha de San Lorenzo con lágrimas en los ojos.

Todo esto me lleva a una conclusión que no todos comparten, ni muchísimo menos: creo que los tres últimos gobiernos nacionales (el de Néstor y los dos de Cristina) son los mejores de nuestra historia. Y esto nos lleva a la buena pregunta: ¿cómo seguimos y profundizamos?

El campo de la salud se encuentra, en efecto, enormemente fragmentado y todos los intentos de revertir esa situación han chocado con resistencias feroces y han terminado por agravarla en lugar de resolverla. Pienso (y digo) que los sanitaristas somos el grupo profesional más frustrado de América latina porque sabemos a la perfección lo que hay que hacer y jamás hemos podido hacerlo (ni siquiera de manera parcial, como era la propuesta del SNIS) en ningún país del continente salvo Cuba.

2.

El campo problemático de la salud

Creo que en mis trabajos he dado respuestas (siempre parciales) a estas cuestiones acerca de espacio, tiempo y poder, que voy a intentar sintetizar aquí.

En primer lugar, creo que estas tres categorías son lo que yo llamo categorías analíticas, es decir, aquellas que son aptas para explicar lo que ocurre en la realidad y que surgen de un proceso de abstracción a partir de la observación de esa realidad (algo así como reconocer que lo que significan esos términos existe sin que yo me tome la molestia de pensarlos, están ahí, aunque en el caso actual eso es más perceptible con las dos primeras que con la tercera).

El espacio es una de las categorías básicas de la epidemiología, como nos lo demostró John Snow hace más de 150 años en su muy famoso estudio sobre la epidemia de cólera en Londres. Pero prefiero plantearlo refiriéndome a una fotografía de la NASA sobre el cielo nocturno. En esa foto se ve todo el mundo de noche (como es obvio es una composición ya que nunca es de noche simultáneamente en todo el mundo) y lo que se ve son las enormes diferencias de iluminación en distintas partes del vasto mundo. Y esto me recordó que en las clases de geografía económica que cursé alguna vez, la docente (una francesa de muy bien ver pero no tan buen oler, creo recordar) explicaba la diferencia que existía (y existe) entre inversores residentes y no residentes, ya que los primeros pretendían que las ganancias que generaban fueran reinvertidas (en parte al menos) en el lugar donde residían ya que eso mejoraba su calidad de vida. En cambio en las zonas productivas con empresarios ausentes, la imagen era la evidencia de que eso no ocurría. Cualquier reflexión sobre nuestro territorio da para ponerse a llorar.

El otro aspecto del espacio es el que se refiere a las economías regionales, cuya consideración es, tal vez, la única manera de revertir el fenómeno de la cabeza de Goliat, que asola a los países de nuestro continente como lo puede confirmar la foto mencionada *ut supra*. Y una anécdota para señalar cómo a veces erramos fiero el trancazo: cuando Perón nacionalizó los ferrocarriles, hasta entonces en manos de los ingleses, el interventor –militar– nombrado al frente de la nueva administración ordenó destruir los registros donde constaba el origen y destino geográfico y la cantidad de cada bien que se transportaba por esa

vía, con el argumento de que eso era de interés para los ingleses pero no para los argentinos, con lo que se perdió la posibilidad de construir una matriz de insumo producto interregional que es un instrumento clave para una mejor distribución de la producción en el territorio.

En cuanto al espacio en relación con la salud, es de sobra conocida la desigualdad existente tanto en las condiciones en que se desenvuelven los problemas (la distribución espacial de las enfermedades, que se refleja en los mapas epidemiológicos como el producido por un equipo del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús para todo el país) como en la distribución de los recursos (lo cual es en parte necesario, siempre que se conforme como un sistema de salud, con niveles de complejidad, referencia y contrarreferencia y todas las condiciones que los sanitaristas conocen a la perfección pero que es raro ver funcionando como debiera). Y de nuevo una digresión para señalar que en muchas ocasiones se producen errores interpretativos por desconocimiento de los determinantes y condicionantes de los problemas, que con frecuencia se expresa por la inversión de las variables dependientes e independientes (para decirlo en términos tradicionales).

Ejemplo: a las mujeres en las zonas rurales periféricas ¿se les mueren muchos hijos porque tienen muchos hijos o tienen muchos hijos porque se les mueren muchos hijos? Si se piensa que en esas zonas los hijos numerosos son fuerza de trabajo, la respuesta surge por sí sola, contraria a lo que piensa la gente “bienpensante” (o sea de derecha).

El tiempo es, junto con el espacio, la otra característica apriorística (en mi nomenclatura analítica) kantiana que abre la posibilidad de la explicación a los fenómenos de la sociedad. Pero hay que diferenciar: los tiempos técnicos no son analíticos sino operativos y pueden ser (de hecho lo han sido) considerados mediante algoritmos altamente formalizados (programas PERT, CPM y otros), lo que quiere decir que esos tiempos deben ser respetados para lograr que se alcancen los objetivos planteados. Estos tiempos técnicos se basan en lo que se tarda en hacer alguna cosa definida, y son los que están implicados en lo que llamo lógica de programación, a la que dedico la segunda parte de mi libro *Pensamiento estratégico y lógica de programación*.

En cuanto a los tiempos políticos, son los que corresponden a las categorías analíticas y, en consecuencia, a las relaciones estratégicas del campo de salud (y de cualquier otro); relaciones que crean o destruyen poder entre los distintos grupos que lo disputan.

Pero aquí hay que diferenciar los plazos en que ejercen su acción las propuestas que se formulan o se ejecutan, ya que no es lo

mismo (no genera el mismo efecto) el anuncio de una medida que su ejecución y puesta en marcha.

Creo que los tiempos políticos son otra fuente de errores cuando no se entiende el dinamismo que implican (se toma la película como fotografía), lo que lleva a calificar como voluntaristas ciertas acciones porque no es posible realizarlas ahora, pero eso no significa que no sea posible realizarlas después, una vez creadas las famosas condiciones necesarias para ello. De eso se trata la política. En la tercera parte de mi *Pensamiento estratégico y lógica de programación* incluyo una reflexión más extensa sobre el voluntarismo.

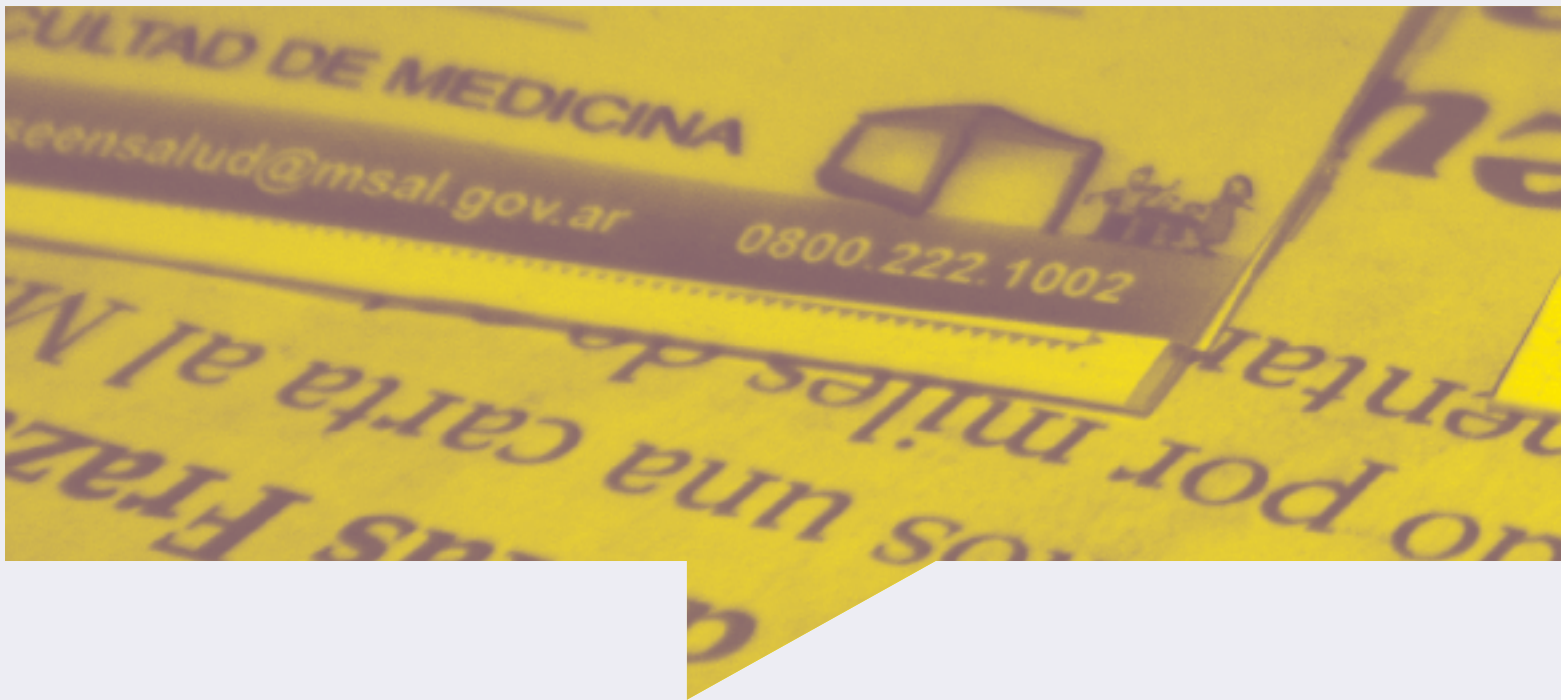
En cuanto al poder debo reconocer que es la idea más importante de toda mi obra, desde que la identifiqué como la categoría analítica central de mi pensamiento. Y esto amerita alguna consideración, en cuanto al proceso que lleva a identificarla. Digo que esto ocurre como una iluminación, es decir, como algo que se aparece no en base a un razonamiento lógico (deductivo, inductivo o abductivo) sino como una revelación (a la manera pascaliana de la revelación religiosa) que ilumina interpretativamente un campo de conocimiento (el ¡eureka! de Arquímedes). Es decir, no hay algoritmo para la identificación de las categorías analíticas. Pero una vez recibido este regalo de los dioses comienza el pensamiento a desarrollar sus consecuencias.

Sintetizo: definición de política (en mi caso a través de un proceso abductivo): si Pinochet hace extensión de cobertura y Fidel Castro también, la Organización Mundial de la Salud no puede definir la extensión de cobertura como una política. Algo anda mal. Entonces utilizo el saber recién adquirido y defino política como propuesta de distribución de poder.

A su vez, poder lo trato según diferentes puntos de vista para extraer todas las posibles consecuencias de su utilización: mirarlo como capacidad, como relación, como cotidiano, como histórico, como individual o como societal, como de corto, mediano o largo plazo, es decir, en su relación con el tiempo, como institucional o extrainstitucional, como central o periférico, como saber o como práctica y muchos etcéteras.

Muchas de estas consideraciones se encuentran explicitadas en la primera parte de mi *Pensamiento estratégico y lógica de programación*.

Para resumir, diría que el espacio del campo de la salud y los tiempos técnicos de sus procesos generan el significado del campo (lo que se puede hacer con él, diría Piaget), en tanto que los tiempos políticos son constructores de sentido a través del manejo del poder. La forma explícita de su articulación se encuentra en los diagnósticos de salud, en especial la síntesis diagnóstica en la tercera parte de mi libro reiteradamente citado.



3.

¿Quién, cómo, por qué y para qué nos organizamos?

La pregunta que me hicieron es si tienen vigencia hoy estas preguntas. La voy a entender como una pregunta retórica, ya que la respuesta es obvia. Por supuesto que tienen vigencia, pero voy a abundar en la misma ya que para eso se hacen las preguntas retóricas. En alguno de mis trabajos hablo del sujeto organizado o caótico y su presencia en varios niveles de la vida social: el individual, el comunitario, el institucional, el político y el estatal. Las preguntas iniciales se aplican de manera selectiva a cada uno de esos niveles, es decir que el quién, el cómo, el porqué y el para qué difieren en cada caso.

El organizador del individuo es él mismo, a través del uso positivo de sus propias contradicciones y conflictos (este tema está tratado en mi libro *Saber en salud*), el porqué y el para qué habrá que revisar a Freud, pero supongo que alcanza con mencionar la pulsión erótica y el intento de escapar a la neurosis y la psicosis (el bombardeo camuflado con vapores de consumo e indiferencia). Pero como referencia personal puedo recordar mi “motivo porque” en las reuniones en casa de mis abuelos paternos los domingos después de los raviolos, cuando mi papá y mis tíos varones (las mujeres no hacían esas cosas, lavaban los platos) jugaban a las cartas (calabrecela, tresiete, cinquín) y después cantaban “La internacional” o “Hijo del Pueblo” (no asustarse, eran socialistas de Américo Ghioldi) y terminaban diciendo que en tal o cual oportunidad no se había podido hacer la revolución porque no estaban dadas las condiciones.

Desde entonces las estoy buscando. En el siguiente nivel, mejor expresado como masa que comunidad, el organizador viene de afuera. En el libro *Perón o muerte*, de Eliseo Verón (defensor de Clarín, *¡o tempora, o mores!*) y Silvia Sigal, los autores hacen un sesudo análisis de los discursos de Perón y señalan que era el que venía de afuera (primero del Ejército, después de España) para organizar a las masas que iban a conformar su base de apoyo, el resto (¿cómo?) es historia conocida.

Para las instituciones creo que la mejor identificación del elemento organizador (yo diferencio institución de organización, en uno de mis trabajos hablo de instituciones con “alma”) es la que hace René Lourau en *El análisis institucional*, donde llama analizador a alguien de la institución que la desafía mediante una crítica que la provoca y la obliga a hablar de sí misma, y a partir de allí se transforma.

Cuando una institución se transforma en una organización (con el compromiso y la responsabilidad que implica) entonces adquiere plenamente lo que se ha dado en llamar “calidad institucional”, tan traída y llevada en nuestro país en estos tiempos, sin especificar nunca de qué se trata la tal calidad.

Por fin, en los dos últimos niveles, política y Estado, no existen organizadores internos, externos o analizadores, sino que el paso del votante al militante, o del ciudadano al decisor, requiere el paso previo en algunos de los otros niveles.

Vuelvo a insistir: no hay procesos transformadores sin sujetos organizados en todos los niveles mencionados.

4.

La inseguridad como tema de la agenda sanitaria

En su libro *Año 1000, año 2000. La huella de nuestros miedos*, Georges Duby nos cuenta que a lo largo de esos diez siglos algunos de nuestros miedos han permanecido intactos. Cita la miseria, el miedo al otro, el miedo a las epidemias, el miedo a la violencia y el miedo al más allá como los que permanecen hoy como ayer, aunque con algunas características cambiadas. Tal vez sea redundante hablar al mismo tiempo de epidemias y violencia, ya que esta puede ser considerada dentro de aquellas siendo un fenómeno mundial, por lo que puede ser considerada una pandemia prolongada en el tiempo. Por lo tanto la seguridad, esto es la prevención de la violencia en cualquiera de sus formas, es un tema de salud, sólo que no siempre forma parte de la agenda sanitaria. De modo que, volviendo al principio, la buena pregunta en este momento es: ¿cómo se construye la agenda sanitaria? Pero antes de intentar responder a esa pregunta es menester aclarar el tema de agenda, cosa que ya hemos hecho, en parte. La insistencia se corresponde con enfatizar todo lo posible la enorme e insoslayable importancia de esta cuestión, ya que puede afirmarse sin temor a la equivocación (por otra parte me he equivocado tantas veces en mi vida que ya no me preocupo por eso) que si un tema no está en la agenda no existe. Bueno, en realidad sí existe pero no tiene importancia.

Creo que la respuesta está contenida en la segunda pregunta formulada en el punto 4 de los ejes articuladores, es decir, en los aportes que puede hacer el pensamiento estratégico en esa materia, ya que es mediante el mismo como se puede afrontar la cuestión de la constitución de los sujetos sociales y son estos los que introducirán el tema en la agenda de debate del Estado que corresponde. Pienso que las soluciones a los tipos de violencia mencionados (estructural, simbólica, institucional, cotidiana) son de muy diversa índole ya que van desde la modificación de la estratificación social, pasando por el cambio cultural (estético, ético, religioso, ideológico, comunicativo, legislativo), la organización de las instituciones (como se describe más arriba) y la modificación de comportamientos individuales.

Nada de esto es sencillo, como lo muestran los sucesivos fracasos de las propuestas que periódicamente surgen en todos estos terrenos.

Pero no todo está perdido, porque en todos estos terrenos se han logrado avances, temporarios a veces, más duraderos en otros casos, como se puede verificar en las batallas de género protagonizadas por las mujeres (y también muchos hombres), que sin duda han puesto en la agenda la cuestión del femicidio y también la del aborto, o el “destape” (con el significado de sacar a la luz) respecto de la homosexualidad, con sus secuelas como el matrimonio igualitario y la adopción por parejas del mismo sexo, todas ellas cuestiones impensables hace sólo una década

o poco más. Y está claro que muchos casos de violencia estructural ya no se la llevan tan fácil frente a las marchas del silencio, los “escraches” u otras formas de protesta y reclamo, como se puede comprobar con nombres y apellidos en todo el país. Y esto es altamente significativo por otra razón, que afecta a uno de los aspectos más importantes del funcionamiento social, como es el aproximarse a formas de democracia directa, es decir a que la población ya no “delibera ni gobierna sino por medio de sus representantes” (Raúl Alfonsín *et al dixit*) sino que frente a estas cuestiones que la afectan profundamente delibera (nos falta el “y gobierna”) de manera directa. Lo cual tiene en correlato (en el que no vamos a entrar) otra cuestión en apariencia alejada como es el caso de las empresas vaciadas por sus dueños y recuperadas por sus trabajadores.

En cuanto al sentido de mi vida es (lo dije antes) transformarme en hormiga (o abeja tal vez) y para eso me junté con los compañeros (de este y otros países) y ver si podemos construir el hormiguero (o el panal) que necesitamos, como condición que tiene que estar dada, para hacer el Sistema Único de Salud.

5.

El espacio público y el espacio personal

Hace unos días sonó el timbre de mi casa y al atender a la puerta un hombre de aspecto distinguido y bien vestido me preguntó si yo era el propietario de esta casa. Ante mi respuesta afirmativa me dijo si no estaba interesado en venderla (no es la primera vez que me sucede; mi casa es muy vieja –casi tanto como yo– y está en el barrio de Recoleta) y mi respuesta fue que yo quería morirme en esta casa, ante lo que dijo que no tenía argumentos para aducir a su favor pero –mirando al edificio– comentó: ¡qué desperdicio de capital!

Relato esta conversación porque me parece que simboliza perfectamente bien la relación entre el espacio público y el espacio personal, en cuanto hay una doble visión de para qué sirve el espacio urbano. Por un lado está la visión “macriana” que visualiza el espacio urbano como un lugar para hacer negocios, obviamente compartida por el señor del cuento (que no es un cuento), en tanto que por otra parte existe una visión que comparte la idea de que el espacio urbano sirve tanto para la producción como para la reproducción, y que hay una permanente disputa en torno a estos dos usos posibles. Esta disputa “es cruel y es mucha” y en la actualidad constituye uno de los terrenos donde se manifiesta con más crudeza la clase dominante que, a mi juicio, ha pasado a estar constituida mayoritariamente por lo que los gringos llaman “*urban developers*” (ante cualquier duda consultar a Macri sobre este asunto).

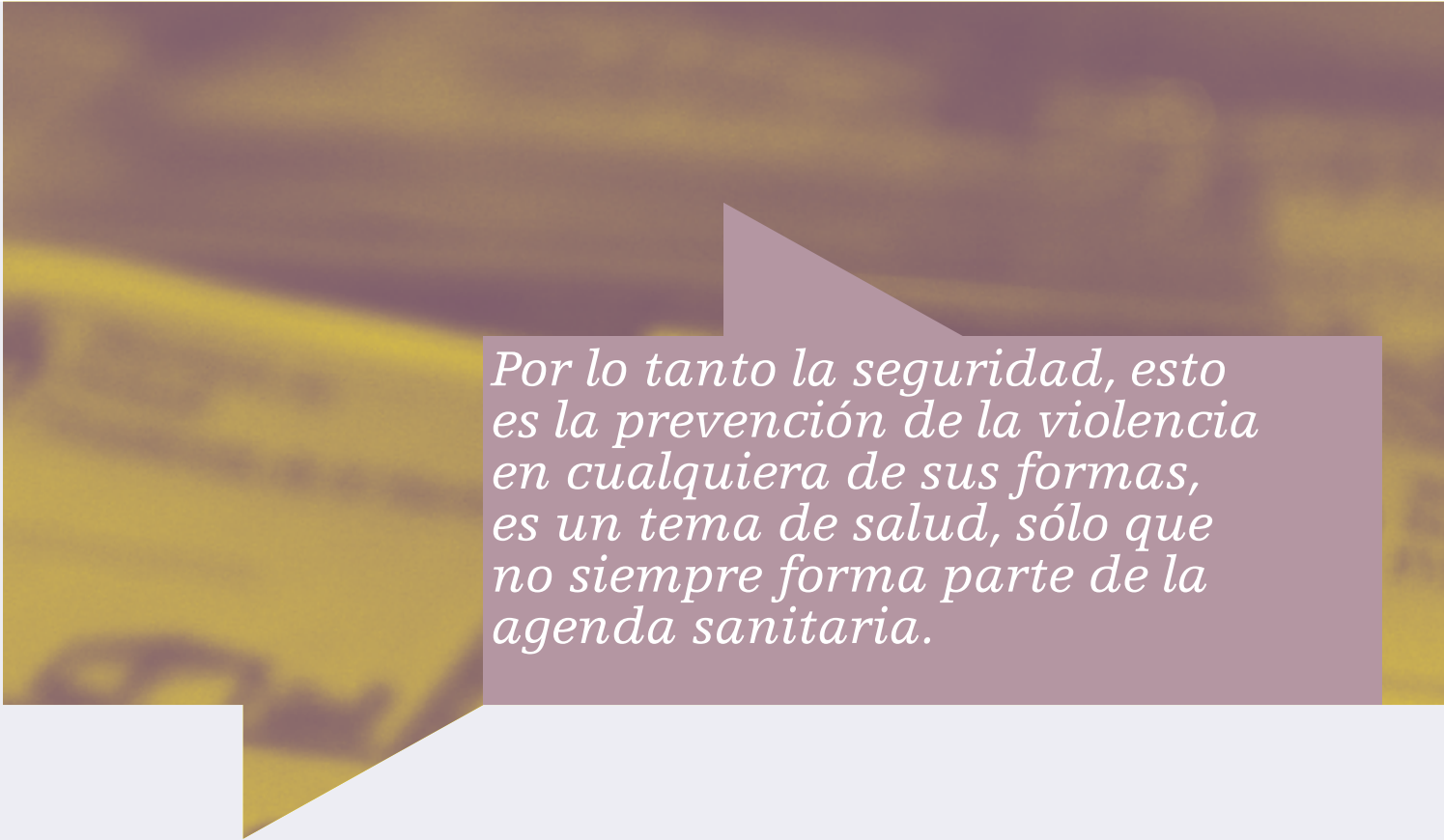
Creo que en este terreno, como en muchos otros, lo más importante para tomar una posición es conocer el problema, comenzando por entender la dinámica que liga las nociones de producción y reproducción que sintetizo a continuación: en la fase productiva del ciclo económico se producen los bienes y servicios que se utilizan –consumo mediante– en la reproducción de la población, pero también se producen objetos que no se consumen sino que cumplen una función reproductiva al formar parte de nuevo capital (las máquinas herramientas por ejemplo). A su vez, en la fase reproductiva hay una función productiva de sujetos o, lo que es lo mismo, productora de sentido y también una función reproductora de sujetos trabajadores que son quienes continuarán el ciclo en la fase productiva. En esta explicación, la producción de sentido como función productiva de la fase reproductiva no interesa a la ideología del capitalismo (la vigencia insolente de la mirada globalizadora) y no es necesaria para su funcionamiento. Esa función sólo puede realizarse en el espacio público que es el espacio de construcción de la historia; sin ella la vida no tiene sentido. Cuando estas ideas se hacen carne en nosotros, están dadas las condiciones ¡por fin! para que emerjan los sujetos que pueden trascender los espacios individuales y los núcleos de reconocimientos corporativos sectoriales para dar lugar a miradas y acciones que integren a los otros, los distintos o los que el sistema deja por fuera.

6.

Crítica a los positivimos

Esta es fácil. El principal mérito es la introducción del rigor en la reflexión. La principal crítica es la introducción del rigor en la reflexión con exclusión de todo lo demás.

Voy a recurrir a tres autores muy queridos por mí en mi apoyo: Juan Samaja escribió *El lado oscuro de la razón*, donde nuestro brillante epistemólogo introduce la necesidad de ese “lado oscuro” para que la ciencia –epítome de racionalidad– exprese su máxima capacidad creativa. Por su parte, León Rozitchner, en su último libro *Materialismo ensoñado* (sic) argumenta que la lengua que hablamos no es la lengua materna sino la paterna, con su total carga de racionalidad positivista, pero que también preexiste una lengua materna, aunque sin palabras sino con besos, abrazos, caricias y cuidados, componentes básicos para el desarrollo infantil (y el no tan infantil también agregaría yo). Por fin, este argumento tiene una inesperada confirmación en su también último (por ahora) libro de Marcelino Cerejido, *Hacia una teoría general sobre los hijos de puta*, donde el muy distinguido científico relata la historia de un gobernante de aquellos (Frederick II, del Sacro Imperio Romano Germánico) que teorizaba que el lenguaje era de aparición espontánea durante el desarrollo infantil y para comprobarlo ordenó a un grupo de mujeres madres recientes que aislaran a sus hijos con prohibición absoluta de tocarlos, hablarles, etc. Se murieron todos y así quedó confirmado ese caso de hijoputez en la historia. Por estas razones me gusta completar la definición de “hombre nuevo” del comandante Ernesto “Che” Guevara como “hombre que hace lo que dice y dice lo que piensa” con “piensa lo que siente”. Ocurre con este tema algo similar a lo del acápite anterior: si se privilegia en términos absolutos el significado sobre el sentido entramos en problemas que en general son generadores de prolongadas y confusas discusiones que no llegan a buen puerto, aunque a veces tienen consecuencias prácticas. En nuestro caso, el de la salud, la consecuencia ha sido la introducción de la medicina de la evidencia que simplemente niega o descarta el poder curativo de la palabra para centrarse sólo en las demostraciones rigurosas de los hechos empíricos. Borra así de un plumazo a Freud y al materialismo ensoñado entregándonos en brazos del sueño de la razón que, como es de sobra conocido, produce monstruos.



Por lo tanto la seguridad, esto es la prevención de la violencia en cualquiera de sus formas, es un tema de salud, sólo que no siempre forma parte de la agenda sanitaria.

7.

El nudo borromeo

En alguna oportunidad de los años pasados hice leer a mis alumnos mi texto *Enseñar medicina*. Uno de esos alumnos era un docente de la Facultad de Medicina de la UBA y jefe de servicio en el Hospital Garrahan y cuando tuvo la oportunidad le contó a Hugo Spinelli (no a mí) que a medida que leía se iba enojando conmigo, hasta que se dio cuenta de que en realidad con quien estaba enojado era con él porque ¿cómo no había pensado él eso que leía si él enseñaba medicina?

Lo que ocurre es que somos (los trabajadores de salud y los docentes que nos forman) un nudo borromeo trucho, es decir, tenemos uno de los aros cortado y por ahí se escapan los otros dos. La formación del médico es –como se dice habitualmente para este y otros temas– demasiado seria para dejarla en manos de médicos, pero es de imaginarse la que se armaría si se dejara –que es lo que corresponde– en manos de algún humanista de por ahí. No quiero ni pensarlo. Al fin y al cabo, yo dejé la medicina ¡gracias a dios! (en quien no creo) porque como he contado muchas veces, no tenía vocación (o capacidades) ni para santo ni para demonio, únicas alternativas posibles para ejercer la profesión. O sea que se trata de una profesión imposible (de integración recíproca entre ideología, técnica e implicación).

En consecuencia, como el nudo se corta por lo más delgado, sacamos la implicación y lo que podemos de ideología (aunque no mucho) y nos quedamos con la técnica (y una ideología de mierda).

8.

Organización y repetición

A lo largo de mi vida me tocó, como a todo el mundo, conocer varias instituciones (difícil concebir una vida que no transcurra dentro de esos aparatos) y algunas de ellas fueron muy educativas para mí, aunque ninguna cuyo propósito declarado era la educación formal en los niveles primario, secundario o universitario. Cumplí con todas sus formalidades pero en ningún caso percibí esas instituciones como “instigantes” (diría alguno de mis amigos brasileños). Tampoco el (los) hospital(es) donde trabajé una vez graduado (salvo la guardia del Fiorito que es otra historia por su condición de espacio de militancia). La formación real provino de actividades extracurriculares en la familia, el club de barrio, la participación en el movimiento estudiantil. Después fue el primer exilio (por razones económicas ya que había abandonado la medicina asistencial y otros laburitos chingas) y ahí sí: el CENDES fue un lugar de aprendizaje y estudio (nunca leí tanto en mi vida, casi un libro por día, domingos y feriados incluidos), pero también la amistad y la fiesta eran componentes que tuvieron un impacto fuerte en mí (eso del sentido, ¿viste?). Creo que esa es la raíz que me enseñó a diferenciar institución de organización. Y después fue el trabajo en OPS (casi un año en Washington y tres en Chile) donde entendí un principio básico de las instituciones: el doble comando técnico político de las mismas (desde Washington bajaban las órdenes políticas (en muchos casos originadas en el edificio de enfrente



que era el Departamento de Estado de USA o directamente de la Casa Blanca, después del Banco Mundial o algo así) y en los países nosotros nos encargábamos de poner en marcha los programas. Algo más tarde, viendo la película *El Padrino*, me di cuenta de que ese principio es el mismo de la mafia con sede central en Sicilia y las “familias” como ejecutores “técnicos”. Cualquier similitud entre asesinos y funcionarios no es mera coincidencia (como es fácil de comprobar con las acciones y recomendaciones del FMI).

Cuando regresé al país después de mi primer exilio recalé en la Facultad de Medicina por obra y gracia de Rodolfo Puiggrós (estoy leyendo ahora su libro *La época de Mariano Moreno*, de una lucidez asombrosa) y en ese momento desarrollamos una actividad que fue enormemente enriquecedora para lo que vendría después.

Todos los días nos reuníamos el equipo de conducción de la facultad (unas veinte personas) y se presentaban todos los problemas en sus aspectos técnicos, políticos, ideológicos y de recursos y organización. La decisión era por consenso o por desempate del decano y se asignaba la responsabilidad a uno de los implicados con cuenta al decano. Ese “modelo” sirvió para reformular muchas cosas en los años siguientes.

Después fue el nuevo exilio, ahora por razones políticas y el comienzo de otra historia.

Desde Venezuela, donde transcurrió mi segundo exilio, trabé

una relación muy estrecha con Brasil, adonde concurría todos los años para dictar cursos, principalmente en la Escola Nacional de Saúde sita en la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), pero también en Campinas, San Pablo, Rio Grande do Sul y Salvador de Bahía. Lo más importante de este período ocurría en la Fiocruz, donde se desarrollaban todos los años congresos en los que el debate principal (no explícito pero perceptible para cualquier observador con sensibilidad suficiente) era sobre el compromiso de los funcionarios que formaban parte de la institución. Y eso la transformaba en una organización, de lo que hablaré más adelante.

En base a estas experiencias trataré de dar respuestas, con gran temor a equivocarme, a la pregunta de si todas las organizaciones guardan una tendencia tanática al encierro dentro de sus límites y de sus integrantes.

No dudo de que por lo menos en algunos casos esto es así, es decir que la tendencia tanática es real.

Durante mi primer período en CENDES, que he calificado como uno de los más formativos de mi vida, hubo un momento de crisis y agitación en el que todo se cuestionaba. En aquel momento yo era director de estudios (o algo así) y escribí en el boletín interno del instituto una nota que se llamaba “Otra vez viajando a Ithaca o Cómo hacer para que mis tías tuvieran razón”, que reproduje parcialmente en la presentación del libro autobiográfico de Mario Hamilton *Vida de sanitarista*; ahí relato brevemente la odisea de Ulises y termino diciendo: Ulises pudo terminar su viaje, ¿podremos hacerlo nosotros?

Creo que esa tendencia tanática de CENDES se ha acentuado porque cuando era el momento de recibir el apoyo merecido por su indudable contribución al desarrollo venezolano, la mayoría de sus trabajadores se manifestaron masivamente contra el líder de la revolución bolivariana, llegando uno de sus dirigentes a calificarlo como “führer de Sabaneta” (lugar de nacimiento del comandante Chávez).

Pero no estoy seguro de que todas las organizaciones participen de esa tendencia, nunca la percibí en el caso de la Fiocruz. Claro que me estoy refiriendo a instituciones que son también organizaciones. De todos modos, creo que esa tendencia no existe en las instituciones (no organizadas) sino que, por el contrario, tratan de sobrevivir aunque hayan perdido todo propósito o toda misión. Y tal vez la mejor caracterización de las diferencias entre institución y organización es la descripción de una organización que hace Fernando Flores como una red de conversaciones. En una organización sus miembros conversan, en una institución sus funcionarios intercambian providencias en expedientes.

9.

El camino de situaciones duales a situaciones triádicas

Una vez, hace mucho tiempo (estaba en Chile, adonde no voy hace décadas) alguien me contó que otra persona había estado especulando sobre cómo hacían el amor distintas parejas de nuestra amistad. Y yo le contesté sin vacilar: “Eso lo dijo fulana”. ¿Cómo lo sabes?, fue su respuesta, y la mía; “Porque eso es conocer a la gente”.

También en otra ocasión, esta vez en una clase en CENDES, un compañero se entretenía en medio de una discusión general acerca de no me acuerdo qué (tal vez fuera sobre qué hacer con las reservas del Banco Central) diciendo “ahora fulano/a va a decir tal o cual cosa”, y acertaba casi siempre. Yo no diría que esto es anticipar o disciplinar a la gente.

En mi libro *Saber en salud* está el esquema de las relaciones entre las ciencias (fácticas y sociales) y la vida cotidiana. Esta última comienza con uno de esos pasajes de superación de etapas previas especulares (religiosas o ceñidas a creencias rígidas) que en mi caso van de los mitos a las religiones y de ahí a la historia (y vuelta a empezar), y cada uno de esos componentes es una raíz de la ideología que ayuda a conformar. Son, podríamos decir, determinantes indeterminados.

A pesar de que no creo que ningún esquema pueda representar fielmente a la realidad, sí creo que un esquema flexible y dinámico (o con circularidad sistémica si se prefiere) puede ayudar a entender esos procesos. Una de las cuestiones que se derivan del esquema mencionado son las transformaciones recurrentes del

sujeto (lo cual no figura en el esquema pero sí en el texto que lo acompaña), que van del sujeto de la vida al sujeto epistémico, al sujeto evaluador, al sujeto militante social y por fin de regreso al sujeto de la vida, ahora transformado por esos sucesivos pasajes que también implican un cambio en el lenguaje utilizado (coloquial, científico, retórico, político).

Quienquiera haya participado en alguna investigación científica sabe del desprendimiento de los sentimientos habituales de la vida cotidiana cuando se entra al laboratorio o a la reflexión o el análisis de la data científica. Y también están los ejemplos históricos (Ramón y Cajal observando cortes de cerebro en su laboratorio mientras en la habitación vecina su hijo agonizaba). O el chiste del profesor que se encuentra con un alumno en el pasillo y después de conversar un momento le pregunta: “Cuando nos encontramos, ¿yo iba o venía?”, y ante la respuesta confirma: “Entonces ya almorcé”.

Pero a ver si entiendo bien la pregunta, ya que una cosa es decir en qué momento preciso va a ocurrir una transformación y otra es una cierta imprecisión respecto no sólo del momento sino y sobre todo de la causa de la misma. Alain Badiou nos ha ilustrado sobre la importancia que tiene el acontecimiento en el desencadenamiento de situaciones de cambio más o menos radical (el 17 de octubre de 1945, la muerte de Kirchner).

Pienso que sentarse a esperar “acontecimientos” como esos para avanzar en la historia es algo frustrante.

Si a esto se llama anticipar o disciplinar al sujeto prefiero ser algo pretencioso.

Creo realmente que los referentes de la salud latinoamericana son el grupo de trabajadores/as de salud que nos hemos roto el culo en miles de reuniones, discusiones, trabajos publicados o no, investigaciones buenas, regulares o malas, cursos de docencia en varios niveles, manifestaciones callejeras, funciones ejecutivas (no en mi caso) o deliberativas (no en mi caso).

10.

Principio de coherencia

Cada vez que cuento cómo empecé con este cuento de la planificación, cuento que mi encuentro inicial con el que después consideré mi maestro (el chileno Jorge Ahumada) se hizo durante una fiesta de año nuevo el 31 de diciembre de 1960 y que inmediatamente nos caímos mutuamente bien porque a los dos nos gustaban (mucho) el vino y las mujeres (que me siguen gustando aunque de ellas no me acuerdo bien por qué). Además me encantaría pasear en mi yate por el Mediterráneo, pero... De manera que nada de desprendimiento de las cosas terrenales sino más bien todo lo contrario.

En cuanto a mi capacidad para analizar lo que estaba ocurriendo, recuerdo, por ejemplo, que voté por Fernando de la Rúa para presidente y que posteriormente hice campaña (de baja intensidad pero campaña al fin) por la inicial Elisa Carrió a quien también voté en su momento, de modo que por este lado tampoco. Y mejor no hablar de lo que debe ocurrir en una sociedad porque temo que las consecuencias serían peor que un tsunami en Japón.

De manera que de cínico no llego ni a la c. Entonces la buena pregunta, para volver a volver al comienzo, sería: ¿por qué como se me considera como se me considera? Tal vez la respuesta sea precisamente por el principio (que yo llamo postulado) de coherencia, formulado inicialmente durante una investigación en Venezuela sobre lo que llamábamos (fue un trabajo de equipo) “Estructura de poder en el sector salud” que nunca fue publicado y sus más de setecientas páginas condenadas a un merecido olvido, aunque el postulado sobrevivió y tuvo buena acogida por parte de algunos serios investigadores como la economista cubana venezolana Lourdes Yero, quien lo llamaba “*Testa’s coherence principle*” (porque dicho en inglés es más científico) y lo enseñaba en sus clases.

También se popularizó en Brasil, donde varios trabajadores de salud lo utilizaron para analizar situaciones locales produciendo informes muy interesantes. Lo que hace aparecer una contradicción entre mi baja capacidad analítica y mi capacidad para producir instrumentos que facilitan la capacidad analítica de otros trabajadores. Cosas que pasan.

11.

Pequeño mundo, gran mundo

Cada vez más pequeño para mí, que ya casi no salgo de mi casa donde está lleno de pasado (libros, cuadros, recuerdos, fotos, papeles que inundan todo, músicas alguna vez oídas, flores en el jardín que Asia mantiene en la terraza, y siempre Asia) y con muy poco futuro (acostumbro decir que sólo me falta un trámite importante que realizar, pero que alguien me va a tener que ayudar para terminarlo). Este es mi (actual) pequeño mundo que entiendo, quiero, extraño cuando por alguna circunstancia salgo de él, donde los sillones tienen la forma de mi cuerpo y la ropa es como una segunda piel.

Sé que hay por ahí un gran mundo que alguna vez soñé con conocer; cuando era adolescente estaba suscripto a la revista inglesa *New Stateman and Nations* (con gran información sobre África, muy difícil de conseguir en otros medios) donde escribían personajes como Bernard Shaw, Winston Churchill, Perry Anderson, Edward Thompson, Isaac Deutscher, Edmund Wilson, Gilbert Keith Chesterton y tantos otros, donde las polémicas eran de un nivel insuperable; recuerdo una en que se discutía si la educación tenía que ser humanista o técnica y que cada semana cambiaba (yo) de opinión porque me convencían los argumentos del articulista de turno. Pero después crecí y ahora me entero de que Amira Osman Hamed fue detenida en Sudán porque se negó a cubrir su cabello. El castigo puede llegar a que la flagelen con 40 latigazos, pero esa noticia, atroz si las hay, no llega a conmoverme como sí me conmueve el sufrimiento de Susana Trimarco. ¿Qué significa esto? ¿Una pérdida de sensibilidad? Tal vez, pero no lo creo.

Lo que sí creo es que lo que llamamos gran mundo es diferente para cada uno de nosotros.

Si miramos las cosas que el gran Carlos Marx escribió sobre América latina (para un periódico de Estados Unidos) veremos que trató a Simón Bolívar como un aventurero y algunas otras barbaridades por el estilo como señaló en su momento José Aricó. En mi caso, yo me defino como “nacionalista de América latina” y por eso hablo de nosotros los argentinos, nosotros los brasileños, nosotros los uruguayos, nosotros los venezolanos y así siguiendo.

Ese es mi gran mundo, en el que pienso, desde el que pienso, por el que estoy dispuesto a quebrar algunas lanzas.

Y respecto de esto último destaco la palabra subrayada en el párrafo anterior, ya que más que responder a sí las personas que impactan un mundo perdurable en los otros están atentos al mundo social y al gran tiempo, la ¡otra vez! buena pregunta es: ¿desde dónde se piensa lo que se piensa? Porque si no es desde aquí, entonces caemos en la trampa de la dependencia cultural, que es la peor de estos tiempos tramposos.

12.

Tiempos técnicos y tiempos políticos

Sobre este tema podría explayarme largamente porque escribí un libro intentando aclarar sus relaciones. En *Pensamiento estratégico y lógica de programación* la primera parte se refiere a los tiempos políticos y la segunda a los tiempos técnicos, que se juntan en la tercera parte para tratar de dar respuestas a los conflictos que se generan entre ellos.

Voy a exagerar definiendo a los tiempos técnicos como absolutos; no lo son, pero en algunos casos casi, con lo cual quiero decir que se definen como problemas simples bien definidos. Los tiempos políticos, en cambio, son sin duda complejos y mal definidos, con la cual la compatibilización entre ambos es imposible. Para decirlo de otra manera: hay que respetar los tiempos técnicos y manejar los tiempos políticos.

Si esto es así (y mi opinión es que lo es) hay lo que Thomas Khun llamaría una inconmensurabilidad entre ambos: no están en el mismo universo del discurso por lo que no puede haber un conflicto inevitable ni recurrente entre ellos. Corren por carriles separados.

Hay más. Habría que aclarar qué significa intereses políticos secundarios o coyunturales, porque creo que lo que es secundario para algunos es principal para otros. Viene a cuento otro cuento (que no lo es, pero tanto da): la discusión es entre dos mujeres que hablan de lo que preocupa a sus respectivos maridos y llegan a la conclusión de que sus temas son muy superiores a los suyos: ellos hablan de las posibilidades de otra guerra mundial, del descongelamiento de los polos, del hambre y el sida en África, de la sobrepoblación mundial, del futuro de la humanidad, de la exploración espacial por la posibilidad de descubrir otros planetas habitados; en cambio nosotras nos ocupamos de la comida, el lavado de la ropa, el cuidado de los chicos, en fin... Recuerdo el año 1973. El gran Rolando García dirigía en aquella época una –no sé cómo llamarla– agrupación, rejunte tal vez, que llamaba “equipos político técnicos” y que estaba destinada a preparar temas para tratar de influenciar al peronismo de la época (porque el peronismo es epocal, ¿vivo?) haciendo planes que orientaran las decisiones del líder en la dirección correcta (es decir, la que nos gustaba a nosotros). Preparamos entonces un plan de salud (entre Mario Hamilton y yo, más algún otro cuyo nombre se me escapa) y ahí proponíamos algo así como el control poblacional –comunitario diríamos hoy– sobre los hospitales, conformando comités de trato, de higiene, de cocina y no sé cuántas cosas más cuya intención era aproximarse un poquito a eso que se conoce como democracia directa.

No sorteaba la disfunción, como dice la pregunta, pero todavía sigo creyendo que era un avance respecto de la incalificable situación actual. Tiempo después, conversando con un italiano cuyo nombre se me ha perdido pero que era amigo de Giovanni Berlinguer (por lo que supongo era un comunista italiano), me contó que habían creado tribunales para hacer juicios a los médicos/as que maltrataban a los pacientes en los hospitales. Pensé que era una coincidencia afortunada y que andábamos por el buen camino.

13.

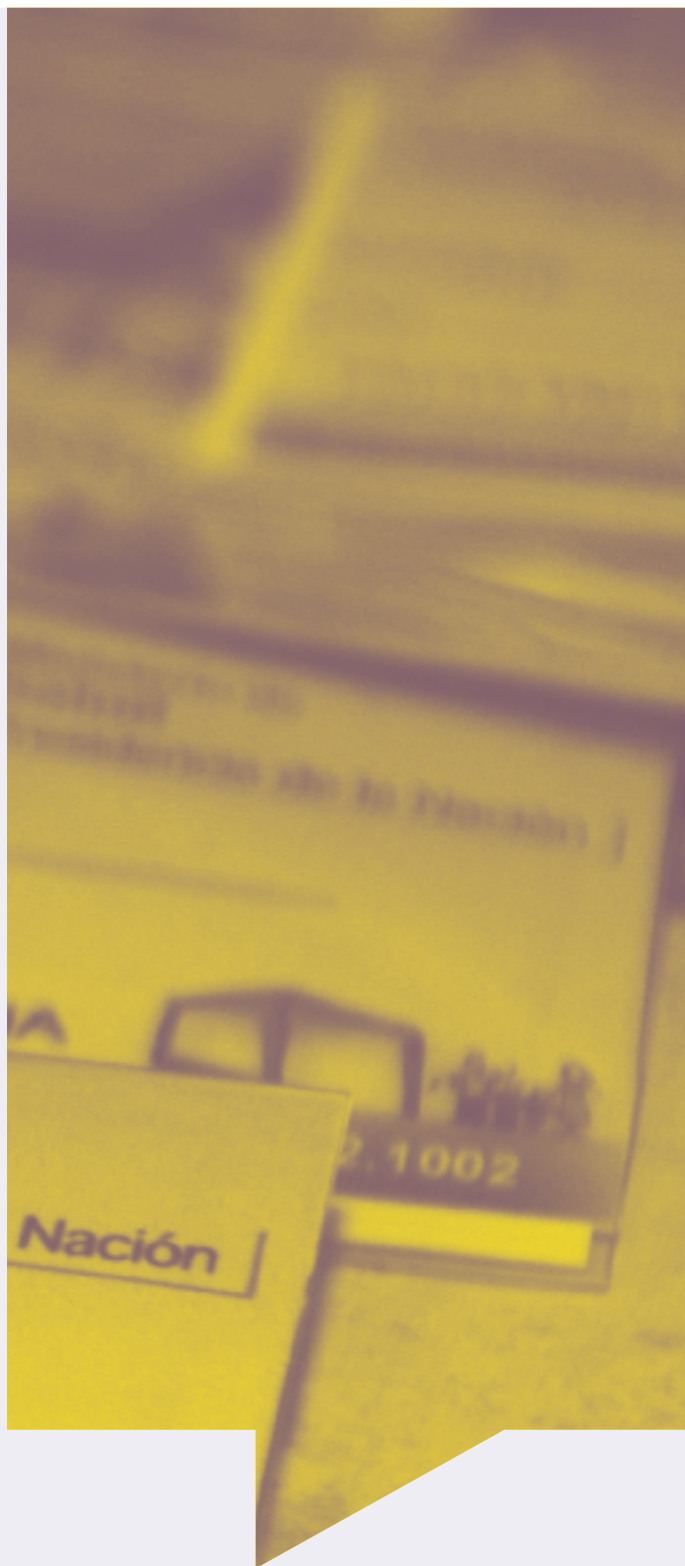
El alma institucional

El neurofisiólogo australiano y Premio Nobel de fisiología y medicina sir John Carew Eccles afirmó en una conferencia en una universidad inglesa que Dios insuflaba el alma en el feto después de la división del óvulo fecundado pues de hacerlo antes podía ocurrir (si se desarrollaban gemelos idénticos) que dos personas tuvieran una sola alma (cito de memoria porque no tengo el libro –*La psique humana*, editorial Labor– a la mano, pero aseguro que dice eso).

En mi caso la idea de “alma institucional” no nace de esa manera sino como consecuencia de un trabajo encargado por la Fundación Oswaldo Cruz para examinar los aspectos sociales de esa institución. Produje un informe publicado con el título de “Análisis de instituciones hipercomplejas”, en el que uno de sus capítulos se llama “Marco teórico para la creación del alma institucional”. Cuando lo presenté en una reunión del personal superior de la fundación pensé que se iban a reír de ese título pero para mi sorpresa nadie se rió. Ahí me di cuenta de que ellos sabían que esa institución tenía alma.

En efecto, la idea remite a un ideal (el contribuir al desarrollo de la salud del pueblo –brasileño en primer lugar, pero también de los otros países de América latina–) y al mismo tiempo un sentimiento (de identidad) colectivo de los trabajadores, que yo había percibido a lo largo de varias asambleas que todos los años se hacían para discutir problemas de la institución y fortalecer el compromiso y los lazos de solidaridad que era fácil percibir entre sus trabajadores.

Ya hablé, en este mismo texto, de la diferencia entre institución y organización, ahora señalo la similitud de institución organizada e institución con alma, donde la red de diálogos internos que según Fernando Flores caracteriza a las instituciones se desarrolla en su máxima expresión. Y esto es lo que garantiza y consolida lo que en nuestro país se ha dado en llamar calidad institucional. De modo que creo que sería de buena práctica la búsqueda de esa situación, lo que no significa un riesgo para otras experiencias sino, tal vez, un estímulo para avanzar en esa dirección. Los buenos ejemplos nunca están de más.



14.

Los liderazgos

Paul Samuelson, Premio Nobel de Economía (me encanta citar a premios Nobel, si sigo así voy a citar a Barack Obama), decía que había cuatro tipos de países: los desarrollados, los no desarrollados, Japón y Argentina (el año que yo nací el gran campeón Shorton se pagó en el remate de la benemérita SRA 125.000 pesos y el dólar se cambiaba a 2,20 pesos de la época). No sorprende el asombro que muestra esa opinión, cuando Japón creó una de las industrias siderúrgicas más importantes del mundo sin tener en su territorio ni carbón ni hierro, los dos insumos fundamentales y que por su volumen y peso la teoría económica (de la que Samuelson era en ese momento un referente imprescindible) decía que determinaban la localización de la industria a la que abastecían (por el costo de su transporte). Lo que vuelve a poner en cuestión aquello de lo que se puede y lo que no se puede. De modo que la técnica (y una ética política que relaciona estrechamente a cada japonés con el emperador, que es el representante directo de dios) es definitoria de la hegemonía en ese caso.

¿Qué pasa en nuestro país? Recorriendo algo la historia de nuestra actividad universitaria, pienso que hemos atravesado (otra vez los atravesamientos) por lo menos tres fases del acontecer universitario: un momento inicial en que la universidad estaba regida por la idea del desarrollo de las fuerzas productivas (el liderazgo en ese momento tenía su epicentro en la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas de la UBA y una larga lista de nombres avala esa identidad; para citar sólo algunos que fueron mis amigos: Rolando García, Manuel Sadosky, Oscar Varsavsky y Boris Spivacow). Recuerdo que en aquel entonces el ingeniero Humberto Ciancaglini estaba desarrollando materiales y lógicas para la construcción de una computadora.

En aquel momento se desencadenó una feroz batalla entre la laica y la libre, es decir, entre la universidad pública y la universidad privada, protagonizada por los hermanos Arturo Frondizi, presidente de la Nación, y Risieri Frondizi, rector de la UBA, quien llegó a decir: "Hay quienes tienen la conciencia moral de vacaciones", en referencia a su hermano.

Perdimos, la consecuencia fue que el eje de la actividad universitaria pasara a ser, en lugar de ocuparse de las fuerzas productivas, lo que podía ayudar al desarrollo del país, a fortalecer las relaciones sociales de producción, lo que garantizaba la tranquilidad social dependiente.

Hay un después, en el que la universidad no se ocupa ni de una cosa ni de otra (ni de las fuerzas productivas ni de las relaciones sociales de producción) sino de mantener a los jóvenes fuera de las calles y formarlos profesionalmente acentuando el individualismo y la insolidaridad que atraviesa los años terribles de la dictadura asesina y del menemismo.

Hoy, la técnica me parece que ha recuperado algo del "estatus" perdido, a partir de la definición política de querer reindustrializar al país, de un ministerio de industrias activo, de un minis-

La formación del médico es –como se dice habitualmente para este y otros temas– demasiado seria para dejarla en manos de médicos, pero es de imaginarse la que se armaría si se dejara –que es lo que corresponde– en manos de algún humanista de por ahí.

terio de tecnología con recursos y con apelación a la población (Tecnópolis), en fin, de una serie de actividades que –me parece– apuntan en esa dirección.

En cuanto a la política no me cabe duda de que se ha recuperado de una manera que en algún momento parecía impensable y que merece una reflexión en profundidad, porque es uno de los temas más polemizados por la oposición mediática, que revela lo que –a mi juicio– es uno de los errores (para ser generoso) fundamentales de esa oposición.

La Argentina está dividida (todos hemos visto esa estupidez de Argen Tina y sus múltiples variantes). ¿Cómo es posible pensar que en cualquier sociedad no existan contradicciones o conflictos? ¿Quién conoce alguna sociedad en la historia sin intereses contrastantes? ¿Cuál es la explicación del desarrollo social en base al consenso? ¿Consenso de quiénes? Quiero verla a Amalita de Fortabat en La Matanza dialogando con los vecinos.

Enterémonos de una vez, la política es conflicto y bienvenido sea, ya que no hay otra manera de avanzar. Existe un paralelismo entre lo que estoy diciendo y la formulación que hace Jean Piaget respecto del desarrollo infantil, que él observó en sus propios hijos: su teoría habla de que el desarrollo se hace a partir de lo que llama desequilibración y reequilibración, que consiste en que el infante tiene una estructura innata (el reflejo chupador) por el que cuando le ponen algo en la boca chupa. Afortunadamente lo que le ponen en la boca es un pezón y así se alimenta y crece. Pero si la madre en lugar de poner su pezón en la boca le coloca la cabeza sobre el pecho, lo desequilibra y desencadena un proceso de búsqueda hasta encontrar el pezón, etc. El infante se transforma, ya no es sólo chupador, ahora es buscador chupador.

No hay crecimiento sin conflicto.

Claro que el conflicto puede terminar mal, como planteo en mi libro *Pensar en salud* cuando hablo de “usos de contradicciones y conflictos”. El identificar cuál es la condición de la resolución virtuosa es una tarea pendiente. Se escuchan ideas.

Nos queda la ética, fundamento de la existencia de la desacreditación de cualquier gobierno que no nos guste. El robo por parte de los funcionarios y la corrupción son moneda corriente de la oposición en cualquier país del mundo. La traición a los principios y valores de todos y cada uno de los políticos corre por vías paralelas. Esto es lo que siempre se dice, otra cosa es demostrarlo. A veces es verdad, otras es propaganda malintencionada. Pero ya lo sabemos: la mujer del César no sólo debe ser honesta sino parecerlo.

En nuestro país han proliferado caudalosamente las acusaciones sin ningún fundamento, en las que se ha especializado el periodista Jorge Lanata, con casos tan escandalosos como el del vicepresidente Amado Boudou, de quien se dijo que había viajado a Uruguay con bolsas se supone cargadas de billetes (o dólares, euros, barras de oro o diamantes, tanto da), en el mismo momento que recibía en el Congreso de la Nación al ex presidente de Brasil Luiz Inácio Lula da Silva. Pero no importa, la consigna es clara: mientan que algo queda.

Tampoco tengo dudas de que debe haber funcionarios corruptos, ¿qué gobierno está libre de ello?, pero no en la forma generalizada que afirman los grandes medios y buena parte de la oposición.

En síntesis, creo que la construcción política actual del liderazgo kirchnerista en nuestro país es una mezcla virtuosa de componentes técnicos, políticos y éticos que van en camino de transformar nuestra sociedad en algo más vivible que lo experimentado hasta ahora.

15.

El dolor de hoy es parte de la felicidad de entonces

Me impresionó mucho esa frase que dice Anthony Hopkins en la película *Tierra de sombras*, y más todavía cuando supe que el relato se basa en hechos reales. La utilizo con frecuencia para mostrar la continuidad de la vida (el presente es el futuro del pasado y el pasado del futuro, dice Walter Benjamin), y también para mostrar cómo la muerte no es lo otro de la vida sino parte de la misma.

En una oportunidad a una colega se le ocurrió preguntar a un grupo de alumnos qué animal les gustaría ser; pulularon águilas, leones, algunos caballos y sorpresivamente hasta un chivo (obviamente un brasileño nordestino). Después, al margen del público me lo preguntó a mí luego de confesar que ella era de las águilas y yo dije que prefería ser un animal social: una hormiga o una abeja, para sentir que lo importante era el trabajo colectivo y solidario. Sigo pensando así, por eso mi último libro está dedicado “a los otros que soy” y ese es el sentimiento que más me emociona, sentir el afecto de muchas personas que me quieren. Por eso, al despedirme alguna vez de Venezuela alguien me preguntó ¿qué te llevás de aquí?

Le contesté: quise a alguna gente y alguna gente me quiso.

La contrapartida es que muchos y muchas que quise y me quisieron ya no están (geográfica o definitivamente). Casi no me queda ningún amigo de mi edad. El amor que no encuentra el sostén del encuentro y el abrazo se va diluyendo lentamente hasta perderse en una tierra de sombras.



16.

Guerra de trincheras y asalto al poder

Elaboré este tema, siguiendo obviamente las ideas de Gramsci, en la primera parte de mi libro *Pensamiento estratégico y lógica de programación* y una de las cuestiones que enfatizo allí es la diferencia entre episodio histórico e historia. El episodio histórico es un hecho descontextualizado y por lo tanto contribuye eficazmente a producir errores interpretativos (mira la fotografía, no la película).

Cuando hablamos de guerra de trincheras y asalto al poder, al nombrar de esa manera las cosas de la historia aparecen (es decir presentan una apariencia) como si fueran cuestiones separadas, excluyentes y aun opuestas. En el texto citado en el párrafo anterior intenté describir esto como formando parte una de otro, es decir que hay continuidad y alternancia entre ambos “episodios”.

Por otra parte la historia real (de este país y de cualquier otro) muestra cómo ante cualquier avance que ponga en riesgo la estructura de poder vigente, la derecha no vacila en utilizar todos los recursos de fuerza que puede movilizar para detenerlo, aun cuando ese avance se haya realizado respetando las reglas del juego “democrático” (¿hace falta poner ejemplos?, si sí: bombardeo de Plaza de Mayo el año 1955 y Chile 1971).

Sin llegar tan lejos, en la tercera parte de mi libro citado se habla de cómo se piensa que hay que consolidar un programa de cambios; se dan dos alternativas: si el avance no cambia la estructura de poder entonces la oposición que puede levantar (por razones circunstanciales, no de fondo) es negociable y el avance se consolida mediante su institucionalización; de lo contrario, es decir, si el cambio (por ejemplo de la organización sectorial de salud) afecta la estructura de poder de la sociedad, entonces no se puede negociar y hay que derrotar a un adversario (no necesariamente mediante la violencia), para lo que hay que generar una base social de apoyo al proyecto transformador. Y tampoco alcanza con la institucionalización, hay que mantener activa esa base social porque de lo contrario el avance se revierte a las primeras de cambio.

Se demostró con la reforma italiana como lo relata el libro de Giovanni Berlinguer *Gli anni difficili della riforma sanitaria* y también el caso de Brasil con la reforma constitucional de 1988: “Art. 196. *Asaúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”. En ambos casos, una vez realizada la reforma y aprobada la Constitución, se dismantelaron los grupos que la habían apoyado y todo volvió a la situación previa. No se asaltó el poder, ni factual ni metafóricamente, y la consecuencia fue que se generaron condiciones para la vuelta a lo mismo.

17.

Sobre lo inevitable de la guerra

Me parece que uno de nuestros deberes en cuanto intelectuales (en el significado gramsciano del término) es examinar en forma reiterada si las respuestas dadas en alguna oportunidad a las preguntas que nos formulamos frente a determinadas situaciones históricas, siguen siendo válidas en otras circunstancias, o sea, otra vez el contexto. Por eso sería necesario examinar la situación frente a la que Gramsci hizo la afirmación del título de este párrafo, aunque me parece que este punto es, en cierta forma, continuación del anterior. Pero además la producción de Gramsci fue hecha en las circunstancias conocidas, preso en la cárcel de Mussolini, sin acceso a biblioteca ni archivos y sometido –afirma Perry Anderson en su extraordinario *Las antinomias de Antonio Gramsci*– a la doble censura de sus carceleros y de sus compañeros de la Internacional Comunista.

Una segunda consideración tiene que ver con las connotaciones del término “cultura”. Alguna vez escribí sobre el tema un pequeño texto donde diferenciaba “cultura técnica” de “cultura sin apellidos” y definía la primera como la manera en que un pueblo se gana la vida y a la segunda como lo que se hace con la vida que uno se gana, para señalar que la primera es relativamente fácil de modificar, en tanto que la segunda presenta dificultades en ocasiones insuperables (otra vez el tiempo como categoría analítica). Y esto crea contradicciones dentro mismo de la cultura que hacen más complejo el tema. Intenté mostrar algunas de esas complejidades en la primera parte de mi *Pensamiento estratégico y lógica de programación*, pero de cualquier modo, reconozco que para lograr algunos objetivos difíciles de alcanzar los cambios culturales son inevitables.

Tercer punto: ¿contribuir a la cultura –supongo que aquí nos referimos a la cultura con el segundo significado mencionado más arriba– es un modo de practicar el pacifismo? Recurro a Hannah Arendt y su concepto de banalidad del mal, referido a una de las poblaciones reputadas más cultas en la faz de la tierra:

Alemania siglo XX. Los torturadores y asesinos que “trabajaban” en los campos de Auschwitz, Buchenwald y otras instalaciones por el estilo volvían a sus casas a jugar con sus hijos a los que amaban como buenos padres (y madres), escuchaban los “quartor” de Beethoven, las partitas de Bach, las óperas de Wagner y los quintetos de Mozart y tenían la conciencia tranquila. Y para no ir tan lejos, estoy seguro de que el cura Von Wernich es un hombre culto, entonces dudo de que la cultura sin más contribuya al pacifismo.

En cuanto a mis contribuciones, si alguna, no estoy muy seguro de en qué dirección van. En más de una oportunidad alguno de mis jefes circunstanciales me preguntó: ¿Mario, qué estamos haciendo?

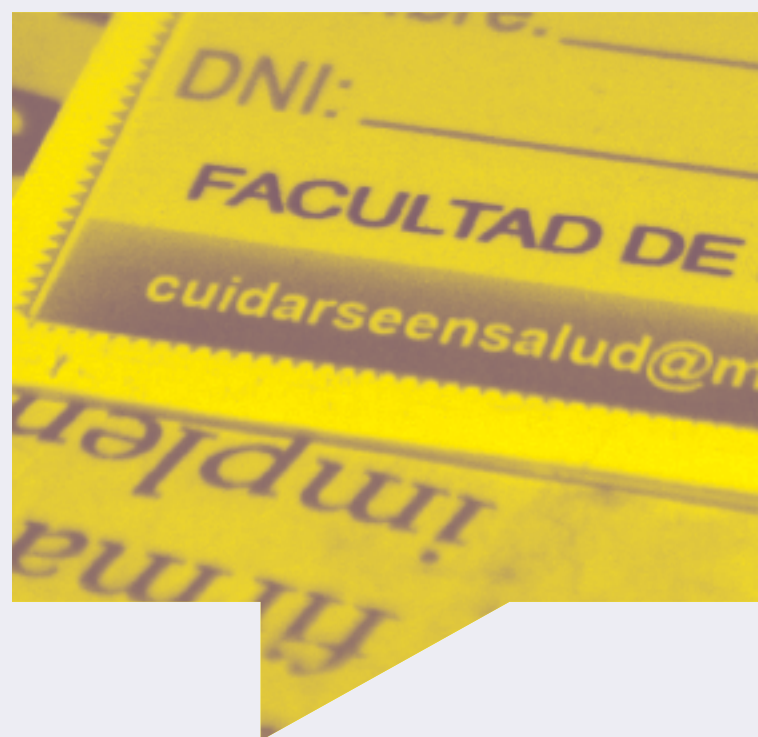
18.

Organizaciones de los trabajadores

En alguno de mis trabajos hablo de la organización de los trabajadores y digo que eso puede ocurrir como clase o como grupo, distinguiendo que en un caso se trata de una categoría analítica (clase) y en otro de un concepto operacional (grupo); también afirmo que para que una organización de trabajadores como clase participe en acciones o discusiones, tiene que hacerlo como grupo (por ejemplo cuando discute salarios).

A mi entender, la organización como clase explica y justifica su accionar (o, alternativamente, su política), en tanto que la organización como grupo habilita las formas de su comportamiento (o sea su estrategia).

De todos modos, no soy ni de lejos un experto ni un conocedor profundo del movimiento obrero argentino aunque he tenido algunos contactos, sobre todo con CTA antes de que afloraran sus conflictos internos. Me resulta difícil entonces responder una pregunta formulada sobre los trabajadores organizados porque me surgen dudas, ¿a cuál o cuáles de los –creo que cinco– grupos se refiere? E insisto en usar el término “grupo” porque pienso que ninguno de ellos está organizado en cuanto clase, en consecuencia mi respuesta tiende a ser negativa, o sea, no creo que ningún grupo de trabajadores organizados en este momento se mueva como factor de cambios en el actual panorama de la salud y menos de la salud pública.



19.

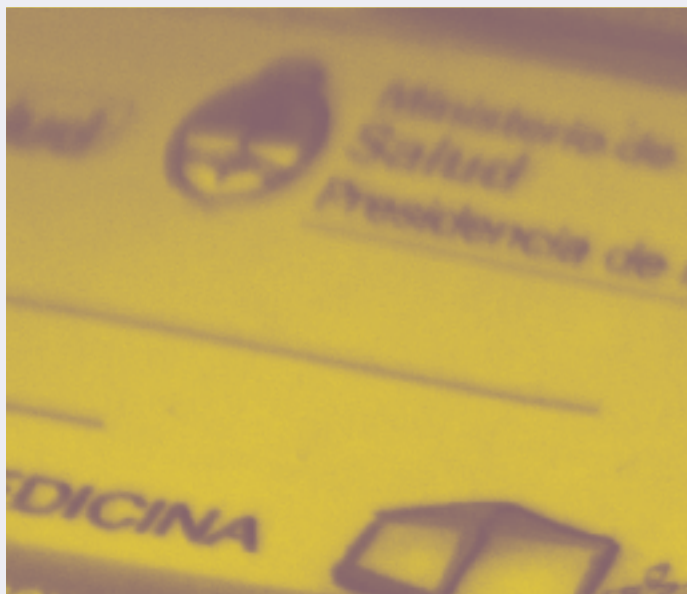
Sistemas integrados o desintegrados de salud

Varias de las cosas dichas hasta aquí (me refiero en este texto que estamos escribiendo leyendo) son pertinentes para contestar esta inquietud. Una primera respuesta franca es que sigo sosteniendo lo central de la propuesta SNIS, e incluso iría un poco más allá para postular un SUS o Sistema Único de Salud. Y esto pone a mi posición en el terreno del voluntarismo, porque es obvio que no existe ni la más mínima posibilidad de plantear esa política hoy en la Argentina. Pero ya hablé de voluntarismo y entonces acentúo el hoy de la frase anterior, convencido de que la propuesta de SUS podría llegar a ser el paso inicial de un camino largo y difícil pero, diría, necesario si queremos realmente una salud solidaria, equitativa e igualitaria.

El campo de la salud se encuentra, en efecto, enormemente fragmentado y todos los intentos de revertir esa situación han chocado con resistencias feroces y han terminado por agravarla en lugar de resolverla. Pienso (y digo) que los sanitarios somos el grupo profesional más frustrado de América latina porque sabemos a la perfección lo que hay que hacer y jamás hemos podido hacerlo (ni siquiera de manera parcial, como era la propuesta del SNIS) en ningún país del continente salvo Cuba. Y cuando hablo de resistencia feroz es fácil demostrarlo: cuando en 1973 el ministro de Salud Dr. Domingo Liotta envió el proyecto a la Legislatura nacional, la CGT anunció que si ese proyecto se aprobaba declaraban una huelga general (¡a Perón!). Esa misma CGT declara permanentemente que promueve un modelo de organización asistencial solidario. Me parece que tengo un concepto algo distinto de la solidaridad.

No creo que sea posible modificar la organización asistencial sin el acuerdo de los trabajadores (todos, no sólo los de salud), para lo cual y tomando en cuenta lo que afirmo en el punto anterior (18) habría que comenzar introduciendo el tema en el debate interno de las organizaciones de trabajadores, para lo que no creo que ninguno de los grupos existentes tenga la más mínima vocación. Si alguna vez se logra hacerlo podremos seguir conversando. Hasta entonces tal vez se pueda discutir la cuestión en otras organizaciones políticas que no tengan intereses tan parciales respecto del tema (algo de eso hay en los CICs y otras organizaciones de base política). Ya lo dije: largo y difícil, pero no imposible.





20.

Tiempo y sentido de la vida

Me gusta la fórmula que utiliza el fenomenólogo Alfred Schütz cuando menciona los motivos “porque” y “para”, el primero como individual, histórico e intransferible y el segundo como colectivo, dirigido al futuro y compartido. Creo que el primero nos prepara para la vida (para un cierto tipo de vida; es el que nos facilita las elecciones que hacemos) y el segundo el que le confiere sentido.

Muchas veces he contado (a esta altura no tengo más remedio que repetirme, porque ya no me da el pinet para pensar cosas nuevas) que mi “motivo porque” nació en las reuniones que se hacían en la casa de mis abuelos paternos los domingos con la familia (era una familia ampliada) donde se discutía política y se terminaba afirmando que no se había podido hacer la revolución (eran todos socialistas) porque no estaban dadas las condiciones (no estoy seguro de que las cosas fueran así en la realidad, pero son así en mi recuerdo). Y desde entonces deambulo con esa deuda en mi conciencia (¿cuáles son las condiciones que tienen que estar dadas para que se pueda hacer la revolución? Creo que para responder a esa pregunta escribí los libros que escribí).

En cuanto al sentido de mi vida es (lo dije antes) transformarme en hormiga (o abeja tal vez) y para eso me junté con los compañeros (de este y otros países) y ver si podemos construir el hormiguero (o el panal) que necesitamos, como condición que tiene que estar dada, para hacer el Sistema Único de Salud.

No, no creo que el saber de la muerte le dé el sentido a la vida.

21.

Vidas brillantes

Siempre (y todavía) la literatura: primero la literatura francesa sobre todo durante mi paso por el colegio secundario, luego la inglesa (mucho más que la norteamericana) durante los años universitarios y de pronto llegó mi primera migración hacia Venezuela; entonces para saber qué país era ese leí todo Rómulo Gallegos que pinta, como Balzac en la *Comédie Humaine*, un amplio panorama de su país (el paisaje urbano intelectual en *Reinaldo Solar*, el llano en *Doña Bárbara*, el campo petrolero en *Pobre negro*, la selva en *Canaima*, lo popular en *Cantaclaro*). Y eso me desencadenó la lectura de los escritores de este continente, primero en castellano y después también en el portugués de Brasil. Y sigue. Y teatro, y poesía, y seguramente moriré repitiendo algún verso de mi admirado García Lorca: compadre quiero morir, decentemente en mi cama...

La literatura filosófica, sociológica, económica y política comenzó en el primer exilio (antes había estudiado matemáticas, análisis y álgebra para ser más preciso) para no detenerse más.

Recorrí con fervor militante los ocho volúmenes de *El Capital* en la edición de Siglo XXI y luego el resto de la obra de Marx y junto a eso muchos autores de los que elegiré un par por el enorme riesgo de injusticia (y olvido) que conlleva una selección semejante: Ágnes Heller, Jean Piaget, Jürgen Habermas, Ludovico Silva, Carlo Ginzburg, pero me detengo porque la lista completa sería interminable (creo que ya dije que durante meses, si no años, leía casi un libro por día. Las razones de mi apego a estos autores es que cada uno de ellos me mostraba una manera diferente y apasionante de mirar el mundo (y por ahí debían estar escondidas las condiciones de marras).

En cuanto a si me considero un referente en el campo de la salud latinoamericana no sabría cómo responder, porque ¿cómo no ser indebidamente modesto sin aparecer como mandándome la parte? o ¿cómo aceptar que lo soy cuando en realidad creo realmente que los referentes de la salud latinoamericana son el grupo de trabajadores/as de salud que nos hemos roto el culo en miles de reuniones, discusiones, trabajos publicados o no, investigaciones buenas, regulares o malas, cursos de docencia en varios niveles, manifestaciones callejeras, funciones ejecutivas (no en mi caso) o deliberativas (no en mi caso)?

Y lo mismo vale para la pregunta sobre la influencia en el accionar de muchos/as trabajadores/as de este campo problemático. Tengo que decir tal vez, pero recuerdo que ante mis dudas y ambivalencias alguien en algún momento ya perdido de la memoria me dijo que yo hacía del relativismo un absoluto. Pero claro, recordando que los militares de este país decían que la duda es una jactancia de los intelectuales, me declaro definitivamente jactancioso.



22.

Mensaje para los trabajadores argentinos

Y vamos de nuevo: creo que el mensaje está dado y si no es así, habrá que leer entrelíneas para encontrarlo. Les mando un fuerte abrazo solidario.

El espacio del campo de la salud y los tiempos técnicos de sus procesos generan el significado del campo (lo que se puede hacer con él, diría Piaget), en tanto que los tiempos políticos son constructores de sentido a través del manejo del poder. La forma explícita de su articulación se encuentra en los diagnósticos de salud.



vocesenelfenix.com