

Salud Colectiva en Latinoamérica: Transformaciones de las políticas de salud en Argentina.

Florencia CENDALI.

Cita:

Florencia CENDALI (2013). *Salud Colectiva en Latinoamérica: Transformaciones de las políticas de salud en Argentina*. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-038/28>

Salud Colectiva en Latinoamérica: Transformaciones de las políticas de salud en Argentina

Lic. Florencia Cendali

Docente e investigadora de la Universidad Nacional de Luján

Contacto: florcendali@hotmail.com

I. Presentación

*“La salud no constituye un fin en si mismo,
para el individuo ni para la sociedad,
sino una condición de vida plena” Ramón Carrillo*

“La falta o insuficiencia de un bien social como la salud es vista por la sociedad como una situación de injusticia social”. Varias preguntas nos deben surgir frente a esta afirmación popular: ¿Es la salud un bien social intercambiable en el mercado?, ¿cómo debemos definir a la salud?, ¿es individual y/o colectiva? y principalmente ¿qué rol deben asumir en esta área los Estados Nacionales de América Latina?.

Una de las principales “batallas” en las Políticas de Salud en Latinoamérica se establece en la siguiente contradicción: para el capital, la salud es un ámbito de lucro, ejemplificado en la oferta privada de servicios de la salud y en la producción privada de medicamentos, vacunas, insumos y tecnología médica, entre otros bienes; mientras que para los gobiernos “nacionales” democráticos, la salud es una de las primeras responsabilidades para la realización de los derechos sociales. ¿De qué manera, qué recursos políticos, el Estado Argentino utiliza para llevar a la práctica esta responsabilidad?, ¿hasta que punto opta por una u otra opción?

Pareciese que en el siglo XXI, se continúa con la lógica tradicional que la medicina es una de las herramientas que usa el Estado capitalista para controlar el cuerpo de la población: “El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, 1993:38). Para generar cuerpos útiles el Estado debe intervenir generando políticas de salud, ¿es una posibilidad o una amenaza a la libertad individual la intervención estatal?, tal como señala la tensión marcada por De Sousa Santos (1998) entre la intervención estatal como amenazante a la libertades individuales pero, a la mismo tiempo, como una condición de posibilidad.

En Argentina particularmente, ¿cómo se constituyó la política sanitaria desde la intervención del Estado? y ¿cómo la seguimos construyendo en la actualidad?.

Por ello, el objetivo de esta ponencia es reflexionar sobre cuáles son las principales líneas de pensamiento de la Salud Colectiva en el contexto Latinoamericano, y si es posible construirlas, a partir de nuestras prácticas culturales, políticas y sociales, superando al tradicional Modelo Médico Hegemónico Eurocéntrico, ya que se parte de considerar a la Medicina Social Latinoamericana como un aporte para las teorías y las prácticas de América Latina.

El trabajo estará organizado en tres ejes de análisis:

- La lógica del modelo médico hegemónico tradicional eurocéntrico en contraposición a la Salud Colectiva en América Latina.
- Los orígenes del Sistema de Salud y la política sanitaria en la Argentina. La gestión del Dr. Ramón Carrillo como primer Ministro de Salud del país.
- El escenario actual y desafíos futuros de la política sanitaria, si se enmarca en la lógica tradicional del Modelo Médico Hegemónico o si es posible articularla dentro del pensamiento social postulado por y para América Latina.

En síntesis, se intentará debatir sobre las limitaciones y potencialidades del Estado Argentino para planificar e implementar, políticas activas que busquen mejorar la salud colectiva del pueblo argentino, buscando – en términos del Dr. Carrillo - *la "vida plena"*.

II. Salud Colectiva en América Latina. Un cambio paradigmático

Para comenzar este trabajo es necesario preguntarnos: ¿Por qué es importante estudiar la Salud Colectiva? Si es posible reflexionar sobre la salud, a partir de las prácticas culturales, históricas y sociales de este continente. Si es posible generar líneas de pensamiento y prácticas cotidianas para pensar a la Medicina Social desde el contexto que vivimos, quebrando “la lógica colonizadora” que se ha instaurado y se intenta sostener, desde Europa, el Modelo Médico Hegemónico Capitalista, que sólo busca imponer a la salud como un bien de consumo que se intercambia como cualquier otro bien comercial.

En las sociedades occidentales del siglo XXI se debe abandonar la ideología biomédica dominante que afirma “(...) que las causas más importantes que generan los principales problemas de salud tienen que ver con los problemas genéticos, con elecciones individuales, como las malas prácticas dietéticas o el hábito de fumar o en otro plano, con el escaso acceso a mala calidad de los servicios sanitarios” (Benach y Muntaner, 2009:23).

La intención es quebrar esta ideología dominante establecida desde fines de siglo XIX que se centra en culpar a los sujetos sobre sus prácticas. En la actualidad ¿se continúa con este pensamiento dogmático?...

Es necesario caracterizar como desde el siglo XVIII se instituye como “obligatorio y necesario” que el Estado actúe en la regulación del cuerpo de los sujetos como forma de control social, garantizándose la salud física de la población, sin embargo “hasta mediados del Siglo XX la función de garantizar la salud de los individuos significaba para el Estado, esencialmente, asegurar la fuerza física nacional, garantizar su capacidad de trabajo y de producción (...) el derecho del hombre a mantener su cuerpo en buena salud se convierte en objeto de la propia acción del Estado” (Foucault, 1978:17-18).

El desarrollo de las políticas de salud, el encierro de “los desviados” y la progresiva medicalización van de la mano de los avances de la ciencia, de la necesidad de los estados y los nuevos actores sociales –la burguesía en ascenso- que buscan beneficiarse económicamente. “La medicina estatal nace (...) debido a la preocupación de las burguesías capitalistas” (García, 1982:102) para mantener una clase trabajadora que no se desvíe, enferme y continúe produciendo... en la actualidad habría agregar que “consume” los bienes de mercado.

Para el desarrollo del capitalismo se debía construir un Modelo Médico Hegemónico, el cual "(...) se constituye en los países capitalistas centrales, coetáneamente con el proceso de obtención de hegemonía por parte de la burguesía (...) la necesidad de saneamiento y abatimiento de la morbimortalidad tienen que ver con un fenómeno de protección clasista pero también con el aseguramiento de procesos que aseguren una mayor productividad" (Menéndez, 1986:55), desde Europa hacia América Latina se insiste en la imposición de este modelo de control.

Era imprescindible un modelo médico que sea hegemónico en el sentido que cumpla con las cuatro funciones básicas, o sea "curativo-preventivo, normatizador, de control y de legitimación" de las clases dominantes para las clases trabajadoras (Menéndez, 1986). Esto converge con la concepción de las enfermedades ya no como un problema individual o de beneficencia privada, sino como un inconveniente económico y político que afecta a todos, tanto a los trabajadores como a los sectores dominantes, quienes necesitan que los primeros sigan en funciones, sin enfermar al resto de sus compañeros, en el proceso de producción.

La enfermedad es explicada, desde fines del siglo XIX, desde el paradigma microbiano, el cual "(...) barrió con explicaciones alternativas como las que enfatizaban el saneamiento (Pettenkofer), la política (Virchow), una sociedad nueva (Engels). Se concluyó que el enemigo de salud es el microorganismo y el menú capitalista para este es muy claro: muchas vacunas y muchos antibióticos, todos nuevos y patentados, y todas las acciones dictadas en el mercado y siguiendo sus reglas, a la vez, poco Estado, poca medicina preventiva, poca atención primaria, pocas redes de agua potable, pocas cloacas, poca organización popular, sobre todo nada de plantear cambios sociales" (Escudero, 2010:3).

La investigación de la salud y la enfermedad se centra en la microbiología y la parasitología por parte de instituciones estatales, concentrando las acciones en medicamentos y vacunas, y no en actividades mano de obra intensivas como medicina preventiva, políticas ambientales, de mejora en las viviendas, entre otras.

En consecuencia, se debe pasar a pensar que el estado de la salud de la población se debe, sobre todo, a las condiciones del empleo, la vivienda, el medio ambiente, la educación, etc. o sea de los "remedios estructurales" que se ejecuten desde el Estado, ya que "Los determinantes sociales conforman por tanto un amplio conjunto de condiciones de tipo social y político que afectan decisivamente a la salud individual y colectiva, a la salud pública" (Benach y Muntaner, 2009:33).

Los determinantes sociales de la salud y la enfermedad son el eje teórico y práctico para la medicina social y la salud colectiva latinoamericana, se deben considerar, por un lado, la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social y, por el otro, los elementos materiales de la vida como son las condiciones de vida y de trabajo, los comportamientos, los factores biológicos y los factores psicosociales.

Estos determinantes demuestran que los problemas de salud, no sólo hacen referencia a cuestiones individuales y estilos de vida, sino a hechos que se sobreviven en la comunidad, en la población.

Desde la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud Latinoamericana (CDSS) de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) se ha aportado a la denuncia de la inequidad sobre estos, han contribuido a darle visibilidad mundial y han promovido la movilización social, buscando generar debates que hagan visible el derecho humano a la salud, a contracorriente de los planteamientos neoliberales, donde lo que predomina es la determinación social de la economía, del mercado, sobre la salud y el bienestar general.

Existen *dos tipos de determinantes sociales de la salud*. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, y los segundos son los llamados determinantes intermediarios. “Los determinantes estructurales tendrán impacto en la equidad en salud y en el bienestar a través de su acción sobre los intermediarios. Estos últimos pueden ser afectados por los estructurales y a su vez afectar a la salud y el bienestar” (Eibenschutz-otros, 2012:27).

Parafraseando a la CDSS, los determinantes estructurales son la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos dependen la educación, la ocupación y en consecuencia, las formas de ingreso. Estos determinantes están influenciados por el contexto socio-político, las políticas macroeconómicas, así como por la cultura y los valores sociales. Mientras que los determinantes intermediarios hacen referencia al conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos y factores biológicos y factores psicosociales. En consecuencia, el sistema de salud (con sus subsistemas) es un determinante social intermediario que depende de la política macroeconómica y del tipo de proyecto político de gobierno.

La salud colectiva “no se obtiene mediante la sumatoria de relatos individuales (aunque esto no se descarta) sino que se pone en evidencia por intermedio de saberes/técnicas/procedimientos que provienen de la demografía, la epidemiología, la biología, la psicología colectiva, los estudios culturales, la historia, las ciencias políticas, la ecología” (Escudero, 2011:8). Esto significa que la medicina ya no será la única que podrá accionar sobre el proceso de salud-enfermedad-cuidado, sino que es necesario el trabajo multidisciplinario para actuar sobre este proceso social, ya no sólo individual correspondiente a la relación exclusiva entre médico-paciente.

Es central concebir la importancia de que las ciencias sociales investiguen y participen del debate sobre qué es la Salud Colectiva y las políticas públicas de salud que se están ejecutando en la actualidad porque - como afirma Foucault (1993) - la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros, demostrando que la medicina es una productora de riqueza y de exhibición de la desigualdad social a la vez, ¿es función de las Ciencias Sociales investigar y dar debate para que la salud sea un derecho y no sólo una fuente de ganancia?.

En la actualidad, con las políticas de salud que se están ejecutando (tal como sucede en la política de medicamentos, en el Programa REMEDIAR + Redes que compra medicamentos principalmente a la industria privada farmacológica), se está dando prioridad al lucro de los capitalistas privados, en especial, a los comerciantes del mercado, frente a que un tercio de la población mundial carece de acceso a los medicamentos y vacunas, a la salud que necesita.

Se debe reafirmar que para conseguir una buena salud colectiva es necesario enfrentar a dichos grupos de presión, proveyendo servicios de salud que no sean arancelados como mercancías, ofrecida dentro de un sistema de salud universal que facilite el control y una óptima salud de la población.

Por todo lo anterior es que en la Argentina actual, creemos que los científicos sociales debemos investigar qué políticas de salud se están planificando a nivel nacional y provincial, cómo se están implementado en los ámbitos locales, cómo afecta a los territorios y si se hace partícipe o se trata al pueblo como mero receptor pasivo de las políticas sanitarias.

III. La política Sanitaria en Argentina: El gran promotor, el Dr. Ramón Carrillo

A comienzos del siglo XX, la Argentina sufría enfermedades infecto-contagiosas – tuberculosis, paludismo, fiebre amarilla, mal de chagas, altos índices de mortalidad y desnutrición, etc.- que pusieron de manifiesto la importancia de la intervención del Estado en la creación de servicios sociales públicos. Era evidente la emergencia que el Estado Nacional comenzase a hacerse cargo de regular la salud del pueblo. El problema era ¿cómo se haría, qué herramientas se implementarían, para realizar una intervención sobre la salud de la población?

Aunque si bien existían sistemas de salud municipales en Buenos Aires y Rosario, la salud era considerada principalmente una responsabilidad individual, coexistían distintos tipos de servicios y prestadores que actuaban de forma superpuesta y poco organizada (mutuales, beneficencia, privados). El Estado Nacional no organizaba el sistema de políticas públicas, sino que se encargaba de velar por la higiene pública, la sanidad de frontera y del medio para el control de epidemias (Alzugaray, 1998). Hasta que “producida la Revolución en junio de 1943, se dictó, el 21 de octubre, el decreto 12.311 creando la Dirección Nacional de Salud pública y Asistencia Social como dependencia del Ministerio del Interior” (Veronelli, 2004:459), recién en 1946 se crea la Secretaría de Salud Pública, y en 1947 el Código Sanitario y de Asistencia Social Nacional, ley Nº 13.012.

Si bien es imprescindible reconocer que no se partió de cero, ya que “(...) los socialistas, a los que se sumaron los comunistas y otros movimientos de izquierda, demandaron durante décadas una salud pública que se dedicara a mejorar los niveles de mortalidad y enfermedad del país, a través de acciones donde el deseo de beneficio económico para los individuos y las organizaciones no fuera un factor determinante” (Escudero, 2007:1), fue el gobierno peronista de 1946 quien inició y desarrolló un modelo de Estado de bienestar, el cual se constituyó, en palabras de Lo Vuolo (1998), como un híbrido institucional.

Durante este período se extendió la formulación e implementación de políticas públicas que conjugaban principios universales, corporativos y residuales, con el único objetivo de mantener –consolidar- la funcionalidad de dicho Estado:

- Universalista: principalmente en los sistemas de educación y salud.
- Seguridad social –corporativo-: basado en la seguridad laboral que se articuló entorno al principio de reparto solidario (sustituyendo al de seguros privados) y el sistema de obras sociales.
- Residual: de asistencia social.

El rol interventor del Estado se fundamentó en la “teoría política keynesiana” la cual concebía la intervención con el objeto de redistribuir y estatizar los ingresos y, por otro lado, convertir la renta capitalista en inversión productiva. A pesar de que el objetivo era ir ampliando las funciones del sistema, buscando brindar acceso a beneficios a una mayor cantidad de individuos, se observa que el incipiente progreso que se empieza a vivir en 1945 no alcanza para paliar el hambre, la desnutrición y el atraso que vivía millones de argentinos.

Hasta la llegada del Dr. Carrillo, la situación nacional era descrita por el magro presupuesto que se visualizaba en el sistema de salud, en el déficit de camas y de hospitales, defectuosa distribución, falta de personal técnico, bajas remuneraciones, desabastecimiento en rubros fundamentales, ausencia de sistemas administrativos, inexistencia de seguros sociales y de regímenes previsionales.

Durante el período de 1945 a 1955, el modelo que se configuró era de “Planificación estatal centralizada” (Katz, 1993): se impuso la idea del Estado como “planificador hegemónico” y prestador de todos los servicios de salud.

En consecuencia, la política de salud experimentó una gran transformación. Se instaló la universalidad y la gratuidad como principios fundantes de una sociedad inclusiva, y en el área de la salud esto se manifestaba mediante un plan de inversiones para la creación de hospitales y Centros de Atención Primaria de la Salud. Se buscaba la inclusión de los individuos que estaban al margen, excluidos del sistema higienista e individual de salud que existía hasta el momento.

Los Objetivos del Plan de Salud eran integrales, comprendían la medicina preventiva, sanitaria y social; es decir, se basaba en la medicina social, compuesta por la relación tetranómica del enfermo-médico-estado-comunidad, diferenciándose del binomio de la relación enfermo-médico de la medicina asistencial y del trinomio de la relación entre enfermo-médico-estado de la medicina sanitaria.

El modelo de gestión de Carrillo estableció un cambio al Modelo Médico Hegemónico que establecía el control por parte del Estado desde un marco individualista, claramente la intervención social se puede establecer desde esta lógica de la Medicina Social, ya que sólo desde ella se puede pelear en defensa de los intereses económicos, sociales y de la dignidad de sus pueblos para la contemporaneidad y la prevención futura.

Fue la primera vez que se planificó y programó, tomando en cuenta la articulación entre salud y estructura sociopolítica, y se trabajó desde la “medicina moderna”. “La medicina moderna tiende cada vez más a ocuparse de la salud y de los sanos (...) no hacia los factores directos e la enfermedad, los gérmenes microbianos, sino hacia los factores indirectos de la miseria y la ignorancia, en el entendimiento de que los componentes sociales: la mala vivienda, la mala alimentación y los salarios bajos, tienen tanta o más trascendencia en el Estado sanitario de un pueblo, que la constelación más virulenta de agentes biológicos” (Carrillo, 1951:27)

Los microbios ya no serán más la única causa de la enfermedad, sino que deberán pensarse en relación a la pauperización social y el rol integrador de los individuos por el Estado, ya que “la salud es una condición ineludible del bienestar. No es pues, un fin, sino un medio y, en el mejor sentido, un medio social” (Carrillo, 1951:58).

Para resumir, las políticas universales que integraban a los sujetos desde todos los ámbitos sociales de la vida, establecidas en la gestión Carrillo, llevaron como consecuencia (Alzugaray, 2008):

- Transformación sanitaria y de formación: Médicos y Personal administrativos.
- Creación de 230 establecimientos sanitarios de internación
- 50 institutos de salud especializados.
- 3000 dispensarios, centros de salud (salas de atención primaria de la salud)
- Dos fábricas de alta tecnología sanitaria.
- La revolución sanitaria de la capacidad instalada, al 31 de diciembre de 1953:
Total de Establecimientos: 4.229
Total de Camas: 130.180 (en 1946 sólo había 66.300 camas hospitalarias).

La gestión del Dr. Carrillo -durante el primer gobierno peronista- no terminó siendo indiferente a las necesidades del pueblo, sino comprometido por la justicia social a través de políticas sociales universales y desmercantilizadas; este hombre debe ser definido como el gran impulsor y promotor de las políticas de Salud que el pueblo necesitaba y aclamaba, en el marco de un Estado Centralizador que actuaba por la búsqueda de *un pueblo que viva con dignidad*.

IV. La actualidad sanitaria. Un recorrido político hasta el kirchnerismo

Como hemos afirmado, desde la gestión del Dr. Carrillo se estableció la intervención del Estado como una forma de control social, aunque la misma quebró la lógica individualista y culpabilizadora de los sujetos que se intentó imponer desde el Modelo Médico Hegemónico Capitalista-Liberal que ha sido la dominante en todo el siglo XX, ¿se continúa en la actualidad?, a partir de este pensamiento dogmático, ¿cómo se actúa desde Latinoamérica?, ¿qué línea de trabajo se practica en la política actual?.

a) La salud en el proceso neoliberal. ¿Culpa y consumismo?

Para llegar a debatir que sucede en la actualidad, vale la pena resumir qué sucedió luego de la gestión de Carrillo. El período entre 1955-1970 Argentina se caracterizó por la definitiva destrucción del modelo centralizador peronista. El régimen benefactor, que posibilitó sostener un sistema de política pública, encontró su final junto a un nuevo orden económico mundial debilitador de los Estados Nacionales, donde se impuso la transformación desde el Estado de Bienestar Centralizado al Estado Mínimo Descentralizado.

“El neoliberalismo impugnó en forma tenaz al Estado de Bienestar y, en general, al Estado como dispositivo de redistribución en beneficio de las clases más desfavorecidas. Predicó un Estado mínimo y subsidiario” (Gamallo, 2002:6). En el sector salud, esto denotó la consolidación del subsistema privado competitivo, bajo la descentralización que afectó directamente las decisiones y el accionar político-económico en los ámbitos locales.

En la década del '70 se elaboró el discurso ideológico de reforma social del Estado basado en (Laurell, 2009): la concepción del Estado Mínimo, el Mercado como el mejor asignador y distribuidor de recursos, la satisfacción de las necesidades sociales sobre la base de la responsabilidad individual, la acción estatal basada en servicios sociales solamente básicos y la asistencia social condicionada a la comprobación y certificación de la pobreza individual, viviéndose una fragmentación del sujeto. “El sujeto de tantas intervenciones estatales era uno, aunque fragmentado según la condición de pobre, ocupado, desocupado (...) La dispersión de planes y programas sociales, a la vez superpuestos, reproducían y producían la fragmentación del sujeto” (Grassi, 2006:29).

En Argentina se vivió esta lógica de reducción del Estado Nacional, lo cual implicó “(...) un replanteo en los campos de actuación; las consecuencias inmediatas fueron la transferencia de funciones a los niveles subnacionales (descentralización) y el desplazamiento hacia el mercado de funciones relativas a la provisión de bienes y prestación de servicios, antes en manos del Estado (privatización)” (Chiara y Di Virgilio, 2005:23).

Durante la década del '90 en América Latina se fortalecieron estos procesos de reforma, impulsados por los Organismos Internacionales de Crédito (OIC) y la Organización Mundial de Comercio (OMC) y justificados por los gobiernos locales de turno, "(...) los países de América Latina dieron un viraje estratégico en lo económico, para adaptar su economía a los cambios globales y recuperar el crecimiento. Recurrieron a políticas de estabilización y ajuste estructural con el objetivo de recuperar los equilibrios macroeconómicos, retirar al Estado de ciertas áreas económicas, a través de procesos de privatizaciones, y promover la apertura económica" (Cohen y Franco, 2006:32).

Estos organismos insistían en que la única finalidad de las gestiones nacionales, era mejorar la eficiencia del gasto público, esto significaba que debían impulsarse todos los ajustes posibles, lo que generó que exclusión.

Esto va de la mano con otra condición internacional que es la ejecución de políticas focalizadas, para las cuales se selecciona a los pobres, que puedan certificarlo, para la asistencia social y no la universalización. "La política social desarrollada a lo largo de los noventa, expresada en las políticas de reforma de sectores específicos y en la ampliación del asistencialismo, constituyó parte del trabajo político-cultural de producción de hegemonía del proyecto neoliberal" (Grassi, 2006:26).

La salud, como un bien económico que se intercambia en el mercado, se inscribió bajo esta lógica mercantil que conquista otro ámbito de ganancias privadas. Cuando la población no tiene posibilidades de consumirla de forma particular, puede acceder a las políticas de estado que focalizan su problema y brindan una solución puntual, que suele ser limitada en cobertura y tiempo. Así se reduce la responsabilidad del Estado, se saquean las instituciones públicas y se efectúan mínimos programas desarticulados con la intención de "equilibrar", a través de pocos recursos materiales, la inequidad del sistema.

En el año 1993, el documento "Invertir en Salud" del Banco Mundial afirmaba que la salud pertenece al ámbito privado y que el Estado sólo debía ocuparse de ella cuando los privados "no quieren o no pueden hacerlo". Caracterizaba al subsistema privado -gobernado por las leyes de competencia en el mercado- como eficiente y equitativo mientras que declaraba ineficiente e inequitativo al subsistema público estatal gratuito.

Estas medidas supusieron el abandono de las funciones sociales por parte del Estado y su posterior mercantilización, lo que conllevó -en el caso de salud- a la imposibilidad de acceso a determinados bienes y recursos para gran parte de la población argentina, es así que los sectores vulnerables, quedan insertos en un sistema de salud público empobrecido, desbordado, sin recursos, el cual los estigmatiza y etiqueta al momento de certificarlos como "pobres", "beneficiarios" o simples "clientes" de decenas de programas sociales focalizados. Frente a este paradigma internacional capitalista... ¿Era posible pensar en nuevas posibilidades y en un cambio continental?

b) Siglo XXI ¿nuevas posibilidades colectivas en América Latina?

En el siglo XXI, pocos se atreven a negar que la Salud es un derecho universal, por lo cual es fundamental analizar cuáles son los objetivos y acciones de los gobiernos para intervenir en los procesos de salud-enfermedad-cuidado y poder prever las posibilidades del mañana para que realmente haya dignamente.

La salud, junto con la educación, el trabajo, la vivienda, y demás cuestiones estructurales ratifican que los microorganismos ya no son reconocidos como la única causa y el objetivo principal de la enfermedad, sino que deben pensarse en relación a la pauperización social y el rol del Estado. “La salud es una condición ineludible del bienestar. No es pues, un fin, sino un medio y, en el mejor sentido, un medio social” (Carrillo, 1951:58). Para lo cual es necesario que se desarrollen las capacidades estatales “política y administrativa” para poder intervenir sobre la falta de salud. Hoy en día, ¿qué capacidades estatales se generan desde el Estado Nacional para intervenir en Salud Colectiva?

El Kirchnerismo accedió al gobierno luego de la crisis económico, político-social estallada en el 2001, la cual conllevó el establecimiento en el poder nacional de una serie de presidentes de manera transitoria. ¿Qué camino habrían de tomar los Kirchner?, ¿la continuidad o la ruptura con lo postulado durante la gestión del Dr. Ramón Carrillo?.

Desde la gestión del Presidente Néstor Kirchner 2003-2007 y en la actual de la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner 2007-2015 se ha proclamado la recuperación de los valores nacionales y populares postulados por Perón en su primera presidencia, con la finalidad de frenar la desarticulación social generada por la pobreza creciente en las últimas décadas a través de la instauración del neoliberalismo. El inconveniente en este punto es cómo mejorar la distribución de la riqueza, cómo devolver justicia social y dignidad al pueblo –en palabras de Carrillo-, sin tomar acciones que lo cataloguen como una gestión “autoritaria y hasta dictatorial”, según las voces de los medios de comunicación corporativos y hegemónicos.

Frente a esta situación, el propósito es reflexionar sobre las limitaciones y posibilidades existentes para intentar recuperar la salud colectiva.

Como señala Escudero (2007): para conseguir una buena salud colectiva es necesario enfrentar a grupos de presión poderosos -que buscan continuar con el modelo mercantilizador impuesto en los '90- utilizando herramientas técnicas que permitan mejorar la salud de manera integral. Las mismas no deben ser aranceladas como mercancías: la provisión de agua potable domiciliar de red, el no hacinamiento en las viviendas, la aplicación de la estrategia sanitaria de atención primaria de salud, ofrecida dentro de un sistema de salud universal y desmercantilizado y la disponibilidad de medicamentos esenciales; todo esto, mediante técnicas que constituyan mano de obra intensiva para facilitar el control y una óptima salud de la población.

V. El kirchnerismo encuentra un gran desafío: ¿Cómo hacer para mejorar la salud colectiva?.

Primero, para iniciar un proceso de transformación es imprescindible mantener *un Ministerio de Salud Nacional fuerte e integrado*. Se debe considerar la dinámica de la relación entre Ministerio de Salud de la Nación, el nivel provincial y los ámbitos locales –partidos, municipios, etc.-, ya que el primero “Tiene formalmente a su cargo la normatización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional comprendiendo la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación” (Belmartino, 2005: 291).

Segundo, el único sentido es *fortalecer la cobertura del sistema de salud público universal-gratuito*, no sólo los Hospitales sino ampliar la cobertura de los Centros de Atención Primaria de Salud, fortaleciendo económica y políticamente a los municipios, a los ámbitos territoriales. Asimismo, se debe recuperar el concepto de salud como derecho de ciudadanía, encontrarse abierto a toda la población, dependiendo de la administración pública, financiándose a través del sistema impositivo y proveyendo servicios a través de la red de efectores de salud y con trabajadores interdisciplinarios con contratos registrados y beneficios sociales.

Para que el sistema de salud -universal y gratuito- mejore día a día es imprescindible que se multiplique el presupuesto público dirigido al sistema de salud. Aquí radica la importancia de *la reforma del sistema tributario*, para que los impuestos dejen de ser regresivos y pasen a ser cada vez más progresivos. En este punto es donde los Kirchner han recibido fuertes críticas y un intento de “golpe institucional”, a través de la fallada postulación en el año 2008 de la ley 125 de retenciones móviles agropecuarias, y el apoyo incondicional brindado por la mayoría de las corporaciones de los medios de comunicación a la tradicional “oligarquía”.

Tercero, para poseer un sistema de salud universal es necesaria la implementación de *Políticas Públicas de Salud Universales*, abandonando el sistema de políticas selectivas / focalizadas. Los gobiernos Kirchneristas se han caracterizado por la recuperación de políticas económicas keynesianas principalmente en los intentos de la redistribución de la riqueza y en algunos otros sectores específicos (educación). Sin embargo, es necesario remarcar que cuando se refiere a la salud, son necesarias *políticas universales con oferta desmercantilizada*, sobre las cuales no se han avanzado desde el Ministerio de Salud; en contraposición a otros Ministerios de la Nación, donde se han activado políticas universales (tal como la Asignación Universal por Hijo y la Asignación Universal por Embarazo para la Protección Social) y se han incentivado la promulgación de cambios históricos que hacen la igualdad de la población (tal como la Ley de Matrimonio Igualitario, la Ley de Medios Audiovisuales, la Ley que ambiciona la democratización de la justicia, entre otros.)

De allí un interrogante que no nos podemos dejar de repetir: ¿Por qué no se puede generar un cambio desde el Ministerio de Salud de la Nación, que sea parte de este Proyecto Nacional y popular? El inconveniente es que parece imposible quebrar la lógica neoliberal de pensar a la Salud como un bien de mercado que genera ganancia para unos pocos, “accionistas privados”.

Siguiendo este paradigma de pensamiento es que vale la pena nombrar la política de medicamentos, especialmente el Programa Remediar + Redes. En Argentina se incentivan programas cómplices de compra a los productores privados (internacionales y locales) de todo tipo de vacunas, medicamentos e insumos médicos desde el Ministerio de Salud, y no se impulsa la fabricación, provisión y distribución de los recomendados como esenciales por la OMS, puesto que sólo así se acabaría con la mercantilización y corrupción de los fármacos producidos por la industria privada, lográndose así soberanía nacional. “Un escenario de máxima sería prohibir en Argentina la venta de medicamentos que no sirven, de medicamentos que cuestan demasiado, de medicamentos que tienen efectos secundarios indeseables, utilizando las capacidades educadoras del Estado (...) El gasto más innecesario en salud en el planeta tierra es el gasto en medicamentos y es cada vez más corrupto” (Escudero, 2011:4).

Esto se ejemplifica en cómo las políticas de “Producción de Medicamentos, Vacunas e Insumos Médicos” y demás programas universales que afectan la Salud Colectiva son estimulados desde otros Ministerios, como el de Defensa, en el mismo gobierno.

Para resumir, Argentina necesita políticas NO mercantiles en salud. Se debe buscar tener un sistema universal de salud, basado en el derecho de ciudadanía, financiado por las Rentas Generales y -en general- gratuito (y cuando no lo es, esto se debe al deseo de regular una demanda que de otra forma sería infinita, y no por propósitos de lucro, es la manera más sensata de organizar la oferta de salud colectiva.

En la actualidad inquieta reflexionar sobre ¿qué hacer frente a la crisis financiera y alimentaria que se está viviendo todo el mundo? La respuesta parece obvia: participar de manera colectiva en políticas sociales, sanitarias y alimentarias universales que permitan frenar los efectos de este neoliberalismo mercantilista impulsor de políticas focalizadas que fragmentaron a la sociedad argentina y actualmente intentan hacerlo en algunos países de Europa.

Frente al contexto capitalista en crisis mundial, sólo los Estados Nacionales con decisión política pueden establecer un diálogo y confrontación con los sectores poderosos, y dejar de pensar a la salud como un “gasto” y una “fuente de ganancia”, en contraposición de ser una “inversión” y una “oferta a la población por derecho de ser humano/ciudadanía”.

¿Están interesados y dispuestos los Estados Latinoamericanos a fomentar los cambios estructurales necesarios para establecer en la agenda pública una verdadera transformación de la salud colectiva?

Para conseguir una buena salud colectiva en Latinoamérica es necesario utilizar herramientas estratégicas que la mejoren de manera integral, fomentando los remedios de prevención estructural, intra y extra sectoriales (o sea tanto cloacas, viviendas sin hacinamiento, como la creación de Centros de Atención Primaria de Salud y la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas e Insumos Médicos) y no los remedios de solución inmediata (vacunas y medicamentos comprados en la industria privada farmacéutica), profundizando así “(...) la comprensión del proceso salud-enfermedad [atención] como proceso social” (Laurell, 2009:7).

La tarea central de generar políticas activas en salud, aunque sean planificadas desde otros Ministerios del mismo proyecto político, es que sirvan para aumentar la legitimidad de los gobiernos, mejorando la salud colectiva; de allí la importancia de la actual política de Asignaciones Monetarias que implementó el gobierno Kirchnerista - la Asignación Universal por Hijo (AUH) y la Asignación por Embarazo para la Protección Social (AEPS)-, que a pesar de no ser una política producida desde el Ministerio de Salud de la Nación solicita como contraprestación la atención de la salud, quebrando la lógica de la medicina farmacéutica mercantil.

¿Por qué es tan difícil que los gobiernos latinoamericanos transformen la actual política de medicamentos y de vacunas que dan prioridad al lucro de los privados, a los productores y comerciantes?, frente a que un tercio de la población mundial tiene dificultades para el acceso a los medicamentos esenciales para su vida.

Para ir finalizando, en este trabajo hemos planteado más interrogantes que respuestas, “la mejora de la Salud Colectiva” es un problema de interés político y social para la Medicina Social en América Latina que debería ser estudiado por la academia, principalmente para un país precursor, como es la Argentina que, a mediados del Siglo XX, bajo la gestión de Carrillo, logró instaurar a la salud como un requisito fundamental para que el pueblo pueda existir con una vida social plena.

Como hemos mencionado, en la actualidad, Argentina es un país que ha intentado, por los gobiernos denominados “Nacionales y Populares” de la última década, la recuperación del Estado y ha mejorado la condición de vida de la población por medio de la recuperación de derechos políticos, económicos y sociales, por ello se espera que la salud forme parte de esta transformación y no quede enjaulada en las negociaciones mercantilistas y consumistas que la industria privada quiere imponer a los consumidores/pacientes, a los médicos, a los profesionales y a los mismos integrantes del Ministerio de Salud de la Nación.

La salud debe ser parte de este camino de construcción colectiva que se ha generado en toda América Latina en este nuevo milenio. No cabe duda que se necesitan Estados Nacionales - en concreto, con Ministros de Salud - que se ocupen en la teoría y práctica de los intereses de la población, para intervenir sobre la salud y no dejar más espacios al capital que busca continuar generando lucro.

Es imprescindible recuperar las voces de los sectores populares al momento de querer establecer en la “arena política” planes y programas públicos, y poder así generar políticas realmente integrales y universales que mejoren la Salud Colectiva, no sólo desde el saber médico y no médico profesional, sino también desde el saber popular porque “El pensar desde América Latina requiere un instrumental teórico-conceptual que recupere las resistencias culturales, las manifestaciones políticas de masas, las gestas, la literatura, el ensayo, las formas de conocimiento y las mentalidades populares; los testimonios, las microhistorias, las fiestas, los pequeños o grandes episodios de dignidad; los saberes que están en las ‘orillas de la ciencia’” (Argumedo, 2002:136).

VI. Bibliografía

- Alzugaray, R. (2008) *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional*. Buenos Aires: Editorial Colihue.
- Argumedo, A. (2002) *Los silencios y las voces en América Latina*. Buenos Aires: Ediciones del Pensamiento Nacional.
- Belmartino, S. (2005) *La Atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Benach, J. y Muntaner, C. (2009) La epidemia mundial de desigualdad en salud tiene su origen en la crisis socioecológica del capitalismo. *Revista de Ecología Política*. Barcelona No.37.
- Carrillo, R. (1951) *Teoría del Hospital* Tomo I. Buenos Aires: Eudeba.
- Cohen, E. y Franco, R. (2006) *Transferencias con corresponsabilidad. Una mirada latinoamericana*. México: FLACSO.
- Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2005) *Gestión Social y Municipios. De los escritorios del Banco Mundial a los barrios del Gran Buenos Aires*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento. Prometeo Libros.
- Eibenschutz Hartman, C., Tamez González, S. y González Guzmán, R. (2012) *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memoria del Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud*. México: Editorial de la Universidad Autónoma Metropolitana.

- Escudero, J.C. (2011) Sobre la salud colectiva. *Revista Voces en el Fénix: En estado crítico*. No. 7, Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. [En línea] <http://www.vocesenelfenix.com/content/sobre-la-salud-colectiva>
- Escudero, J.C. (2010) ¿Por qué es tan mala nuestra salud colectiva?. *Revista Cuadernos para la emancipación para la Salud y Educación*. Córdoba. Año 4, No. 4.
- Escudero, J. C. (2007) Ante una segunda independencia latinoamericana. Posibilidades y dificultades en salud y nutrición". En *América Latina hacía su segunda independencia*. Buenos Aires: Programa Puertas del Bicentenario.
- Foucault, M. (1993) *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Editorial Altamira.
- Foucault, M. (1978) Primera conferencia: La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. En *Medicina e Historia*. Washington DC: OPS/OMS.
- Gamallo, G. (2002) Orientación a la demanda en la reforma de los servicios sociales. Tesis de Maestría en Políticas Sociales no publicada. Facultad de Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires
- García, J. C. (1982) La Medicina Estatal En La América Latina: 1880-1930. *Revista Latinoamericana de Salud*. México. 2, 102-117.
- Grassi, E. (2006) *Política y Problemas Sociales en la Sociedad Neoliberal*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Katz, Jorge (1993) *El Sector Salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Laurell, A. C. (2009, agosto 31 a septiembre 04) Seguro Obligatorio de Salud o Pagador Único o Sistema Único de Salud. En: Documento de del XXVII Congreso ALAS 2009. Latinoamérica Interrogada. Depredación de recursos naturales y conflicto ecológico. Ciudadanía y democracia participativa. Nuevos escenarios productivos en América Latina. Producción de conocimiento. Buenos Aires, Argentina.
- Lo Vuolo, R. (1998) *La nueva oscuridad en la política social. Del estado populista al neoconservador*. Buenos Aires: Ciepp/Miño y Dávila Editores.
- Menéndez, E. (1986) Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. Manuscrito no publicado. Seminario de postgrado: Salud social y comunitaria. Universidad Nacional de Luján. Buenos Aires
- Ugalde, A. y Homedes, N. (2007) América Latina: La acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. *Revista Salud Colectiva*. Buenos Aires. 3: 21-42.