

La lucha por el derecho a la salud en América Latina

Editores coordinadores:

Rafael González Guzmán
Susana Barria
Amit Sengupta

Compilador:

Eduardo Espinoza

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL

MOVIMIENTO POR LA SALUD DE LOS PUEBLOS

San Salvador 2014

La lucha por el derecho a la salud en América Latina

Primera edición, octubre de 2014
ALAMES EDICIONES

Impreso en El Salvador
Printed in El Salvador

ISBN: 99923-27-84-5

Este libro se realizó con el esfuerzo de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y el Movimiento por la Salud de los Pueblos. La presente es una versión en español con algunas modificaciones en relación a la publicada como parte de *People's Health Movement (2014). Global Health Watch 4. Zed Books, London.*e incluye materiales no publicados en éste

Índice

	Página
Presentación	5
Capítulo 1. Lucha social, gobiernos progresistas y salud en América Latina. <i>Rafael González Guzmán</i>	7
Capítulo 2. Informe de Salud en Chile Mario <i>Mario Parada Lezcano, Carolina Ibacache Carrasco, Paula Santana Nazarit., Sebastián Medina Gay ALAMES Chile</i>	31
Capítulo 3. Atención a la Salud en el Paraguay. Una propuesta de reforma contra hegemónica y los efectos de un Golpe Parlamentario al Estado Social de Derechos <i>Iván Allende</i>	52
Capítulo 4. Perú: articulación social gremial frente a reforma neoliberal. La historia reciente <i>Alexandro Saco</i>	58
Capítulo 5. El derecho a la salud y el cambio sanitario en Bolivia en el contexto del vivir bien <i>Germán Crespo Infantes</i>	66
Capítulo 6. Brasil: la lucha continua por un Sistema de salud universal <i>Armando De Negri</i>	82
Capítulo 7. Cambio social y su impacto en la salud en Venezuela <i>José León Uzcátegui</i>	97
Capítulo 8. Colombia: lucha social contra la mercantilización de la salud <i>Mauricio Torres Tovar</i>	109
Capítulo 9. El cambio social, el cambio en salud y su impacto en la situación de salud de El Salvador <i>Eduardo Espinoza</i>	119
Capítulo 10. La reforma al Sistema de salud en México: una historia no contada. <i>Asa Cristina Laurell</i>	129

Capítulo 11. La muerte materna en Chiapas: una historia inacabada	137
<i>Javier Sánchez</i>	
Capítulo 12. La eliminación del cólera en Haití y la dicotomía de los refugiados	143
<i>Mathew Anderson, Mathieu JP Poirier</i>	
Capítulo 13 . Situación de la atención en salud bajo el modelo neoliberal. El caso de la República Dominicana,	151
<i>José Selig Ripley</i>	

Presentación

El presente libro es el resultado de un trabajo conjunto entre la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y el *People's Health Movement*. Nuestra Asociación coordinó la elaboración de varios materiales que dan cuenta de la situación del derecho a la salud en América Latina, la mayoría de los cuales fue traducida al inglés e incluida en el *Global Health Watch 4 (Zed Books London)*. Se publican en este libro las versiones originales en español así como algunos materiales no incluidos en *GHW4*.

Los trabajos aquí publicados abordan a la situación actual y las luchas de los pueblos alrededor de los sistemas de salud. Se presentan materiales relativos a las reformas neoliberales en salud y luchas contra ellos en Chile, Perú, Colombia, México y República Dominicana. En este conjunto de capítulos se pasa revista a los efectos que dichas reformas han tenido en reproducir y aumentar las enormes inequidades en salud, así como las deformaciones introducidas por poner por delante la lógica de la ganancia y los paquetes básicos recortados de servicios. Se presentan también algunos elementos relativos al avance de las luchas contra las reformas neoliberales en estos países y algunas propuestas de una reforma en un sentido popular que están surgiendo producto de estas luchas.

Otro conjunto de capítulos está orientado a analizar los esfuerzos hacia la construcción de sistemas únicos y públicos en aquellos países de la región con gobiernos progresistas. Dentro de este conjunto se presentan materiales de El Salvador, Brasil, Venezuela y Bolivia e incluimos un material sobre los avances y retrocesos en Paraguay. En estos capítulos se examinan los avances parciales en los procesos de una reforma no mercantil del sistema de atención a la salud, particularmente en lo que se refiere a construcción de un sistema único, pú-

blico, gratuito, universal e integral y a la participación y poder popular como clave para avanzar hacia éste.

Esperamos que el libro sea un instrumento útil para los compañeros que desde las distintas latitudes de nuestra América Latina luchan por la defensa del derecho a la salud; que contribuya a fortalecer la denuncia de las políticas neoliberales que están dirigiendo los sistemas de salud a favor de los capitales y los están supeditando a la lógica de la ganancia, aumentando con ello las inequidades en la atención. Esperamos también que las experiencias de luchas de los pueblos y gobiernos progresistas de la región que aquí se relatan y analizan, sirvan para orientar nuestras luchas y propuestas hacia un sistema de salud único, público, universal y conducido no por la “mano invisible del mercado” sino por el poder popular organizado, orientado no por la sed de ganancia, sino por la lógica del derecho a la salud, de la igualdad social y la justicia

Todos los materiales aquí publicados han sido elaborados por compañeros de ALAMES y pueden verse como testimonio vivo de la convicción de lucha que caracteriza y motiva a nuestra Asociación. Por esto, el libro que presentamos está dedicado a conmemorar los 30 años de lucha de ALAMES desde su surgimiento en Ouro Preto, Brasil 1984.

Por la Coordinación de ALAMES

Nila Heredia Miranda
Oscar Feo Istúriz
Jose Carvalho de Noronha
Rafael González Guzmán

Capítulo 1.

Lucha social, gobiernos progresistas y salud en América Latina.

Rafael González Guzmán

El contexto: situación social y política en América Latina.

En los años 80 del siglo pasado se desarrollan grandes movilizaciones contra las dictaduras militares que prevalecían en América Latina. Hubo incluso revoluciones en Centroamérica y una primera oleada de surgimiento de organizaciones populares nuevas en sustitución a aquellas destruidas por la guerra sucia de las dictaduras en los 60's y 70's.¹ Ante estos nuevos movimientos en varios países las dictaduras fueron desplazadas de manera "preventiva" por gobiernos civiles. Estados Unidos y las élites locales sabían que podían enfrentar alzamientos populares armados al estilo Nicaragua (1979) y entonces impulsa recambios de los gobiernos militares por otros civiles de corte neoliberal (Collor de Melo, Alfonsín y Menem, Fujimori, Caldera, Aylwin son algunos de los presidentes neoliberales de estos gobiernos civiles).

A fines de los 90 es claro que la imposición del modelo neoliberal enfrenta ya serios problemas. Se desencadenan crisis económicas y también hay grandes escándalos de corrupción que ponen en entredicho a los recién estrenados gobiernos civiles. Pero sobre todo en este periodo se da un auge de luchas y movimientos sociales, formándose una segunda oleada de organizaciones. Algunos ejemplos son el Caracazo en 1989 (un movimiento social de protesta contra las alzas de precios que es salvajemente reprimido por el ejército), las luchas en Cochabamba y el Alto en Bolivia contra la privatización del agua y del gas que tiran al gobierno de Sánchez de Lozada, el Movimiento de los sin Tierra en el Brasil que avanza en tomar tierras de los grandes ha-

cendados, el levantamiento campesino indígena del Ejército Zapatista de Liberación Nacional en México-, las grandes luchas indígenas en Ecuador, por citar algunos de los más importantes².

En la región se gesta y desarrolla una crisis del modelo económico neoliberal, acoplada a una crisis política que asume variadas formas, en especial asociada a la corrupción de los funcionarios y el empeoramiento de la pobreza. Se desarrollan procesos de luchas sociales de los que surgen nuevas formas políticas y sociales, en especial los llamados gobiernos llamados progresistas en una compleja ruptura con lo viejo. Hay una nueva oleada de organizaciones ahora bajo la forma de nuevos partidos no liberales y se fortalecen otras que luchaban contra las dictaduras expresando distintas posturas de varias clases – bloques con tensiones dentro de las izquierdas.

Con el siglo XXI viene un desplazamiento de gobiernos neoliberales y el surgimiento de gobiernos “progresistas” y nuevos “socialismos”. En Venezuela Hugo Chávez gana en las elecciones desplazando a los partidos tradicionales hundidos en los de corrupción, encabezando una gran movilización popular; en Bolivia, Evo Morales llega a la presidencia ocupada por primera vez en la historia por un indígena. En Brasil, triunfa Lula y el PT. En Argentina, Néstor Kirchner, un peronista de izquierda llega a la presidencia y rompe con las políticas liberales y las propuestas de EUA de hacer un área de libre comercio en todo AL. En Ecuador las fuerzas progresistas logran llevar al gobierno a Rafael Correa y a en Paraguay sucede lo mismo con Fernando Lugo. En El Salvador gana el FMLN y lleva a Mauricio Funes a la presidencia, y en México la oligarquía se ve forzada a hacer un nuevo fraude electoral en 2006 para impedir que Andrés Manuel López Obrador sea presidente.

Todos estos gobiernos tienen las siguientes características: se encuentran confrontados con la gran burguesía (o algunos sectores de ésta) y los Estados Unidos que buscan sistemáticamente formas de “restauración” del pleno poder de las oligarquías tradicionales que han sido sus mejores aliados. Estos intentos se logran con el golpe de estado en Paraguay pero que fallan en los intentos de golpe de estado en Venezuela y en Bolivia. Los nuevos gobiernos están compuestos por

bloques heterogéneos en los que incluso hay algunos sectores de la burguesía antes desplazados por las oligarquías más rancias y que están poco dispuestos al avance³, mezclados con fuerzas más populares. Al interior de cada país se desarrollan correlaciones fuerzas diversas de las que emergiendo nuevas contradicciones y tensiones. Baste observar las andanadas en los medios de comunicación en contra del gobierno de Dilma Rousseff en Brasil y a la vez el surgimiento de movilizaciones populares exigiendo profundizar las demandas populares.⁴ las tensiones entre el gobierno ecuatoriano y algunos movimientos sociales que plantean avanzar más rápido y más profundo

En el plano económico-social general surgen nuevas formas de “estado de bienestar” basadas en una lógica de derechos sociales y ciudadanía; se da una transformación en algunas formas de propiedad (“nacionalización” – estatización – formas cooperativas), vinculadas a nuevos socialismos y se desarrolla el surgimiento de nuevas formas de definir las desigualdades sociales y lo que “es socialmente bueno”⁵. Destaca en este campo la emergencia de la idea de vivir bien como nuevo paradigma que orienta hacia formas comunitarias de socialismo que apenas se abren paso en economías donde un predominan las formas capitalistas de producción.⁶

Los cambios sociales en el campo de la salud

Las formas que tomó la atención a la salud en distintos países lo largo del Siglo XX fueron resultado de dos procesos contradictorios: de un lado el intento del capital por hacer de ésta un espacio para la acumulación, desplazando las formas de producción artesanal de la misma y abriéndola a las grandes inversiones; y de otro las luchas sociales pugnando por acceder a la atención a la salud principalmente mediante instituciones públicas con acceso igualitario.⁷

En algunos países, como Estados Unidos el primer proceso tuvo más fuerza que el segundo, generándose un sistema con predominio privado, grandes ganancias, altos costos, cobertura y acceso incompletos y grandes desigualdades sociales en el acceso y calidad de los servicios. En otros países, con mayor peso de las luchas sociales, como es el caso de Cuba (y varios países de Europa), tomaron forma

sistemas de salud públicos únicos, estatales, parcialmente desmercantilizados, sin una lógica de ganancias y con menores costos, con cobertura y acceso muy amplio y una mucho mayor igualdad social en el acceso y la calidad de los servicios.

A fines del siglo XX los países de América Latina tenían sistemas de salud que reflejaban la contradicción entre estos dos procesos. Las luchas de los trabajadores asalariados habían logrado crear instituciones de atención a la salud propias de la seguridad social y se había creado una red de atención más deficiente para campesinos y trabajadores informales urbanos.⁸ Ambos “subsistemas” fueron resultado en parte de luchas de los trabajadores y en parte se crean como formas de legitimar al orden social⁹ y a los Estados de la región. Es importante señalar que, sin embargo, se mantuvo y creció el peso relativo de la participación privada en el gasto en atención a la salud. De esta forma, las enormes desigualdades sociales que caracterizan a América Latina, se manifestaban también en desigualdades en el acceso y calidad de los servicios médicos. Teníamos así atención pública insuficiente y desigual, amplios espacios para la atención como negocio y grandes desigualdades sociales en la atención.

La crisis económica de fines del siglo XX desencadenó un proceso de reforma orientada a debilitar muy diversas instituciones públicas y a favorecer las formas privadas y las relaciones mercantiles. Las políticas estatales en los 80’s tienden a dismantelar el conjunto de relaciones e instituciones creadas para otorgar ciertos elementos de bienestar, y los “servicios” ahora deberán ser adquiridos por medio de relaciones mercantiles. Para quienes no puedan acceder por las vías de mercado se desarrollarán programas “focalizados” y temporales en la perspectiva de que las personas inscritas y disciplinadas, cuando algún día tengan suficiente “capital humano”, entrarán al mercado y no necesitarán más de los apoyos¹⁰. En el campo de la salud, esta tentativa de dismantelamiento de las instituciones públicas y su sustitución por las empresas privadas y el mercado tomará forma en las estrategias de “competencia administrada” o “pluralismo estructurado”. Con ellas se buscará separar las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios abriendo la posibilidad de que los

consorcios privados de aseguramiento y de atención médica puedan hacerse de los fondos de salud nada despreciables por su tamaño.

En Latinoamérica, los gobiernos civiles que sustituyen a las dictaduras militares adoptan el programa de reforma neoliberal y en una primera fase aplican los programas de “ajuste estructural”. En el campo de la salud se siguen los lineamientos del informe Invertir en Salud del Banco Mundial de 1993¹¹. Se estrangula a las instituciones públicas de salud, se desarrollan los programas focalizados, se recortan gastos en salud, se promueven paquetes básicos para pobres¹² y se abren las vías legales y financieras para la privatización. En Chile y en Colombia dicho proceso avanza aceleradamente.¹³ Para el conjunto de América Latina y para otras regiones del mundo, tomando como base los experimentos de los dos países anteriores, se impulsa una segunda fase de la reforma. En esta se habla de lograr la Cobertura Universal en Salud mediante el aseguramiento. Lo que hay detrás de estas palabras, que parecen recoger viejas demandas de los pueblos, sin embargo, es la continuidad de la política neoliberal¹⁴. La estrategia basada en el aseguramiento conduce a tres objetivos: en primer lugar hacer disponibles los grandes fondos financieros de las instituciones públicas de salud a las empresas privadas aseguradoras y prestadoras de servicios de salud desplazando a las instituciones públicas; en segundo lugar a imponer paquetes básicos cubiertos por dichos seguros sobre los cuales las personas tendrán que hacer co-pagos o ampliaciones al seguro (reproduciéndose las deficiencias en el acceso y la calidad de la atención así como las desigualdades sociales en salud) y en tercer lugar dar un halo de legitimidad al orden social (que durará hasta que en los países donde se aplique vivan la pesadilla de sistemas de salud como el de Colombia, regido por la voracidad de las empresas privadas).

Sin embargo, en los inicios del siglo XXI, en la región se gesta y desarrolla una crisis del modelo económico neoliberal, acoplada a una crisis política que asume variadas formas, en especial asociada a la corrupción de los funcionarios y el empeoramiento de la pobreza. Se desarrollan procesos de luchas sociales de los que surgen nuevas formas políticas y sociales, en especial los llamados *gobiernos progresistas* en una compleja ruptura con lo viejo.

En el plano económico-social general surgen nuevas propuestas, programas e instituciones basados en una lógica de derechos sociales y ciudadanía; se da una transformación en algunas formas de propiedad (“nacionalización” – estatización – formas cooperativas), vinculadas a nuevos socialismos y se desarrolla el surgimiento de nuevas formas de definir y enfrentar las desigualdades sociales basadas en una lógica de derechos y de ciudadanía. Estos nuevos gobiernos enfrentarán diversas presiones económicas y políticas de EUA, Europa y las corporaciones transnacionales que buscan sistemáticamente formas de continuidad de las políticas neoliberales de los gobiernos anteriores e incluso la restauración de las élites anteriores (como en Honduras o en Paraguay)

El mapa latinoamericano en políticas de salud se transforma, y las reformas neoliberales se cuestionan y se superan en distinta profundidad. En paralelo emergen nuevos proyectos, relaciones, programas e instituciones en salud que prefiguran, de manera inacabada (e incompleta si se quiere) una alternativa opuesta al neoliberalismo y vinculada a los sistemas únicos, públicos y des-mercantilizados de los que hablamos arriba. Estos nuevos proyectos son impulsados en distinta proporción el “desde abajo” y “desde arriba” cosa que también impacta en las formas que asumen. A continuación presentamos un cuadro general destacando algunos de los aspectos que están aportando estas experiencias.

Primer grupo de experiencias: avances históricos hacia sistemas únicos de salud públicos, universales y gratuitos.

Una de las demandas populares en salud en América Latina ante los sistemas de salud segmentados, desiguales e inequitativos fue la construcción de sistemas únicos de salud (SUS), públicos y gratuitos en donde se atendiera a todos por igual. Sin embargo el avance rápido hacia un sistema así requiere de una correlación de fuerzas sociales muy favorable a los de abajo. Y los constantes vaivenes de esa correlación no permitieron la generalización de sistemas así en América Latina en comparación a como se extendieron por ejemplo en Europa en los que fueron y aun son predominantes.

Ejemplos: Cuba, Brasil, Costa Rica

Precisamente estos sistemas se desarrollaron en la Cuba revolucionaria en los 60's. Las trabas e intereses que mantenían un sistema de salud que dejaba de lado a sectores muy importantes de la población y que beneficiaba a unos cuantos, se hicieron de lado a pesar incluso del éxodo de médicos de la isla. De las experiencias de construcción de un SUS ésta fue y sigue siendo la más completa y avanzada. A pesar de las muy difíciles condiciones generadas por el bloqueo y luego durante el llamado periodo especial (tras la caída del muro de Berlín), se mantendrá el sistema único de salud cubano e incluso continuará y se profundizará el apoyo y cooperación internacional con el envío de decenas de miles de médicos a varios países de Latinoamérica.

En Brasil, las luchas populares por la democracia articularon esta demanda con la de expansión de los derechos sociales dentro de cuales entra el derecho a la salud. Esto origina la creación, por medio de Conferencias Nacionales, de un Sistema Único de Salud que, a contracorriente de los sistemas segmentados de salud en toda la región, une a la seguridad social con los del ministerio de salud en un solo sistema único, público y gratuito. Además, el SUS brasileño tendrá un componente de participación social en su conducción. Sin embargo, a diferencia de Cuba, el SUS brasileño coexiste con un amplio sector privado que reproduce las desigualdades sociales en salud y que presiona sistemáticamente por hacerse de los fondos públicos mediante contratos e incluso mediante la oferta de seguros médicos privados para algunos sectores de trabajadores asalariados. Así, en Brasil se desarrolla una lucha constante por aumentar los recursos del SUS (a 10% de la recaudación fiscal bruta), por ampliar la infraestructura pública con que cuenta y por limitar las compras a servicios privados que terminan fortaleciendo a este sector.

Finalmente Costa Rica, más por orientaciones desde el gobierno que por presión popular directa, avanza en un sistema único de salud basado en la absorción de los servicios de salud del Ministerio por parte de la seguridad social que se generaliza a toda la población con prestaciones iguales para todos. Sin embargo hay tendencias a la reforma neoliberal disminuyendo el peso del Ministerio de Salud.

Con estos referentes los gobiernos progresistas y luchas sociales de las que hablamos antes resisten a las políticas neoliberales y avanzan en la dirección de construir sistemas únicos, públicos y universales de salud, mismos que revisaremos a continuación:

Segundo grupo de experiencias: intentos actuales para avanzar hacia sistemas únicos públicos y universales

Como se comenta arriba, en varios países de América Latina se dieron cambios sociales llevando al gobierno a fuerzas no neoliberales quienes, junto a los movimientos sociales tienen el reto de impulsar una reforma en la política e instituciones de salud que enfrente entre otros los siguientes retos: la segmentación y deterioro de los sistemas públicos de salud tras el proceso de ajuste de los años 90; las tendencias a la mercantilización defendidas por organismos internacionales y las clases económicamente poderosas a lo interno; la resistencia de las organizaciones cupulares de los médicos; la carencia de personal de salud para atender; resistencias de sectores adscritos a la seguridad social tradicional que se oponen a un SUS igual para todos; la continuidad de modelos de atención hegemónicos caracterizados por la medicalización, la discriminación por etnia, clase y género y el rechazo a las culturas y prácticas tradicionales. Frente a estos retos, los avances hacia un nuevo SUS son parciales y en cada país se avanza más en algunos aspectos que en otros- En este grupo de países podemos citar a Venezuela, El Salvador, Bolivia, Uruguay, sin embargo, en países con gobiernos progresistas como Argentina o Ecuador, los avances parecen ser mucho menores. Veamos algunos casos concretos.

Ejemplos: Venezuela, El Salvador, Bolivia y Uruguay

En Venezuela existe un sistema de salud segmentado que reproduce las grandes desigualdades sociales que caracterizaron a esta sociedad. Este sistema recibía además presiones hacia su privatización. Con el triunfo de Hugo Chávez, se abrió paso a la convocatoria a una Asamblea Nacional Constituyente en 1999, que incluyó a la salud dentro de sus temas. Frente a la vieja constitución que establece la responsabilidad del estado solo para quienes no pueden acceder los servicios de salud por sus medios, y frente a las concepciones mercantilistas que

buscan privatizar el sistema, en la nueva Constitución se definirá a la salud como un derecho humano y social y al Estado como el responsable de garantizarlo mediante la conformación de un “Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), intersectorial, descentralizado y participativo, regido por los principios de universalidad, integralidad, equidad y solidaridad”, de propiedad estatal uniendo a la seguridad social y el ministerio de salud, financiado fundamentalmente de impuestos y sin cobro alguno a las personas por su uso; formando parte de un sistema intersectorial que se plantea mejorar las condiciones de vida de la población y además acompañado de una política de formación de profesionales necesarios para su expansión.¹⁵

Para avanzar hacia este sistema sería necesario el cambio en muchos ordenamientos legales y la promulgación de una nueva ley de salud que concrete los lineamientos constitucionales. A ello se opondrá un sector importante de los médicos y las clases económicamente poderosas interesadas en mantener el sistema segmentado y con posibilidades de intervención de capitales financieros y de prestación de servicios. Incluso habrá resistencias de sectores de trabajadores que cuentan con seguros médicos privados.

Frente a estos problemas y ante la urgencia de atender necesidades de salud largamente pospuestas por los regímenes anteriores y agravadas por los recortes al gasto en salud producto por los programas de “ajuste estructural” (de 5.20% del PIB en 1977, se redujo a 1.95% en 1996)¹⁶ surgieron protestas y organizaciones populares en salud en los barrios pobres de Caracas. Con base en esto, ya en el gobierno de Hugo Chávez, emergerá un nuevo sistema en paralelo: la Misión Barrio Adentro. En el Municipio Libertador la población y el presidente municipal reciben a 63 médicos cubanos a trabajar para atender las necesidades urgentes de atención médica. Esos médicos habían ido solidariamente a atender el desastre del Estado de Vargas y ahora daban inicio a un vasto programa que daría origen aun sea parcialmente a un sistema de salud distinto, que como su nombre, surgía *barrio adentro*. La Misión Barrio Adentro se expandirá a pesar de la resistencia de las élites médicas y a las universidades tradicionales que rechazan incorporarse.



**Barrio San Juan,
Caracas, Venezuela**

Cuadro 1. En voz de un trabajador comunitario

Yo recuerdo que cuando llegaron los médicos de Caracas, los primeros... 63 médicos, las comunidades me llamaron... "*Vamos a repartirlos*", había que repartir los médicos a los comités de salud que estaban organizados, ¿te puedes imaginar eso? "*¿Dónde están los carros?*" "*No hay carros!*". "*Está el carro mío y dos carros más*". Y había que repartir 63 médicos a las 5 de la mañana, no habían desayunado, no habían cenado, no había agua, no había nada, no había dinero. [Comentaron los médicos] "*bueno, no importa ivamos!*". Y las comunidades, cuando llegábamos, era que había, "*No, él se va a quedar en la casa de fulano*", llegamos a la casa de fulano y muchos tenían ya su, hacían con sus propias manos los carteles de bienvenida: "*bienvenido el médico cubano*". Entonces los médicos cuando veían eso se alegraban, ¿no?

Tomando de: Charles L. Briggs, Clara Mantini-Briggs, *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 3(2): 159-176, Mayo - Agosto, 2007.

Se nutrirá inicialmente de miles de médicos cubanos y luego, para lograr que médicos venezolanos sustituyan a la solidaridad externa, se formará la Universidad Bolivariana en la que se han formado ya 24,000 médicos, además de que se han formado 3,200 especialistas en medicina general integral, 1,823 estudiantes con postgrado de Odontología General Integral y 1,413 técnicos y técnicas superiores de Enfermería con enfoque en Atención Primaria de Salud. Esto, junto con el desarrollo de otras misiones de producción social, educativas, de mejora urbana y nutrición conformarán un proceso de determinación social positiva sobre la salud. Esto se manifiesta ya en mejoras importantes en el índice de desarrollo humano, reducción considerable de la pobreza, el aumento en la inversión social y el aumento en la proporción de personas mayores que gozan de pensión, la mejora del coeficiente de Gini (que mide desigualdad en el ingreso) y la mejora en la escolaridad global de la población. Todo esto se manifestará en mejoras en la situación de salud y en la atención a la salud¹⁷ (ver información de esta mejora en el artículo cambio social y su impacto en la salud en Venezuela de José León Uzcátegui en este reporte). El sistema de salud venezolano en su conjunto, sin embargo, sigue estando segmentado y reproduciendo desigualdad en el acceso y la calidad pues la reforma de este desde dentro se ha mostrado verdaderamente difícil y llena de resistencias. Así, la lucha del pueblo ha tenido que dar una vuelta de rodeo construyendo una parte del sistema de salud (vinculada al primer nivel de atención) nueva, basada en principios distintos, desmercantilizada, solidaria, universal, popular y por lo mismo atacada y satanizada por las fuerzas de la derecha nacional e internacional.

Lo que en Venezuela tomó la forma de un nuevo sistema de salud paralelo, en El Salvador se desarrolló como reforma del sistema de salud en una dirección semejante a la de Venezuela. El sistema de salud salvadoreño históricamente segmentado y con peso pequeño de la seguridad social y una muy grande proporción del gasto en salud de tipo privado, tras el fin la guerra fue producto de una política orientada a recortar a las instituciones públicas y favorecer la prestación privada de los servicios por parte de los gobiernos neoliberales.

Tras el triunfo electoral del FMLN, en la perspectiva de lograr un sistema nacional de salud con base en el reconocimiento de la salud

como bien público y derecho humano a ser garantizado por el Estado y desde una perspectiva desmercantilizadora, se aumenta considerablemente el gasto público en salud en 75% para el primer nivel de atención y en 45% para el segundo, cambiando además la relación 60% privado-40% público a 40% privado – 60% público. A su vez se anulan los cobros directos en las unidades de salud de manera inmediata, reduciendo de esta sencilla manera una parte de los gastos catastróficos de las familias. Esta supresión aumentó la demanda entre 25 y 40% a demanda de atención, lo que muestra el peso de este tipo de barreras a la atención (cosa que los neoliberales rechazan pues no contemplan mecanismos de aseguramiento dirigidos a que el estado transfiera recursos económicos a los aseguradores y proveedores privados). En contraposición a las compañías farmacéuticas se logró reducir el costo de los medicamentos y disminuyó de manera muy considerable el desabasto. De manera específica se buscó extender los servicios públicos a las zonas más pobres del país buscando contrarrestar las inequidades más grandes en la atención a la salud, duplicando el número de establecimientos de atención a la salud.¹⁸

Todo lo anterior permitió mejorar la atención, cosa que se expresa en aumento en la proporción de embarazos y partos atendidos en el sistema o el aumento en el número de camas hospitalarias, la reducción de la mortalidad materna (por cierto por debajo de la meta del milenio) o de la mortalidad hospitalaria^{XI}. Falta aún mucho por avanzar, pero sin duda las luchas sociales en defensa del sistema público de salud antes de la llegada del FMLN al gobierno y luego, la política de salud bajo el gobierno de Funes han avanzado notablemente en el derecho a la salud por la vía des-mercantilizadora y hacia un sistema único y público de salud.

El pueblo boliviano lucha por cambiar un sistema económico colonizador y opresor, una forma vertical de decidir en política y formas de pensar basadas en el individualismo, en la competencia, en la opresión y en el colonialismo cultural, para crear nuevas relaciones propias de un nuevo socialismo comunitario. Las fuerzas sociales de este cambio son las luchas y organizaciones indígenas y campesinas así como los trabajadores asalariados. En Bolivia se impulsa un nuevo modelo de desarrollo en una perspectiva descolonizadora y antineoli-

beral en una perspectiva de conservación y renovación de la naturaleza, el privilegio del valor de uso sobre el valor de cambio para fortalecer vínculos sociales y un consumo apegado a las necesidades, la ampliación de la democracia participativa en todas las relaciones e instituciones sociales, y la multiculturalidad.¹⁹ Juega un papel central en este nuevo modelo de socialismo comunitario el concepto del vivir bien, mismo que no tiene en el centro la idea de acumular más y más sino de vivir en armonía los seres humanos y la naturaleza y tiene un carácter comunitario, el vivir bien para serlo debe ser de toda la comunidad²⁰. Esta lógica se contrapone a la lógica capitalista del vivir mejor basada en el individualismo, la meritocracia, la competencia y la acumulación por sí misma y la idea de que para que a alguien la vaya mejor a otros les deberá ir peor.

El avance hacia este modelo no es sencillo pues Bolivia es un país periférico, atrasado y dependiente, con un patrón de desarrollo primario exportador de materias primas, cosa que no se puede superar por decreto. Implica un conjunto de cambios y enfrentar muchos problemas y carencias y resolver un conjunto de nuevas tensiones²¹.

En el terreno de la salud se partirá del hecho de contar con un sistema debilitado por políticas de salud neoliberales que llevaron a la privatización, la mercantilización y el establecimiento de una cultura individualista²². Frente a esto se buscará “un sistema público único integrado, descentralizado, participativo, con autonomías de gestión en el ámbito departamental, municipal y regiones indígenas, una seguridad social unificada, con prioridades sanitarias en nutrición, educación, medio ambiente, y agua segura, con vigilancia social de las políticas públicas y servicios” v. Dentro del modelo tiene una gran importancia la definición de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, en la cual uno de los componentes más importantes es la “participación comunitaria y de las organizaciones sociales en la toma de decisiones en la gestión compartida de la salud, para la reflexión y análisis en temas de salud y el fortalecimiento de los sistemas organizativos de cada comunidad y ayllu para la gobernabilidad y autoridad en salud... y en la reorientación de los servicios y prestaciones de la medicina tradicional, la medicina natural y la interculturalidad en salud.”²³

La perspectiva general es transitar hacia un sistema único y público de salud, fortaleciendo instituciones con recursos escasos y distribuidos muy desigualmente. Por esto, la unificación en un solo sistema no puede darse de manera automática sino a través de un proceso de dotar al sistema de más recursos a fin de unificar aquellas partes del sistema que tienen menos recursos “hacia arriba” y no disminuyendo los beneficios de la seguridad social “hacia abajo” como se hace con los paquetes de aseguramiento impulsados por el neoliberalismo. A la vez, el avance descolonizador y la interculturalidad en el sistema es un proceso lento y difícil, marcado cambios ideológicos, organizativos y en de formación de nuevos trabajadores de la salud. Hacia todo esto se está avanzando lentamente y con la participación en asambleas comunitarias.

En Uruguay, como en los casos anteriores, los gobiernos progresistas del Frente Amplio, encuentran un sistema de salud desfinanciado y con muy grandes desigualdades en los recursos con que cuentan. De hecho el sector privado concentraba el 75% del gasto en salud.²⁴ Así, una de las tareas iniciales de estos gobiernos es aumentar los recursos en la perspectiva de que la salud es un derecho y es responsabilidad del Estado garantizarlo. Se impulsa un Sistema Nacional Integrado de Salud donde confluyen prestadores públicos y privados sin fines de lucro, financiado por un Seguro Nacional de Salud con recursos de un Fondo Nacional de Salud que concentra recursos y paga a proveedores públicos y privados mediante un sistema de capitación basada en riesgos. Las personas aportan según sus ingresos, sus aportes van a un fondo único y el estado garantiza que se obtengan las necesidades asistenciales de manera igual para todos.²⁵ No hay paquetes básicos pero si el usuario elige prestadores privados tiene que hacer co pagos. La política impulsada por el ministerio ha sido la de cerrar brechas entre la atención brindada a través de la seguridad social laboral y la atención del ministerio tradicionalmente más pobre. Se trata de homogeneizar hacia arriba y no hacia abajo. Esta brecha se ha cerrado notablemente pasando de tres a uno hacia una que es casi uno a uno. Existe también una política intencionada de fortalecer el primer nivel de atención tradicionalmente relegado con una visión de Atención Primaria de Salud. A este modelo en tránsito se ha hecho la crítica de que puede conducir a preservar un peso muy importante de los servi-

cios privados con el peligro de que las desigualdades sociales en la atención se reproduzcan nuevamente²⁶.

Tercer grupo: países con hegemonía de la reforma neoliberal, luchas de resistencia: Colombia, Perú y México

La reforma neoliberal en salud colombiana fue puesta como ejemplo en otros países en donde de igual manera se buscaba entregar el sistema de salud a las fuerzas de mercado e intereses privados. Iniciada con la Ley 100 de 1993, a los pocos años estaba generando efectos negativos en contra del derecho a la salud. Los sistemas públicos se debilitaron y con ello la atención médica que proporcionaban así como las acciones de salud pública y de vigilancia sanitaria; se deterioraron las condiciones de trabajo del personal de salud y se incrementaron barreras de acceso a los servicios por las prácticas de las empresas privadas de rechazar personas con riesgo o por los límites impuestos a las acciones establecidas en el aseguramiento. Ante ello se generaron diversas luchas de resistencia que inicialmente se dan de manera no unificada: estudiantes que luchan por más presupuesto en salud y educación, trabajadores de la salud que resisten a la precarización de su trabajo; usuarios que demandan mejor atención. Se da también el crecimiento enorme de las tutelas (llamados juicios de amparo en otros países) ante acciones no otorgadas por los servicios²⁷.

De una situación de resistencias separadas, se pasó a intentos de unificación. Se impulsan las Acciones Sociales Colectivas por el Derecho a la Salud (ASCDS) y en la ciudad de Bogotá se elige a un gobierno no neoliberal que intenta cambiar la situación, pero enfrenta muchas dificultades y limitaciones dadas por el modelo nacional. Va madurando la idea de hacer de todas las resistencias una sola lucha en defensa del derecho a la salud con base en un modelo distinto que sustituya al de la Ley 100. A fines de 2010 el modelo entra en crisis y el gobierno impulsa la declaratoria de estado de emergencia social con el fin de rescatar no al sistema de salud en beneficio de la población, sino los negocios de las EPS. Esto genera una amplia movilización social en la que va surgiendo la necesidad de unir fuerzas alrededor de ese nuevo modelo alternativo. El decreto de emergencia social es frenado temporalmente. Sin embargo en el 2013 el gobierno presenta un nue-

vo proyecto de ley que profundiza la misma orientación de la Ley 100 y que incluso busca bloquear las tutelas y legitimar que cuando se llegue a un tope financiero el sistema ya no estará obligado a dar atención.²⁸ Ante esta amenaza, se conforma la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud, misma que en la calle y en el senado defiende y lucha contra la propuesta de nueva y por un cambio total en el modelo.²⁹ (Ver cuadro 3)

Así, el movimiento ha avanzado ya en formular un modelo alternativo que aún no se ha ganado, pero que va dotando a ese amplio movimiento de una alternativa distinta al negocio neoliberal. El “viejo topo” así, no solo ha dado los motivos del cambio sino que ha conformado a quienes darán fin al modelo privatizador quienes están ya esbozando, como en los países antes mencionados el camino para un sistema de salud basado en una lógica de derechos.

En el caso de Perú, las esperanzas en que el nuevo gobierno de Ollanta Humala impulsaría un alternativa no neoliberal en salud cayeron muy pronto. Perú cuenta con un sistema segmentado con enormes desigualdades entre los servicios de la seguridad social que gastan 223 dólares per cápita al año versus los del ministerio de salud que gastan sólo 35 dólares al año per cápita³⁰. El sistema de salud tiene un alto gasto de bolsillo por parte de los usuarios lo que aumenta la inequidad y además este gasto ha ido en aumento en los últimos años tanto en términos absolutos como en proporción del PIB. Cabe resaltar que Perú tiene un gasto en salud como proporción del PIB muy baja (5.1%) y que una parte importante es privada (2.1%)³¹ Ante esto., sin embargo el gobierno ha impulsado reformas legales que favorecen los mecanismos de aseguramiento y la participación de aseguradores y proveedores privados de servicios de salud con paquetes de beneficios limitados (que además como en el caso de México no cuentan con financiamiento suficiente siquiera para cubrir dichos paquetes)³². Ante la propuesta de reforma impulsada por el Ministerio de Salud, se ha desarrollado una convergencia de organizaciones gremiales de los médicos y organizaciones sociales como Foro Salud exigiendo participación en el proceso de reforma y frenar las tendencias a la mercantilización de la salud. En estas resistencias y luchas se demanda un amplio proceso de discusión social de la reforma que permita frenar las ten-

dencias privatizadoras y avanzar hacia un sistema único y público de salud con el financiamiento estatal requerido para superar las enormes inequidades.

En México, al igual que otros países existe un sistema de salud segmentado. La seguridad social creció fuertemente en parte por las luchas de los trabajadores hasta los años 70 del siglo pasado y en parte como forma de legitimación del orden social. Las instituciones de seguridad social, el especial el IMSS llegaron a cubrir a más de la mitad de la población, cubriendo la Secretaría de Salud a una parte de la población fuera de la seguridad social. El peso del gasto privado es cercano al 50%. Los gobiernos neoliberales no pudieron dismantelar estas instituciones, como se proponía la organización empresarial asesora en salud (FunSalud) y hacer una privatización rápida como lo hicieron en Colombia o en Chile, debido a que las instituciones públicas son defendidas por la población, en especial por el sindicato del IMSS y una parte de la clase política. De ahí que primero las ahorcaron presupuestalmente para desprestigiarlas, les separaron las pensiones pasándolas a los bancos privados y modificaron las leyes para permitirles comprar servicios privados. En una segunda fase transformaron la atención de la Secretaría de Salud, creando un mecanismo de aseguramiento individual que cubre un paquete básico de acciones bastante inferior al de la seguridad social y que permite la compra de servicios a prestadores públicos y privados^x. El siguiente paso de la reforma, basada en el modelo de pluralismo estructurado de Frenk y Londoño, se anuncia desde el gobierno, será la creación de un Seguro Universal de Salud con un paquete básico de intervenciones que reduzca las prestaciones de la seguridad social y que permita la creación de intermediarias financieras que manejen los fondos de salud y empresas privados que prestarán la atención. Aunque la resistencia a las distintas fases de esta reforma ha sido débil, la etapa actual implica grandes cambios y se está generando un proceso de discusión, sobre todo entre trabajadores de la seguridad social que perciben que su situación podrá verse seriamente afectada. Los próximos dos años serán decisivos.

e) Algunas conclusiones

Frente a la ofensiva neoliberal a nivel mundial sustentada por los países centrales, las empresas multinacionales y las clases dominantes locales, en América Latina, sin embargo, los pueblos y gobiernos progresistas están luchando en el campo de la atención a la salud. En algunos sitios se resiste a la imposición de dichas políticas, en otros desde el gobierno se impulsan políticas orientadas hacia construir sistemas únicos, públicos, estatales, gratuitos y sin restricciones. Sin embargo, el avance enfrenta diversos obstáculos cuya resolución no puede ser inmediata. Dentro de ellos están las condiciones desastrosas de los sistemas públicos de atención a la salud tras una década de desmantelamiento intencionado, que imponen una primera etapa de reconstrucción. Está también la histórica segmentación de los sistemas con enormes desigualdades en particular la atención con muy escasos recursos por los ministerios de salud que solo puede resolverse aumentando progresivamente sus presupuestos para lograr una unificación hacia arriba y no hacia abajo. Se opone también la resistencia de las cúpulas médicas que controlan las sociedades médicas y las escuelas de medicina y que rechazan las tendencias a fortalecer lo público y también su rechazo a la interculturalidad o a la expansión al medio rural por ejemplo en Brasil, Venezuela o Bolivia. Las resistencias del complejo médico farmacéutico asegurador también juegan un papel en bloquear los avances populares. Sin embargo y a pesar de todo ello se abren paso formas parciales que concretan la salud como un derecho igual para todos. Estas experiencias deben difundirse, apoyarse, cuidarse como gérmenes de lo que puede ser el futuro sistema de salud en una lógica del vivir bien en contraparte a quienes quisieran ver a la atención a la salud como el gran negocio transnacional del siglo XXI.

Cuadro 3. El modelo propuesto por la ANSA, Colombia

El nuevo modelo está centrado en la salud, en las condiciones de vida saludables y no en el negocio de la enfermedad. Es universal y sin barreras, de manera que sólo se requiere ser habitante del territorio nacional para ser atendido cuando se necesite. No tiene regímenes odiosos definidos por la capacidad de pago, como el subsidiado y el contributivo. Todos y todas ponemos, pero todos y todas seremos atendidos sin tener que demostrar ser pobres o haber pagado el mes pasado, sin cuotas moderadoras ni copagos. No tiene intermediarios que se apropien de los recursos públicos para hacer una labor que el Estado debe hacer con participación y control social. Es decir, no tiene “EPS” ni “GSS” ni ningún “agente” que obtenga lucro con los recursos disponibles para la atención en salud.

Es un sistema que permite el máximo de solidaridad entre ricos y pobres, sanos y enfermos, jóvenes y ancianos, porque recoge todos los esfuerzos que hacemos los ciudadanos y ciudadanas a través de los impuestos y las cotizaciones obligatorias, en un Fondo Público Único que debe rendir cuentas a un Consejo Nacional con amplísima participación de la sociedad diversa que tenemos en Colombia.

Es un sistema descentralizado e intercultural, porque los recursos se asignan de manera equitativa a los territorios de salud establecidos según las características demográficas, epidemiológicas, socio-económicas, geográficas, culturales y étnicas de la población.

En estos territorios se conforman las unidades territoriales de salud, de carácter público y con participación y control social a través de consejos territoriales, para integrar los recursos de la Nación con los de los entes territoriales, y organizar la atención individual, la salud pública, los riesgos laborales, los accidentes de tránsito y las prestaciones económicas. Estas unidades territoriales serán las encargadas de planear la salud de su territorio, junto con las familias y las comunidades, y tendrán que articularse a otros sectores del Estado y de la sociedad para lograr unas condiciones de vida saludables. Integrarán los servicios de atención por medio de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS), cerca de la gente y con capacidad para resolver los principales problemas de salud de las comunidades, y organizarán las redes de servicios que se requieran.

Continúa página siguiente

Continúa Cuadro 3.

De esta forma, los pacientes, las familias y las comunidades podrán tener sus profesionales de cabecera para resolver sus problemas lo más cerca posible de su vivienda y su lugar de trabajo. Ya no más autorizaciones ni barreras para acceder a servicios que se necesitan, según el criterio del profesional tratante. De ser necesario acudir a un centro u hospital con alta tecnología, el grupo profesional de cabecera remitirá, acompañará y volverá a recibir al paciente después de ser atendido. Éste es el verdadero sentido del sistema de “referencia y contra referencia” que hoy no existe porque cada cual está tratando de hacer su negocio.

El nuevo sistema tendrá el predominio de la red pública hospitalaria, a la cual se fortalecerá, con el complemento de prestadores privados e inversión directa del Estado en infraestructura y dotación adecuadas. Tendrá un régimen laboral concertado para los trabajadores y profesionales del sector, para que puedan dedicarse a atender bien a sus pacientes y a las comunidades y no teman a diario por ser despedidos o no contratados.

El nuevo sistema tendrá unas políticas prioritarias que permitan adecuar la formación del personal de salud y el sistema de ciencia tecnología e innovación a las necesidades de salud de la población y no al negocio de los medicamentos caros, por ejemplo. Recupera las redes y los hospitales universitarios hoy sometidos a las presiones de las deudas y los desfalcos o cerrados como el San Juan de Dios, que vuelve a la luz con este proyecto.

El nuevo sistema tendrá un estricto sistema de control de costos y precios de medicamentos, insumos y tecnologías médicas para evitar el desangre económico de los precios liberados desde el gobierno anterior.

En fin. No es un salto al vacío. Es un salto al futuro, porque nunca antes el país ha tenido la experiencia de un derecho pleno, universal y sin barreras a la salud. Se trata de recuperar el carácter público de los recursos y la esencialidad del derecho. Por eso los ciudadanos y ciudadanas, las comunidades todas, seremos los principales orientadores y controladores del nuevo sistema.

Referencias

- 1 Petras, J. Latin America: The Resurgence of the Left, *New Left Review*, VI, N223, May Jun 1997.
- 2 Colussi, Marcelo. ¿Latinoamérica va hacia la izquierda? *Rebelión* <http://www.rebelion.org/noticia.php?id=40951> (Agosto 2008)
- 3 Sader, E. THE WEAKEST LINK? Neoliberalism in Latin America, *New Left Review*, Vol 52, Jul Ago. 2008
- 4 García Linea, A. Las tensiones creativas de la revolución, La quinta fase del Proceso de Cambio, Presidencia de la Asamblea Legislativa Plurinacional, Vicepresidencia del Estado Plurinacional.
- 5 Álvaro García Linera El Socialismo Comunitario, Editorial: Vicepresidencia del Estado, La Paz Fecha: 2 / 2010
- 6 Para una bibliografía amplia consultar: <http://www.vicepresidencia.gob.bo/spip.php?page=publicaciones>
- 7 González R, Situación y políticas de personal en la reforma de la salud, Congreso Médico Nacional, Perú. Marzo de 2014
- 8 10. Laurell, A.C., 1995. La Reforma de los Sistemas de Salud y Seguridad Social. Concepciones y propuestas de los distintos actores sociales. Fundación F. Ebert, México DF.
- 9 Offe, Claus 2007 “Some contradictions of the Modern Welfare State” en Pierson, Christopher y Castles, Francis G. *The Welfare State Reader* (Cambridge: Polity Press)
- 10 González, Rafael, Alcalá Julián, La dimensión ética en políticas de Salud en América Latina, tesis de grado de maestría en medicina social, México, diciembre 2008.
- 11 Banco Mundial, Informe sobre el desarrollo mundial 1993, Invertir en salud, Indicadores del desarrollo mundial, Washington DC, EUA 1993 ISBN 0-8213-2361-X
- 12 López Arrellano Oliva, Blanco Gil José, Rivera Márquez José Alberto, Descentralización y paquetes básicos de salud ¿”Nuevas” propuestas incluyentes? La salud al final del milenio, en ALAMES en la Memoria, 25 aniversario de ALAMES, Ed. Caminos, La Habana, Cuba, pp 437-8. ISBN 978-959-303-009-0
- 13 Saúl Franco Agudelo, La salud al final del milenio, en ALAMES en la Memoria, 25 aniversario de ALAMES, Ed. Caminos, La Habana, Cuba, ISBN 978-959-303-009-0. pp 323

-
- 14 Asa Cristina Laurell, Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano, CLACSO 2013, <http://biblioteca.clacso.org.ar/clacso/clacso-crop/20130807020931/ImpactodelSeguroPopular.pdf>
 - 15 Oscar Feo, Pasqualina Curcio, LA SALUD EN EL PROCESO CONSTITUYENTE VENEZOLANO, Revista cubana de Salud Pública, V30 N2, abril-junio 2004.
 - 16 Charles L. Briggs, Clara Mantini-Briggs, Misión Barrio Adentro": Medicina Social, Movimientos Sociales de los Pobres y Nuevas Coaliciones en Venezuela SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 3(2): 159-176, Mayo - Agosto, 2007.
 - 17 José León Uzcátegui cambio social y su impacto en la salud en Venezuela, GHR4
 - 18 Espinoza Eduardo, el cambio social, el cambio en salud y su impacto en la situación de salud de El Salvador, en el GHW 4.
 - 19 Germán Crespo Infantes. El derecho a la salud y el cambio sanitario en Bolivia en el contexto del vivir bien la construcción del Sistema Único de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural en Bolivia, en www.alames.org
 - 20 Conferencia de la Dra. Nila Heredia Miranda, El derecho a vivir bien, más allá de un enunciado. Revista Posibles, N1, 2008. Pp. 10-20.
 - 21 Álvaro García Linera LAS TENSIONES CREATIVAS DE LA REVOLUCIÓN La quinta fase del Proceso de Cambio Vicepresidencia del Estado Plurinacional, Presidencia de la Asamblea legislativa Plurinacional.
 - 22 Ministerio de Salud y Deporte de Bolivia, Plan de Desarrollo Sectorial. <http://www.sns.gov.bo/index.apx?Op.=21>
 - 23 Modelo de Salud Familiar y Comunitaria Intercultural, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia. <http://www.sns.gov.bo/index.apx?Op.=22>
 - 24 Borgia, F. La salud en Uruguay: avances y desafíos por el derecho a la salud a tres años del primer gobierno progresista Medicina Social (www.medicinasocial.info) volumen 3, número 2, mayo 2008
 - 25 Olesker, D. la reforma social y la salud, Saúde para debate, Divulgación, N 49 Oct. 2013.
 - 26 Dr. Edison Camacho, trabajador del SNIS, comunicación personal. En, Alcalá J. y González R. La dimensión ética en políticas de salud en América Latina, tesis para obtener el grado de Maestría en Medicina

- Social, UAM X. IMPRESA POR Editorial Académica Española ISBN 978-3-8443-4968-9.
- 27 Mauricio Torres Tovar, Colombia: lucha social contra la mercantilización de la salud. GHW4
- 28 Saúl Franco Agudelo, OTRO REMEDIO PEOR QUE LA ENFERMEDAD, A propósito de los Proyectos en curso de reforma a la salud. En www.alames.org
- 29 Mario Hernández Álvarez, por la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA), Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR) Un sistema universal para enfrentar la crisis de la salud. En www.alames.org
- 30 Federación Médica Peruana, Foro Salud Perú y Academia Peruana de Salud EN DEFENSA DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD, , Lima 3 de agosto de 2013. En www.alames.org
- 31 Mario Ríos Barrientos Luz verde a reforma de la salud mercantilista, en <http://www.revistaideele.com/ideele/content/luz-verde-reforma-de-la-salud-mercantilista>
- 32 Asa Cristina Laurell, Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano, CLACSO 2013, <http://biblioteca.clacso.org.ar/clacso/clacso-crop/20130807020931/ImpactodelSeguroPopular.pdf>

Capítulo 2.

Informe de Salud en Chile

**Mario Parada Lezcano, Carolina Ibacache Carrasco,
Paula Santana Nazarit., Sebastián Medina Gay - ALAMES
Chile**

El presente artículo tiene por objetivo presentar una síntesis de la situación del sistema de salud chileno post reforma del 2002, desde la mirada de la medicina/salud social. Además se plantean las propuestas para alcanzar un sistema de salud solidario, universal, equitativo y participativo para Chile.

Sistema de Salud Chileno

Iniciamos recordando que el sistema de salud chileno fue objeto de profundas reformas durante la dictadura:

- En Julio de 1979 se reorganizó el Ministerio de Salud y se crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) en reemplazo del Servicio Nacional de Salud (SNS). Además se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) ente encargado de la administración financiera del sistema.
- En 1981 se inició el proceso de municipalización de la atención primaria que culminó en 1988 con más del 90% de los establecimientos de este nivel bajo administración municipal.
- Creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) en 1981, aseguradoras privadas con fines de lucro. En 1984 la

cotización legal para salud sube del 4 al 6% del sueldo y finalmente en 1986 se fija en 7% lo que se mantiene hasta la actualidad.

- En 1985, se estimó innecesario mantener la “odiosa” distinción entre obreros y empleados que existía en el sistema anterior por lo que se promulgó la Ley N° 18.469 que unificó el régimen de prestaciones del sistema público¹.

- La última incursión de importancia estructural emprendida por la dictadura fue muy poco antes de entregar el poder en 1990: se dicta la ley de ISAPRE que crea la Superintendencia respectiva y establece que los contratos de salud serán de duraciones indefinidas e irrevocables por parte de las instituciones.

En el cuadro 1 mostramos la constelación de sistemas de salud, con sus principales características, en el Chile post dictadura.

Desde un comienzo de la neo democracia chilena se sentaron las bases para un proceso de reforma del sector y también quedaron en evidencia las tres corrientes de pensamiento principales a ese respecto (Raczynski, 2000):

- a) Volver al pasado, restaurando la medicina social encarnada en el SNS;
- b) Perfeccionar el sistema mixto público/privado vigente, dotándolo de mayor eficiencia, coordinación y equidad;
- c) Profundizar la liberalización, privatizando incluso los hospitales.

Debido a que los consensos básicos en torno a los instrumentos técnicos para abordar una reforma concreta no se habían alcanzado y que no existía una masa crítica de expertos para llevar a cabo dicho proceso (Jiménez de la Jara; 1994), durante este período, se van a instaurar políticas de salud de naturaleza residual, parciales, segmentadas, correctivas e incrementales. La estrategia utilizada por el gobierno concertacionista, desde el punto de vista politológico, ha sido de fragmentación de las áreas de decisión, tratamiento de “temas” y no de problemas, la conformación de comisiones por tópicos de interés

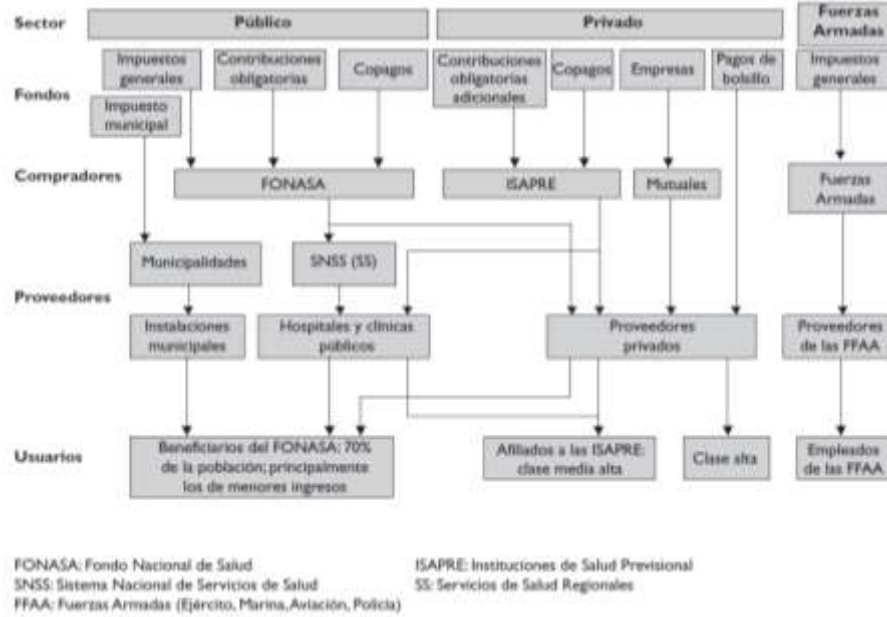
(neonatología, Sida, medio ambiente, etc.), de carácter temporal la mayoría de las veces, además de la segmentación de la propia burocracia estatal (Atención Primaria, planificación, programas de salud,

Cuadro: 1 Fuentes de financiación, modalidades de entrega de prestaciones y características generales de los diferentes sistemas de salud en Chile.²

Sistema	Fuentes de financiamiento	Modalidades de atención	Características Generales
SNSS-FONASA	Estado: Aporte fiscal Aporte municipal Individuo: Cotización 7% y Copagos	Servicios de Salud Servicios Municipales Libre elección Convenios c/privados	Solidario Cobertura 80% población
ISAPRE	Individuo: Cotización 7% Prepagos Copagos	Servicios propios Libre elección Convenios c/privados	No solidario Cobertura 17% población
Fuerzas Armadas	Estado: Aporte fiscal Individuo: Cotización 7% y Copago	Servicios propios Convenio c/privados	Solidario Intrasistema Cobertura 3% población
Mutuales (Enf. Profesional y accidentes laborales)	Empleador: Cotización específica (Estado como empleador)	Servicios propios Convenios c/privados y públicos	Solidario intra mutual Cobertura 100% trabajadores asalariados
Codelco (Empresa Estatal del Cobre)	Estado: como empleador Individuos: 7% cotización	Servicios propios Convenios con públicos y privados	Solidario intrasistema Cobertura 100% empleados
Teletón	Individuos: Beneficencia Copago *(2013) El 16% del Total del financiamiento, es por convenio con FONASA y	Servicios propios	Solidario Cobertura 100% niños discapacidad físicos.

	el <u>Ministerio de Sa-</u> <u>lud</u>		
--	---	--	--

Figura: 1 Esquema de los diferentes sistemas de salud en Chile.



etc.). De hecho el Ministro de Salud del gobierno de Frei señalaba que “la estrategia asumida por el Ministerio en orden a desglosar todas aquellas materias en torno a las cuales se había generado consenso y producir un nuevo proyecto a partir de ellas” fue fundamental para la implementación de algunos cambios como la ampliación de las facultades fiscalizadoras del Estado sobre las ISAPRE (Massad 1995).

Modelo de desarrollo capitalista y su impacto en la salud. Confrontación entre los distintos modelos y políticas de salud

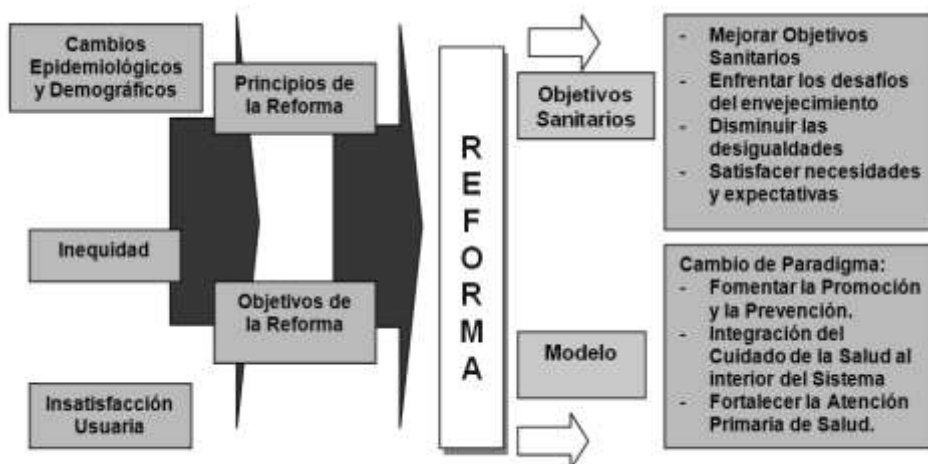
El caso de la trayectoria de las reformas de salud en Chile durante el período de 20 años correspondiente a los 4 gobiernos de la coalición llamada Concertación de Partidos por la Democracia, constituye una

continuación de la reforma neoliberal implantada durante la dictadura³, constituyéndose así en una advertencia ejemplar en términos de inequidad, siendo una de las más regresivas, mercantilizadas y privatizadoras de la región.

Desde que asumiera la neo democracia en nuestro país, hubo que concentrar esfuerzos en la recuperación del sector público de atención de la salud frente a la desastrosa situación que lo dejó la dictadura militar y que posteriormente reforzaron los gobiernos de centro, centro izquierda y derecha, pues promueven una misma concepción neoliberal de la salud.

La separación en dos ámbitos (personas y salud pública) es de fundamental importancia, ya que permitió abordar de manera diferente la asignación de presupuesto dependiendo si se trata de problemas de salud pública, entendidos ahora, como bienes públicos financiados por todos los ciudadanos/as vía impuestos, y problemas de salud de las personas, como individuos/as, en donde los mecanismos financieros no son exactamente redistributivos.

Figura 2. Esquema teórico de la última gran reforma 4:



Fuente: Documentos y Presentaciones Implementación de la Reforma. MINSAL 2004 / 2005.

Figura 3. Objetivos de la Reforma según el Ministerio de Salud



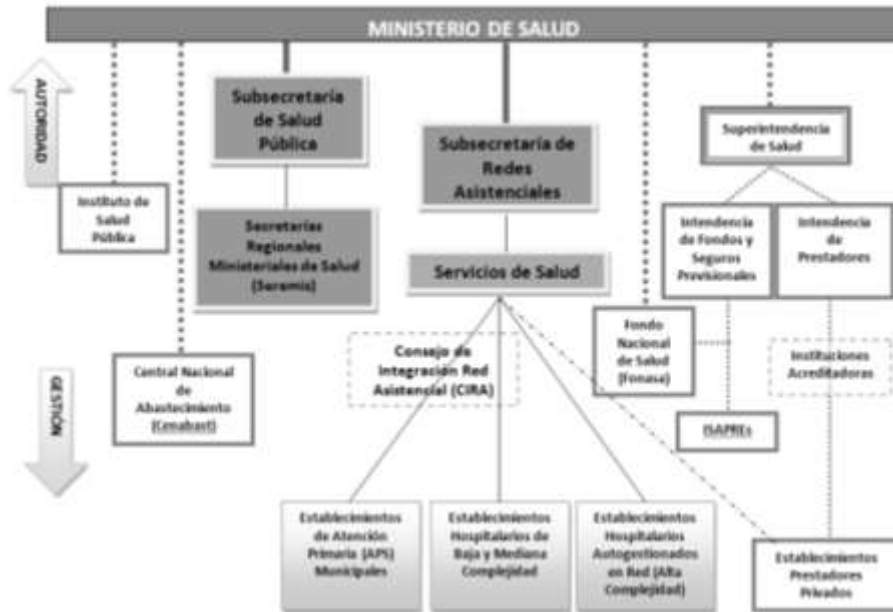
El AUGE plantea garantías pero sólo para un grupo determinado de entidades nosológicas o de grupos de enfermedades y por lo tanto deja fuera todo lo demás, que se maneja de la misma manera como se hacía previo a la reforma: con déficit de recursos, problemas de acceso, por lo tanto con listas de espera, sin garantías de calidad y con los copagos correspondientes.

La “Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión”, N° 19.937 de 2004, aspira a fortalecer la conducción del Ministerio de Salud, así como la regulación y fiscalización, funciones que entrega a organismos especializados (Subsecretarías, Superintendencia, etc.). Crea nuevos instrumentos para una mejor gestión de la Red Asistencial, como mayores atribuciones para los directivos de los establecimientos los Hospitales Autogestionados en Red. El cuadro 3 resume los aspectos tratados hasta el momento:

Figura 4 El Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)



Figura 5. El organigrama post reforma que se encuentra vigente es el siguiente⁵



En la práctica, esta reforma no cambió nada de la estructura del sistema dual, y solamente implementó cambios organizacionales que profundizaron la separación de funciones (salud pública / salud individual / financiamiento), que avanzan hacia la autonomía de los hospitales más complejos (bajo el eufemismo de “autogestión en red”), y sobre todo, implantan un sistema de priorización de la atención con el objeto de disminuir las brechas entre ricos y pobres que genera nuevos tipos de inequidades. Diversos trabajos dan cuenta de los límites de su operación, además del significado respecto de los ciudadanos que quedan fuera de este paquete garantizado: los usuarios llamados “no GES” (González, 2006; Valdivieso y Montero, 2010).

Cuadro 2. Etapas de la reforma

<p>1973 1990</p>	<p>Modernizaciones del neoliberalismo autoritario</p> <p>1979: El SNS es cambiado. Se crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud-SNSS (regionalizado)</p> <p>1980: Municipalización de los Centros de Atención Primaria</p> <p>1981: Se crean las Instituciones de Salud Previsional – ISAPRE (intermediarias financieras lucrativas de planes de salud)</p> <p>1986: Estratificación del acceso a los servicios públicos según renta familiar (ley de 1981, implementada más tarde)</p>
<p>1990 – 2000</p>	<p>"Neodemocracia"</p> <p>Cambios de tipo incremental dirigidos a: racionalizar la combinación público/privado; introducir mayor eficiencia en la gestión; elevar el grado de equidad en el acceso a los servicios públicos; regular las ISAPRE.</p> <p>2000: Propuesta de reforma del sistema en general.</p>
<p>2000 2006</p>	<p>Reforma de Salud – AUGE</p> <p>Objetivos sanitarios para el decenio</p> <p>Plan de salud básico para todos, garantizado por ley.</p> <p>Mayor financiamiento estatal</p> <p>Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria y separación de funciones entre salud pública y redes asistenciales.</p> <p>Mejoría de la gestión y nuevo modelo de Atención.</p> <p>Mayores regulaciones para las ISAPRE</p> <p>Derechos y deberes de los pacientes</p> <p>Sin cambios estructurales</p>

Las consecuencias negativas de la dualidad público-privada: gran inequidad en acceso, calidad y resultados en salud – enfermedad - atención; la falta de financiamiento estatal; la municipalización de APS; las deficiencias de gestión; transferencia de costos institucionales al ámbito de los hogares, entre otras falencias. Este modelo significa que ambos sistemas se financian con recursos de cuotas de contribu-

ción, el privado mediante cotizaciones y copago ajustados al plan de beneficios contratados, en el público los copagos se ajustan al nivel de ingreso familiar, para una mejor focalización de subsidios. El modelo incorpora implícitamente lo que se ha denominado “sistema doméstico en salud”, en un rol complementario a las funciones del sistema institucional público-privado. Esto se refiere específicamente a las funciones de promoción, prevención y atención de enfermedades, además del rol mediador entre familia y servicios, base para el funcionamiento efectivo del sistema hoy vigente, donde son las mujeres mayoritariamente quienes cumplen esta tarea, respondiendo a una larga tradición histórica del modelo de salud en Chile, que funcionalizó el papel de las mujeres como cuidadoras de salud, particularmente durante el periodo en el que la atención primaria se concentró en disminuir la mortalidad infantil y la mortalidad materna. Ello refuerza los roles tradicionales de género y constituye una importante iniquidad macroeconómica. (Gálvez y Matamala 2002)

Cuadro 3. Fuentes de Financiamiento Sector Salud. Chile 1998 y 2008.

Total Sistema	1998 % PIB	Distribución	2008 % PIB	Distribución
Cotizaciones	2,5%	37%	2,4%	35%
Aporte Fiscal	1,4%	21%	1,7%	25%
Gasto de Bolsillo	2,8%	42%	2,8%	40%
Total	6,5%	100%	6,9%	100

Fuente: Cid (2011)

Hoy los recursos destinados a salud equivalen a 7% del PIB, sumando el esfuerzo público y privado, menor que Colombia (7,8%), Brasil (8,8%) y Argentina (9,6%) (ECLAC, 2010). Sin embargo, en los países de la OCDE, el 72% del gasto total en salud corresponde a gasto público, en Chile esta cifra está en torno al 50%. Además, Chile presenta el mayor gasto de bolsillo como parte del consumo final del hogar entre los países de la OCDE, junto a México y Corea (4,6%). Por otra parte, las enfermedades crónicas como diabetes y obesidad son

cada vez más frecuentes. Chile se ubica entre los cinco países de la OCDE con mayor prevalencia de diabetes y en el sexto puesto en los con mayor obesidad. Pese a que la proporción de medicamentos genéricos en el mercado ha aumentado en la última década en muchos países, en Chile representan apenas el 30 % del mercado, lejos del 75% que alcanza en Alemania y el Reino Unido (OCDE, 2013) Por último, como una manera de ahorrar recursos públicos, la reforma traspassa costos institucionales de cuidado a los hogares, en especial a las mujeres (Observatorio de Equidad de Género en Salud).

En resumen este conjunto de reformas está generando en Chile:

a) Mantención de la inequidad en los resultados de salud (Minsal, PUC y UAH, 2011), evidenciado en diferencias significativas en las prevalencias de enfermedades entre los más ricos/as y pobres: Obesidad, Hipertensión arterial, Diabetes, Riesgo cardiovascular, Sedentarismo, Depresión.

b) Generación de una nueva inequidad entre las personas con un evento GES (Garantía Explícita en Salud) y aquellas hoy denominadas No GES (Minsal, 2013): la garantía de supuestos “derechos en salud” derivada de la Ley AUGE/GES protege exclusivamente a los usuarios que tienen el “privilegio de enfermarse” de alguna de las 80 patologías del paquete GES, mientras el resto de los usuarios deben entrar en prolongadas listas de espera para tener respuesta a sus problemas de salud (patologías No GES). Esto representa una de las mayores críticas asociadas a la ley, ya que generaría discriminación entre los usuarios por el tipo de patología y la edad, alejándose de la universalidad asociada a una concepción sólida del derecho en salud (Zúñiga, 2007; Lavados y Gajardo, 2008).

c) Gran desarrollo del sector de prestadores privados con fines de lucro: un ejemplo de ello es que a pesar del descenso de la población beneficiaria de las ISAPRE, que de un 23% del total de cotizantes del país para el año 2000 pasó a un 18% en el año 2011, este descenso paradójicamente se ve acompañado de un fuerte crecimiento en sus rentabilidades dado que sus utilidades nunca ha dejado de ser

positivas incluso después de las crisis mundiales (1998 y 2003). Sus utilidades sobre capital alcanzaron el 77.8% el año 2005, y en el 2011 el 53,6% (Superintendencia de Salud, 2013). Esto se explica por un doble mecanismo: por un lado las ISAPRE reducen costos expulsando a beneficiarios, y por el otro, incrementan sus ingresos cada año mediante reajustes a los precios bases y, cada tres años, reajustando además los precios a las Garantías Explícitas en Salud (GES) a causa de la incorporación de nuevas enfermedades (Tetelboim et al., 2013).

d) Gran aumento de la transferencia de recursos públicos al sector privado a través de la compra de prestaciones, característica importante del AUGE es la garantía de oportunidad (y eventualmente, la de calidad), ya que, cuando es necesario para su cumplimiento, el establecimiento público debe comprar el servicio respectivo al sector privado (Montoya, 2013). Al mismo tiempo, las ISAPRES concentran el “mercado de la salud”, las tres más grandes en sociedades controladoras (holdings) de una serie de negocios adicionales en el campo de la salud y fuera de él; ya que entre sus activos cuentan con hospitales, clínicas, compañías de seguros, inmobiliarias, etc., lo que les ha permitido tener un sistema de comercialización de servicios de salud definidos como de integración vertical (Tetelboim et al., 2013).

e) Licitación de construcción y operación de hospitales (Minsal, 2013b): incorporación de un mecanismo privatizador que implica que el Estado entrega a Consorcios Privados la iniciativa de invertir y administrar establecimientos, lo que es muy similar al modelo de concesiones de autopistas y cárceles.

f) Reforzamiento del rol de cuidadoras de las mujeres madres, como parte de las políticas o PTC, como una forma de condicionar la “corresponsabilidad” (Ceccini y Madariaga, 2011).



Una de las grandes falencias en Chile es que no existe una política pública explícita en relación a la formación del recurso humano en salud. Las autoridades y entidades académicas han reproducido las reformas neoliberales, formando a estudiantes en torno a rentabilidad futura de las carreras y sus especialidades, con ausencia de enfoque de derechos y pérdida de la formación humanista y en ciencias sociales. Todo este fenómeno se ha visto fortalecido por la gran cantidad de Universidades privadas con fines de lucro que han generado una distorsión grave del mercado laboral y una disminución de la calidad de la formación.

La conceptualización de derechos hegemónica en Chile es la de derechos de consumidores, en donde la ciudadanía prácticamente ha desaparecido, dejando paso a sujetos/as que reclaman por prestaciones o servicios no entregados de acuerdo a lo estipulado en un “contrato” previamente establecido. Es así como se instala la retórica de “garantía de derechos” en donde el Estado se obliga a cumplir con lo comprometido independiente de la modalidad para lograrlo y así evitar la judicialización de dicho incumplimiento (garantía legal). De he-

cho, en el último proceso de reforma no se intentó siquiera hacer una modificación constitucional que cambiara el “derecho al acceso” hoy consagrado. Al contrario se crean la “garantías explícitas” y se promulga una ley de derechos y deberes de las personas en salud, que más bien es una explicitación de las condiciones de atención y de los derechos individuales de privacidad y respecto a la integridad física y mental.

Las condiciones actuales están dadas para el pleno derecho al consumo de salud de acuerdo a condiciones contractuales de facto - GES (sector público) y contratos legales - planes (sector privado).

El Sistema de Salud chileno es mixto desde el punto de vista oficial. Sin embargo, con la privatización de la seguridad social a través de la creación de las ISAPRE (Seguros privados con fines de lucro que beneficia a la población más rica del país, 15-20%), se ha constituido un sistema dual, discriminador de acuerdo a los ingresos económico y a género, sin coordinación y con la casi exclusiva relación económica a través de la compra de prestaciones desde el sector público al privado.

En el primer quinquenio de la época concertacionista, el gobierno logró consolidar la transformación de la función financiera del sistema en un Seguro propiamente tal – FONASA – el cual se instala como un actor más del mercado de seguros, comprando y vendiendo grupos de prestaciones de y para sus beneficiarios a la red de atención pública y privada.



La reforma, supuestamente garantizadora de derechos, impulsada por el gobierno de Lagos (2000-2006) ha fortalecido el sector prestador privado con fines de lucro, a través de transferencias de recursos (AUGE)⁶.

Este tipo de reformas requiere ser erradicado de cualquier proyecto en curso de LA, que intente imitar el supuesto “exitoso modelo progresista chileno basado en derechos”.

Movimientos sociales en defensa del derecho a la salud

Existen a lo largo del país distintas formas de resistencia y pensamiento autónomo dentro del sistema público (gremios, funcionarios, asociaciones de usuarios) y fuera de él, aunque lamentablemente, no han logrado unirse ni generar una alternativa fuerte frente a la crisis actual del modelo de desarrollo y de salud.

A pesar del movimiento social que se ha generado con relación al ejercicio del derecho humano de la salud, y las reformas neoliberales en Chile (cuya más importante fue la de la dictadura), el programa en salud del futuro gobierno de Bachelet representa una continuidad, ya que no expone ningún punto de crítica a lo actual, sino que solo compromete aumentos de recursos para el sistema público. Sin embargo, como se ha observado, estos recursos finalmente se “fugan” de lo público a prestadores privados que lucran con el derecho a la salud. Por lo tanto, dentro de las alternativas tradicionales del duopolio (alianza y concertación)⁷ el tema de salud pareciera mantener una misma orientación nuclear común y no ser prioridad frente a otras reformas.

Visión y propuestas de ALAMES Chile⁸

Las conclusiones que presentamos surgen de la mirada contrahegemónica de la Medicina Social / Salud Colectiva, desde el enfoque de derechos y desde la firme convicción de que el sistema neoliberal imperante es el principal obstáculo para avanzar en la consecución de un Sistema de Salud Universal, Equitativo, Solidario y Participativo.

Aspectos estructurales:

- La creación de un **sistema universal de salud, público, integrado, participativo, financiado a través de impuestos generales**, en donde no exista el fin de lucro.
- Financiamiento sustentado en una **reforma tributaria de Estructura progresiva**.
- Reducir los gastos de bolsillo al 10% del total de gastos en salud, con un sistema de copago que sea excepcional y homogéneo asociado al ingreso y con techo.
- Constituir una **Red Sanitaria integrada** y no asistencial. Comandada, liderada y financiada desde la APS hacia el resto de los dispositivos, un colectivo o **red sociosanitaria**. Con incentivos a la integración de la red y movilidad del personal a donde están los problemas.
- **Implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud**, con financiamiento explícito de ella. Continuidad de los cuidados desde y hasta el domicilio, gestión clínica desde APS y hasta APS.
- **Desaparición de establecimientos autogestionados** y eliminación de la división de subsecretarías.
- **Un personal de salud; bien remunerado; con participación real; evaluación del desempeño justa; y capacitación y formación permanente.**
- Un **estatuto único** para el personal de salud de todos los niveles, que mejore las condiciones de trabajo, y en particular en APS y lugares con desempeño difícil. Incorporando el **derecho a la sindicalización y negociación colectiva**.

- **Definición de perfiles profesionales y técnicos vinculantes** para las instituciones formadoras y con acreditación, incorporando dichos perfiles.

- **Regulación del número de profesionales y especialistas.** Vinculación docente asistencial sin lucro, formación de acuerdo a necesidades del proceso salud – enfermedad – atención. Prioridad en la formación en trabajo de equipos, multi y transdisciplinarios.

- **Replantear el modelo de salud biomédico**, hacia uno integral, biopsicosocial, que se centre en las personas y comunidades, que redistribuya la responsabilidades del cuidado de la salud en forma equitativa entre mujeres y hombres, que evite la colonización de las medicinas tradicionales y la tecnológica. **Regular y transformar la medicina oficial / occidental.**

- Incorporar con centralidad **los enfoques de derechos humanos, interculturalidad, de género, diversidad sexual, salud de los/as migrantes, ancianos/as y minusválidos/as.**

- **Salud y derechos en la sexualidad y reproducción**, con la creación de políticas de educación en sexualidad y accesos de servicios de SSRR exclusivos para adolescentes y para todo el ciclo vital.

- **Incorporar** la violencia hacia las mujeres y la violencia sexual como política de salud, con un programa especial de atención, sacándolo del programa de salud mental.

- **Aborto legal y gratuito.**

- Generación de ciudadanía en salud, con la **participación social en consejos vinculantes, en gobiernos corporativos de todas las estructuras del sector.**

- **Control Social asociada a la movilización vinculante en solidaridad.**

Globales:

- Para solucionar los problemas de fondo se requiere un cambio constitucional por lo que la propuesta es realizar por primera vez en Chile una **Asamblea Constituyente**.
- **Constitución de un referente político** que aglutine a todos/as que coincidan con estas propuestas y formulen una nueva política de salud.
- Apoyar la **mesa social de la salud** y construir alianzas con las organizaciones sociales.
- Propender, en definitiva a un **cambio de conciencia, de paradigma, del sentido común** (cambiar del tener, al ser, tener el “Coraje de ser”, coraje moral que vaya más allá de la política de lo posible).
- Apuntar a la **Revolución en la evolución**. Retomar compromiso con el pueblo, con nuevos bríos. Se debe redistribuir el poder social, donde reposicionar la salud como ARTE será fundamental.

Referencias

¹ Cabe recalcar que las antiguas distinciones de clase ahora se institucionalizaron a través de la creación de las ISAPRE.

² Tomado de Parada (2004).

Parada Mario. 2004. Evolución del Sistema de Protección de la salud en Chile: un análisis sociológico. Tesis de grado. Universidad Autónoma de Madrid.

Manuel A. 2002. El sistema de salud chileno: 20 años de reformas. Salud Pública Mex 2002; 44: 60-68.

Camilo Cid, Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional, Centro de Políticas Públicas Universidad Católica, Escuela de Medicina, 2011

Thelma Galvez y Maria Isabel Matamala, Cuadernos de Genero del Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud. (OPS/Chile), 2002.

Ministerio de Salud. 2011. Reporte Final Proyecto: “Diseño e Implementación de una Metodología de Evaluación, Seguimiento y Acompañamiento de la Reforma de la Salud de Chile”. Ministerio de Salud de Chile / GTZ.

González, F. 2006. La implementación del Plan de Acceso Universal y Garantías Explícitas (Plan AUGE/GES) ha deteriorado la calidad del tratamiento de los pacientes con insuficiencia renal terminal. Revista Médica de Chile, 134, 1288.

Jiménez de la Jara, J. 1994. Evolución y reforma del sistema de salud en Chile. Corporación de Promoción Universitaria. Documento de trabajo N°31/94.

Lavados, C, & Gajardo, A. 2008. EL PRINCIPIO DE JUSTICIA Y LA SALUD EN CHILE. Acta bioethica, 14(2), 206-211. Recuperado en 15 de agosto de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2008000200011 &lng=es&tlng=es.10.4067/S1726-569X2008000200011

Massad, C. 1995. Principios orientadores para la reforma de salud. CPU – Centros de Estudios de la Reforma de la Salud. Documento de trabajo N° 15/95. Santiago.

Ministerio de Salud. 2013. Listas de Espera AUGE / Listas de Espera No GES. <http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/internet/superior/preguntas+frecuentes/lista+espera+no+auge/lista+espera+no+auge>

Ministerio de Salud. 2013. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Unidad de Concesiones. http://web.minsal.cl/SUBS_DE_REDES_ASISTENCIALES

Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile y Universidad Alberto Hurtado. 2011. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010.

Dr. Carlos Montoya, La Salud dividida Chile 1990-2010., Ideología, debates y decisiones acerca de la Salud: lo que dicen los documentos del periodo de los gobiernos de la concertación, 2013.

Observatorio de Equidad de Género en Salud. 2011. Tensiones y silencios en la reforma de salud.

OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Raczynski, D. 2000. Chile: progress, problems and prospects, en Morales D., Tschirgi N. y Moher J. (Eds.): Reforming social policy. Changing perspectives on sustainable human development. IRDC. Ottawa.

Superintendencia de Salud de Chile. 2013. Estadísticas por tema. Consultado el 15 mayo de 2013. <http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-propertyvalue-2618.html>

Tetelboin C, Zúñiga C, Medina S y Zúñiga I. 2013. Conflicto de intereses y su expresión en el financiamiento del sistema de salud en Chile. En: Departamento de Atención a la Salud UAM-X (Ed.), La Salud y su atención: problemas actuales miradas diversas. México D.F.: UAM-X.

Valdivieso, V., & Montero, J. (2010). El plan AUGE/GES: 2005 al 2009. Revista Médica de Chile, 138, 1040-1046.

Zúñiga, A. (2007). Sistemas sanitarios y reforma AUGE en Chile. Acta Bioética, 13(2), 237-245.

Fotografías, Carolina Ibacache C: Cerros de Valparaíso, Chile 2013

⁴ Tomado de Minsal (2011).

⁵ Tomado de Minsal (2011).

⁶ Acceso Universal de Garantías en Salud. Es un conjunto de patologías cuyo tratamiento está garantizado por ley, tanto en el sistema público de salud (FONASA) como en el privado (ISAPRE). Actualmente, son 80 las patologías incluidas.

⁷ La Alianza por Chile y Coalición por el Cambio corresponde a una colación política de centroderecha y la Concertación de Partidos por la Democracia, hoy Nueva Mayoría, corresponde a una coalición política de izquierda, centroizquierda y centro.

⁸ Tomado de las conclusiones del 5° Seminario de Medicina Social, realizado en Valparaíso en junio del 2012. Magíster en Salud Pública de la Universidad de Valparaíso – ALAMES Chile.

Capítulo 3.

Atención a la Salud en el Paraguay. Una propuesta de reforma contra-hegemónica y los efectos de un Golpe Parlamentario al Estado Social de Derechos

Iván Allende

Antecedentes

Paraguay vivió una dictadura militar entre los años 1954 y 1989, 35 años de ausencia de derechos civiles, prebendarismo y clientelismo político que dejaron profundas secuelas societarias, entre ellas la mercantilización de la salud y una gran proporción de población excluida de cualquier sistema, recordando que el país no cuenta con un sistema único de salud.

En 1989 un golpe militar derroca al dictador y abre un proceso de transición democrática que aún no ha concluido y en los últimos 25 años fuimos testigos de procesos de reforma caracterizados por políticas progresivas y regresivas en relación al derecho a la salud.

En 1992 una reforma Constitucional consagra la Salud como un Derecho, sin embargo el código sanitario que data de los años 80 está pendiente de revisión a la luz de los requerimientos de un sistema centrado en Derechos.

En el año 1996 se aprueba la ley sobre el sistema nacional de salud que propone una estructura piramidal de atención a la salud, organizada por niveles de atención y un modelo de descentralización que terminó generando enormes desigualdades e inequidades en el acceso a la salud a nivel nacional. Este modelo concentraba en hospitales referenciales en la capital y sus alrededores, gran parte de la oferta de servicios calificados y estos servicios en el sistema público de-

pendiente del Ministerio de Salud eran arancelados, con costos sujetos a prácticas prebendarias y clientelares.

El Sistema de Salud Segmentado y fragmentado del Paraguay se caracterizaba por arrastrar pésimos indicadores vinculados al Desarrollo, hablando el lenguaje de los bancos: baja cobertura del parto institucional, alta mortalidad materna y neonatal, alto gasto de bolsillo en medicamentos, mortalidad elevada por enfermedades transmisibles y no transmisibles, excesiva concentración en las capitales y polos de desarrollo y exclusión crónica en la periferia y el campo.

Un apartado en este análisis lo merecen los gremios de profesionales de salud, escasos y con fuerza apenas para sostener reivindicaciones relacionadas a contratos colectivos, salario digno y carga horaria adecuada, pero muy lejos de la necesidad de debatir sobre políticas sectoriales con base en las necesidades de una población tan heterogénea como la paraguaya, o la academia, víctima del Neoliberalismo, elitista y muy alejada de la gente, formadora de profesionales privatistas y egocéntricos, incapaces de tener una mirada colectiva o de medicina social.

Esto, sumado al desgaste de la clase política gobernante y del Partido Colorado, partido de gobierno, por hechos de corrupción en el manejo de la cosa pública y la frustración acumulada en diversos sectores sociales, sobre todo en el proletariado, gesta un cambio de “fórmula” con tinte progresista que gana las elecciones presidenciales en el año 2008, demostrando que las verdaderas reformas son posibles.

Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad

En el año 2007, durante el proceso de consolidación de una alianza política para derrocar al partido colorado en las elecciones de 2008, un grupo de profesionales de la Salud, muchos de ellos vinculados al Movimiento por el Derecho a la Salud y la asesoría de Armando de Negri, médico-epidemiólogo brasilero con quién el movimiento tenía vínculos a raíz de proyectos sociales previos, se dio a la tarea de redactar unas políticas de salud en el marco de las protecciones socia-

les, bajo los principios de Universalidad, Integralidad, Equidad y Participación, con base en una estrategia promocional de la calidad de vida y que apuntaba a vertebrar el sistema de atención a la salud a partir de la Atención Primaria, desarrollando redes asistenciales principales y otras complementarias, eliminando barreras para el acceso, en los territorios sociales del país.

Estas políticas bautizadas como Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, fueron el estandarte de la dupla presidencialista que lograra la hazaña de cambiar el signo político en la conducción del ejecutivo nacional después de poco más de 60 años. Sin embargo el gobierno que se instaló distó mucho de ser un gobierno progresista y la ejecución de las políticas fueron producto de una intensa negociación al inicio de la gestión de gobierno en el 2008.

Las primeras medidas adoptadas en el marco de las mismas fueron la eliminación progresiva de los aranceles en la prestación de servicios, una de las barreras económicas que limitaba el acceso y generaba inequidad. En la navidad de 2009 el Ministerio de Salud ofrecía el 100% de sus servicios sin generar gasto de bolsillo, recordando que el Presupuesto de Gastos de la Nación se construye principalmente con el Impuesto al valor agregado (IVA), por demás injusto sobre todo para el proletariado que ni siquiera accede al salario mínimo. Esta simple medida incrementó el número de consultas del quintil más pobre de la población.

La otra medida de gran impacto fue la instalación de los Equipos de Salud de la Familia, constituidos por un Médico o Médica, un/a licenciada de enfermería y un/a auxiliar de enfermería y estaba prevista la figura de los agentes comunitarios en número de 3 a 5 por Unidad de Salud Familiar, además de un Equipo de Odontología por cada 2 Unidades de Salud de la Familia, cada una responsable de 3500 a 5000 personas en sus respectivos territorios sociales. Estas Unidades y Equipos se distribuyeron en todos los departamentos del país, priorizando de acuerdo a los peores coeficientes de desigualdad, acercando a 2 millones de paraguayos al Sistema Público de Salud.

Al mismo tiempo se inició un proceso de reforma estructural en el Ministerio, intentando transversalizar los programas verticales en función a proyectos de desarrollo de autonomías así como construir las redes de servicios por líneas de atención con herramientas funcionales como la Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) para los servicios de urgencia y centros de regulación médica para la derivación correcta y oportuna, cuando necesaria, de personas a lo largo y ancho de las redes de servicios. En estos aspectos las conquistas fueron muy puntuales: un hospital referencial logró organizar su urgencia en función al RAC y hoy es el único de todo el sistema público de salud que puede orientar sobre esta experiencia; una región sanitaria logró desarrollar un sistema de regulación médica y una red de transporte socio-sanitario para acercar a la población a la consulta especializada fortaleciendo la atención primaria en salud. Ninguna de las dos experiencias pudo replicarse al resto del país. El 22 de Junio de 2012 y con pródromos muy claros se consumó un golpe de estado disfrazado de juicio político al Presidente en ejercicio y ejecutado por el Parlamento Nacional que derrocó al gobierno y específicamente a la fracción más progresista del mismo, a tan solo 10 meses de las elecciones presidenciales previstas para abril de 2013, instalando un gobierno de facto liderado por el entonces vicepresidente de la República, médico, conservador y neoliberal.

Gobierno de facto y políticas regresivas para el acceso al derecho a la Salud

El “golpismo” estuvo instalado en el Ministerio de Salud por 14 meses, hasta la concreción del cambio de gobierno en agosto de 2013. Durante este periodo se encontraron con un presupuesto en plena ejecución en función a las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad y algunos procesos consolidados sobre todo en materia de Atención Primaria de la Salud, sin embargo el tiempo fue suficiente para desvirtuar los mismos, orientados por una visión hospitalocéntrica y medicalizada en detrimento del desarrollo de las redes y el fortalecimiento de los equipos de salud a partir de la Atención Primaria.

El equipo conductor de la implementación de las políticas de salud, al entender que se quedaba sin contraparte en el gobierno institucional, presentó renuncia a los cargos y los que decidieron mantenerse, incluyendo a los Directores de las Regiones Sanitarias, fueron removidos prácticamente en su totalidad y reemplazados por personas del partido liberal, principal beneficiario del golpe de estado.

Se siguió sosteniendo una mal llamada “política de gratuidad” sin embargo los establecimientos fueron desabastecidos de insumos y medicamentos, obligando a las personas a incurrir nuevamente en gastos de bolsillo para lograr la recuperación de la salud.

Se intentó eliminar la figura de los agentes comunitarios lo que motivó una movilización del sindicato de Atención Primaria de la Salud, frenando esta maniobra. Sin embargo no se continuó avanzando en el desarrollo de las redes de servicios por líneas de atención y convirtieron Atención Primaria de la Salud en un “programa” a cargo de la Dirección General de Servicios de Salud, dando clara muestra de no entender el significado ni el alcance de un sistema organizado en redes. Así mismo se interrumpió el proceso de reforma de los programas en función a las etapas del curso vital y el desarrollo de autonomías.

Reflexión para concluir

Las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad significaban una refundación de la Salud Pública en el País y requerían de al menos dos a tres periodos de gobiernos progresistas para concretar una reforma que incluso tenga traducción en el Presupuesto General de Gastos de la Nación aumentando el gasto per cápita en salud, como una forma de expresar el derecho a la salud en políticas de estado. Los escasos cuatro años de implementación de las mismas, salvando enormes dificultades estructurales, sirvieron para demostrar que la reforma es posible aunque hoy sigue formando parte de la utopía de los que pensamos en salud colectiva y trabajamos en medicina social.

Capítulo 4.

Perú: articulación social - gremial frente a reforma neoliberal. La historia reciente

Alexandro Saco

El 9 de enero de 2013 el gobierno de Ollanta Humala encarga al Consejo Nacional de Salud (CNS) la elaboración de los lineamientos de la reforma del sector salud. Si bien el actual presidente peruano cuando candidato se refirió constantemente a la necesidad de crear un sistema universal de salud, ya una vez en la presidencia asumida en julio de 2011, la salud desapareció de las prioridades. En el momento en que se anuncia el inicio de la reforma, el gobierno de Humala, que llegó al poder con una propuesta de centro izquierda, en la práctica ya operaba como la continuidad neoliberal implantada en el Perú desde 1992. En ese sentido la convocatoria hecha por el gobierno se enmarcó en la continuidad del modelo de acceso a salud basado en el ingreso, los paquetes de seguros para pobres y la cada vez mayor influencia del mercado de la salud asegurador y farmacéutico.

La intencionalidad de no desarrollar una real reforma del sistema se plasmó encargando al CNS la elaboración de los lineamientos, ya que esta entidad ha tenido una labor poco relevante debido a su poca representatividad (sólo un representante de la sociedad civil entre doce representantes) y a que sus escasas decisiones son de carácter consultivo. A pesar de ello el movimiento social representado por FOROSALUD en el CNS, desde el primer momento demandó la incorporación de los reales actores de la salud para esta discusión, y que antes de iniciar la elaboración de los lineamientos se definan los alcances de la reforma. Ambas solicitudes fueron rechazadas por el Ministerio de Salud y la mayoría de los representantes al CNS (básicamente conformado por las entidades proveedoras o financiadoras de servicios de salud).

En ese contexto de limitada participación y una orientación política que desde un inicio buscó profundizar el esquema de aseguramiento universal (aplicación peruana del pluralismo estructurado), se comienza a gestar la articulación de actores sociales y gremiales que hoy se viene consolidando para resistir y/o reorientar la implementación de las nuevas 23 leyes en salud que el Poder Ejecutivo ha promulgado en diciembre de 2013. Estas 23 normas fueron elaboradas por un reducido grupo funcionarios y consultores, y promulgadas al amparo de “Facultades Extraordinarias” que el Congreso de la República entregó al Poder Ejecutivo (la elaboración estuvo a cargo del Ministerio de Economía y el Ministerio de Salud); el limitado trabajo del CNS en la elaboración de los lineamientos de la reforma, a la luz de los hechos, puede interpretarse como la “formalidad” que el gobierno necesitaba para sostener que hubo deliberación.

A mediados de 2013, casi al finalizar el periodo otorgado al CNS para la elaboración de los lineamientos de reforma, se reactiva la huelga nacional de la Federación Médica Peruana (FMP).

La huelga médica nacional ha sido la única medida de fuerza que en los últimos tiempos ha logrado hacer retroceder al gobierno y evidenciar las medias verdades acerca de las condiciones laborales no sólo de los médicos, sino de los demás profesionales y técnicos de la salud. A pesar de que las autoridades con un juego de cifras pretendieron presentar el primer ofrecimiento de aumento afirmando que este llegaba a unos 600 dólares, la FMP pudo desnudar la realidad: éste aumento no superaba los 200 dólares. El golpe a la credibilidad oficial y el regreso a la mesa de negociaciones fortalecieron la corriente de resistencia a la “reforma”.

A más de treinta días de iniciada¹, con un alcance de al menos el 70% de los servicios sin funcionar en Lima y las 26 regiones del país, logrando un aumento efectivo en promedio de unos 550 dólares (se incrementó más a los médicos del primer nivel y de zonas alejadas), el desenlace fortaleció a la dirigencia gremial y activó en otros gremios profesionales y no profesionales acciones similares. En ese contexto en plena huelga médica la FEDEMINSAP (que agrupa alrededor de 50 mil enfermeras del sector público) inició una huelga na-

cional, lo que elevó las tensiones; el MINSA procuró resolver el tema de las enfermeras priorizándolo frente a la huelga médica, y logró que se levante esta huelga que de continuar hubiera significado un debilitamiento quizá irreversible de las autoridades del sector. La FEDE-MINSAP asumió como real la oferta del gobierno de aumentar 400 dólares, pero luego del juego de cifras el aumento real osciló en los 100 dólares en promedio. Asimismo la FENUTSSA (central que agrupa alrededor de 100 mil profesionales, técnicos y administrativos del sector) inició su huelga luego de la finalización de la huelga médica y la finalizó 18 días después con el compromiso del gobierno de discutir aumentos en el corto plazo.

Pero como la lógica neoliberal siempre encuentra la forma de buscar revertir los logros sociales, hacia septiembre de 2013, el gobierno emite el “Decreto Legislativo 1153 que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado”, norma que desde el concepto (se elimina la remuneración para llamarla compensación) tergiversa la relación laboral además de afectar leyes profesionales y derechos adquiridos de los trabajadores del sector. El rechazo gremial es general y la norma hoy se encuentra en el Tribunal Constitucional que deberá resolver su aplicación o anulación.

Además de la reivindicación salarial, la huelga gremial incorpora la crítica a la reforma por profundizar la privatización de la salud. Con esta actitud se visibiliza ante la opinión pública que el gobierno se encontraba diseñando la profundización del esquema de aseguramiento de mercado. A pesar de la retórica del gobierno concentrada en “brindar mejores servicios a la población”, la confrontación entre el Ministerio de Salud (MINSA) y la FMP fue desnudando la verticalidad del proceso de reforma. Es en esos momentos también que la relación del movimiento social (articulado desde FOROSALUD) con los gremios de la salud se comienza a percibir en esta disputa.

Los pocos espacios de debate que se fueron generando y la llegada del tema a los medios de comunicación masivos, expresaron la disyuntiva: por el lado del gobierno la profundización y continuidad de un sistema de seguros de salud, por el lado de las organizaciones

sociales y gremios de la salud una apuesta por enfrentar los problemas estructurales de la salud recuperativa en el país: financiamiento sostenible, igualdad de condiciones en el acceso y la prestación, participación social, regulación del mercado de la salud, políticas de empleo digno, entre otros aspectos.

CIFRAS RELEVANTES Y FRACASO DEL AUS

Para tener un mejor acercamiento a la realidad del sistema de salud peruano son de utilidad ciertas cifras. Para el año 2013 el gasto en salud del país se compuso de la siguiente manera:

- Gasto de bolsillo: 4353 millones de dólares.
- Inversión pública general del Gobierno y el seguro para pobres: 4257 millones de dólares (400 millones de dólares seguro para pobres).
- Aportes de trabajadores y empleadores al sistema de seguridad social en salud: 2927 millones de dólares.
- Aportes a seguros privados: 650 millones de dólares.

Como se observa el financiamiento público de la salud no supera el 30% del total; si bien alrededor del 25% de los recursos van al sistema de seguridad social en salud, esos aportes no son parte del presupuesto público, por lo que a nivel de Latinoamérica el país permanece relegado. Mantener esta estructura de financiamiento de la salud hace inviable avanzar hacia una mayor presencia pública necesaria para afianzar el derecho a la salud.

Promedio latinoamericano de inversión pública en salud: 3.9% del PBI	Inversión pública en salud en el Perú: 2% del PBI
--	---

Fue en ese sentido que se desarrollaron y siguen dándose las críticas de fondo a la reforma propuesta por el gobierno, ya que el principal argumento a favor de la promulgación (9 de abril de 2009) de la Ley 29344 de Aseguramiento Universal en Salud fue que impulsar el aseguramiento (que más gente cuente con un seguro de salud) implicaría que más personas estén protegidas financieramente frente a sus necesidades de salud. Siguiendo esa afirmación, a más asegurados tendríamos mayor protección financiera y en consecuencia menos gasto directo del bolsillo. A cinco años de AUS la realidad demuestra lo contrario. Si en 2009 las familias gastaban directamente de su bolsillo unos 3400 millones de dólares, en el 2013 se estima que gastaron alrededor de 4350 millones de dólares. A pesar de pasar de 40% de población afiliada a algún tipo de seguro a casi 70% en estos años, eso no ha significado efectiva protección financiera frente a las necesidades de salud.

Gasto en salud de las familias directamente de su bolsillo 2009 – 2013					
(Estimación aproximada elaborada con datos de la consulta amigable del MEF y cruce con otras fuentes)					
Gasto de las familias (miles de millones de soles)	2009	2010	2011	2012	2013
	8580	8660	9740	10520	11320

Reconfiguración política en salud

Hacia fines de 2013 se producen hechos relevantes que permiten configurar la situación actual: profundización neoliberal versus resistencia social y gremial. El 16 de noviembre se produce la elección de la dirigencia de FOROSALUD (el movimiento social en salud que aglutina a las organizaciones y activistas por el derecho a la salud) y resulta elegida la corriente que desde el inicio del proceso de reforma confrontó abiertamente las propuestas del gobierno y propuso una alianza estratégica con los gremios de la salud. Asimismo el anterior presiden-

te de la FMP César Palomino, que encabezó la huelga médica confrontando al MINSA y evidenciando la intencionalidad de profundizar el modelo de mercado en salud, resultó elegido Decano del Colegio Médico del Perú, lo cual marca un giro político clave en este colegio profesional generalmente de vocación conservadora. En la FMP los resultados de sus elecciones mantienen en la dirigencia la tendencia en pro de las alianzas con el movimiento social. A esta configuración hay que añadir articulación con la FENUTSSA, la FEDEMINSAP y la voluntad de otros gremios de incorporarse a este espacio de propuesta y resistencia.

La articulación social gremial ha tenido una nueva oportunidad de demostrar su fuerza la tercera semana de febrero de 2014, cuando en Lima se desarrolló el Seminario Internacional: “Hacia la Cobertura Universal en Salud”² convocado por el gobierno, OMS, OPS, BM, BID, y con invitados de ministerios de salud de varios países del mundo (no se invitó a los gremios, colegios profesionales de la salud ni organizaciones sociales a presentar sus propuestas de reforma). En este seminario el MINSA y el gobierno peruano recibieron el apoyo abierto de la OMS a la propuesta de aseguramiento de mercado³. Margaret Chan Directora de la OMS se vio obligada a responder al movimiento social que con más de cinco mil personas llegó hasta el hotel ubicado en la zona financiera de Lima en que se desarrollaba el seminario y realizó un mitin seguido de una marcha hacia el MINSA⁴. Chan sostuvo que existe la libertad de organizar protestas y tener propuestas distintas, pero que cuando un gobierno toma una decisión es obligación de todos apoyarlo.

Este posicionamiento expresado claramente en la movilización y en la conferencia de prensa conjunta convocada en el Colegio Médico del Perú por el movimiento social y gremial de la salud⁵, ha generado que hoy la disputa por el sistema de salud esté establecida entre una articulada y fortalecida alianza del movimiento social articulada desde FOROSALUD, el Colegio Médico del Perú y los principales gremios de la salud, frente a los operadores pro aseguramiento de mercado (funcionales a los intereses de las aseguradoras y farmacéuticas) que hoy conducen el MINSA, ESSALUD (seguridad social en salud), SUNASA (Superintendencia de Salud), y el SISOL (sistema de carácter munici-

pal tipo APP que permite la precarización laboral y se basa en una excesiva y desregulada ganancia del inversor privado). Es indicado señalar que los actuales responsables formales del sistema de salud peruano básicamente provienen de los proyectos en salud que USAID desarrolló durante los últimos diez años en el país, o son agentes relacionados directamente con las aseguradoras privadas como en el caso de SUNASA.

El reto hoy pasa por fortalecer una alianza social/gremial que involucre a otras organizaciones de alcance nacional que están inmersas en otras luchas, y que los gremios del sector salud puedan horizontalizar su relación con el gremio médico. Los avances en estos últimos meses hacen ver que con todas las complejidades y posibles diferencias, la resistencia y propuesta frente a la cada vez mayor influencia de la lógica de mercado en la salud, pasa por conformar un movimiento social/gremial en defensa de la salud como derecho humano sobre la base de sistemas universales. Esa articulación tiene un horizonte de mediano plazo en las elecciones presidenciales de abril de 2016, procurando que la consolidación del movimiento sea lo suficientemente fuerte para colocar en la agenda política la necesidad de discutir el destino del sistema de salud.

En el horizonte inmediato el énfasis pasa por lograr cada vez más respuestas articuladas entre los actores de la salud sociales y gremiales, hecho que se viene generando progresivamente vía comunicados, acciones conjuntas, coordinaciones diversas, posicionamientos, consultas sociales en los servicios de salud⁶. La VI Conferencia Nacional de Salud de FOROSALUD desarrollada a fines de 2013 de la cual emanó una Declaración Política⁷ que rechaza el proceso de reforma, apuesta por las alianzas en sentido amplio y por la construcción de sistemas universales, debe tener un correlato político en el IX Congreso Médico Nacional de marzo de 2014, que presentará al país la posición y propuesta de los médicos y médicas del Perú frente al sistema de salud.

Como apreciarán los lectores en estas líneas la disputa por la salud está orientada al sistema de atención, dejando de lado la determinación social de la salud y el necesario cambio de paradigma para

superar el esquema biomédico en el cual nuestros sistemas persiste (esta situación se agrava si se tiene en cuenta por increíble que parezca que una de las nuevas leyes de la “reforma” despoja al MINSA de la competencia de Promoción de Salud). De hecho la lucha por la salud es mucho más amplia que la lucha por reorientar el sistema y evitar que termine absorbido por los intereses del mercado. Hoy en el Perú, debido a la andanada legal neoliberal con 23 nuevas leyes, la resistencia se concentra en la defensa del sistema público y la necesidad de reconocer el derecho a la salud sobre la base de la universalidad, integralidad y solidaridad. No es casual que el gobierno ahora en pleno proceso de “reforma” oferte los principales hospitales públicos de Lima al capital privado nacional y transnacional para su equipamiento, laboratorio, análisis, algunas áreas de servicios y de la gestión vía APP⁸; no es casual que aseguradoras internacionales se hayan asociado con las peruanas; no es casual que se esté entregando a los bancos y aseguradoras la posibilidad de construir hospitales en las regiones y poder administrarlos por quince o veinte años vía el mecanismo de “obras por impuestos”. Esa es la lucha en la que estamos, convencidos de la justicia de nuestra causa.

Referencias

¹ <http://www.larepublica.pe/14-08-2013/huelga-medica-nacional-fue-levantada-tras-acuerdo#!video1>

² <http://www.minsa.gob.pe/cus>

³ http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2622:reforma-de-la-salud-peru-en-el-camino-correcto&catid=1075:noticias-2014&Itemid=900

⁴ <http://www.forosalud.org.pe/actividades569.html>

⁵ <http://www.forosalud.org.pe/actividades566.html>

⁶ <http://www.forosalud.org.pe/actividades567.html>

⁷ <http://www.forosalud.org.pe/declaracionpolitica.pdf>

⁸ <http://peru21.pe/actualidad/hay-80-empresas-interesadas-alianza-publico-privado-minsa-2164331>

Capítulo 5.

El derecho a la salud y el cambio sanitario en Bolivia en el contexto del vivir bien¹

Dr. Germán Crespo Infantes

Bolivia es uno de los países de la región con mayor porcentaje de población indígena originaria campesina². Posee, una amplísima diversidad cultural, reconocida por primera vez con la creación del Estado Plurinacional de Bolivia y la aprobación de la Constitución Política del Estado mediante referéndum en enero del 2009.

Actualmente se vive un proceso de transición de Estado-Nación a un Estado Plurinacional, en el que el **vivir bien** constituye la base teórica fundamental en la construcción del nuevo Estado, orientado a la búsqueda de alternativas de desarrollo basadas en la recuperación de la identidad cultural nacional, de la soberanía del Estado, de la construcción de una democracia participativa y de la recuperación de nuestros recursos naturales. Este proceso de cambio se nutrió de la cosmovisión andina amazónica, del concepto del **vivir bien** y de la incorporación de las grandes mayorías nacionales en las decisiones del país.

Se debe mencionar que los pueblos indígenas originarios de Bolivia jamás renunciaron a recuperar y defender su libertad, su autonomía y mantuvieron siempre su forma de vida de acuerdo a su cultura y cosmovisión del vivir bien. Durante los 300 años de colonialismo español y los 200 de colonialismo criollo en los que fueron reducidos a la esclavitud, a la encomienda, a la servidumbre feudal y a la más despiadada discriminación y explotación, las expresiones de rebeldía y alzamientos indígenas enarbolaron las banderas del vivir bien, como alternativa de desarrollo³

Dos movimientos sociales protagonizan este proceso de cambio en Bolivia, cada uno con singular ideología y propuestas de transformación del Estado: el movimiento de los pueblos indígenas originarios y el de los trabajadores asalariados y no asalariados. Juntos emprendieron la lucha contra el colonialismo, contra la oligarquía y el capitalismo neoliberal, marcando la orientación de los cambios políticos y definiendo las propuestas de desarrollo del nuevo Estado Plurinacional⁴, proclamando la emancipación de los pueblos originarios, el comunitarismo, la igualdad de derechos y oportunidad para todas las culturas, etnias y lenguas, y por la reivindicación de una sociedad sin explotación capitalista. En los inicios del Siglo XXI estas fuerzas sociales actuaron en la guerra del agua, la guerra del gas. Esta rebeldía popular se convirtió en un auge y fuerza de cohesión de la lucha de los movimientos sociales y originarios bolivianos y provocaron el derrumbe de los mecanismos capitalistas que marginaban a las mayorías, dando lugar al nacimiento de la plurinacionalidad descolonizadora y la consolidación de una nación estatal, en la que conviven múltiples naciones culturales y pueblos originarios⁵. Los frutos de estas luchas fueron:

- La recuperación de patrones culturales locales/regionales.
- La consolidación y complementariedad de las identidades nacionales
- La construcción de la democracia participativa directa e incluyente.
- La descentralización culturalmente territorializada.
- La democratización de la propiedad y de los medios de producción.
- La distribución más equitativa del ingreso.
- La promoción del empleo digno y permanente.
- La complementación regional y sectorial,
- La ampliación y el mejoramiento del acceso a los servicios sociales: salud, educación, vivienda, energía, comunicaciones y servicios básicos, a la información y al conocimiento tecnológico y

al acceso a los beneficios del desarrollo de sectores y poblaciones excluidas.

La Bolivia de hoy atraviesa un proceso de transición complejo que es calificada como post-capitalista, poniendo en evidencia – después de 500 años – la búsqueda de formas de desarrollo alternativos al capitalismo. Esta búsqueda dio lugar a la construcción de imaginario actual del desarrollo en Bolivia basado en:

1) A partir de las realidades campesino, originario agrarias, asentadas en la tierra y en el trabajo familiar, se reafirma el valor de la relación comunidad- naturaleza y sus prácticas de defensa del equilibrio entre personas, biodiversidad y ambiente en su complejidad, el **vivir bien**. Esta realidad sustenta “la imaginación del futuro apoyándose en la memoria del pasado”⁶, en la ruptura con el estado actual del capitalismo;

2) A partir de las realidades de los trabajadores asalariados y no asalariados urbanos que reafirman la recuperación de los ideales de la soberanía popular, las libertades democráticas, la fraternidad republicana, la idea de igualdad y el principio de solidaridad también inherente al Estado social, que permiten proyectar los derechos ciudadanos políticos, civiles y sociales que igual en un contexto de aprovechamiento, en esa perspectiva, de los avances de la ciencia y la técnica para hacer frente a los complejos problemas del presente.

En ese entendido, el proceso de cambio en Bolivia, en su horizonte político, está fuertemente influenciado por las cosmovisiones y conocimientos modernos y tradicionales de los pueblos originarios y organizaciones campesinas e indígenas, y por las estructuras socio-económicas y culturales ancestrales⁷. Esta influencia está generando una ruptura con visiones etno o antropocéntricas, ya que reclama una mirada cosmocéntrica, que incluye la vida en todas sus formas y no sólo humana, sino también la naturaleza y la madre tierra hoy amenazada. Esta visión está siendo colocada como fundamento ético del nuevo patrón de desarrollo frente al individualismo, al mercado y al capitalismo hegemónico y privatizante. El **vivir bien** se basa en una relación armónica y respetuosa entre seres humanos y entre éstos y los

otros seres vivos que cohabitan la naturaleza. Esta noción de desarrollo no se basa en la mercancía ni en la ganancia, sino en la producción de satisfactores en armonía con las personas, las familias, las comunidades vivientes en el territorio viviente de la naturaleza⁷.

El proceso de cambio, con los contenidos del **vivir bien**, ha provocado perplejidad en todas las organizaciones políticas, particularmente en las de derecha liberal y neoliberal, y en las Iglesias, convirtiéndose en sus mayores opositores⁸.

Este quiebre histórico-político provocó un proceso amplio y plural de debate ideológico político, filosófico y cultural⁹, orientado a comprender, explicar y defender la oportunidad de construir una alternativa dirigida a promover el ejercicio del derecho a la salud, a considerar la salud como un bien público, a aplicar nuevas categorías de análisis de la realidad, a entender la determinación social en salud, y desde el Ministerio de salud a definir la política del Sistema Único de Salud Universal y Gratuito en el marco de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)¹⁰.

El vivir bien

La explicación del significado del **vivir bien** requiere abordar los aspectos semánticos centrales y a partir de su comprensión señalar su influencia en el diseño de las políticas de salud en Bolivia, en particular de la política de la SAFCI que se constituye en la alternativa frente a la macrocultura única de la modernidad mercantil globalizada y a los postulados de la “Reforma de Salud” promovida por organismos y agencias internacionales de cooperación.

Las nociones del **vivir bien** no son exclusivas de un solo pueblo indígena originario específico de Bolivia, responden a las varias expresiones culturales de los pueblos predominantemente agrarios como los Aymaras, Quechuas, Guaraníes, y otros que viven en Bolivia y otros países. El **vivir bien** engloba una corriente intelectual, filosófico y cultural de pensamiento cosmo-céntrico para el desarrollo integral (CRIAR LA VIDA) que se orienta a promover una relación armónica entre las personas, familias, comunidades, naturaleza, medio

ambiente y el universo para la conservación, regeneración preservación de la vida, del espíritu y de la materia y energía en todas sus formas.

El concepto del **vivir bien** tiene su base en la cultura y lengua de los pueblos andino-amazónicos. Así, en aimara es el “*sumaqamaña*”, en quechua el “*sumak kawsay*” y en guaraní “*ñandereko*” “*takevoporã*”, que significan: la vida en relaciones de convivencia armónica, agradable con todos y en equilibrio con todo, “vivir en paz”, “vivir a gusto”, “convivir bien”, llevar una “vida dulce”, o “criar la vida del mundo”. La traducción al idioma español que más se aproxima, sería: “vida en plenitud”. Desde el “suma qamaña” se traduciría de la siguiente forma¹¹

Cuadro 1. Significado de Suma Qamaña

	Significados
Suma:	Plenitud, sublime, excelente, magnifico, hermoso, bonito,
Qamaña:	Vivir, convivir, estar siendo, ser estando, habitar, vivir, morar, radicar, tener energía.

Los aimaras establecen que para *vivir bien* o *vivir en plenitud*, primero hay que estar bien y en armonía con uno mismo (en Aymara se dice *suma qamañatakija*, *sumanqañaw*, “estar bien” o “*sumanqaña*”), y luego, saber relacionarse y saber convivir con todas las formas de vida y no vida. Por tanto, para poder ejercer el “Vivir bien”, hay que saber ser y estar en armonía, con respeto y equilibrio; con los ciclos de la vida familiar, comunitaria, con la Madre Tierra, y el universo.¹²

En ese entendido, se le dice “*qamiri*” al que sabe vivir bien, al que está en paz, en amor y en solidaridad con la familia, la sociedad, la naturaleza y el universo, al que cría la vida (el desarrollo armonioso) plenamente de manera natural, sin estar sometido y sin someter a nadie ni a nada. Por el contrario se le dice “WAJCHA” al que vive mal, al

que esta desposeído, al que no tiene a nadie, ni familia, ni comunidad, ni seguridad, a quien le falta vida y no cría nada.

Para vivir y con vivir bien, se tiene que trabajar (*thaki*) y el fruto del trabajo se tiene que compartir (*ayni*), por tanto el trabajo y la solidaridad social son valores que dan sentido al “cómo poder vivir bien”. En cuanto al trabajo, se refiere a las relaciones sin explotación ni daño a la naturaleza. La dinámica ética está sustentada por el *Thaki* (trabajo) y el *Ayni* (solidaridad). Primero hay que saber trabajar y producir bienes y servicios. Estos productos tienen un valor de uso a ser redistribuido entre las personas, las parejas, familias, las comunidades y el universo de arriba (*alaj pacha*) y de abajo (*pacha mama*). Estos valores establecen el modo del “vivir bien” auténticamente: caminar en la verdad y en la justicia (*Amallulla* = no mentir), caminar produciendo y no ser flojo (**Ama Quella** = no ser haragán) y caminar con transparencia sin engañar (*Ama Sua* = no engañar). Trabajar en solidaridad complementaria da lugar a una convivencia social familiar, comunitaria y la naturaleza sin desequilibrios respecto a riqueza y poder.

El vivir bien entonces, da pertenencia productiva y responsabilidad con la familia y comunidad, genera preocupación y responsabilidad por los demás, impone cuidar a todos los miembros de la comunidad, de cuidar de los niños y ancianos. Da reconocimiento y prestigio social. Lo contrario, explotar o abusar a otros y a la naturaleza de modo directo e indirecto, someter al prójimo, mentir, robar, no trabajar con las manos es vivir mal.

Además, no se puede vivir bien si los demás viven mal, se trata de vivir como parte integral de la comunidad, con protección de ella, sin afectar a ella, ni a la naturaleza. Quien afecta a esto tiene deuda, responsabilidad y culpa social.

Queda claro que: el trabajo en su dimensión física e intelectual, como actividad individual, en pareja (*chacha warmi*) y en colectividad (*ayni*), en su producción y distribución de bienes y servicios, se entrelaza con la idea de la subsistencia física e espiritual, con la reciprocidad, el intercambio equitativo (no con el salario) y la propiedad co-

munal (todo es de todos), con la generación de conocimiento y tecnología, y el cuidado de la madre tierra (*pachamama*) y el universo (*alajpacha*), sabiendo que todos y todo tiene espíritu (*ajayu*). El desarrollo social (criar la vida) seda mediante la organización, el trabajo, la distribución equitativa de la riqueza y el cuidado del medio ambiente y el universo (en occidente denominan desarrollo integral sustentable).¹³

Esta concepción del mundo, del trabajo colectivo, de la propiedad colectiva regida por una estructura ética, normatividad y valores, establece el propio modo de existir y el modo cualitativo del existir. Esto implicaría, en términos políticos, que la continuidad del **vivir bien** sólo podría darse con un proceso de transvaloración de valores indígena originario en el contexto de la crisis civilizatoria que atraviesa Bolivia y el mundo.

Esta profunda concepción social y espiritual de la vida, de la relación complementaria entre seres vivientes y estos con la naturaleza ordena la relación dialéctica entre las fuerzas sociales, los niveles de decisión y el ejercicio del poder integral y armonioso, asumiendo un enfoque multicausal del proceso salud-enfermedad, obligándose a un entendimiento holístico orientado a cuidar de los individuos, las familias y comunidades, el entorno natural y espiritual, entrándose en el equilibrio y armonía de la vida entre el cuerpo y el espíritu. Los episodios del desequilibrio generan rituales comunitarios, abiertos, encomendados por todos para restablecer el equilibrio y la armonía y equilibrio entre las personas, familias, comunidades, el medio ambiente, como vida biológica, humana y espiritual. El disfrute del vivir bien estaría ligado al trabajo (actividad creativa, productiva, litúrgica y recreativa) que fluye en diálogo e intercambio entre todos en comunidad, siendo – por tanto – contraria a la explotación, al abuso directo e indirecto, al sometimiento del otro, a la mentira, robo, a la flojera. El ser parte de la comunidad conlleva el compromiso de protegerla y de ser protegido por todos, lo que resulta en una profunda concepción social y espiritual de la vida y de la relación entre seres vivientes con la naturaleza, con los espíritus, las fuerzas sociales y los otros pueblos del mundo (este es el significado de la *wipala*).

Las diferencias del Vivir bien con el vivir mejor occidental neoliberal se resumirían en el cuadro de la página siguiente:

Una lectura crítica del “vivir bien”

Se rescata la visión y luchas históricas de los pueblos indígenas para avanzar hacia una conciencia anti-capitalista, basándose en la utilización soberana, sostenible y responsable de los recursos naturales, sustentada en las capacidades humanas para construir y sostener a las comunidades en la lógica de conservación y renovación de la naturaleza, el privilegio del valor de uso sobre el valor de cambio para fortalecer vínculos sociales y un consumo apegado a las necesidades, la ampliación de la democracia participativa en todas las relaciones e instituciones sociales, y la multiculturalidad para incluir a todos y a todo conocimiento que aporte a la ética del vivir bien. Incluye el patrón cultural de propiedad colectiva y prácticas integrales en salud de relación con el territorio y la protección, conservación y recuperación del territorio ancestral, sistemas de soberanía alimentaria, espacios y condiciones para la protección de la medicina, tradicional, prácticas espirituales permanentes para la armonía y el equilibrio; lengua, educación y salud propia, marco jurídico propio, planes de vida y cultura alimentaria propia, un componente político-organizativo orientado a consolidar la gobernabilidad y autoridad en salud a través de las estructuras organizativas propias de cada marka (región) y ayllu (comunidad) para el fortalecimiento de las formas de atención en salud, como estrategia política de pervivencia de los pueblos indígenas y del desarrollo del concepto integral de vivir bien. La crítica que se hace al concepto del vivir bien, parte del postulado de que este podría enmascarar un enfoque conservador de las desigualdades sociales que genera el sistema capitalista, ya que niega el imperio de las contradicciones sociales y las luchas de clases, de género y de los pueblos originarios, y esto favorecería en última instancia la reproducción del capitalismo tardío imperante en el país. Por tanto, se observa que la dialéctica cósmica andino-amazónica contenida en el **vivir bien**, asume la realidad desde el sustento del principio de la complementación de opuestos del entorno natural y social, en el que la sociedades un todo en equilibrio y en armonía, donde el conflicto social es una excepción, punto de vista similar al que propone la sociología funcionalista, constituyéndose en

una práctica social conservadora, que bajo el pretexto de un relacionamiento equilibrado con el entorno natural y social, y que en realidad se favorece la reproducción las relaciones de producción capitalista, al margen del modo de las relaciones del modo de producción y relaciones de distribución de la riqueza, claves en el entendimiento de la reproducción social en salud. La negación de la determinación de las relaciones capitalistas en la sociedad boliviana, niega la preeminencia del capitalismo tardío imperante, por tanto niega la naturaleza de la formación social boliviana, además que plantea la coexistencia de los modos de producción autónomos⁶.

Desde las políticas de salud, el gobierno trata de compatibilizar el entendimiento del vivir bien con el de la determinación social en salud, planteando que ambos corresponden a paradigmas diferentes no intercambiables, pero sí complementarios.

El vivir bien en el Plan Nacional de Desarrollo 2009-2013¹⁴

La realidad socio económica boliviana, está caracterizada por tener una formación social en transición hacia un capitalismo de Estado con hegemonía de las fuerzas populares. Impera un sistema capitalista, periférico, atrasado y dependiente, con un patrón de desarrollo primario exportador de materias primas.

El Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática” para *Vivir Bien*, e implica la concepción, políticas, estrategias y programas de desarrollo del país en todos los ámbitos sectoriales y territoriales, de acuerdo a los siguientes lineamientos:

1. Contribuir al proceso de transformación del país; desmontar el modelo de desarrollo concebido desde el colonialismo y el neoliberalismo, y cambiar el patrón de desarrollo primario exportador;

Cuadro 2. Vivir mejor y vivir bien

Del vivir mejor	Del vivir bien
<p>La preocupación central es acumular: “ganar-ganar es todo, es lo único”</p> <p>La lógica del privilegio y del mérito y no de la necesidad real comunitaria.</p> <p>La existencia de un ganador implica que haya muchos perdedores. Eso significa que para que uno esté feliz, muchos tienen que estar tristes.</p> <p>La visión del vivir mejor ha generado una sociedad desigual, desequilibrada, depredadora, consumista, individualista, insensibilizada, antropocéntrica y <i>antinatural</i>.</p> <p>Para que norteamericanos y europeos vivan mejor y millones del tercer mundo tienen y han tenido que vivir mal. Es la contradicción capitalista.</p>	<p>La preocupación central no es acumular. El estar en permanente armonía con todo. Sugiere no consumir más de lo que el ecosistema puede soportar, evitar la producción de residuos que no podemos absorber con seguridad. Y nos incita a reutilizar y reciclar todo lo que hemos usado.</p> <p>El vivir bien no puede concebirse sin la comunidad. Irrumpe para contradecir la lógica capitalista, su individualismo inherente, la monetarización de la vida en todas sus esferas, la desnaturalización del ser humano y la visión de la naturaleza como “un recurso que puede ser explotado, una cosa sin vida, un objeto a ser utilizado”</p>

2. Formular y ejecutar en el marco del paradigma de desarrollo sustentado en la filosofía del Vivir Bien, propio de nuestras culturas. El Vivir Bien plantea fundamentalmente la complementariedad entre el acceso y disfrute de los bienes materiales y la realización afectiva,

subjetiva y espiritual, en armonía con la naturaleza y en comunidad con los seres humanos;

3. Contribuir a la construcción de un nuevo Estado plurinacional, promotor y protagonista del desarrollo, social comunitario, que redistribuye equitativamente la riqueza, ingresos y oportunidades;

4. Desarrollar la convivencia equilibrada y la complementariedad con equidad de la Economía Estatal, la Economía Comunitaria que se asienta en procesos productivos, impulsados por organizaciones sociales, comunitarias, y micro y pequeños empresarios, artesanos, organizaciones económicas campesinas, organizaciones productivas, comunidades y asociaciones urbanas y rurales, la Economía Mixta y la Economía Privada.

5. Promover el desarrollo integral a través de la construcción de un nuevo patrón de desarrollo diversificado e integrado y la erradicación de la pobreza, desigualdad social y exclusión.

6. Desarrollar, de manera prioritaria, los ejes transversales: equidad, innovación, medio ambiente y gestión de riesgos.

El vivir bien en los planes de salud¹⁵

El Gobierno actual asume que el Estado Plurinacional tiene, con la población boliviana, una deuda social sanitaria acumulada desde la colonia, agravada en los últimos veinte años con políticas de salud neoliberales que han significado la privatización del sector, la mercantilización de los servicios y el establecimiento de una cultura individualista de la salud.

En el contexto del proceso de cambio, se asume que para saldar esta deuda primero habrá que transformar radicalmente la sociedad, sus mecanismos de producción y distribución de riqueza, y que la forma de hacerlo es actuando sobre los determinantes sociales, promoviendo sustancialmente las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece; y luchando contra la distribución desigual del poder, la riqueza y los servicios y eso no puede hacerse en una sociedad capitalista que privilegia el lucro individual y corporativo por en-

cima del bienestar colectivo y en la cual se transforma la salud en mercancía.

Por ello la respuesta es el **Vivir Bien**, la descolonización, la construcción de un nuevo modelo de desarrollo, basado en el rescate de los valores de la solidaridad, la complementariedad, la participación, la soberanía; que derroten al individualismo consumista, al egoísmo, a la competencia, y al afán de consumo y ganancia desaforados que caracterizan y destruyen a esta sociedad.

Los cambios estructurales en el área de salud: “Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida” para vivir bien

A partir del 2006, se ha redefinido la política de salud en Bolivia con la base de los lineamientos del desarrollo económico social anteriormente señalados; tomando en cuenta la parte de los objetivos sociales que se quieren alcanzar y los medios para lograrlos y en base a un análisis sobre la disponibilidad y la utilización de los recursos. La construcción de la **Bolivia Digna**, establece que las políticas e instituciones de salud y seguridad social asumirán tres compromisos sustantivos:

1. Constituirse en instrumentos específicos de generación de bienestar social para que toda la población pueda Vivir Bien
2. Proteger a toda la población contra los riesgos sociales y biológicos para mejorar localidad de vida y la situación de salud
3. Garantizarla igualdad en el acceso a servicios, prestaciones y financiamiento por medio de políticas públicas y reglamentaciones que impidan la exclusión social por razones económicas, culturales, étnicas, de género, y otras.

Estos en su conjunto, están inequívocamente alineados a las disposiciones establecidas en la Constitución como derechos sociales a la protección de la salud y a la seguridad social, significando que estos representan valores sociales compartidos y prioritarios. Para alcanzar estos objetivos sustantivos, se ha definido en el Plan de Desarrollo Sectorial de Salud, políticas, estrategias, programas y proyectos, que

tienen como propósito la construcción de un nuevo modelo de protección social en salud, un sistema público único integrado, descentralizado, participativo, con autonomías de gestión en el ámbito departamental, municipal y regiones indígenas, una seguridad social unificada, con prioridades sanitarias en nutrición, educación, medio ambiente, y agua segura, con vigilancia social de las políticas públicas y servicios y el ejercicio ético de la función pública.

Por tanto, la prioridad actual es la implementación del **Sistema Único en Salud** y la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, la recuperación de la Soberanía Sanitaria y la acción intersectorial sobre los determinantes sociales en salud.

La política SAFCI, (establecida por el gobierno de Evo Morales desde el 2006), sustenta normativa, metodológica y operativamente un modelo de gestión en el que se promueve la participación comunitaria y de las organizaciones sociales en la toma de decisiones en la gestión compartida de la salud, para la reflexión y análisis en temas de salud (Comités de Análisis de la información en salud CAI), asambleas comunitarias y municipales), el fortalecimiento de los sistemas organizativos de cada comunidad y ayllu para la gobernabilidad y autoridad en salud, la redefinición de la familia como instancia de orientación y fomento de principios y valores propios y la construcción en colectivo de los Planes de salud de cada comunidad y en la reorientación de los servicios y prestaciones de la medicina tradicional, la medicina natural y la interculturalidad en salud. Los principios que guían a la SAFCI son: La participación comunitaria, la intersectorialidad, la interculturalidad y la integralidad.¹⁶

Con esto se pretende el acceso universal al **Sistema Único de la Salud Familiar comunitaria Intercultural**, respetuoso de las culturas indígenas y originarias, enriquecido con la medicina tradicional. No es fácil avanzar a esto pues el sistema heredado tiene grandes desigualdades entre subsistemas que se tienen que cerrar mejorando los servicios del Ministerio de Salud para igualar hacia arriba. Se pretende también un sistema inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez para el cual se están formando las primeras generaciones de médicos en atención familiar, comunitaria e intercultural; abierto a las

dimensiones económicas, productivas, socioculturales y político organizativas; generador de capacidades individuales, familiares y comunitarias; dinámico, interactivo, dialógico, intersectorial y descentralizado; liderado por el Ministerio de Salud y Deportes, que actúa sobre los determinantes de salud, con participación social plena en todos sus niveles, orientado hacia la promoción de hábitos saludables, promotor de la actividad física y deportiva, **que cuida, cría y controla el ambiente**, que promueve y se constituye en el espacio de organización y movilización socio-comunitaria del **vivir bien**. Aquí la participación de las organizaciones sociales y las consultas comunitarias son fundamentales, pues ellas son quienes van señalando los determinantes sociales sobre los que actuar así como las formas concretas de organizarse para ello y para promover la salud en las comunidades.

El actual contexto boliviano está marcado por la crisis del modelo neoliberal, que ha declinado alguna hegemonía pero aún sigue dominante. En contrapartida, los movimientos sociales basados en principios del **vivir bien**, han iniciado procesos históricos irreversibles en la búsqueda de un desarrollo alternativo al capitalismo. Con el vivir bien se contribuye estructuralmente al desmontaje del colonialismo y neoliberalismo, sustentado en el comunitarismo y en la interculturalidad, que recuperan la solidaridad social, la reciprocidad, la complementariedad y la equidad como principios del accionar del sector salud. Las movilizaciones y la resistencia frente al capitalismo global son cada día mayores en Bolivia y el mundo.

Referencias

¹ La Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES Bolivia, realizó un ciclo de presentaciones y debates durante los meses de noviembre y octubre del año en curso, con el objetivo de abordar, interpretar y comprender el significado del VIVIR BIEN en el marco del proceso de la construcción del sistema único de la salud familiar comunitaria intercultural y la conquistar del derecho a la salud en Bolivia. Los debates reunieron a un grupo de activistas de diversas organizaciones sociales que compartieron sus saberes y experiencias respecto de los fundamentos y conceptos del VIVIR BIEN. El presente documento incorpora algunos lineamientos alternativos al modelo de desarrollo capitalista dominante en la región.

² El censo 2001 mostro que el 62.2% de la población se declara de origen indígena originario. INE 2001. Los resultados del censo 2012 aun no han sido entregados

formalmente, sin embargo el INE de manera preliminar informo que el 54% se declara de origen indígena originario.

³ Álvaro García Linera Bolivia: la constitución política del Vivir Bien, Agenda Latinoamericana Año: 2012. En <http://servicioskoinonia.org/agenda/archivo/obra.php?ncodigo=749>

⁴ Oficialmente Bolivia es, desde el 2009, un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías. Bolivia se funda en la pluralidad y el pluralismo político, económico, jurídico, cultural y lingüístico, dentro del proceso integrador del país. Lo plurinacional como la caracterización de 36 naciones originarias, y lo comunitario que señala un modo de vivir y de entender y compartir la vida.

⁵ LAS TENSIONES CREATIVAS DE LA REVOLUCIÓN. La quinta fase del Proceso de Cambio. 2011. Álvaro García Linera Vicepresidente del Estado Plurinacional de Bolivia

⁶ R. Matthew Gildner La historia como liberación nacional: creando un pasado útil para la Bolivia posrevolucionaria, Rev Cien Cult n.29 La Paz dic. 2012

⁷ García Linera, El socialismo comunitario, un aporte de Bolivia al mundo. Vicepresidencia del Estado Plurinacional Presidencia de la Asamblea Legislativa Plurinacional.

⁸ García Linera, Las tensiones creativas de la revolución, . Vicepresidencia del Estado Plurinacional Presidencia de la Asamblea Legislativa Plurinacional, La Paz, Bolivia, 2011

⁹ Conferencia de la Dra. Nila Heredia Miranda, El derecho a vivir bien, más allá de un enunciado. Revista Posibles, N1, 2008. Pp. 10 20.

¹⁰ Plan Nacional Sectorial. 2006-2010. Ministerio de Salud y Deportes.

¹¹ Álvaro García Linera Bolivia: la constitución política del Vivir Bien, Agenda Latinoamericana Año: 2012. En <http://servicioskoinonia.org/agenda/archivo/obra.php?ncodigo=749>

¹² Fernando Huanacuni miembro de la Comunidad Sariri, Mamani Pachamama: Sagrada Madre Tierra

Aymara, En <http://www.culturande.org/Upload/20126413473Pachamama.pdf>

¹³ Vivir Bien/Buen Vivir. Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales. Fernando Huanacuni 2010

¹⁴ Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 y Plan Nacional de Desarrollo 2009-2013. Ministerio de Planificación del Desarrollo del Estado Plurinacional

¹⁵ Plan Nacional de Salud 2006-2010 y Plan Nacional de Salud 2009-2014

¹⁶ Nuevo Modelo Sanitario. D. S. 29601, junio 2008.

Capítulo 6.

Brasil: la lucha continua por un Sistema de salud universal.

Armando de Negri

El Sistema de salud unificado de Brasil (SUS)

El Sistema Único de Salud de Brasil (SUS), fue creado por el Artículo 198 de la Constitución Federal adoptada en 1988 (Brasil, 1988). Fue el resultado de una importante movilización social en la que fue concebido como parte de las luchas civiles por democracia en el país durante el periodo de la dictadura (1984-1985). Su implementación final representó a una pluralidad de intereses que generaron una agenda política capaz de dirigir al texto constitucional hacia el derecho universal a la seguridad social y la salud, incluyendo un acercamiento crítico a los determinantes sociales de la salud y enfermedad, mismo que fue construido por académicos en el campo de la medicina social, por activistas políticos influenciados profundamente por la reforma italiana de salud de 1978, por movimientos de comunidades eclesiales católicas que inspiraron un movimiento popular por la salud y por grupos de estudiantes universitarios, activistas sindicales y otros líderes políticos (PAIM, 2011).

Población y estadísticas de salud.

La población de Brasil excede a los 190 millones de personas en 8.5 millones de kilómetros cuadrados (IBGE, 2010). Es un República Federal con un gobierno nacional, 27 estados y 5,565 municipios (IBGE, 2010). Desde que la esclavitud fue abolida en 1888, Brasil ha perma-

necido profundamente dividido socialmente con tremendos niveles de inequidad.

Sin embargo, de acuerdo con UNICEF, la mortalidad infantil (TMI) en Brasil ha caído en 73% en las dos décadas pasadas, la TMI por 1000 nacidos vivos cayó de 58 en 1990 a 36 en 2000 a 16 en 2011. (Victora, 2011).

Como muchas naciones industrializadas, las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte en Brasil, seguidas del cáncer así como de causas externas tales como homicidios y accidentes de tráfico (WHO 2008). Como las enfermedades crónicas están contribuyendo de manera más intensa a la carga de enfermedad (Schmidt, 2011), las enfermedades transmisibles están disminuyendo pero aun afectan a una parte considerable de la población (Barreto, 2011). Se estima que entre 40% y 50% de los brasileños mayores de 40 años sufren hipertensión, y cerca de 6 millones padecen diabetes (WHO 2008). Las lesiones son la tercera causa de mortalidad general y este aumento, debido a homicidios y accidentes de tráfico, es reflejo de la urbanización, las desigualdades y el narcotráfico. (Reichenheim, 2011). ...

El Sistema de Salud

De acuerdo con la Organización mundial de la salud (OMS), Brasil es un país que se encuentra en el lugar 72 en términos del gasto gubernamental en salud. Gasta \$317 dólares estadounidenses per cápita (OMS, 2008). A pesar de que Brasil es la economía más grande en Sudamérica, su gobierno gasta menos en salud que lo que gasta Argentina, Chile o Uruguay (OMS, 2008).

Según el Ministerio de Salud de Brasil (Brasil, 2012b), el SUS incluye más de 73 mil servicios de consulta externa (ambulatorios), incluyendo 32 mil grupos de salud familiar con médico, enfermera, una o dos enfermeras técnicas y de cuatro a seis agentes comunitarios de salud (promotores comunitarios de salud). Esos equipos son el modelo básico de una estrategia nacional de atención primaria de la salud, donde cada uno está a cargo de aproximadamente 3,500 perso-

nas, llegando a atender a más de 106 millones de personas a lo largo del país. El impacto en la mortalidad infantil y la reducción de atención hospitalaria de condiciones atendibles en la atención primaria tales como hipertensión, insuficiencia cardíaca, diabetes entre otras entre 199 y 2007, llevó a un descenso de 24% en las tasas de hospitalización, de 183.9 a 143.3 por 10,000 habitantes (NESCON, 2012).

Cada año el SUS realiza cerca de 24 mil trasplantes, 84 mil cirugías cardíacas, 62 mil oncocirugías y cuidados a aproximadamente 11 millones de pacientes hospitalizados. De cualquier manera persiste cierta escasez porque la oferta frecuentemente es insuficiente respecto de la totalidad de las necesidades de la población y el territorio (BRASIL, 2008).

Aproximadamente 144 millones de brasileños son usuarios exclusivos del SUS; los 46 millones restantes aún son considerados usuarios parciales porque la población entera está cubierta por procedimientos de vigilancia sanitaria como vacunas y control de alimentos, agua y productos relacionados con la salud, así como los servicios de recolección de basura (CFM/CREMESP, 2011). Muchos de estos usuarios parciales, también usan selectivamente los servicios que no son totalmente cubiertos por sus seguros privados de salud. Aproximadamente 94% de quienes tienen seguro privado tienen seguros otorgados a través de acuerdos colectivos con los patrones, -incluyendo a muchos servidores públicos- y esos planes de aseguramiento no cubren el rango completo de servicios, como trasplantes, medicamentos caros o especiales, terapia intensiva y renal, entre otras.

Derechos humanos y responsabilidad en Brasil

En la práctica, es el artículo 196 de la Constitución Federal brasileña de 1988 la que implementa a la salud como un derecho humano responsabilidad del Estado. La constitución de 1988 representa la perspectiva de derechos humanos y aboga por los derechos económicos y sociales tales como la seguridad social (artículo 6), esta Constitución fue un gran cambio en la historia de Brasil. Para alcanzar el ejercicio del derecho, se ha encarado una fuerte resistencia de sectores políticos conservadores partidarios de la economía liberal que están a favor de

la privatización del sistema de salud. Inmediatamente después de la adopción de la nueva Constitución, se eligió un gobierno neoliberal en 1989, el cual presentó barreras significativas a la implementación legislativa y reglamentaria necesarias para el financiamiento del nuevo SUS. La implementación del SUS fue, por lo tanto, muy lenta hasta finales de 1992, en que se dio el proceso de destitución del Presidente Collor de Mello.

Descentralización

Cuando se implementó la descentralización en 1993 (Reglas Básicas de Operación NOB-SUS 01/1993/Ministerio de Salud Decreto número 545/1993), una transferencia directa de los fondos nacionales para la salud hacia los fondos municipales de salud hizo posible que los gobiernos locales cumplieran cabalmente sus responsabilidades de atención primaria de salud y vigilancia sanitaria. Como resultado, se adoptó una estrategia de salud familiar como modalidad de la atención primaria de la salud desde 1994. (Brasil, 1993, Brasil, 1994).

La enmienda constitucional No. 29/2000 permitió rescatar la función constitucional que había sido eliminada por el gobierno de Collor, es decir, la garantía de un fondo mínimo para financiar las acciones de salud y servicios públicos. El Estado asignó transferencias a los estados y municipios desde la federación para financiar conjuntamente los servicios básicos y la atención médica. Cada año, el gobierno federal debe incrementar el gasto lo equivalente al índice de crecimiento nominal del GDP en el gasto del año fiscal previo. El gobierno municipal debe gastar 15% y los estados y el distrito federal el 12% de sus propios ingresos netos (Brasil, 2000a).

La sociedad civil brasileña esperaba que la regulación de la enmienda constitucional N°. 29/2000 establecería que el Gobierno federal gastara en salud 10% de sus propios ingresos. Sin embargo, como un nuevo capítulo de la lucha constante entre el enfoque socializador promovido por la política de salud y las restricciones promovidas por las políticas económicas neoliberales, la regulación de la enmienda mediante la Ley Complementaria no. 141/2012 no aprobó el mínimo de 10% a nivel federal, pero se mantuvo como lo estableció la

enmienda constitucional (BRASIL, 2012a). Como respuesta se dio un movimiento social a favor del 10% del presupuesto federal para salud, que aún exige la responsabilidad del Estado. En septiembre de 2013, fueron colectadas y entregadas 2,200,000 de firmas al Parlamento nacional, pero para abril de 2014 aún no recibían respuesta.

A pesar del enorme progreso en el acceso universal y la integridad promovida por el SUS, aún persisten retos significativos. En especial aquellos relativos al choque con el liberalismo económico hegemónico en términos de los intereses del sector privado, en lo referente a las contradicciones gubernamentales y la influencia de la opinión pública sobre el sistema de impuestos; y finalmente, sobre la necesidad de tener un sistema de protección social basado en la solidaridad.

Control social

De acuerdo con la Ley Federal N ° 8.142 / 1990, el sistema debe ser controlado socialmente mediante los Consejos de Salud en cada nivel de la Federación: la nación, los estados y municipios, los cuales tienen capacidad de decisión sobre los planes de salud y el presupuesto, así como con rendición de cuentas sobre las políticas, planes y recursos financieros. La participación a través de los Consejos hace accesible a la gente las decisiones y los procesos de la gestión pública. Los representantes ciudadanos componen la mitad de los miembros de estos consejos y la otra mitad se divide entre los representantes de gobierno, trabajadores de salud y los proveedores de salud.

Adicionalmente, se organizan periódicamente Conferencias Nacionales de Salud que movilizan los delegados de los municipios de la nación y que cada cuatro años definen la vía estratégica del Sistema; (Brasil, 1990b). Es así como la descentralización radical que caracteriza al SUS está muy relacionada con el objetivo de una democratización radical de la sociedad y de la relación con el gobierno después de la larga dictadura.

En la medida en que la escasez de recursos de salud se sintió como grandes tiempos de espera y respuestas tardías del sistema de

salud con relación al acceso y la calidad de la atención, los ciudadanos son cada vez más conscientes de su derecho a la salud; esto, combinado con un mejor acceso a los tribunales y a abogados dedicados especialmente a defender el derecho a la salud, fue consecuencia del reconocimiento en la Constitución brasileña de la salud como un derecho. Es decir, los tribunales comenzaron a interpretar la Constitución dando origen a derechos sociales exigibles de forma individual y la salud como un derecho legal que puede ser judicialmente demandado. Observamos una cantidad cada vez mayor de litigios para reclamar los derechos en salud en Brasil (Cubillos, 2012).

A pesar del mejor acceso a la atención especializada a través del SUS, hay un largo camino por recorrer. Por ejemplo: mientras que hay 356 mil camas de hospital (1,85 camas por cada 1.000 personas) en el sistema público, en aras de lograr un mínimo de 4 camas por cada 1.000 habitantes (tasa de España), Brasil necesitaría crear casi 335 mil nuevas camas de hospital. Mientras esto oficialmente no se considera una necesidad urgente, se incrementan las dimensiones del mercado, ya que la falta de suficientes camas públicas calificadas conduce a la búsqueda de camas en el sector privado. Es así que un mejor y más equitativo financiamiento rompería la dinámica de la escasez que continúa bloqueando el pleno desarrollo del SUS (DATASUS, 2012).

Accesibilidad

Con la implementación del SUS, la salud se ha tornado universalmente disponible, ya que los servicios nacionales, estatales y municipales operan de manera integrada a través de un único sistema de pago que se financia mediante el sistema general de impuestos.

- De acuerdo con la Ley Federal no. 8.080/1990, el cuidado de la salud debe ser provista:
- En todas partes, con la misma cobertura universal y asistencia calificada
- Sin restricción en los servicios, exceptuando los procedimientos puramente cosméticos

- Gratuitamente otorgada en el lugar de asistencia
- Igualmente, sin restricciones a cualquier persona en términos de accesibilidad o tipos de tratamiento (Brasil, 1990a).

Aunque el SUS ha integrado todas las instalaciones del gobierno como parte del sistema universal, muchos servicios privados, en su mayoría instituciones sin fines de lucro, siguen siendo una parte sustancial que complementa el sistema público –60% de sus camas de hospital–, con el fin de abarcar de manera más integral a todas las necesidades de salud.

Aceptabilidad y calidad

En la redacción de la Constitución de 1988, los “lobbistas” presionaron por que se excluyera del SUS a los servicios de salud para los militares, los funcionarios públicos y empleados de las empresas de propiedad estatal. Los legisladores y empleados del gobierno en general, no son usuarios habituales del SUS, con lo que reflejan la concepción generalizada de que la atención de alta calidad se encuentra en el sector privado, mientras que el sistema público no es más que una solución para los más “vulnerables”.

Sin embargo, el gobierno de Brasil ha tomado medidas continuas para mejorar la calidad de los servicios públicos. El ámbito de los servicios de emergencia, que ha sido históricamente superpoblado, presenta un buen ejemplo de los avances de Brasil en la búsqueda de la mejora de la calidad de la atención. (Machado, Salvador y O'Dwyer 2011), (Brasil, 2003; Ministerio de Salud Ordenanzas: N^o 2048/2002, N^o 1863/2003, N^o 1.600 / 2.011).

Limitaciones a los derechos bajo las leyes nacionales de protección de la salud pública

El principal logro del SUS ha sido hacer de la salud, un derecho para todos. Hasta 1988, sólo los trabajadores formales y sus familias estaban cubiertos por la seguridad social, mientras que el resto, los “indigentes” que representaban alrededor del 85% de la población, recibió atención en los servicios de caridad y públicos de algunas ciu-

dades y Estados, así como en algunos de los hospitales federales dedicados a ciertas patologías. A pesar de que el gasto del sector de la salud representa alrededor de 8,8% de toda la actividad económica en el país, el gasto público sólo representa 45% de ese gasto total en salud, con un gasto privado que llega a ser de \$44,300 dólares estadounidenses per cápita al año (IBGE, 2010). Como los costos de salud suben mientras que los gastos públicos se mantienen relativamente constantes, las personas pagan más con gasto de bolsillo que a finales de 1990, pero sólo 2% sufrió alguna forma de empobrecimiento catastrófico debido al gasto de bolsillo, de acuerdo con el informe del Banco Mundial (Gragnotati, 2013).

El sector privado también es imperfecto. Principalmente da entrada al sistema de salud a través de compañías de seguros privadas (como los fondos de grandes empresas estatales en régimen de autogestión de la seguridad social). Una variedad de proveedores de servicios pueden ser asimismo gerentes (como en el caso de las cooperativas médicas); todos los cuales están bajo la supervisión de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria, designada por el Ministro de Salud. Alrededor de 46 millones de brasileños están cubiertos por la salud complementaria. A pesar de la actividad y los avances de la Agencia en materia de derechos de los usuarios, hay muchas fallas en la regulación efectiva del sistema privado (CFM / CREMESP, 2011).

Las fallas

El SUS se sistemáticamente ha estado sub financiado. El completo universalismo no ha sido totalmente posible porque hay una persistente dificultad para hacer políticamente valioso la acción sobre el bajo presupuesto en salud. Este equívoco es muy funcional para los intereses conservadores que se oponen a la construcción de un sistema público de gran alcance, capaz de regular el mercado y establecer el interés público como el principal organizador de la agenda de salud.

A pesar de su compromiso con el derecho a la salud, Brasil ha enfrentado históricamente una contradicción impuesta por una ley de "responsabilidad fiscal" (Ley Complementaria N° 101/2000), aprobado en los años 90, que impuso un límite a los gastos de personal en

53% del total presupuestos de la administración pública (BRASIL, 2000b). Esta ley genera una barrera para la prestación de servicios de salud y mete en un dilema a las autoridades públicas, bajo la presión de las necesidades de la gente: o satisfacen las demandas sociales o respetan la ley. Esa legislación típicamente neoliberal genera una disposición muy compleja, por lo que con el fin de respetar la ley fiscal y los derechos constitucionales de las personas, las autoridades públicas tienen que contratar personal que utilice las cooperativas o empresas como intermediarios. Este proceso genera una discontinuidad importante en la prestación de los servicios públicos y exacerba las prácticas corruptas. Con el fin de alcanzar plenamente el derecho a la salud, los derechos sociales de Brasil y las políticas fiscales deben ser armonizados.

Es importante destacar que el gran número de empleados de clase media y de alto perfil fuera del SUS ha dado lugar a la fragilidad política en la aplicación continua y la promoción del SUS. En los arreglos que se hicieron para aprobar SUS, se aceptó que los gastos personales en la salud privada y la educación podrían ser deducidos de los impuestos sobre la renta personal (Nyman, 2005). En efecto, esto significa que las poblaciones que dependen de los sistemas públicos, en última instancia, subsidian a los sectores más ricos del país que puede salvar sus créditos fiscales para la asistencia privada en salud y educación. Este ejemplo demuestra el grado en que las inequidades estructurales sirven como barreras para que el SUS opere de una manera que respete plenamente el derecho a la salud. El SUS, a pesar de sus logros, se mantiene en un escenario de conflicto permanente con las estructuras de poder desfavorables que debe ser enfrentado directamente con el fin de lograr la verdadera universalidad.

Preguntas en curso:

En Brasil, después de 25 años de la participación social en los consejos de salud, es momento para hacer una reflexión radical sobre la necesidad de la educación política y el poder constructivo de la sociedad para superar las barreras estructurales que impiden la plena aplicación del SUS.

In order for SUS to achieve full availability, accessibility, acceptability and quality of services, government expenditures on health should be increased from USD367 per capita/year to USD1,000, reaching around 10% of GNP, and implementing radically more effective public management standards in order to eliminate gaps in access and quality. At its essence, this will require the promotion of a progressive tax reform, a political reform that could ensure participatory democracy as a qualifier of representative democracy, and a rights-based approach to State reform.

Para que el SUS logre la plena disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios: el gasto público en salud debe incrementarse de 367 USD por habitante/año a 1.000 USD, alcanzando alrededor del 10% del PIB; deben implementarse estándares de gestión pública radicalmente más efectivos, con el fin de eliminar las brechas en el acceso y la calidad. En su esencia, esto requerirá la promoción de una reforma fiscal progresiva, una reforma política que garantizaría una democracia participativa como evaluador de la democracia representativa y un enfoque para reformar al Estado basado en derechos.

Además es necesario para Brasil establecer la regulación pública de los contratos de los proveedores público-privados, hechos como un complemento a los servicios estatales. El proceso de planificación del SUS debe ser reforzado por un esfuerzo sostenido para que los servicios de propiedad del Estado sea mayoría en el sistema, lo que requiere la planificación de la expansión de las inversiones en instalaciones de propiedad del Estado. Del mismo modo, es necesario reforzar los intereses públicos de los proveedores privados contratados por el gobierno para eliminar la ambigüedad de los servicios que se proporcionan para el SUS y el mercado privado al mismo tiempo.

Conclusiones: retos actuales y futuros

Los esfuerzos de Brasil en la realización progresiva del derecho a la salud a través del SUS han tenido efectos claramente discernibles en la salud de la población. Sin embargo, hay muchos retos que aún quedan por delante (Banco Mundial, 2012) (Victoria y Barreto, 2011). La "den-

sificación" de la ley, aplicando plenamente los principios constitucionales hacia el respeto fundamental de los derechos, es el principal desafío político de la sociedad y el gobierno de Brasil en la consecución del derecho a la salud. El logro de la completa disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención requerirá continuar con la construcción del SUS basado en la satisfacción de las necesidades sociales, la definición de los estándares de cantidad y calidad de los servicios, la adopción de sistemas regionales con beneficios basados en las necesidades que no se basan en límites históricos. A su vez, esta reforma progresiva del SUS requiere la educación política de la población y los líderes políticos sobre el significado del derecho a la salud como parte constitutiva del derecho a una protección social completa, lo que requiere la creación de un ambiente positivo para el progreso y estabilidad del SUS.

Referencias

1. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, et al.(2011)Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet* 377 (9780): 1877-1889.
2. Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.
3. Brasil. Governo Federal (2000a). *Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000*. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm. (Accessed 10 October 2012).
4. Brasil. Governo Federal (2000b). *Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000*. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm. (Accessed 10 October 2012).
5. Brasil. Governo Federal (2012a). *Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012*. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. (Accessed 10 October 2012).
6. Brasil. Governo Federal (1990a). *Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. (Accessed 10 October 2012).

7. Brasil. Governo Federal (1990b). *Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. (Accessed 10 October 2012).
8. Brasil. Ministério da Saúde (1993). *Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993*. Available at: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf. (Accessed 10 October 2012).
9. Brasil. Ministério da Saúde (2002). *Portaria No. 2048, de 5 de novembro de 2002*. Available at: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria_2048_B.pdf. (Accessed 10 October 2012).
10. Brasil. Ministério da Saúde (2003). *Portaria No. 1863, de 29 de setembro de 2003*. Available at: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1863.htm>. (Accessed 10 October 2012).
11. Brasil. Ministério da Saúde (2011). *Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011*. Available at: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. (Accessed 10 October 2012).
12. Brasil. Ministério da Saúde (1994). *Programa Saúde da Família: dentro de casa*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. (Accessed Jun. 10, 2012)
13. Brasil. Ministério da Saúde (2008). *Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Available at: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2ed.pdf. (Accessed 10 October 2012).
14. Brasil. Ministério da Saúde (2003). *Política Nacional de Atenção às Urgências*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Available at: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf. (Accessed 10 October 2012).
15. Brasil. Ministério da Saúde (2012b). *Saúde da Família*. Available at: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>. (Accessed 10 October 2012).
16. CFM/CREMESP (2011). *Demografia médica no Brasil*. Available at <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil.pdf>. (Accessed Oct. 10, 2012)
17. Cubillos L, Escobar ML, Pavlovic S, Iunes R. (2012) Universal health coverage and litigation in Latin America. Available at

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22852461>. (Accessed Oct. 10, 2012).
18. DATASUS (2012). *CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação – Brasil*. Available at: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>. (Accessed Oct. 10, 2012).
 19. Gragnolati M., Lindelow M., Couttolenc B. (2013) *Twenty Years of Health System Reform in Brazil - An Assessment of the Sistema Único de Saúde*. World Bank.
 20. Available at <http://dx.doi.org/10.1596/978-0-8213-9843-2> (Accessed April. 10, 2014)
 21. IBGE (2010). *Censo Demográfico 2010*. Available at: <http://www.ibge.gov.br>. (Accessed 10 October 2012).
 22. IBGE (2012) *Conta-satélite de saúde 2007-2009*. Available at: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/economia_saude.pdf. (Accessed Jun. 10, 2012)
 23. Machado C. V., Salvador F. G. F., O’Dwyer G. *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira* [Internet]. Revista de Saúde Pública. 2011. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300010&lng=pt&nrm=iso&tIng=en
 24. NESCON (2012). *Avaliação do impacto das ações do programa de saúde da família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica em adultos e idosos*. Available at: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/noticias/wpcontent/uploads/2012/05/Site-Nescon-ICSAP.pdf>. (Accessed Nov. 08, 2012)
 25. Nyman J, Barleen N. *The effect of supplemental private health insurance on health care purchases, health, and welfare in Brazil*. Minneapolis: University of Minnesota, 2005.
 26. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 377 (9779): 1778-1797.
 27. Reichenheim ME, de Souza ER, Moraes CL, et al. (2011) Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet* 377 (9781): 1962-1975.
 28. Schmidt MI, Duncan BB, e Silva GA, et al. (2011) Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 377 (9781): 1949-1961.

29. UNICEF (2011). *Situação mundial da infância 2011 - Adolescência uma fase de oportunidades*. Available at: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf. (Accessed Oct. 10, 2012)
30. Victora CG, Aquino EML, Leal MdC, et al. (2011) Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet Vol. 377 (9780)*: 1863-1876.
31. Victora CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, et al. (2011) Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet 377*:2042–53.
32. WHO (2008). *World health statistics 2008*. Available at http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2008/en/. (Accessed Oct. 10, 2012)
33. The World Bank Group. *Millennium Development Goals: country—Brazil*. Available at: http://ddpext.worldbank.org/ext/ddpreports/ViewSharedReport?&CF=&REPORT_ID=1336&REQUEST_TYPE=VIEWADVANCED. (Accessed Oct. 10, 2013).

Capítulo 7.

Cambio social y su impacto en la salud en Venezuela

José León Uzcátegui

Venezuela, en el norte de Suramérica, 916.445 Km² de superficie, de costas, llanos y montañas, 31.6 millones de habitantes, afro-indio-europeos, productor de 2.75 millones diarios de barriles de petróleo. A comienzos del siglo pasado fue un país agro-exportador, de café y cacao, que viniendo de un largo periodo de conflictos armados, guerras intestinas y “montoneras”, durante el siglo XIX, inicia el nuevo siglo con una dictadura militar, sustento de la voracidad petrolera transnacional, que se prolongará hasta los años treinta, y no será sino en 1958 cuando el país culmina este período pre-democrático para entrar en un régimen de democracia representativa que se mantendrá por 40 años hasta arribar, en el año 1998, con una Asamblea Nacional Constituyente, primera en su historia con participación protagónica del pueblo, a un nuevo período enunciado como Democracia Participativa y Protagónica, que se propone construir un Estado Social de Derecho y de Justicia. Se proclama la intención de llevar a cabo una revolución económica, social y política, no violenta, que por vía electoral coloca a la cabeza del gobierno a un militar de ideas progresistas, Hugo Rafael Chávez Frías, quien durante dos años había estado encarcelado por encabezar un fracasado intento de golpe de estado en 1992 ^{1, 2}

Este cambio social se caracteriza por su propósito de impulsar un modelo que se propone como meta principal la inclusión social y nuevas maneras de organizar la sociedad venezolana con una nueva institucionalidad, con participación popular en unión con el ejército. Siete años después, tal proyecto se enuncia como de construcción del

Socialismo del Siglo XXI (Hugo Chávez, Porto Alegre, Brasil), en una visión crítica de lo que se conoció en el siglo XX como Socialismo, que devino en Socialismo de Estado, Capitalismo de Estado, o Socialismo Burocrático ³.

Desde este novedoso ensayo de intento de cambio social surge, desde un primer momento, un notable impacto en el campo de la salud, cuyo primer eslabón lo constituye el contenido de la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela ⁴, donde se establece lo siguiente:

“Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida...”

“Artículo 85. El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado... El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria... El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.”

“Artículo 84. Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad... Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.”

Así pues, en la nueva Constitución se asume la salud como un derecho humano fundamental, como un derecho social. En consecuencia, garantizarlo es responsabilidad del Estado, lo contrario a la concepción liberal y neo-liberal que había imperado hasta entonces, donde se asumía la salud como bien individual, como mercancía, según lo cual cada quien tiene la salud que puede pagar ⁵.

En el discurso oficial queda clara la propuesta de construir el Sistema Público Único Nacional de Salud con participación protagónica del pueblo organizado.

Como premisa de este alejamiento de la política neoliberal en salud que venía desarrollándose en las cuatro décadas de democracia representativa (1958-1998) se produce una ruptura paradigmática en relación a lo que el nuevo gobierno entiende como salud. Ya no es sólo la atención médica, curativa, individual, centrada en el hospital y entendida como mercancía. Se plantea un cambio radical para entender la salud como derecho social, calidad de vida, Buen Vivir. Esto es: incluir educación, deporte, ambiente, recreación, alimentación, vivienda y empleo. En consecuencia, salud no se limita sólo a lograr más médicos, enfermeras, medicinas, equipos o infraestructura médico asistencial, sino que exige lograr vivienda digna (hábitat), generar empleo, construir canchas deportivas, promover deporte y cultura o mejoras de ambiente y vialidad.

Con este objetivo, en el año 2003 se crea la Misión Barrio Adentro, que se propone poner en práctica esta política, que aparece como una estrategia masiva y acelerada de inclusión social, construcción de un nuevo sistema de salud, creación de una nueva institucionalidad pública, en el cual la población asume un rol protagónico (vea cuadro 1: Fases de Barrio Adentro). En palabras de Mirta Roses, Directora de la Organización Panamericana de la Salud (Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud), Barrio Adentro “capitaliza de forma creativa la experiencia latinoamericana y mundial de 25 años de esfuerzos por transformar los sistemas de salud en base a la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)” y agrega que “es la experiencia de la cooperación bilateral entre dos países hermanos a una escala inédita nunca antes vista ... el desarrollo de un modelo de atención integral que enfatiza la promoción y la prevención, la experiencia de desarrollo de APS en zonas urbanas a escala masiva, la construcción de redes integradas de servicios y el desarrollo de una infraestructura novedosa de establecimientos, programas nuevos y masivos de formación de recursos humanos “⁶

Esta experiencia se complementa, para este nuevo concepto de salud, con otras 32 “misiones”⁷. De esta manera, Barrio Adentro, trasciende la atención a personas enfermas en los sectores más pobres del país, y se convierte en el eje articulador de la política social del gobierno, priorizando lo local, vinculando los grandes componentes de una política social no neo-liberal: economía social (desarrollo productivo) a través de cooperativas, microempresas, Banco del Pueblo, Banco de la Mujer o Huertos Familiares Urbanos; en educación se implementaron varias misiones educativas, y los Infocentros Comunitarios; en la consolidación urbana otorgando la titularidad de la tierra a quienes construyeron sus casas en terrenos del estado; en nutrición a través de los comedores populares, cocinas comunitarias, MERCAL (mercados populares), y creación de multi-hogares⁸.



Un ambulatorio *Barrio Adentro*

Barrio Adentro entonces tiene como *eje transversal* la construcción de la Democracia Participativa y Protagónica, desde la base del movimiento social, rompiendo la concepción tradicional político-partidista. Para ello descansa en una propuesta político-organizativa de nuevo tipo: creación de comités de tierras urbanas, comités de salud, círculos bolivarianos, mesas técnicas de agua, consejos comunales, comunas, consejos locales de planificación pública, entre otros.

En fin, Barrio Adentro contribuye a la construcción de una red de redes sociales, embrión del nuevo tejido social de la República.

En cuanto a la formación de talento humano se ha desarrollado un Plan Nacional de Formación-Capacitación para la construcción del Sistema Público Único Nacional de Salud (SPUNS). Así por ejemplo, en el *personal que labora en los servicios de salud tradicionales* se viene impulsando una propuesta de re-educación dirigida a lograr una nueva ética del funcionario público. En las comunidades se viene poniendo en práctica la capacitación de líderes comunitarios en salud, promotores de salud integral.

En relación al nuevo personal de salud, la meta es capacitar a través de los distintos programas de formación un total de 70.000 médicos y médicas venezolanas como Médicos Integrales Comunitarios, que trabajen por y con la comunidad, para incorporarlos al nuevo Sistema Único de Salud a través de la Misión Barrio Adentro en todo el país. Ya se graduaron, el año pasado, los primeros 14.000, y actualmente cursan otros 10.000. Además 3.200 médicos formados en el post-grado de Medicina General Integral (medicina familiar).

Se han formado adicionalmente 1.823 estudiantes con post-grado de Odontología General Integral y 1.413 técnicos y técnicas superiores de Enfermería para la Atención Primaria en Salud. Todo esto con la colaboración de la Misión Médica Cubana.



Centro de Diagnóstico Integral en Barrio Coro.
Municipio Juan José Mora

Respecto a la participación social, el avance ha sido extraordinario. Se han formado más de 8.000 comités de salud, y el Ministerio de Salud se propuso fortalecer el proceso de participación y movilización popular a través de mecanismos como la Contraloría Social de la Gestión Pública, promoviendo los consejos comunales, y más recientemente la creación de comunas. Asimismo, se avanza en contribuir a darle poder al pueblo, garantizando su participación en la definición de políticas, planificación, supervisión, control y evaluación en el sector salud (Art. 83, CRBV) ⁹

En relación a la descentralización, se plantea la democratización en el sector salud, rescatar la rectoría del Ministerio de Salud para que éste ejerza el rol directriz, de conducción indelegable, que le asigna la Constitución. El gobierno se ha propuesto enfrentar el desorden y la corrupción a la que dio lugar la descentralización neoliberal, la cual consistía en minimizar el papel del Estado, disminuir el gasto social y focalizar la atención en los sectores más pobres.

De esta manera se produce una interconexión y complementariedad de las misiones sociales que buscan la respuesta a la exclusión y desarrollar una política social inclusiva y universal.

Los resultados están a la vista y algunas cifras, aunque parciales y puntuales, nos ayudan a visualizar los logros ¹⁰. Gracias a la expansión del empleo, 2.124.208 personas salieron de la pobreza extrema entre 1999 y 2007 y en ese mismo lapso los hogares en situación de pobreza pasaron de 42.0% a 28.3%. La tasa de desempleo ha disminuido de 16.6% en 1999 a 7.1% en el 2008. Asimismo, la tasa de empleos en el sector formal ha aumentado, disminuyendo en el sector informal, lo cual indica que los empleos generados han sido productivos.

La inversión social acumulada ascendió de 12.465 millones de dólares en 1999 a 330.582 en el 2009, y el porcentaje del presupuesto de salud sobre el porcentaje del presupuesto nacional pasó de 6.09% en el año 2000 a 26,08% en el 2006. La cifra de pensionados en 1998 alcanzaba 229.900 personas y para el año 2013 superó los 2.000.000 de beneficiarios.

El ingreso mínimo legal se ha mantenido desde el año 1989 por encima de la canasta alimentaria normativa. La desigualdad del ingreso de los hogares (coeficiente de Gini) ha descendido de 0,4874 en 1997 a 0,3928 en el 2009 (un Gini próximo al valor 0 significa una distribución igualitaria del ingreso y próximo a 1, una distribución desigual).

La tasa de mortalidad infantil en niños menores de cinco años que en 1998 estaba en 23.4 descendió a 16.4 por 1,000 nacidos vivos para 2008; en ese mismo lapso, la de mortalidad infantil en niños menores de un año de 21.36 descendió a 13.98, y la tasa de mortalidad post-neonatal de 8.0 disminuyó a 4.2. A los pacientes que reciben terapia antirretroviral (VIH-SIDA), ésta se les suministra de forma gratuita de 7.170 en 2002 a 32.302 en 2009, es decir, la casi totalidad de la población afectada. La tasa de mortalidad por tuberculosis descendió de 3.35 por 100,000 habitantes en 1998 a 2.3 en 2008. El índice de prevalencia de la subnutrición disminuyó de 21% en el año 1998 a

menos de 6% en 2009. La disponibilidad energética en la dieta del venezolano (en calorías) de 2.127 en 1999 ascendió a 3.182 en 2011 (se requieren 2720 calorías diarias para la suficiencia alimentaria plena). El porcentaje de práctica de lactancia materna exclusiva hasta los 6 a los 24 meses aumentó de 7% a 27% entre 1990 y 2008. La evolución de la talla en los niños de 7 años ha ascendido en 1.81 cm en los niños y 1.96 cm en las niñas, entre 1999 y 2011. De 5.360 centros de salud en el primer nivel de atención en 1.998, se ha alcanzado la cifra de 13.731 en 2012. En el segundo nivel de atención (Centros de Diagnóstico Integral, Centros de Alta Tecnología, Salas de Rehabilitación Integral), de 310 en 1998 se han construido y dotado 1.939 para 2012. La esperanza de vida ha pasado de 72 a 74.5 años en ese mismo lapso ¹².

El porcentaje de población con acceso a agua potable ha ascendido de 68 en 1990 a 95 en 2009, y la recolección de aguas servidas, en ese mismo lapso, de 52 a 84. La tasa neta de escolaridad en Educación Primaria ascendió de 86.2% en 1999 a 92.3% en 2009 y en Educación Secundaria de 34.7% a 60.6% ¹¹.

El balance no puede ser catalogado menos que ampliamente favorable (acuerdos, logros, avances). Sin embargo, no está exento de fallas, limitaciones y contradicciones. En la actualidad, en medio de una feroz embestida del gobierno imperial norteamericano, que ve en peligro su hegemonía planetaria, y los aliados internos en el país (oligarquía, medios de comunicación privados, jerarquía de la iglesia católica, partidos políticos ahora encabezados por sectores neofascistas, etc.), y afectado como está el pueblo venezolano por la muerte de Hugo Chávez, el gran líder de esta esperanza continental y mundial que es la Revolución Bolivariana Venezolana, el pueblo de este país se apresta a cumplir una nueva etapa, de arribar a un nuevo momento, para hacer efectivas las dos grandes tareas pendientes: la construcción definitiva del Sistema Público Único Nacional de Salud con participación protagónica del pueblo, logrando la comprensión práctica de lo que es el Buen Vivir y el Vivir en Plenitud, y la tarea política de hacer realidad la verdadera democracia, que se sintetiza en la consigna zapata: “Aquí manda el pueblo y el gobierno obedece”.



Cuadro 1. Fases de Barrio Adentro

FASES	¿EN QUE CONSISTE?	LOGROS
Barrio Adentro I Inicia 2003	<p>Primer Nivel de atención. Se lleva a cabo mediante un modelo que aplica la estrategia de Atención Primaria en Salud en todo el país. Comprende: Consultorios Populares, Puntos de Consulta (en casas de familia), Clínicas Odontológicas y Ópticas Populares, aplicando los principios de universalidad, equidad, gratuidad .Salud como un derecho y un bien público</p>	<p>En 1998: 5.360 Consultorios Populares, sin ópticas, ni servicios odontológicos.</p> <p>En 2012: 13.731 Consultorios Populares.</p> <p>500 millones de consultas médicas gratuitas.</p> <p>492 ópticas.</p> <p>3.500 Unidades odontológicas.</p>
Barrio Adentro II Inicia 2005	<p>Segundo nivel de atención. Brinda servicio integral gratuito a todos los ciudadanos a través de los Centros de Diagnóstico Integral (CDI Centros de Alta Tecnología (CAT),) y las Salas de Rehabilitación Integral (SRI).</p>	<p>En 2012: 1939 Centros de Diagnóstico Integral (CDI) funcionando en todo el país, atendiendo 59 millones de emergencias, 500 mil ingresos en terapia intensiva y 927.751 cirugías.</p>
Barrio Adentro III Inicia 2006	<p>Modernización de la red hospitalaria del país, utilizando la red tradicional de hospitales incrementando el número de centros y de camas hospitalarias</p>	<p>En 2012: Hospitales: de 278 en 1998 a 304.</p> <p>Camas hospitalarias de 17.822 a 27.620.</p>
Barrio Adentro IV Inicia 2006	<p>El objetivo fundamental es edificar centros asistenciales en áreas especializadas de atención en las cuales hay gran déficit, como por ejemplo la puesta en servicio del Hospital Cardiológico Infantil “Gilberto Rodríguez Ochoa”.</p>	<p>Cardiociugía infantil: de 140 intervenciones al año en 1998 a 1500 anuales en la actualidad</p>

Referencias

1. León U., José. (2012) La Participación Ciudadana en Salud en Venezuela y el nuevo marco constitucional. Valencia, Venezuela: Signos Ediciones y Comunicaciones, C.A
2. Francisco, J. (2003). *Origen y evolución de la salud pública en Venezuela*. Caracas, Venezuela: OPS/OMS.
3. Harnecker, M. (2003). *Democracia y participación popular*. Ponencia presentada en el Encuentro Mundial de Solidaridad con la Revolución Bolivariana. Mimeo. Caracas
4. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), Gaceta Oficial No. 5.453, 24 de marzo de 2000.
5. Feo, O. (2003). *Repensando la salud. Propuestas para salir de la crisis. Análisis de la experiencia venezolana*. Maracay: Universidad de Carabobo.
6. Organización Panamericana de la Salud (2006). Barrio Adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas: OPS.
7. Armada, F. (2005). Logros del Programa de Salud de la República Bolivariana de Venezuela. En: Informe Alternativo sobre la Salud en América Latina, 193-199. Quito: CEAS.
8. Muntaner, C y otros. (2008). “Barrio Adentro” en Venezuela: democracia participativa, cooperación sur-sur y salud para todos. *Medicina Social*, 3(4), 306-322, noviembre.
9. Contraloría Comunitaria en Salud (2004). *Temas para el debate*. Maracay: IAES.
10. Ministerio del Poder Popular de Economía y Finanzas (MPPEF) www.mppef.gob.ve
11. Ministerio del Poder Popular de Economía y Finanzas (MPPEF) www.mppef.gob.ve
12. Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) www.mpps.gob.ve

Capítulo 8.

Colombia: lucha social contra la mercantilización de la salud

Por Mauricio Torres-Tovar

A comienzo de los años 90s en Colombia se empezó a dar un proceso de reforma del sistema de seguridad social bajo la orientación de las políticas neoliberales, que llevó a la sanción de la Ley 100 de 1993 la cual configuró un modelo de salud con base en el aseguramiento individual privado, que ha venido siendo mostrado mundialmente como muy exitoso, a pesar de las evidencias de sus impactos negativos para la salud de la población colombiana. -

En este proceso de reforma de la seguridad social en Colombia se instauró un campo de contienda por el control del sector salud entre actores que han defendido el modelo mercantil de salud contra los que disputan este campo desde la comprensión de la salud como un bien público y un derecho humano.

La contienda política en salud durante estos 20 años, ha generado una importante dinámica de acción social colectiva en contra de la privatización de la salud en Colombia, con diversos periodos y niveles de lucha y resistencia social, que ha permitido, a partir de una trama de relaciones, ir configuración un movimiento social por el derecho a la salud.

Ley 100 y su impacto sobre el derecho a la salud, motivo de la lucha social

Colombia fue una de las naciones latinoamericanas más juiciosas en acoger e impulsar, desde comienzos de los años 90's del Siglo XX, el conjunto de orientaciones dadas por los entes financieros multilaterales en materia de reformas económicas, sociales y políticas, en el marco de la globalización neoliberal que propuso la liberalización del mercado y el ajuste estructural del Estado.

En este sentido, Colombia impulsó un conjunto de reformas tanto del aparato estatal (reforma judicial y administrativa), como del sector económico y social (reformas tributaria, educativa, laboral, de seguridad social y de salud) y avanzó en una reorientación del Estado llevándolo a un papel más de regulador del mercado que de oferente directo de servicios sociales, como los de educación, salud, vivienda, entre otros.

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

La Constitución de 1991 se colocó a tono con esta orientación al definir la salud no como derecho humano sino como servicio público que podía ser prestado por instituciones públicas o privadas; base para instaurar una reforma a la seguridad social a través de la Ley 100 de 1993, que constituyó el Sistema de Seguridad Social Integral (SGSSS), que es un modelo de aseguramiento individual a la enfermedad bajo la lógica de regulación de mercado, con una figura de intermediación a través de compañías aseguradoras de salud (EPS).

En la Ley 100 de 1993 subyace una comprensión de la salud como un bien de consumo privado, responsabilidad directa de los individuos, quienes acceden a ella a través de un mercado de servicios, en donde el Estado, a través de una política de focalización de subsidios, incorpora a las personas que no tienen capacidad económica. Con esta Ley el país durante los últimos veinte años ha consolidado

una concepción de la salud como mercancía, alejando las políticas públicas de la comprensión de la salud como derecho humano y deber de Estado (Torres, Paredes, 2005).

En términos de los resultados que ha ocasionado el SGSSS se evidencian un conjunto de efectos negativos, que fueron en gran parte los motivos para la realización de las luchas sociales por el derecho a la salud. Entre estos se destacan: 1) debilitamiento de la institucionalidad pública en seguridad social y salud con pérdidas de los acumulados en el desarrollo de políticas y programas de salud pública, promoción y prevención y de los procesos de inspección, vigilancia y control sanitario; 2) deterioro de la situación de salud de la población y de la condición laboral de los trabajadores del sector salud; 3) incremento de las barreras de acceso a los servicios de salud que cubrió prácticamente a toda la población evidenciado por el elevado uso de la acción de tutela en salud (Torres, 2008B).

Movimiento social por la salud y propuesta de un nuevo sistema de salud

La acción social colectiva por el derecho a la salud en los últimos 20 años en Colombia puede ser caracterizada en tres fases, las cuales permitieron configurar un movimiento social por la salud.

Una primera fase, fue de carácter reivindicativo. Se da en los primeros años de implementación de la Ley 100, que desde luego no estaba desligada del proceso de lucha por la salud que se daba antes de 1994. Acá los actores de manera independiente exigen reivindicaciones específicas de acuerdo a su origen: los trabajadores demandan garantía de derechos laborales; los estudiantes exigen presupuesto para la educación y la salud y preservación de los sitios de formación profesional; los usuarios demandan mejor calidad en la prestación de los servicios de salud; los gremios de profesionales de la salud demandan el reconocimiento de su estatus social y laboral; los indígenas demandan una legislación específica que les reconozca su tradiciones y prácticas en salud, entre otros.



En esta fase la gente de manera individual inició el uso de la tutela en salud, que durante el periodo de análisis siempre se utilizó. El uso de este recurso jurídico de exigibilidad del derecho es una expresión de una reivindicación individual esencialmente en aspectos del derecho al acceso a la atención a la enfermedad, pero que se va volviendo colectiva como se analizó.

Es una fase entonces en donde las ASCDS se daban en torno a reivindicaciones específicas que presuponían principalmente responsabilidad Estatal para resolverlas.

Una segunda fase, de debate público, articulación y politización de la lucha por la salud, que inicia en el 2000. Esta fase inicia con el proceso preparatorio y de realización del Primer Congreso Nacional por la Salud y la Seguridad Social que es un paso de la ASCDS para generar un debate público amplio por el derecho a la salud y en la búsqueda de articular los diversos sectores sociales, con el propósito de generar procesos organizativos que tuvieran la posibilidad de transformar la realidad existente en torno al derecho a la salud.

Esta fase concatenó la realización de eventos públicos de deliberación que configuraron la propuesta de construir un movimiento social por la salud e impulsar un proceso político de movilización con

la intención de transformar el modelo de ley 100 por un sistema de salud garante del derecho.

La iniciativa de cómo sería ese nuevo modelo de salud fue consensuada en el segundo congreso nacional por la salud en el año 2004, destacándose como elementos centrales de la propuesta: 1) el entender la salud como un derecho humano en relación con el bienestar y la calidad de vida; 2) ser universal, equitativo, solidario y reconocer la diferencia (cultural, de género, de edad); 3) administrarse con la lógica de lo público, lo que implicaba la supresión de la intermediación de las Aseguradoras; 4) ser financiado a partir del presupuesto nacional, mediante un fondo público nacional unificado y fondos regionales; 5) priorizar la promoción, la prevención, la educación y el fomento de la salud; 6) implementar un sistema nacional y único de información en salud; 7) responder a las necesidades de la gente e incluir los avances tecnológicos (equipos tecnológicos, medicamentos, etc.); 8) incorporar los patrimonios culturales e intelectuales de la medicina indígena y la medicina de los demás grupos étnicos; 9) tener una cabeza estatal en el ministerio público y un organismo colegiado; 10) vigilancia y control social con alta participación de la ciudadanía (Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, 2005).

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

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

Esta fase tuvo también una particularidad y fue el inicio de un gobierno alternativo en la ciudad, que incorporó en la conducción del sector salud a miembros que impulsaban ASCDS y aportaban en la creación del movimiento social por la salud. Esto posibilitó que la polí-

tica pública distrital de salud se diseñara desde un enfoque de derechos humanos y que algunos elementos de la propuesta social fueran incorporados en ella (Hernández, Forero, Torres, 2005). La experiencia evidenció las limitaciones para reorientar el modelo de Ley 100 desde un escenario local y en términos del aporte para aumentar la movilización social por el derecho a la salud fue débil.

Una tercera fase que se perfila desde comienzos del 2010, de avance en la configuración de una identidad colectiva y de maduración de la propuesta política. El proceso de articulación con el paso de los años fue posibilitando una redefinición de los vínculos colectivos, que han llevado a que las posturas de los diferentes actores sociales se acerquen, a que ya no estén cada uno por separado emprendiendo su propia lucha, sino que se ha venido generando una identidad colectiva alrededor de la idea de la salud como un derecho humano.

El avance en la configuración de esta identidad colectiva tuvo un momento relevante que fue el periodo de la emergencia social que desató una gran indignación colectiva producto de las medidas que trató de implantar el gobierno nacional a la fuerza, donde claramente se evidenciaba que las medidas beneficiaban a las EPS y perjudicaban al conjunto de la población y al gremio de los médicos y odontólogos (Torres, 2010A). Este contexto posibilitó un gran paso en la alineación de los actores defensores del derecho a la salud y el reconocimiento más claro de aquellos que defienden el modelo de Ley 100.

Esta experiencia por el derecho a la salud, en su tercera fase dio pasos en la configuración de un movimiento social por la salud. El aspecto de lo identitario avanza en esta tercera fase dado que posibilita identificar con mayor claridad un “ellos” (Porto-Gonçalves, 2001). Acá se van dando los dos procesos al mismo tiempo: uno de mayor acercamiento por el reconocimiento de la salud como derecho y otro por identificar un adversario más claro ubicado en la figura de la intermediación de las EPS, base estructural del modelo de Ley 100.

Durante el año 2013 se ha dado un nuevo incremento de la protesta social en Colombia producto de la situación en que se encuentra el sector salud y por la indignación que ha producido un pro-

yecto de ley presentado por el gobierno nacional, el cual va a profundizar el modelo de ley 100 y no va a dar salida a la crisis de la salud. Las protestas se vienen dando de diversas maneras: plantones, marchas, cacerolazos, asambleas permanentes, debates públicos, difusión de información por redes sociales, peticiones de rechazo a través de plataformas virtuales, entre otras.

En este sentido, se puede decir que en a finales de 2013 se está en un nuevo ciclo de protestas en Colombia demandando la realización de la salud como derecho humano y no como mercancía y negocio, que viene engalanando las calles de las ciudades con pancartas y de manera particular las está tiñendo de color blanco, dado que los principales participantes son los estudiantes de las áreas de la salud, tanto de pregrado como de posgrado.

Aprender de lo andado en la lucha social por el derecho a la salud.

Las experiencias acumuladas en estos 20 años deben permitir comprender que el esfuerzo central debe estar en contribuir en profundizar la sensación de malestar contra una clase política, un gobierno nacional y un Parlamento que para nada representan los intereses y necesidades de la sociedad, que es sordo a los gritos de la sociedad que demanda un cambio de fondo en la política de salud y por esta vía incrementar la participación política de la sociedad.

Esto implica que todo el esfuerzo social, académico, jurídico, técnico y político, debe colocarse en función de incrementar la indignación, el hartazgo, que permita desembocar en una movilización social sostenida, adecuadamente orientada, que fortalezca los procesos organizativos y de articulación y que enriquezca la plataforma política del derecho a la salud no solamente con la idea de un nuevo sistema de salud, sino con la riqueza de la diversidad de las demandas y las iniciativas que tiene la gente alrededor de la promoción, prevención y atención en salud.

Lo que hoy sucede en otras latitudes indica que se debe incrementar la movilización social y que se requiere más audacia e innovación en las iniciativas de protesta y propuestas.

Referencias

13. Banco Mundial. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. Washington: 1993.
14. Borrero Y. Luchas por la salud en Colombia 1994 – 2001: Hacia la construcción de un movimiento nacional por la salud. Medellín, 2013. Tesis de grado (Doctorado en Salud Pública). Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, Doctorado en Salud Pública.
15. Carmona LD (Organizadora). Ley 100: balance y perspectivas. Bogotá: Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social y Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson, 2006.
16. Defensoría del Pueblo, Programa de Salud. La tutela y el derecho a la salud 2010. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2011.
17. Echeverry E. Las organizaciones de usuarios: incidiendo en la construcción del derecho a la salud. En: Gerencia y Política de Salud, 8(17), Diciembre 2009:80-105.
18. Tilly C. Los movimientos sociales, 1768–2008. Barcelona: Editorial Critica, 2010.
19. Torres-Tovar M. Experiencia de organización y movilización social: iniciativa por el derecho a la salud 2000 - 2002. Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, 2002.
20. Torres-Tovar M. Colombia: declaratoria de emergencia social. Salvavidas para el negocio de la salud. En: Le Monde Diplomatique, Bogotá, No. 86, febrero de 2010; p. 2-3.
21. Torres-Tovar M. Lecciones y retos. Diez años por un Movimiento Social en Salud. Le Monde Diplomatique Edición Colombia No. 106, 2011.
22. http://www.eldiplo.info/mostrar_articulo.php?id=1413&numero=106
23. Torres-Tovar M. Lucha social contra la privatización de la salud. Bogotá: Ediciones CINEP, 2013.
24. Torres-Tovar M. La necesaria reforma de salud que no llega. Revista Foro. Bogotá: Fundación Foro Nacional por Colombia. Edición No. 80, 2013:

25. Torres-Tovar M.; Paredes N. Derecho a la salud. Situación en países de América Latina. El caso colombiano: “El mercado no es para todos y todas”. En: Gerencia y Política de Salud, 4(8), julio 2005: 169-185.
26. Uribe M. La dinámica de los actores en la implantación de la reforma del sistema de salud en Colombia: exclusiones y resistencias (1995 – 2003). En: Gerencia y Política de Salud, 8 (17), Diciembre 2009: 44-68.
27. Venezuela, en el norte de Suramérica, 916.445 Km2 de superficie, de costas, llanos y montañas, 31

Capítulo 9.

El cambio social, el cambio en salud y su impacto en la situación de salud de El Salvador

Eduardo Espinoza

Antecedentes históricos

A partir de Junio de 2009 se abre una nueva etapa histórica en El Salvador a raíz de la llegada por la vía electoral del primer gobierno de izquierda, el cual había sido precedido desde 1932 por 50 años de dictadura militar que en la década de los 70s devino en una guerra contra la dictadura que no terminó sino hasta la firma de los Acuerdos de Paz en 1992, continuándose con cuatro administraciones neoliberales.

Durante este período el modo de producción basado en una economía agroexportadora generó una sociedad polarizada: por una parte una oligarquía que acumulaba toda la riqueza generada por los monocultivos y por otra una enorme masa de campesinos pobres y jornaleros que obtenían sus ingresos de la recolección de las cosechas y tenían cultivos de subsistencia durante el resto del año. En la década de los años 50's y 60's, los Estados Unidos, preocupados por la situación explosiva de esta sociedad, presionó a la oligarquía local para invertir sus enormes ganancias en la industrialización del país, con el objetivo de implantar un modelo de sustitución de exportaciones que permitiera reducir la polarización social y desarrollar una clase media que pudiera amortiguar los elevados niveles de pobreza y exclusión que alimentaban el descontento social, estimulado a su vez por el triunfo reciente y ejemplo de la revolución cubana.

Los intentos norteamericanos para implantar este nuevo modelo para generar un recambio por el modelo polarizante de monocultivos y agro exportación se agotó rápidamente y en 1969 desembocó en la guerra entre El Salvador y Honduras como detonante inmediato del surgimiento de las organizaciones político – militares en El Salvador a inicio de los años 70.

La lucha contra la dictadura militar

El movimiento revolucionario en El Salvador tuvo un rápido crecimiento generando una amplia organización de masas y un ejército guerrillero que en 1980 dio un salto de calidad pasando de iniciales y esporádicos golpes urbanos a un franco enfrentamiento con el ejército de la dictadura, apoyado militar y económicamente por los gobiernos de los Estados Unidos en ese periodo.

La guerra transformó y multiplicó una migración que hasta entonces tenía un carácter económico a otra cada vez más caracterizada por la persecución política desde la dictadura militar. Los migrantes en su inmensa mayoría hacia los Estados Unidos, en pocos años alcanzaron una cifra que rondaba la tercera parte de la población del país (aproximadamente dos millones de salvadoreños), que se convirtieron en la mayor fuente de divisas del país a través del envío de las “remesas familiares” a los parientes que habían dejado atrás.

La lucha de la población contra la dictadura militar se generalizó a todo el país, tomando la guerrilla control de amplias zonas y extendiendo los combates a la periferia de las mismas, lo que afectó seriamente la producción agrícola. La oligarquía latifundista generó un recambio en el modo capitalista de producción abandonando el modelo agroexportador y adoptando un modelo de economía de servicios orientado a captar las crecientes remesas familiares. Ello fue acompañado, para fortalecer el modelo, de un auge en el consumo, el desarrollo de la banca y el comercio culminando con la dolarización de la economía.

El sistema de salud

El desarrollo del Sistema de Salud salvadoreño ha sido determinado por la sucesión, el desarrollo y hegemonía relativa de estos modelos económicos.

Durante la hegemonía del modelo agroexportador cuando no existía o era muy incipiente la clase media y prevalecía la oligarquía burgués-terrateniente y las amplias masas de jornaleros y campesinos, el sistema de salud era fundamentalmente una red caritativa de servicios de salud para los pobres que tenía un precario financiamiento gubernamental.

Cuando se abre paso el modelo de sustitución de exportaciones, a fin de garantizar la productividad de la fuerza laboral industrial y las demandas de la emergente clase media, surge el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, calcado en el clásico sistema bismarckiano de financiamiento tripartito (gobierno, trabajadores y patronos). Este modelo desarrolla un modelo curativo con una mayor cantidad y calidad de prestaciones que contrastaba fuertemente con los limitados servicios que prestaba el sistema público, diseñado para los sectores más pobres sin empleo formal. Sin embargo el modelo de seguridad social nunca excedió una cobertura de un 20% de la población, manteniendo un elevado nivel de abandono y exclusión de grandes contingentes poblacionales.

Durante el recrudescimiento de la guerra y la transición a una economía de servicios, la agresiva burguesía comercial y financiera identificó en el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social una posibilidad para hacer negocios e incrementar sus ingresos a través de la privatización, inicialmente de los servicios hospitalarios y la consulta especializada, pero posteriormente se intentó privatizar todo el modelo, sustituyéndolo por múltiples ofertas de aseguramiento privado según capacidad de pago..

A estas alturas (comienzo de los años 90) la guerra había finalizado con la firma de los acuerdos de paz y los intentos de privatización de la seguridad social y del primer nivel de atención de la red de

servicios del Ministerio de Salud, desemboca en una amplia oleada de protestas populares y el surgimiento de varias organizaciones que luchaban contra la privatización de la salud y que lograron revertir los decretos legislativos y otras maniobras orientadas hacia la privatización de la Seguridad Social.

Durante este período y como contrapartida a los intentos de los gobiernos neoliberales por privatizar los servicios, surgen en el movimiento social numerosos planteamientos de reforma al sistema nacional de salud a fin de generar un sistema de salud más equitativo, menos segmentado, menos fragmentado y más identificado con la defensa del derecho a la salud.

El nuevo gobierno y la Reforma de Salud

La toma de conciencia de la población por un sistema de salud con estas características y el movimiento organizativo surgido al calor de las protestas contra la privatización, encontraron un canal para realizar sus aspiraciones con el triunfo electoral del gobierno actual obtenido en marzo de 2009.

Un amplio proceso de consulta y participación popular se organizó para elaborar la Política Nacional de Salud que guiaría al nuevo gobierno sobre la base de cinco insumos principales: las discusiones sostenidas en el seno del movimiento social y las bases partidarias del FMLN (denominadas mesas del Diálogo Social Abierto), el planteamiento del FMLN contenido en la Plataforma Electoral al “Nace la Esperanza Viene el Cambio”, los aportes de la Alianza Ciudadana contra la Privatización de la Salud (ACCP), los planteamientos sustentados por el Equipo Técnico de Salud del FMLN y el discurso del candidato presidencial del FMLN en la Jornada de Reflexión sobre Salud convocada por las organizaciones integrantes del Sistema de Naciones Unidas.

En su toma de posesión, el Presidente Electo hizo un llamado al país y a la comunidad internacional para conformar “una gran alianza nacional alrededor del tema de salud, una alianza capaz de

propiciar un cambio seguro que beneficie a toda la población, especialmente a la más vulnerable”.

El nuevo presidente de la República comprometió su voluntad política y la gestión de los recursos necesarios, para construir un Sistema Nacional de Salud que, desde la concepción y el compromiso explícito del reconocimiento de la salud como un bien público y un derecho humano fundamental que debería ser garantizado por el Estado, asume la tarea de la construcción colectiva, democrática y participativa de la salud, a partir de bases programáticas que incluyen: el enfoque de derechos humanos, el trabajo intersectorial para el abordaje de la determinación social de la salud, el desarrollo de un sistema nacional de salud equitativo, eficiente, solidario y universal financiado por impuestos generales y la integración, complementación y desarrollo de políticas de salud en el nivel subregional y regional.

La construcción de un sistema con estas características constituía un desafío histórico para el sector salud, que requería complementarse con el fortalecimiento de una organización comunitaria amplia y combativa, para posibilitar que la población pudiera ejercer plenamente su derecho a la salud y desarrollar su rol contralor sobre el Estado.

De esta manera se plantea como objetivo de la política “garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional de Salud que fortalezca sostenidamente lo público (incluyendo a la seguridad social) y regule efectivamente lo privado, el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, un ambiente sano y seguro, incluyendo (pero no limitándose a ello) la creación y el mantenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolutiveidad y con acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas”.

Para operativizar este objetivo se diseñaron ocho ejes fundamentales a impulsar durante los cinco años del periodo gubernamental del “Gobierno del Cambio”:

Redes integrales e integradas de servicios de salud, basadas en cobertura universal y prestación de servicios integrales de promoción, prevención curación y rehabilitación a lo largo de todo el ciclo de vida y definición de un conjunto de prestaciones uniformes para cada nivel de atención

Sistema Nacional de Emergencias Médicas que consiste en un modelo de atención oportuno, eficaz y continuo durante las 24 horas, con la creación de un Centro de Regulación coordinado con la Policía Nacional Civil y la Fuerza Armada, incorporando las instituciones especializadas y de la comunidad rompiendo con la fragmentación actual y pobre calidad del servicio de emergencias médicas.

Medicamentos y vacunas, que percibe garantizar la accesibilidad de medicamentos y vacunas esenciales con la calidad, la seguridad y eficacia necesarias promoviendo su uso racional, extirpando los conflictos de interés y fortaleciendo una única autoridad reguladora farmacéutica.

Trabajo intersectorial e intrasectorial, incorpora instituciones de otros sectores diferentes a salud para debatir y abordar los determinantes de los problemas de salud y de las inequidades entre grupos poblacionales. Igualmente estimulará el debate para avanzar hacia un sistema público integrado que reduzca la segmentación y fragmentación actuales.

Foro Nacional de Salud, una instancia permanente de organización comunitaria territorial y sectorial para la participación y acompañamiento en las decisiones democráticas en salud basado en el derecho a la salud, la universalidad, búsqueda de la equidad, inclusión, calidad y protagonismo ciudadano.

Instituto Nacional de Salud, organización técnico científica adscrita al Ministerio de Salud encargada de elaborar e impulsar las políticas institucionales de investigación, sentar las bases de la escuela de gobierno para la formación de los cuadros de conducción estratégica y coordinar la red laboratorial.

Sistema Único de Información en Salud, un sistema de información con base en software libre para terminar con la fragmentación y el aislamiento encontrado. Una herramienta para sistematizar y analizar datos que faciliten la toma de decisiones informadas en todos los niveles del sistema de servicios y en todas las instancias políticas, financieras y administrativas del sistema nacional de salud.

Recursos Humanos en Salud, creación de una Dirección de Desarrollo de RHS que promueva acciones y estrategias orientadas a un trabajo efectivo y productivo con el convencimiento, capacidad, motivación y compromiso con el proceso de reforma.

La implementación del proceso de Reforma

La importancia concebida por el gobierno a la reforma de Salud se refleja en la asignación presupuestaria que se incrementó en un 74.8% para el primer nivel de atención y un 46.7% para la red hospitalaria.

La primera medida implementada por la actual administración fue la supresión de todo tipo de cobros en el sistema público, a fin de suprimir el perverso programa de recuperación de costos conocido como “cuotas voluntarias” pero que eran realmente obligatorias y se cobraban a la población que acudía al sistema público constituyéndose en una barrera para el acceso a los servicios de salud. La mencionada supresión generó un incremento en la demanda de los servicios de un 25% a nivel nacional.

A continuación se inició el desplazamiento de Equipos Comunitarios de Salud (Ecos) iniciando en los cien municipios más pobres del país con el objetivo de acercar los servicios del primer nivel de atención a éstas áreas tradicionalmente excluidas.

Paralelamente dio inicio la más amplia inversión en infraestructura y equipamiento de la red de servicios de salud en toda la historia del país, lo cual totalizó una inversión histórica de más de 228 millones de dólares. Con 38 de estos millones se duplicó el número de establecimientos del primer nivel de atención y los 190 millones restantes se dedicaron a la red hospitalaria.

El Foro Nacional de Salud creció y se cualificó sostenidamente y el trabajo intersectorial se abrió paso identificando y enfrentando los determinantes sociales de numerosos problemas de salud. Se emprendió la difícil tarea de reparar la ausencia de un marco legal, construyéndolo con más de 400 actores relevantes para regular prioritariamente los medicamentos, el sector privado y los recursos humanos.

El sistema de información unificó en una plataforma basada en Linux más de 40 sistemas convirtiéndose en la columna vertebral del trabajo en Red innovando permanentemente y trasladando su experiencia a nuevos ámbitos subregionales.

En medio de una abierta confrontación con la industria químico-farmacéutica se promulgó una Ley de Medicamentos que unificó la regulación del sector, desplazó a los comercializadores de medicamentos del organismo regulador, instauró un sistema de regulación de precios y mecanismos de control de calidad

Algunos de sus logros

Los resultados de este amplio y profundo trabajo han impactado en indicadores institucionales que reflejan la recuperación del sistema público y la reorientación del mismo hacia un Abordaje de Derechos y hacia la Atención Primaria de Salud Integral (concebida esta no como un nivel de atención, sino en el espíritu original de Alma Ata. Entre ellos podríamos citar el cumplimiento del objetivo del milenio 4 relacionado a la mortalidad materna, la reducción del precio de los medicamentos hasta en un 60% que ha tenido una clara incidencia en la reducción del gasto de bolsillo de las familias en salud, revirtiendo la relación de la inversión privada y pública de un 60% de gasto privado y 40% gasto público en 2009 a un 40% de gasto privado y 60% gasto público en 2012. Incremento del control prenatal al 90% y del parto institucional al 95%. Incremento de las camas hospitalarias de 0.7 por mil habitantes en 2009 a 1.14 por mil habitantes en 2013. La mortalidad institucional se ha reducido en un 20% como consecuencia del fortalecimiento de la red hospitalaria y del trabajo en red de todos los niveles de atención. El desabastecimiento de medicamentos de la red pública se redujo del 50% a un 15% en promedio, se revirtió conside-

rablemente la distribución inequitativa de los recursos humanos en el terreno. El sistema se puso a la vanguardia continental en el control de las epidemias de dengue (con la más baja tasa de letalidad del continente), influenza AH1N1, desastres socio-naturales derivados del cambio climático y otras desarrollando e implementando metodologías innovadoras como los "filtros escolares", las "alertas estratificadas", la capacitación concentrada y masiva de los recursos humanos en temas relevantes y muchos más.

Los principales obstáculos y limitaciones

Cada vez que se incursionó para regular un ámbito privado se abrió un campo de batalla: La Ley de Medicamentos nos hizo confrontar con la industria QF, la Política de Lactancia Materna con los comercializadores de sucedáneos de la leche materna, la regulación de los agroquímicos tóxicos con la Agroindustria, la política de Salud Sexual y Reproductiva con los sectores religiosos ultraconservadores, la modernización hospitalaria de la red pública con el poderoso complejo médico industrial, la contaminación acuífera de metales pesados con la industria minera, etc.

No obstante lo anterior, el principal desafío para el próximo gobierno lo constituye la sostenibilidad y profundización del proceso de reforma, lo cual supone una reorganización radical del fragmentado marco legal ,actual y una profunda reforma fiscal que amplíe la base tributaria y reduzca sustancialmente la elusión, la evasión y la corrupción a fin de hacer llegar los recursos necesarios para la sostenibilidad de la Reforma de Salud y demás programas sociales que ha desarrollado el gobierno del cambio como la Reforma Educativa y otros ligados al desarrollo de un Sistema de Protección Social Universal.

El Salvador ha entrado en un proceso esperanzador pero crítico para generar irreversibilidad de los logros y profundización del proceso de reforma de salud o para retornar al pasado excluyente de hace apenas 5 años. Un polarizante proceso electoral para definir un nuevo gobierno se realizará en Febrero de 2014 y la Salud es un punto candente de la contienda electoral, tanto como El Salvador un campo de

batalla de emergentes enfrentamientos económico-políticos que recuerdan la guerra fría.

Lo que está en juego en Febrero próximo no es un simple cambio de la figura presidencial: es una batalla por la inequidad y la justicia social y por el ejercicio pleno de los Derechos Humanos Fundamentales incluyendo Salud. Se trata de una lucha definitiva por la autodeterminación de los pueblos y por la imperiosa necesidad de construir entornos saludables y ecosistemas equilibrados

Capítulo 10.

La reforma al Sistema de salud en México: una historia no contada.

Asa Cristina Laurell

En la actualidad todo mundo parece estar de acuerdo con la cobertura universal de salud. Sin embargo existen al menos dos formas de entender esta noción. La hegemónica es la “Cobertura Universal de Salud” (UHC por sus siglas en inglés) promovida entre otros por el Banco Mundial, la Fundación Rockefeller, el Foro Económico Mundial, la revista *The Lancet* y parcialmente por la OMS. Su noción es la de un modelo de aseguramiento con un paquete básico y explícito, frecuentemente muy restringido, y una pluralidad de administradoras de fondos/compradores de servicios y proveedores, públicos y privados, con pagos de acuerdo al ingreso. La otra noción es la de un sistema único y público de salud financiado con recursos fiscales y conducido con el principio de acceso igual a los servicios ante la misma necesidad. Lo que está en juego es optar por la lógica de un sistema de salud basado en la competencia y la mercantilización o la lógica de un sistema de salud guiado por las necesidades de salud.

Aunque ambas propuestas aparentemente defienden los mismos valores tales como el derecho a la salud, la equidad, el universalismo, la solidaridad, etcétera, dichas palabras tienen distintos significados de acuerdo a quien las use. Asistimos entonces a una batalla por el discurso o en una especie de “guerra ideológica”. La razón de esto es que se trata de valores sociales ampliamente aceptados y rechazarlos abiertamente no es una estrategia política viable.

América Latina ha sido un terreno experimental para las reformas en salud tipo “UHC” desde las reformas en salud y seguridad social de Pinochet a mediados de los 70’s y con una oleada de reformas neoliberales en la mayoría de los países en los 90’s.¹ (ISAGS, 2012). La más difundida fue la reforma colombiana de 1993, misma que se recomendó a otros países como un modelo exitoso.

Con el virtual colapso de la reforma colombiana, reconocido incluso por el gobierno (Franco, 2013), la reforma de salud mexicana y el Seguro Popular tomaron el lugar de Colombia en la escena internacional. Pero la historia brillante que se ha contado respecto al Seguro Popular no corresponde con la realidad que está sufriendo los mexicanos. La historia oficial ha sido cuestionada (Laurell, 2007) pero las investigaciones en esta dirección son ignoradas o etiquetadas como “literatura gris”.

El Sistema de salud mexicano.

Para entender la reforma de un sistema de salud es esencial considerar la estructura del mismo, que está siendo reformada y que modula el proceso. El sistema de salud en México está segmentado y fragmentado pero es predominantemente **público**. El camino hacia la cobertura universal descansó durante cuatro décadas en una estrategia de ampliar la seguridad social y en 1982 cerca de 70% de la población estaba cubierta por la seguridad social incluyendo una parte importante de la población rural. Contaba con su propia infraestructura y personal asalariado mientras que el aseguramiento y prestación privada eran marginales (Laurell 2001).

El viraje se dio con la crisis de la deuda en 1983 cuando el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional impusieron un plan de ajuste aceptado por el Gobierno. Desde entonces, la sociedad mexicana ha sido reorganizada sobre las premisas de la economía neoclásica y la ideología neoliberal. Esto ha tenido un profundo impacto en el sis-

¹ América Latina ha mostrado también experiencias de sistemas de salud dirigidos por las necesidades, únicos y públicos, por ejemplo en Brasil, Venezuela, Bolivia, Ecuador, El Salvador y otros después de los triunfos de gobiernos progresistas en Sur y Centroamérica

tema de salud, pero su parte pública es aun fuerte y es el principal asegurador-proveedor, mientras que los seguros de salud y los grandes hospitales privados desempeñan un papel marginal. A pesar de que médicos privados en esquemas liberales y farmacias con o sin médico desempeñan un papel relevante en atención ambulatoria, los proveedores públicos atienden más de la mitad de la población y son dominantes en atención hospitalaria y acciones de salud pública (Laurell 2013).

Una reforma paso a paso con una sola concepción.

El ajuste fiscal sometió al sistema de salud a un desfinanciamiento abrupto por razones políticas y económicas. La Secretaría de salud sufrió un enorme recorte presupuestal y las cuotas de la seguridad social cayeron drásticamente como el resultado de la caída de los salarios y del empleo formal. El sub financiamiento persistió durante dos décadas y socavó las instituciones públicas de salud y allanaron el camino para la reforma neoliberal.

La reforma estructural al Sistema de salud empezó en 1995 y aun no se ha concluido. Ha atravesado varios periodos pero la concepción que subyace es la misma. La propuesta básica es introducir la competencia administrada de Enthoven en su adaptación latinoamericana, el Pluralismo Estructurado elaborada por Frenk y Londoño (1997) cuando eran consultores del Banco Mundial. El plan consiste en separar la regulación, la administración de fondos/ compra de servicios y la provisión de servicios. La separación de estas funciones es esencial ya que permite la inserción del mercado y la competencia y consecuentemente la mercantilización del sistema de salud.

La primera fase de la reforma (Laurell 2001) transcurrió de 1995 a 1997 y su blanco principal fue la institución de seguridad social para trabajadores de empresas privadas -IMSS- que por sí sola maneja 60% de los fondos públicos. La reforma cambió el financiamiento del seguro de salud reduciendo la cuota de los empresarios y aumentando

2 Seguridad social y Secretaría de Salud

3 Ministro responsable de la reforma colombiana de seguridad social.

la del gobierno cerca de 5 veces más. Aun así se produjo una caída de los fondos. Adicionalmente el FMI condicionó su préstamo puente a la introducción de administradoras privadas de fondos y la autonomía de gestión de los servicios médicos del IMSS y con la apertura a proveedores privados. Esta parte de la reforma fracasó, esencialmente debido a un fuerte movimiento de resistencia y por la posibilidad de que la atención a la salud de la seguridad social para la mayoría de la población se colapsara.

La segunda parte de la reforma durante este periodo fue la descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de salud al nivel estatal y la cobertura “universal” de un pequeño paquete de salud que incluía escasas 17 intervenciones.

El Seguro Popular: el actual “caso exitoso”

El fracaso para establecer la separación entre el pagador y proveedor en el IMSS y para introducir administradores privados de fondos de salud condujo a una modificación en la estrategia cuando un gobierno de derecha ganó la elección presidencial en el año 2000. El nuevo ministro de salud era Frenk que planteaba concluir la conversión del sistema de salud a un plenamente desarrollado Pluralismo Estructurado, a pesar de los severos problemas enfrentados por su reforma gemela en Colombia después de cerca de una década de implementación. De esta forma, la Ley General de Salud fue modificada en 2003 y se estableció el Sistema Nacional de Protección Social en Salud después de algunas negociaciones tras bambalinas en el Congreso (Laurell 2007).

El Seguro Popular (SP) es el programa operativo de ese sistema. Es un seguro **voluntario** para personas que no están cubiertas por el aseguramiento de la seguridad social y ofrece un paquete explícito básico de 274 intervenciones incluyendo fármacos y ocho enfermedades de gastos catastróficos en adultos, mientras que en el caso de los niños la cobertura es más amplia. Sin embargo, el SP excluye enfermedades frecuentes de alto costo como trauma múltiple, enfermedad cardiovascular, accidentes cerebro-vasculares, la mayoría de los cánceres, insuficiencia renal, etcétera que los pacientes tienen que pagar. Para hacernos una idea, el SP corresponde al 11% de lo que la se-

guridad social provee a sus derechohabientes de manera gratuita. El SP es gratuito para los grupos de más bajos ingresos y los demás pagan una prima de entre 3% a 4% de su ingreso (Laurell 2013) ⁴

El SP es financiado por fondos fiscales federales, fondos fiscales estatales y primas familiares establecidos en la Ley. La estructura organizacional del SP es basada en el *pluralismo estructurado* y la seguridad sanitaria es responsabilidad de agencias descentralizadas al nivel federal y estatal. El gobierno federal recolecta, administra y transfiere fondos a los administradores de fondos estatales (repss) de acuerdo al número afiliados y a un fondo especial para “gastos catastróficos” que sirve para comprar a prestadores públicos o privados servicios de salud personales para los afiliados. Las acciones de salud pública son financiadas por un fondo especial y son una responsabilidad compartida entre la Secretaría de salud federal y de los servicios estatales de salud ya descentralizados.

La Secretaría de salud afirma que sumando los asegurados de la seguridad social y del SP se ha alcanzado la cobertura universal de aseguramiento. Sin embargo esto se refuta por otras fuentes de datos oficiales como en censo 2010 y la encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares de 2012 que demuestran que entre el 21 y el 25% de la población carece de cobertura de aseguramiento, lo que corresponde a entre 25 y 30 millones de personas. Además se muestra que no es cierto que los principales beneficiarios del SP sean la parte más pobre de la población: 37% del quintil de ingresos más bajo no está asegurado.

Las estadísticas oficiales también muestran que el SP está proveyendo a sus afiliados mucho menos servicios que los sistemas públicos de seguridad social. (ver cuadro 1)

Estos datos muestran que, en presencia de un paquete restringido de servicios, la cobertura de aseguramiento no significa acceso.

⁴ El resto de este texto se basa en esta referencia a no ser que se señale otra cosa.

En el caso mexicano la desigual distribución de instalaciones y recursos humanos agrega barreras al acceso dado que la expansión de la afiliación en el SP no se ha acompañado de un aumento en las instalaciones de servicios.

Hasta ahora el SP solo ha contratado marginalmente proveedores privados lo cual significa que con o sin SP la población es atendida en las mismas instalaciones pero con una diferencia crucial: la población del SP tiene preferencia para recibir atención, mientras que la pobla-

Cuadro 1. Comparación de la provisión de servicios por tipo de seguro

Tipo de servicio	Seguro Popular	IMSS
Consulta¹	1,4	3,0
Urgencias¹	0,07	0,43
Hospitalización²	2,7	4,8

1/ por persona ; 2/ por 1.000 personas aseguradas

Fuente: Laurell (2013)

ción sin SP es discriminada en los servicios públicos. Comparando el acceso a la atención teniendo problemas de salud entre los no asegurados, los del SP y aquellos con seguridad social laboral se encontró que el 15,9% de no asegurados, el 12,5% con SP y el 6,4% con seguridad social no recibieron atención. Tanto los no asegurados como los con SP tuvieron como principal causa del no acceso la existencia de barreras económicas. En este contexto debe de resaltarse que por cada peso de gasto de bolsillo del afiliado al SP, este último gasta 0.93 pesos, mientras que para la seguridad social ésta aporta 1.39 pesos. El Seguro Popular proporciona una ligera protección contra “gastos ca-

tastróficos” en comparación con los no asegurados pero los datos previos revelan que los afiliados aún tienen un gasto de bolsillo considerable. Debe enfatizarse también que las proporciones entre el gasto público y el privado en salud han cambiado muy poco.

Otro problema del SP es que el monto de los recursos financieros federales a ser provistos por persona y transferidos los estados son mucho menores a los estipulados por la ley y adicionalmente hay un subejercicio importante. El presupuesto del SP se ha incrementado cerca de 300% desde que inició pero el gasto en salud para la población sin seguridad social es un poco menor que el objetivo fijado en 1 % del Producto Interno Bruto. La Secretaría de Salud se enorgullece de haber acercado el gasto por persona entre el SP y la seguridad social pero no dice nada respecto a que el gasto per cápita en la seguridad social se mantiene estacionario.

Este hecho nos da una pista de cuál es la estrategia para completar el *pluralismo estructurado*. El gobierno actual está anunciando que en 2014 se legislará y pondrá en marcha un *Sistema Universal de Salud*. Es decir, todos los mexicanos serían cubiertos por un seguro básico que garantizaría a un paquete explícito de servicios y que podrá escoger libremente su proveedor ya sea público o privado. La lectura de la agenda oculta detrás de esta propuesta revela que el paquete de servicios es el del SP y la libre elección del proveedor significa que los proveedores privados serán promovidos y los institutos de seguridad social obligados a atender a todos a pesar de sus instalaciones sobrecargadas. Dado que el aseguramiento básico sólo daría acceso a servicios básicos se crea un amplio espacio para el aseguramiento privado complementario. Esto significa que cerca de 50% de los mexicanos perderán la mayor parte de sus beneficios en salud o tendrán que contratar tales seguros complementarios.

Sin embargo este fin de esta historia es muy incierto. Como hemos visto el aseguramiento en salud está lejos de ser universal; hay una carencia de servicios para proporcionar incluso atención básica; es poco probable que los proveedores privados movidos por la ganancia cierren la brecha de falta servicios; la separación entre pagador y proveedor en la seguridad social ha sido inviable y ha provocado resis-

tencias; y bajar los beneficios de salud al 50% de la población es un conflicto político mayor. Finalmente, de manera previsible, nadie ha probado algún efecto positivo en la salud de la reforma e incluso sus creadores reconocen que las actividades de salud pública han sido progresivamente abandonadas. En relación a este hecho el Banco Mundial argumenta que *iel impacto en la salud no fue un objetivo de esta reforma!* (Giedion, Alfonso, Díaz, 2013)

Referencias.

1. ISAGS (2012). *Sistemas de salud en suramerica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro; Instituto Suramericano de Gobierno en Salud
2. Franco S (2013). Entre los negocios y los derechos (Between business and rights) *Revista Cubana de Salud Pública* 39(2): 268-284.
3. Enthoven A (1988). 'Managed competition: an agenda for action' *Health Affairs* 7(3): 25-47.
4. Giedion U, Alfonso EA, Díaz Y (2013). *The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence*. UNICO Studies Series 25. World Bank; Washington DC.
5. Knaul F et al. (2012). 'The quest for universal health coverage. achieving social protection for all in Mexico.' *Lancet* 380(9849): 1259-79.
6. Laurell AC. (2001). 'Health reform in Mexico: The promotion of inequality'. *Int J Health Serv.* 31(2): 291-321.
7. Laurell AC. (2007). 'Health system reform in Mexico. A critical review'. *Int J Health Serv.* 37(3): 515-535.
8. Laurell AC (2013). *El impacto del Seguro Popular sobre el sistema de salud mexicano*. CLACSO; Buenos Aires. Available at: www.asacristinalaurell.com.mx
9. Londoño JL and J Frenk (1997) 'Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America' *Health Policy* 41(1): 1-36.

Capítulo 11.

La muerte materna en Chiapas: una historia inacabada

Javier Sánchez

Entre las estrategias que México adoptó para alcanzar una de las metas del Objetivo del Milenio Número 5, consistente en reducir la muerte materna, se ha promovido el parto institucional como una forma a su vez, de incidir sobre el indicador relacionado con los partos atendidos por personal capacitado. En la práctica, esta decisión se ha traducido en una creciente saturación de los servicios hospitalarios con la atención de partos normales. Esta situación ha creado un problema colateral: la disminución en la calidad de la atención de las urgencias obstétricas. Esta situación se presenta de una manera más grave en regiones con altos niveles de pobreza y marginación, como el estado de Chiapas, las cuales han estado caracterizadas por elevados índices de muertes maternas, pero sobre la cual se puede destacar que un número importante ocurren en hospitales.

La política de dismantelar la capacidad de atender partos en el primer nivel de atención y, la tácita prohibición de que las parteras tradicionales atiendan partos, en aras de que estos sean atendidos por “personal capacitado”, ha traído como consecuencia la saturación de hospitales de referencia, los cuales no tienen la capacidad resolutive para atender un alto número de partos. Hospitales, como el de San Cristóbal de Las Casas, al cual se refieren numerosos casos de urgencias obstétricas de la región Altos de Chiapas (habitada por una población con un alto porcentaje de población indígena, con marcados niveles de pobreza y exclusión social, notable dispersión demográfica y graves rezagos históricos de salud), pero también de partos que no necesariamente tendrían que ser atendidos en este nivel de atención.

El caso de muerte materna descrito a continuación ilustra claramente, la inadecuación técnica y cultural de los servicios médicos en los Altos de Chiapas, la cual se aúna al insuficiente personal calificado para atender un creciente número de partos normales, entre los que se presentan urgencias que no son atendidas con el apego a los protocolos y sin la disponibilidad de una sala de cuidados intensivos.

En octubre de 2013, Susana, una mujer indígena tzotzil de 26 años de edad, de la comunidad Cruztón (municipio de San Juan Chamula), murió en el Hospital de la Mujer de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Todo apunta a que murió por negligencia médica. Fue mal diagnosticada, le hicieron una cesárea tardía y posteriormente le extrajeron la vesícula biliar. Posteriormente, cuidados postoperatorios inadecuados llevaron a esta joven mujer a una muerte que era altamente evitable.

El caso de Susana ha sido objeto de una demanda jurídica interpuesta por los familiares y apoyada por organizaciones civiles, debida no sólo a los errores médicos, sino también porque tanto Susana como sus familiares fueron objeto de maltratos que evidenciaron la falta de adecuación cultural de un servicio de atención que atiende mayoritariamente a mujeres indígenas. Esta demanda se ha convertido en un caso de litigio estratégico que ha estimulado la discusión de varios temas importantes, entre los que destacan la necesidad de fortalecer la capacidad técnica y física para atender partos normales en el primer nivel de atención, mejoras en la capacitación del personal médico y en la supervisión de la aplicación de protocolos de atención, la elaboración de normas técnicas para la atención intercultural y la dotación al hospital de una sala para cuidados intensivos. Sin embargo, a otro nivel, este caso deberá también conducir a una revisión sobre las políticas públicas que están ocasionando la saturación de los hospitales con la atención de partos normales, el incremento de cesáreas innecesarias y el alejamiento entre las parteras tradicionales y los servicios de salud oficiales, cuando la norma debería ser que, en un contexto intercultural, la cooperación estrecha entre el personal médico profesional y las parteras para una atención conjunta de los partos normales. En cambio, la creciente proporción de partos normales y cesáreas injustificadas son terreno propicio para la sobre medicalización y re-

petición de actos de violencia durante el parto y errores técnicos, como los que determinaron la muerte materna anteriormente descrita.

En 2011, en Chiapas ocurrieron al menos 60 muertes maternas –ese es el número registrado por los servicios de salud- 50% fueron de mujeres indígenas, 67% murieron en una clínica u hospital de servicios públicos y otro 8% en una clínica u hospital de instituciones de seguridad social. 43% se había atendido de su parto en una clínica u hospital de servicios de salu

d públicos. En 2012 ocurrieron cuando menos otras 68 muertes maternas.

¿Qué implicaciones tiene la sobrecapacidad de los hospitales?

1. Que no se sepa las condiciones en que nacen un gran número de niños (los que siguen naciendo en partos atendidos por parteras);

2. Que el primer nivel de atención no esté preparado (en capacitación y en insumos) para atender partos que podrían atenderse ahí;

3. Que los servicios hospitalarios no se den abasto por la atención de embarazos y partos que podrían atenderse por parteras o en el primer nivel de atención, y que reducen las posibilidades de que el personal y los recursos hospitalarios atiendan a las mujeres que realmente sí lo necesitan.

Ello ocasiona que gran parte de las muertes maternas ocurran en hospitales; y, 4. En los hospitales, las posibilidades de atender a la mujer de acuerdo a sus características socioculturales, son más reducidas, teniendo con ese solo hecho, una menor calidad de la atención. Esto abarca desde la propia atención médica, hasta aspectos como la alimentación (de la madre y familiares que la acompañen).

Si bien la cobertura de los servicios públicos en México ha aumentado considerablemente, las inequidades regionales se siguen profundizando no sólo en términos de cobertura, sino también en la calidad de la atención que se brindan en los servicios de salud. En este contexto, el proceso de institucionalización del parto ha sido paralelo

al desmantelamiento de la capacidad de atención del parto en el primer nivel de atención, lo que ha dado entre otros resultados, no solo el panorama descrito anteriormente, sino también el aumento sostenido de cesáreas injustificadas (en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2012, se encontró un 45% de cesáreas en 2012). En Chiapas, gran parte de las muertes maternas son evitables mediante medidas tales como la estabilización en el primer nivel de atención, antes de ser referidas a un hospital. En este sentido, la falta de recursos económicos para trasladarse y, la falta de capacidad resolutive de los servicios, entre otros aspectos, contribuyen a la persistencia de altos niveles de mortalidad materna en Chiapas.

El caso de la muerte de Susana evidencia una serie de factores que deben ser modificados para, efectivamente, reducir las muertes en aquellos casos de urgencias obstétricas que llegan a los hospitales; algunos de estos corresponden a problemas técnicos y la falta de apego a los protocolos de tratamiento. Sin embargo, otros están más relacionados con la falta de sensibilidad y de responsabilidad en el personal, aunada a una insuficiente supervisión. En los hospitales que atienden poblaciones mayoritariamente indígenas, la falta de adecuación cultural y el frecuente maltrato a las pacientes y a sus familiares, abona a una desconfianza que a su vez, tiene como consecuencia que se retrase o se evite el envío a un hospital, frecuentemente con consecuencias indeseables.

Menos de la tercera parte de las mujeres en Chiapas, son indígenas. Sin embargo, la mitad de las mujeres que mueren por causas maternas son indígenas, situación que contrasta con lo que ocurre en todo el país, en el que el 16% de este tipo de muertes son de mujeres indígenas. En el caso de Chiapas, el mayor riesgo de muerte de estas mujeres es una evidencia irrefutable de cómo la desigualdad y la discriminación son una causa persistente de muertes evitables que parecen no tener fin, al menos hasta que no se desarrollen políticas y acciones concretas eficaces.

Una de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para alcanzar los Objetivos para el Desarrollo del Milenio 4 y 5 es que todos los partos sean atendidos por personal capacitado. Sin

embargo, en lugares como Chiapas, en donde no existe una suficiente oferta de parteras profesionales, la respuesta no ha sido el desarrollo de un esfuerzo coordinado y suficiente para mejorar la capacidad técnica de las parteras tradicionales existentes y la puesta en vigor de un plan de trabajo colaborativo codo a codo con el personal médico institucional, sino en una explícita prohibición a las parteras de atender partos y que se limiten a una función de acompañantes y colaboradoras de una indiscriminada referencia de partos complicados y normales hacia los hospitales.

En 2012, mientras a nivel nacional la cobertura de partos institucionales llegaba al 94%, en estados como Chiapas, apenas era del 60.5%, lo que significa que cuando menos, 60,000 niños nacieron fuera de los servicios de salud. Si se abatiera por completo la cifra de partos domiciliarios en Chiapas y éstos fueran atendidos en hospitales, la saturación se incrementaría y se produciría aún un mayor deterioro de la calidad de la atención.

Es un hecho que, con, sin o a pesar de políticas públicas, las parteras tradicionales siguen y seguirán atendiendo partos, pero ahora más alejadas de la supervisión y la capacitación y dominadas por una percepción de que su trabajo es clandestino. Con ello aumenta la dificultad de articular los esfuerzos de todos los actores para enfrentar y disminuir las muertes maternas.

Capítulo 12

La eliminación del cólera en Haití y la dicotomía de los refugiados

Global Health Watch con los valiosos insumos de Matthew Anderson y Mathieu Poirier

Conexiones ilusorias

La historia de la introducción del cólera en Haití está entrelazada con la de dos grupos de refugiados; uno que predomina en los encabezados, y otro que está oculto a la vista. Muy lejos de controlar y eventualmente eliminar la enfermedad, antes abrirse la senda de la transmisión experimentada desde Octubre de 2010 y aun antes de la introducción de la bacteria causal al país, el pasado y futuro de esta epidemia ha dependido y dependerá de estas dos clases de refugiados.

La conciencia popular de la epidemia de cólera en los países donantes se ha basado en una narrativa fabricada que se ha centrado en los apuros del grupo de refugiados en el centro de atención internacional –aquellos afectados por el terremoto de enero de 2010. De acuerdo a esta narrativa, estos refugiados, o más precisamente, las personas desplazadas internamente (PDI) que perdieron todo en el terremoto, fueron reducidas a vivir en condiciones de miseria tales que la difusión de la enfermedad fue inevitable. Con notas periodísticas fusionando estos asuntos y llamados de las ONG pidiendo donaciones con frases como “Desde el devastador terremoto en octubre de 2010” o con llamativas fotos de las PDI en ciudades de carpas pidiendo donaciones^{1,2}, se entiende como esta narrativa continua predominando en el panorama conceptual. Sin embargo, ¿qué papel tuvieron

y tienen las consecuencias del terremoto en la introducción y diseminación del cólera en la isla?

Dos relatos y una epidemia

El origen de la epidemia puede trazarse hacia la pequeña ciudad de Meille, ciudad sede del MINUSTAH, base formada con soldados de varios países, incluyendo Nepal^[3] La negligencia de parte de un contratista y la las topas de NU condujo a la contaminación por agua no tratada del Rio Artibonite, causando la primera epidemia en las ciudades rio abajo que es el más grande del país⁴. Es importante hacer notar que ninguna de estas ciudades experimentó daños considerables por el terremoto y que esta primera fase de la epidemia no fue relacionada con huracanes o la época de lluvias. Una segunda fase epidémica explosiva surgió pronto en el Artibonite y los departamentos centrales alimentada por el huracán Thomas, aun fuera de la zona de desastre por el terremoto^[5]. Finalmente una sucesión de oleadas epidémicas llevó la enfermedad a todos los rincones del país. A pesar de estos hechos, aun respetados epidemiólogos en cólera han sido influenciados por la popular narrativa que establece que la epidemia podría deberse al daño en la red de agua y sanidad derivada del terremoto y a condiciones de vida no higiénicas en los campos de PDI, conjetura que ha sido fuertemente rechazada por el consorcio que por estudió por primera vez el brote. ^[6,7]

Para diciembre de 2013, había un estimado de 694,842 casos y 8,494 muertes atribuibles al cólera, sin embargo, el total verdadero es casi seguro mayor debido al sub registro y la infección subclínica^[1,8]. Las tasas de ataque experimentadas en algunas áreas fueron órdenes de magnitud mayores que las que se vivieron en la epidemia de 1991 en Latinoamérica así como las epidemias más recientes en África. Sin embargo los campos de PDI consistentemente tuvieron tasas menores de cólera que las comunidades que los rodean^[3,8-10]. Lo que vino a ser claro sobre la manera en extendió la epidemia es que la causa de ésta era la ausencia de largo plazo de acceso a agua segura y sanidad, es decir la pobreza.

Mientras que las raíces de la epidemia no pueden apuntarse hacia las PDI, hay otro grupo de refugiados cuyas historias se encuentran vinculadas a las del cólera en Haití. Este grupo es el de los millones de migrantes económicos y políticos quienes por décadas han dejado el país en busca de una vida mejor. A pesar de que la migración puede y ha beneficiado a Haití bajo la forma de las remesas, las cuales se estima que contribuyen con 25% del Producto Nacional Bruto (PNB)^[11], la pérdida continua de la amplia mayoría de trabajadores calificados y de la élite educada ha tenido un efecto devastador en el desarrollo del país. De hecho, mientras que sólo el 5.7% de los trabajadores poco calificados ha emigrado, 83.4% del trabajo altamente calificado ha dejado el país, lo cual ha bajado el PNB más que lo recuperado con remesas^[12]. Adicionalmente la tasa de médicos migrantes ha oscilado entre 34.9% a 66% anualmente desde 1991 a 2004^[13]. Este flujo constante de trabajadores de la salud, ingenieros y personal gubernamental que podría haber contribuido a un desarrollo sostenible de su país de nacimiento, y posiblemente podría haber reducido o prevenido el impacto que hemos visto ha tenido la epidemia. Sin embargo, con la enfermedad ahora introducida, lo que queda frente a nosotros es cómo lanzar una intervención compleja de salud en contra de la epidemia.

Moviéndose hacia la coherencia.

Los dos primeros años de intervenciones contra la enfermedad se caracterizaron por problemas que consistentemente habían afectado Haití –una extrema fragmentación de las organizaciones y actividades y una dependencia de la caridad de los donantes- A esto se debe que el vínculo paradójico de las PDI con la epidemia de cólera a pesar de que no pudiese explicarse la introducción del cólera con las PDI. El modelo caritativo de ayuda humanitaria condujo a la mayoría de los grupos a enfocarse en las personas sufriendo más visiblemente para maximizar las donaciones lo cual les permitiría mantenerse operando en el país. Más aun, mucho de los recursos fueron gastados en campos de refugiados de PDI debido a que los grupos humanitarios estaban trabajando en esas áreas y correctamente temían que de no actuar el cólera se extendería rampantemente en las condiciones de hacinamiento^[1]. Mientras que lo limitado del embate de la epidemia a las

PDI puede verse como un éxito, la debilidad de la respuesta pronto sería evidente.

Dos años después, los donativos a ONG bajaron dramáticamente, resultando en una caída de 120 organizaciones humanitarias en 2011 a 43 en 2013 y en una concurrente caída en los centros de tratamiento del cólera de 250 en 2011 a 150 en 2013. . Más aun, el modo subyacente de transmisión de la enfermedad no cambió con sólo 64% de la población teniendo acceso a agua potable segura y 26% teniendo a mejoría sanitaria. Aun los hasta ahora campos de PDI, que son ahora menores en número podrían estar transitando a mayor riesgo con menos ONG y recursos asignados cada año^[14,15]. En vista de la desaceleración del progreso, se ha propuesto un enfoque unificado por el gobierno haitiano para la eliminación, marcando una nueva dirección para este esfuerzo.

El Plan Nacional para la eliminación del Cólera en Haití marca un cambio de la estrategia inicial en varias maneras. El plan a diez años claramente establece una serie de metas agresivas pero realistas para el control y eventual eliminación de la enfermedad. Desarrollado en conjunción con los patrocinadores bi y multilaterales más importantes y enfatizando que la cooperación con estos actores aun es crucial, es más que nunca claro que el gobierno de Haití busca tomar el papel de líder en dirigir estos esfuerzos, aun refiriéndose a la “fragmentación institucional” y la pérdida de personal nacional hacia ONG y proveedores de fondos. Una institución clave será la Dirección Nacional para el Suministro de Agua y Sanidad (DINEPA), la cual no sólo ayudará a aumentar el acceso a agua potable a 85% y cobertura sanitaria a 90% de la población en 2022, sino que también se encargará de establecer una red nacional de suministro de agua comunal y técnicos sanitarios. Adicionalmente, el Ministerio de Salud Pública y Población (MSPP) será fortalecido, aumentando los agentes de salud comunitaria al menos a 1 por cada 500 a 1000 personas. Este plan encomiable se ha presupuestado en aproximadamente 2.2 billones de dólares en un plazo de diez años; un costo que marca el próximo reto para Haití.

De dos grupos a dos caminos.

Con un plan desarrollado para eliminar el cólera en un periodo de diez años, lo que está por verse es a que nivel será financiado y de qué manera se conseguirán los fondos. Con un gasto gubernamental global de 3 billones de dólares por año, de los cuales la mitad proviene de apoyos extranjeros y préstamos, es claro que el financiamiento dependerá de fondos externos^[17]. Los déficit actualmente se empiezan a hacer aparentes con solo 10 millones de dólares de 38 millones de fondos de emergencia solicitados en 2013 y menos de 50% de fondos entregados para la fase inicial de dos años^[14]. Más aun, se ha reportado una inquietud de las ONG y donantes mayores como USAID para canalizar sus recursos a través de este fondo, prefiriendo retener el completo control sobre el uso de sus recursos^[18]. El modelo caritativo sobre la base del cual se hacen estas peticiones de financiamiento al que se ha recurrido para fusionar la crisis de las PDI y la del cólera de manera de contar con mayores donativos empieza a mostrar la debilidad que le ha debilitado alrededor del mundo. Los donantes se cansan de las crisis, existe una fragmentación constante de las actividades e intereses y la incertidumbre de los presupuestos puede volver inútil aun al mejor de los planes. Es de cara a estas realidades que deben de examinarse las alternativas.

Se han propuesto muchos modelos que podrían contribuir a niveles suficientes y confiables de ayuda para fluir a los programas tales como la eliminación del cólera. Una de dichas propuestas nos remite a la clase de refugiados que han escapado de la atención popular. El impuesto Bhawati, o impuesto a los países de altos ingresos por aquellos migrantes altamente calificados perdidos que han ido hacia ellos como una compensación por los costos de educación, podría tener un impacto grande en Haití ^[12]. Otras estructuras como los pisos de protección social, financiadas ya sea por impuestos a transacciones financieras internacionales o por mecanismos de equidad nacionales, no sólo proveerían suficientes recursos para financiar este plan, sino que aliviarían la pobreza extrema que permitió al cólera instalarse en primer plano^[19,20]. Mientras que estos esquemas realístamente están muy lejos de crearse para lograr este plan de diez años, hay una organización que tiene la capacidad de contribuir de manera inmediata en el financiamiento basada en los principios de solidaridad internacional y equidad –las Naciones Unidas.

El MINUSTAH, la importante misión que ha admitido al responsabilidad de la introducción de *Vibrio cholerae* en Haití en su propio reporte^[4], recibirá 576 millones de dólares en el siguiente año y en los últimos diez años ha recibido de la ONU 5.98 billones de dólares^[21,22]. Estos fondos se calculan mediante un algoritmo ponderado por el estatus económico nacional, resultando los principales países donantes los EUA, Japón, Alemania, Francia, el RU y China^[21]. Esto se debe a la influencia de esos principales países donantes que consideran aceptable gastan en la defensa militar de la paz, pero que no del todo lo es financiar el plan haitiano de eliminación del cólera. Este financiamiento equitativo podría implementarse rápidamente, podría probablemente calmar aquellas formas de buscar compensaciones por las NU bajo la forma de un único acuerdo legal^[23] y garantizaría la continuidad de financiamiento para las organizaciones que lo implemente.

Cuál camino tomará el plan, y en conjunción, cuál grupo de refugiados predominará en los encabezados, está por verse. ¿Habrá un cambio de paradigma reconociendo a la pobreza, tanto individual como institucional, como la razón para que el cólera fuera posible de introducirse y diseminarse de manera explosiva hasta la fecha? ¿Podrán los millones de migrantes económicos y políticos que han huido de esta pobreza ser reconocidos como no sólo una parte del conjunto de asuntos subyacentes que han declarado esta epidemia, sino también como un reservorio potencial de recursos y experiencia con el cual jalar a Haití más cerca de la equidad internacional? Desafortunadamente hay signos que parecen apuntar en la dirección opuesta. Un verdadero plan nacional para eliminar el cólera podría nunca realizarse debido a la confianza en un modelo de financiamiento por caridad privada, mismo que depende perversamente de que empeoren las condiciones para acicatear compromisos de financiamiento suficientes para lograr la meta última de eliminación. La respuesta dependerá de si nos centramos en los refugiados visibles o los invisibles; o en si escogemos caridad o solidaridad.

Referencias

1. United Nations in Haiti. Cholera in Haiti. An end in sight. 2013.

2. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. International Appeal - Haiti and the Dominican Republic : Cholera prevention. 2013.
3. Piarroux R, Barraïis R, Faucher B, Haus R, Piarroux M, Gaudart J, et al. Understanding the cholera epidemic, Haiti. *Emerg Infect Dis*. 2011;17(7):1161-8.
4. Cravioto A, Lanata CF, Lantagne DS, Nair GB. Final Report of the Independent Panel of Experts on the Cholera Outbreak in Haiti. 2011.
5. Gaudart J, Rebaudet S, Barraïis R, Boncy J, Faucher B, Piarroux M, et al. Spatio-Temporal Dynamics of Cholera during the First Year of the Epidemic in Haiti. *PLoS Negl. Trop. Dis*. 2013;7(4).
6. Jutla A, Whitcombe E, Hasan N, Haley B, Akanda A, Huq A, et al. Environmental factors influencing epidemic cholera. *Am. J. Trop. Med. Hyg* 2013;89(3):597–607.
7. Gaudart J, Moore S, Piarroux M, Barraïis R, Piarroux R. Environmental Factors Influencing Epidemic Cholera. *Am. J. Trop. Med. Hyg* 2013;89(6):1228–30.
8. Jackson BR, Talkington DF, Pruckler JM, Fouché MDB, Lafosse E, Nygren B, et al. Seroepidemiologic survey of epidemic cholera in Haiti to assess spectrum of illness and risk factors for severe disease. *Am. J. Trop. Med. Hyg*. 2013;89(4):654–64.
9. Inter-Agency Standing Committee, OCHA. Haiti: Situation Snapshot in the IDPs Camps. 2013.
10. Poirier MJ, Izurieta R, Malavade SS, McDonald MD. Re-emergence of Cholera in the Americas: Risks, Susceptibility, and Ecology. *J Glob. Infect Dis* 2012;4(3):162–71.
11. Maldonado R, Bajuk N, Hayem ML. Remittances to latin america and the caribbean: Regaining growth. Washington, D.C.: 2012.
12. Docquier F, Rapoport H. Quantifying the Impact of Highly-Skilled Emigration on Developing Countries. 2009;
13. Bhargava A, Docquier F, Moullan Y. Modeling the Effects of Physician Emigration on Human Development. *Econ Hum Biol* 2011;9(2):172–83.
14. United Nations. Haiti Humanitarian Action Plan. 2014.
15. United Nations. UN Fact Sheet: Combatting Cholera in Haiti. 2013.

16. Ministère de la Santé Publique et de la Population. National Plan for the Elimination of Cholera in Haiti 2013-2022. Port-au-Prince, Haiti: 2013.
17. Ministère de l'Economie et des Finances de la République d'Haïti. Loi de Finances de l'Exercice 2012-2013. 2012.
18. Center for Economic and Policy Research. New Details Emerge on Elimination Plan as Cholera Continues to Spread . Haiti Reli. Reconstr. Watch. 2013
19. Frenk J, Gómez-Dantés O, Moon S. From sovereignty to solidarity: a renewed concept of global health for an era of complex interdependence. Lancet 2014;383(9911):94-7.
20. Holst J. Global social protection scheme - moving from charity to solidarity. Frankfurt, Germany: Medico International, Hélène de Beir Foundation; 2012.
21. Centre de Recherche de Reflexion de Formation et d'Action Sociale. Observatory on Public Policies and on International Cooperation. Port-au-Prince, Haiti: 2013.
22. United Nations General Assembly. Approved resources for peacekeeping operations for the period from 1 July 2013 to 30 June 2014. 67th session of the Fifth Committee. Statute A/C.5/67/19 (July 2013).
23. Gladstone R. Rights Advocates Suing U.N. Over the Spread of Cholera in Haiti. New York Times. 2013;

Capítulo 13

Situación de la atención en salud bajo el modelo neoliberal. El caso de la República Dominicana

José Selig Ripley

Introducción

La República Dominicana impulsó una reforma en salud siguiendo las partituras dictadas por el Banco Mundial. Iniciando el nuevo siglo, estas decisiones empezaron a hacerse realidad y, a la fecha, no se han detenido, continúan su desarrollo, llegando al punto de que su pensamiento y práctica resultan hegemónicos en el quehacer de la salud pública.

Esta reforma se ha justificado sobre la base de las debilidades que presenta el sistema público de salud tradicional. Se afirma que los procesos de reforma “han surgido por la necesidad de asegurar mayor equidad en la sociedad y reducir la exclusión social en salud, universalizando el derecho a las atenciones de salud definidas en el Plan Básico de Salud del Seguro Familiar de Salud. (...) asegurar un adecuado financiamiento para el sistema público de salud, lograr una disminución del gasto familiar (...) un esfuerzo vinculado a la transformación del modelo de atención en el sistema de servicios públicos, con mayor énfasis en lo ambulatorio y en el primer nivel de atención, así como en estrategias de atención primaria de la salud” 1

Pero la realidad ha sido otra. La reforma neoliberal es todo lo contrario a lo que afirma. Al día de hoy, los sistemas de salud bajo orientación neoliberal no pueden mostrar ni un solo avance producto de sus políticas y programas; dominicana no es la excepción. Afirmar que la solución estaría en orientar los sistemas de salud tras a la rentabilidad y el beneficio, siguiendo las reglas del mercado, ha sido el plantea-

miento más irresponsable que conocemos. “La interpretación neoliberal, adoptada en las propuestas del Consenso, ha demostrado su incapacidad para resolver los problemas económicos y sociales del continente” 2

Pese a tener la ventaja de entrar tarde en el proceso de reforma que le permite valorar las experiencias de otros, Dominicana insiste en tener como eje de sus reformas las políticas neoliberales en salud y se prepara para continuar con ellas. Nos toca insistir en oponernos a estas políticas. Es preciso impugnar y denunciar esta situación.

Los reforma neoliberal en salud en República Dominicana

Revisemos las principales estrategias e intervenciones que caracterizan la reforma de salud del país.

a. La separación de funciones

Es un planteamiento clásico de la doctrina neoliberal. Implica que el Estado se desprenda de la función de provisión de servicios de atención en salud, quedando a cargo de la función de rectoría y la prestación de servicios de salud colectiva que, por sus altas externalidades, no resulta fácil su facturación y cobro. La separación de funciones resulta imprescindible en lo que se refiere al ordenamiento y desarrollo de modelos de mercado en el sector salud.

La reforma dominicana incluye este tema. Esta contemplada en el marco legal vigente, pero no se ha logrado concretizar. Actualmente, se plantea excluir al Ministerio de Salud Pública de la función de provisión, para ser transferida a otra dependencia estatal aunque sea necesario crearla. El predominio de la política clientelista y los recursos que dispone la provisión, aunque insuficientes para responder a las necesidades de la población, parecen ser las razones por la cual el proceso no concluye y de hacerlo, se desviaría del propósito original.

b. La privatización de los servicios de salud

La propuesta era que los centros de salud públicos pasaran a manos privadas y/o actuar “bajo el libre juego de las leyes del mercado.” 3

Originalmente, se planteó el traspaso al sector privado de los principales centros hospitalarios del Ministerio de Salud Pública por la vía de Patronatos o consejos. El punto de referencia lo fueron dos hospitales de alta complejidad que habían sido cedidos a patronatos. Estos centros reciben una subvención Estatal de la que disponen sin cumplir con las regulaciones del Ministerio de Salud Pública, además de que se les permite establecer su cartera de servicios y tarifas por la misma. Se atiende solo a quien pueda pagar por los servicios o a aquellas personas liberadas del pago por decisión del Patronato.

Completaba el tema de la privatización de los servicios, la creación de un fondo para la provisión de un paquete básico para el primer nivel, a cargo de proveedores públicos y privados en competencia por la adscripción de la población y el pago de un per cápita por ello financiado por el Estado a manera de un subsidio para la población pobre.

Ambos procesos, se vieron afectados al asumirse un modelo de redes de servicios de salud que dificultaba la expropiación de los centros de salud al mismo tiempo que articulaba el primer nivel de atención con los niveles especializados de la atención, todo ello bajo principios de equidad y de ejercicio de la ciudadanía del derecho a la salud. 4

La implementación de este modelo ha sido muy limitada. En el presente, estas redes regionales están siendo desplazadas por el llamado modelo de hospital autogestionario, bajo el mismo formato de los centros de salud en manos de patronatos, esta vez a cargo del propio ministerio, pero que operan de forma autónoma y fuera de la red, dentro de la lógica del mercado.

Por el manejo de una mayor cartera de recursos, así como por la autoridad que tienen para disponer de los mismos, se ha generalizado el planteamiento entre los directivos de los hospitales no autogestiona-

rios, de alcanzar esa condición aunque esto signifique dirigir sus atenciones a quienes tengan asegurado el pago por las prestaciones.

El modelo de atención que se pretende es muy simple. Los hospitales pasan a ser entidades del mercado mientras que el primer nivel se orienta a la población que requiere ser subsidiada a la que le oferta un paquete básico de atenciones. La privatización de los centros de salud está en curso. No por su paso a manos privadas sino por su transformación de entidades públicas a empresas orientadas a la rentabilidad.

c. Reducida la seguridad social a un seguro de salud

En el 2001, la República Dominicana reformó su sistema de seguridad social, quedando organizado en tres (3) seguros: el de pensión, el seguro familiar de salud y el de riesgos laborales bajo la lógica del modelo de aseguramiento privado.

El seguro familiar de salud tiene la obligación de ofertar un plan básico de salud en correspondencia con las necesidades de la población y de los recursos disponibles. Para el desarrollo de la función de compra de servicios, como agente intermediario, se creó la figura de la administradora de riesgos de salud (ARS), con amplias relaciones con la burguesía financiera, cuya base de su accionar radica en administrar el pago para maximizar el margen de rentabilidad con que operan, reduciendo la demanda de atención sin reducir las necesidades de la población, generando así un espacio importante para el desarrollo del mercado. “mientras menos servicios demanden o reciban los afiliados, mayor es el margen de beneficios de las ARS.” 5

Con la participación directa del poder ejecutivo, el plan básico de salud fue reducido a un llamado plan de servicios de salud (PDSS), que se expresa en un catálogo de intervenciones, algunas incompletas, a las que tiene “derecho” el afiliado, siempre y cuando cuente con la autorización de su ARS y disponga de los recursos para cubrir el costo de la atención.

El enfoque medicalizado, individual y centrado en la curación, que se le criticaba al sistema tradicional, continúa siendo predominante. Las ARS se han constituido en la principal fuerza que decide el rumbo a tomar por el seguro de salud, quedando por fuera todas las iniciativas relativas al logro de objetivos en salud, lo que expone el carácter mercantil del seguro familiar de salud.

d. El copago en la seguridad social

El pacto que creó el PDSS, también instauró la obligación del copago dentro del régimen contributivo, como condición para recibir las atenciones en salud, por lo que el afiliado se obligaba a cubrir una parte de las tarifas de la atención decididas por las ARS y los prestadores de servicios de salud.

Aunque el marco legal vigente no contempla el copago, excepto para la medicación ambulatoria para el régimen contributivo,⁶ es una práctica que ha quedado establecida. El 98 % de los afiliados que demandaron atenciones de laboratorio clínico, pagaron un copago por el servicio; igual les sucedió al 92.75 % de los que requirieron hospitalización.⁷ Las regulaciones que pautan estos copagos no se cumplen para beneficio de las ARS y de los prestadores de servicios de salud. Por ejemplo, se afirma que no hay copagos para la atención al parto fisiológico, sin embargo, el 86.67 % de las afiliadas pagaron por recibir estos servicios.⁸ Para las ARS, el copago ha significado un mecanismo de ahorro y de maximización de su rentabilidad a costa de los bolsillos de los afiliados.

La promesa de que la seguridad social disminuiría el gasto en salud de las familias, está pendiente. En el 2007, cuando inicia el seguro de salud, el gasto en salud de los hogares era de RD \$ 28,342 millones; para el 2012, ascendió a RD \$ 45,434 millones.⁹

e. La estrategia de la atención primaria en salud (APS)

Otra promesa pendiente. Lo primero es que en muchas ocasiones, se iguala la atención primaria al primer nivel de atención. Lo segundo, que se le valora como puerta de entrada a la atención, una barrera pa-

ra el acceso a atenciones especializadas. La resistencia del colegio médico y de las sociedades médicas especializadas ha bastado para que no se lleve a la práctica aún de la forma limitada en que se comprende.

Contrario a lo que plantea la APS, el sistema de salud “Es un modelo fragmentado y segmentado, con importantes barreras de acceso sobre todo a partir de la implementación de la seguridad social.” 10

Impacto en la atención en salud de la reforma neoliberal

Una reforma orientada a promover la acumulación de capitales, donde la negación de la atención es fuente de beneficios, no ha de esperarse que solucione las limitaciones en las inequidades en el acceso a la atención en salud. Por el contrario, el negar, el limitar el acceso, resulta ser beneficioso para asegurar un mayor margen de rentabilidad para las ARS.

En el pasado, la atención en salud se fragmentaba por grupos sociales dependiendo de las necesidades de reproducción de la sociedad. Para la burguesía, grandes comerciantes y terratenientes, además de una parte importante de las clases medias, el sistema disponía del sector privado, sin que necesariamente se desarrollara una relación de aseguramiento. Los obreros, debían atenderse en los centros de la seguridad social. Los sectores militares y policiales tenían sus propios servicios. Para el campesinado, los trabajadores inestables y desocupados, les correspondía los centros públicos de salud.

En el presente, la población se segmenta por capacidad de pago. Para los pobres sin afiliación, sin capacidad de pago y no financiados, las atenciones tienden a denegarse, aún en el sector público. Los pobres con afiliación al régimen subsidiado, disponen de las atenciones de los centros públicos para aquellas intervenciones incluidas en el PDSS. Los afiliados al régimen contributivo pero de escasos ingresos, sin capacidad de cubrir los copagos, quedan obligados a demandar atenciones en salud en los centros públicos, sobre todo luego de que se decidiera retirar la llamada cuota de recuperación (copago) de estos centros, exceptuando los llamados autogestionarios. Los afiliados del régimen contributivo que pueden cubrir los copagos disponen de una

amplia oferta de atenciones en salud con algunas restricciones (periodos de carencia, límites en la cobertura de atenciones de alto costo y en el consumo de medicamentos ambulatorios) no contempladas en el marco legal vigente. Los de mayores ingresos, disponen de planes de seguros complementarios que mejoran la oferta y en confort de las atenciones.

La atención es desigual e inversamente proporcional a las necesidades en salud. Quien más recursos posea mayor será la oferta de atención en salud. Esa es la lógica de los seguros de salud. La generación de inequidades en el acceso a la atención en salud, es consecuencia obligada de la forma en que funciona el sistema de atención en salud, no podría esperarse más. La inequidad que provoca el seguro de salud es evidente.

La población también es segmentada de acuerdo al territorio donde vive. Los que están domiciliados en las grandes ciudades, la presión para su afiliación y la oferta de atenciones en salud es mucho mayor que aquellos que viven en los espacios rurales o semiurbanos, incluso se les niega la posibilidad de recibir una atención en salud en su propio territorio, sobre todo a afiliados al régimen contributivo, sobre todo al no contratar los centros públicos en los lugares donde ellos son la única oferta de servicios de salud.

La tendencia es a profundizar esta situación. Desde el 2009, el seguro de salud dispersa más fondos de los que recibe. Se sostiene sobre la base del consumo de un fondo logrado en los primeros dos años de su aplicación. Tiende a la quiebra una vez se agote este fondo. La discusión se orientará a reducir los gastos (el incremento en el financiamiento es poco probable), para lo cual las ARS y el sector financiero presionaran para reducir los pagos a los profesionales, introducir el tema de la flexibilidad laboral, por ampliar las barreras de acceso a los servicios y por controlar la demanda. De seguro la rentabilidad será mayor, también las inequidades y menor la satisfacción de las necesidades de la población.

Una conclusión obligada

De continuar el curso, al final tendremos dos modelos de atención. Uno privado para quienes puedan cubrir el costo de las atenciones. Otro público para quienes no puedan ser financiados. El apartheid en salud. No basta con la denuncia y la impugnación. Es necesario construir la alternativa. La propuesta de un sistema único de salud, de una seguridad social antes que un seguro de salud, parece ser la vía.

Referencias

1 Castellanos, P. La Reforma del Sistema Público de Salud en la República Dominicana. Proyecto Institucionalidad y Desarrollo. Center for migration and development. Princeton University. 2008

2 Bejar, C. América Latina y el consenso de Washington. Boletín ICE Económico. No. 2883. Abril-mayo 2004.

3 Palacio, V. Consenso de Washington y crítica al neoliberalismo. Contra línea 182 / 16 de mayo de 2010. México.

4 SESPAS. Modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud. Una guía para el desarrollo de los servicios de salud para la atención a las personas. Disposición 00024. SESPAS-CERSS. Santo Domingo. 2006.

5 Castellanos, P. Hacia un nuevo sistema nacional de salud. ¿Por qué es necesaria una reforma del sector salud? En: El nuevo modelo del sistema de salud: inicio, rutas y dificultades. Foro políticas sociales y bienestar Número. 7. PUCAMAIMA; Fundación Friedrich Ebert. Santo Domingo. 2009.

6 SET. Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social o Ley 87-01 de 2001. SET. Santo Domingo, octubre de 2007.

7 DIDA. 2do. Estudio sobre Gastos en Salud y Satisfacción de los Afiliados al Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo. Borrador de informe. Santo Domingo. 2013.

8 IBIDEM.

9 Guzmán, D.; Rathe, M. Estimación del gasto nacional en salud de la República Dominicana, 1995-2011. Fundación plenitud. Santo Domingo. 2012.

10 Ministerio de Salud Pública. Cuentas Nacionales de Salud. Informe gasto público en salud 2011. VMPD. Santo Domingo. 2012.