

Origen, Reformas y Crisis: Desafíos de la Salud Colectiva en América Latina

Por Sônia Fleury, ex-presidente do Cebes, Criadora e coordenadora do Dicionário de Favelas Marielle Franco.

1. Origen

La construcción del campo disciplinario y de práctica política de la Medicina Social y Salud Colectiva representa la incorporación de las ciencias sociales a la salud de una forma orgánica, definiendo la construcción de un marco epistemológico distinto de las inserciones anteriores tales como la higiene, la salud pública o la medicina preventiva, en las cuales algunas disciplinas sociales fueron demandadas para difusión del modelo médico y su práctica clínica o salubrista. Ya la Medicina Social, desde los años 70 del siglo pasado, se propone a desarrollar una teoría social de la medicina y una praxis volcada para la transformación social.

Ese clivaje ocurre con la incorporación del instrumental del materialismo histórico-estructural en la promoción de un análisis crítico e ideológico del campo de la salud. Lo que implica, por ejemplo, tratar de colectivos, como clases sociales, al envés de conjunto de individuos de una población. También tiene como central la cuestión del poder en la sociedad al analizar las practicas e instituciones de salud, incorporando, posteriormente, otras referencias teóricas como Foucault y Bourdieu.^[1]

La asociación entre el desarrollo teórico-conceptual y la conformación de un movimiento latinoamericano, basado en la solidaridad y el internacionalismo, genera una praxis política que tiene como blanco la transformación de las sociedades por medio de la difusión de una consciencia sanitaria que permita a los individuos y grupos sociales comprender el proceso salud-enfermedad- cuidado. El nuevo paradigma se basó en conceptos centrales como la **determinación social** del proceso salud-enfermedad; la **organización social** de la práctica médica; la **conciencia sanitaria**. Al entender el proceso salud-enfermedad como determinado social, económica y culturalmente, apartaba de la salud publica tradicional que se basa en un paradigma biológico, representando por el encuentro entre el organismo y el vector de transmisión de enfermedades. También se diferenciaba de la medicina preventiva al tomar como objeto a los colectivos sociales al envés de tener como unidad los individuos aislados, identificada por Arouca^[2] como una lectura liberal y civil de los problemas del creciente costo de la atención médica en Estados Unidos. Los estudios sobre organización de la práctica médica tomaban en cuenta la salud como un campo de necesidades, pero también un campo de producción de servicios, con una base material, tecnológica e institucional propia. Pero también como un espacio de circulación y consumo de mercancías (insumos) y, más recién, de acumulación del capital financiero por medio de las empresas aseguradoras. Por ende, la conciencia sanitaria involucra la concepción de la salud como un campo de disputa ideológica, un espacio de ejercicio de la hegemonía de los grupos dominantes, incluyendo los saberes y prácticas profesionales, pero también de disputa por la construcción de una contrahegemonía, que busca alterar la estructura de poder vigente^[3].

Algunas instituciones fueron fundamentales en esa trayectoria. La OMS, con la Conferencia de Alma-Ata en la década de 1970, que fue un marco al asumir la consigna “Salud para Todos en el año 2000” por medio de la estrategia de Atención Primaria en Salud. La OPS, fue crucial con el apoyo a la formación de recursos humanos en salud, en especial con la creación de los programas de posgrado en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana UAM-X, en México, y el Instituto de Medicina Social en la Universidad del Estado de Río de Janeiro, en Brasil. Desde la OPS, Juan César García, organizó las dos reuniones de Cuenca, Ecuador, agregando especialistas del campo de la medicina social de América Latina, lo que ha propiciado la circulación de informaciones y el intercambio de ideas, la construcción de una red y una agenda común. Paradoxalmente, las dictaduras

en la región, que obligaron salubristas a exilarse en otros países, fortalecerían la red de solidaridad y la construcción de una perspectiva común en salud colectiva. La UAM en México, el CENDES en Venezuela, el IMS y la ENSP en Brasil pudieron acoger los expertos exilados que mucho aportaron al desarrollo de ese campo de la salud.

Por ende, la estructuración de ese campo requería una dimensión organizacional, que empieza con esa red informal y se consolida en la región con la creación de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social- ALAMES en 1984. En ese año celebrará sus 40 años en la misma ciudad de su creación, Ouro Preto, en Brasil. Con todas las dificultades de una iniciativa desde la sociedad de profesionales, ALAMES pudo realizar encuentros periódicos, que renovaron las esperanzas y fortalecieron los vínculos intelectuales y afectivos entre los participantes.

Hasta ahora hablé de una perspectiva común a la región. Pero, quiero destacar la singularidad de la trayectoria de ese movimiento en Brasil, no solamente por ser mi propia vivencia, pero también por haber adoptado tempranamente el concepto de Salud Colectiva en sustitución a la terminología de los países de AL, que siguieron con la designación de Medicina Social, como conceptos intercambiables. Sin embargo, en cada uno de nuestros países en la región, hay una trayectoria singular que amerita ser analizada para que sea posible comprender sus posibilidades y límites. En Brasil, la organización del Movimiento de la Reforma Sanitaria y la producción teórica sobre la reforma sanitaria y la reforma psiquiátrica que se denominó la lucha antimanicomial construyeron su organicidad con anterioridad a la creación de ALAMES. Por esa razón, no es casual que la propia ALAMES sea creada en un evento en Brasil, expresando una maduración del campo de medicina social en la región y mayor institucionalidad alcanzada en Brasil.

Aún en los años del gobierno de la dictadura, algunos profesionales de salud de izquierda crearon el CEBES-Centro Brasileño de Estudios de Salud, en 1978, con el objetivo de difundir, por medio de la revista Salud en Debate, una nueva visión sobre salud. En ese espacio de resistencia nos agregamos y nos organizamos, construyendo una red nacional de salubristas organizados en los núcleos del CEBES, en lucha por la democratización de la salud y del país. La consigna “Salud es Democracia y Democracia es Salud” articuló la construcción teórica y la praxis política del CEBES. Posteriormente, fue creada la ABRASCO- Asociación Brasileña de Salud Colectiva- que reunía los posgrados en ese campo, y que también fue fundamental en la lucha por el reconocimiento del campo disciplinar y por las luchas políticas y la producción científica en Salud Colectiva, con instrumentos poderosos como la revista Ciencia & Salud Colectiva y los Congresos Nacionales que reúnen miles de participantes (el general, el de epidemiología, el ciencias sociales y el de políticas y planificación).

Correspondientemente a la organización, fueron desarrolladas propuestas de reformas del sistema de salud y el diseño del proyecto del SUS- Sistema Único de Salud, único sistema que fue creado a partir de un proyecto de la sociedad civil, en lucha contra el gobierno dictatorial. Desde ahí, su fuerte componente de lucha por la democratización del Estado y de la Sociedad, al proponer un sistema público, universal, de atención integral, descentralizado y con participación social.

Dos singularidades nos distinguían en la región. La conceptualización de Salud Colectiva fue una opción política que se coaduna con el diseño del SUS, pues la propuesta no era de una reforma de la medicina, pero sí una reforma de la salud, comprendida en su dimensión ampliada. Entiéndese que la salud en sus funciones de promoción, prevención, rehabilitación van más allá de las prácticas curativas e involucra equipos multidisciplinares que no se puede reducir ni al campo estricto de la salud, menos aún a la medicina. También fueron distintas las estrategias políticas adoptadas por el movimiento de la reforma sanitaria brasileña (MRSB), que no se ha concentrado básicamente en la producción de una epidemiología crítica, tomando la temática de las políticas e instituciones como central. Esa opción conllevó el MRSB a una táctica de ocupación de los espacios institucionales,

disputando la construcción de una contrahegemonía simultáneamente en la sociedad y en el interior del aparato estatal responsable por las políticas de salud. Tales opciones nos llevaron a formular la propuesta de creación de un Sistema Único de Salud- SUS que terminó siendo incluido en la Constitución Federal de 1988, la constitución ciudadana. Por mucho tiempo fuimos criticados como reformistas^[4] por nuestros compañeros latinos, sin comprender que una reforma suele ser no reformista cuando incide sobre los fundamentos de la estructura de la dominación, como es el caso de un SUS igualitario en uno de los países más desiguales del mundo.

2. Reformas

Los sistemas de salud en América Latina, en especial en los países del Cono Sur, tuvieron inicio hasta la segunda década del siglo XX, como parte de los procesos de urbanización y de industrialización en faz a las demandas emergentes en relación con la reproducción de la fuerza laboral. Una de sus características centrales fue la fragmentación de la protección de acuerdo con las capacidades de presión de las fracciones de la clase obrera en el mercado formal, protegidos por un sistema de seguro social. Tal modelo ha generado un sistema fragmentado y estratificado, como las Obras Sociales, centralizado, excluyente, porque no atendía a toda la población, y dual, pues la parte más pobre de la población quedada a cargo del Ministerio de Salud. En resumen, **estratificación y exclusión** son las marcas de la protección social en la región, variando con relación a los grados y diferenciación entre los que estaban incluidos y el grado de exclusión de los quedaban afuera.

El agotamiento del modelo de industrialización por sustitución de importaciones fue acompañado por el enflaquecimiento de los Estados y aumento de la deuda pública, en un contexto de debilitamiento de los actores principales en defensa del modelo de protección social: burocracia pública, sindicatos, partidos políticos. Al mismo tiempo hubo un incesante e intenso proceso de urbanización, lo que aumentó las demandas y los conflictos con relación a la protección social. En el campo de la salud concurren para aumentar la complejidad del problema de expansión de la cobertura el aumento de la incorporación tecnológica, que genera costos elevados con alta inflación sectorial. Añade a este contexto la presión de los sectores empresariales para la privatización de la provisión de los servicios de atención y de aseguramiento en salud. Todo eso contando con fuerte apoyo de las agencias internacionales, como el Banco Mundial, el Banco Interamericano- BID, la Fundación Rockefeller y, cada vez más, también la Organización Panamericana de Salud.

Delante de tal contexto, la región empieza un proceso intenso de reformas paradigmáticas de los sistemas de salud. Identifiqué tres modelos paradigmáticos de reformas: el modelo DUAL de Chile, en los 80, el modelo UNIVERSAL en Brasil en final de los 80 e inicio de los 90, y el modelo PLURAL en Colombia en los 90^[5].

La reforma chilena, aún durante la dictadura de Pinochet fue formulada por los economistas ultraliberales formados en Chicago y tenía como principios la focalización, la libre elección y la competencia entre aseguradoras y proveedores. Creo un sistema dual con el sector privado administrado por las aseguradoras ISAPRES y el sistema público pelo FONASA, trasladando al sistema privado todos los trabajadores con capacidad contributiva, quedando el sistema público desfinanciado y responsable por la atención focalizada en los pobres. Pero, con la ausencia de regulación y el modelo dual adoptado favoreciendo los intereses empresariales, el resultado fue el aumento de la segmentación, de la desigualdad y la selección adversa del riesgo. Los gobiernos democráticos que sucedieron la dictadura hicieron reformas como el Plano Auge que define la cobertura obligatoria de un conjunto de enfermedades, aumentaron el presupuesto para el sector público y la regulación sobre el sector privado. Sin embargo, no hubo alteración estructural en el modelo ni en salud ni en pensiones, lo que, en el último sector, ha generado innumerables brotes y manifestaciones populares.

El modelo Universal de Brasil tiene como principios que la salud es un derecho de ciudadanía y un deber del Estado, creando para eso un sistema público universal de cuidado integral de la salud. El sistema se organiza de forma descentralizada, con un comando único en cada una de las esferas de gobierno, que también debe contar con un fondo único de salud y un Consejo de Salud, con participación del gobierno, de los proveedores y de los usuarios. Fueron creadas instancias de movilización y participación como las Conferencias de Salud, y de negociación y pactuación como las Comisiones Intergestores. La implementación del SUS, sin embargo, ocurrió en un contexto de políticas económicas de austeridad, lo que impidió mayores avances por la constante falta de recursos para financiación de un sistema muy desigual y que ya estaba previamente privatizado en cuanto a la oferta de servicios. La introducción de un fuerte componente de Atención Primaria en Salud, con la incorporación de Equipos de Salud de la Familia y Agentes Comunitarias de Salud ha sido responsable por la ampliación de la cobertura, pero siguen las dificultades de acceso a la atención secundaria.

El modelo Plural de Colombia fue inspirado en la reforma chilena, pero intentó superar los problemas de selección de riegos y de segmentación por medio de una articulación entre componentes público y privado, con regulación del manejo de la distribución de los recursos en base a un per cápita, establecido por definición de un paquete básico de servicios. La introducción de un componente de solidaridad llevó a la creación de dos sistemas, uno contributivo y otro subsidiado, que se suponía que serían unificados en una década. Las dificultades de manejar un sistema tan complejo fueron enormes, con las aseguradoras EPS siendo las recaudadoras y no un ente público, lo que implicaba en poco interés por control de su parte, puesto que les era previamente asegurado un per cápita. Pero sí, tenían interés en prolongar el periodo en que podían disponer de los recursos financieros sin repararlos al fondo de compensación FOSyGA. Los hospitales públicos enfrentaron innumerables problemas al tener que actuar en la competencia por pacientes en el mercado, y, al mismo tiempo, actuar con base en un presupuesto público para atención a los que no estaban afiliados a una EPS. Como el modelo fue concebido en base a la atención curativa, la salud pública se quedó debilitada. Por ende, no se cumplirán las promesas de unificación y universalización, lo que llevó el gobierno actual a proponer una reforma para creación de un sistema único y público de salud, pero que fue, recién, derrotado por el Congreso.

Hay que mencionar que, más allá de las reformas mencionadas, hubo un cambio en la posición de los propios organismos internacionales, como la OMS E OPS, que pasaron a defender la cobertura universal de salud, en sustitución al derecho universal a salud. No se trata de un mero cambio de concepto, pero sí de una brutal diferencia política. El derecho universal se basa en la igualdad de todos a tener el mismo acceso y condiciones de utilización de servicios integrales de salud, en el marco de las limitaciones y disponibilidades nacionales. Ya la cobertura universal prescinde de la igualdad, pues supone que las condiciones materiales distintas de cada individuo les van a asegurar una cobertura distinta, paquetes básicos para unos y atención integral para otros^[6]. Universalizar con preservación de las iniquidades, y aceptar la contradictoria convivencia con un sector privado cuyo interés es la acumulación, esa es la propuesta actual que necesitamos rechazar en ese momento de la lucha ideológica por el significado de la universalización.

3. Cambio, crisis y desafíos

Estamos todavía viviendo el impacto de la pandemia de COVID-19^[7] y ya enfrentando la crisis climática, con eventos extremos como la inundación que ocurre hoy día en el sur de Brasil.

La pandemia nos ha alertado para el impacto de la globalización en la salud que se ha reflejado en la perversa concentración de los insumos en los países del Norte, desvelando la ausencia de nuestra soberanía sanitaria. También al interior de los países quedó patente la desigualdad y la falta de política

públicas que llevase en cuenta la situación de las poblaciones de favelas y villas, que nos les permitía seguir las recomendaciones sanitarias. Pero también dejó claro la capacidad de la población de esos territorios de autoorganizarse para defender la vida de sus habitantes^[8]. Los desafíos van, pues de la necesidad de inversión en C&T, apoyando la Universidad y los centros de producción de vacunas e insumos hasta la revisión de los acuerdos y legislación que preservan las patentes de insumos vitales. Más allá de la pandemia, el desarrollo acelerado de la Inteligencia Artificial amerita ser objeto de discusión pública por su creciente utilización en el campo de la salud, para que sea utilizada en beneficio de los ciudadanos y no como forma de control o monitorización de los datos vitales. También para que la IA no sea tomada como un refuerzo de las prácticas curativas, buscando avanzar en el campo de promoción de la salud colectiva. El campo de las relaciones internacionales en salud y del desarrollo de complejos económicos industriales de salud se imponen en nuestras agendas, pues ni los problemas de salud ni las soluciones se van a alcanzar con medidas aisladas.

La crisis ambiental nos está gritando que el modelo de desarrollo extractivista y de producción de *commodities* nos ha llevado a la devastación de la naturaleza, la cual no se trata de dominar, sino de convivir de forma armoniosa, como parte de ella, eliminando una perspectiva antropocéntrica que ha predominado, incluso en la ciencia. Se trata de buscar una forma de reconstrucción de las ciudades y del campo que sea basada en una economía solidaria, volcada para lo común, para la producción de bienestar y eliminación de los territorios urbanos de exclusión y acumulación con la destrucción ambiental, que generan espacios urbanos malsanos y la circulación creciente de arboviroses. Una articulación cada vez más grande entre salud urbana y ambiental se impone, incluyendo la necesidad de control del uso de pesticidas y producción de alimentos ultra procesados que están impactando fuertemente los problemas de obesidad y enfermedades en la región.

Un último punto que amerita destacar son las transformaciones sociales que tratan de la emergencia de las demandas identitarias de género, etnia, raza, territorios que se plantean como demandas de expansión de la ciudadanía. Los estereotipos y prejuicios son construcciones sociales que posibilitan la superexplotación de tales grupos y legitiman prácticas coloniales, patriarcales y conservadoras de subestimación y subalternización. Los desafíos son del orden de la construcción de una igualdad con diversidad, sin que las políticas de equidad, que tengan en cuenta las diferencias, se opongan al principio humanitario de la igualdad. Al contrario, ampliando o sentido de la igualdad de forma a contemplar las enormes diferencias que existen entre todos los seres en el universo y la que creamos socialmente para mantener la dominación. A esas destituciones de la condición de ciudadanía se asocian diferentes formas de violencia urbana de grupos de narcotraficantes, paramilitares y de violencia estatal, generando propuestas de estados coercitivos autoritarios como se fueron capaces de combatir la violencia cuando son, ellos mismos, parte de ella. Los poderes facticos están cada vez más corrompiendo la democracia y sus instituciones desde adentro. Pero si son gobiernos elegidos por la población hay que tener en cuenta la capacidad de los líderes populistas autoritarios de interpelar a los jóvenes y a la población que se encuentra desilusionada con la incapacidad de los gobiernos progresistas de brindar a la población un proyecto de nación con desarrollo inclusivo y solidario. Al aceptar las limitaciones impuestas por las políticas de austeridad y el pago de la deuda creciente con el sacrificio de inversiones y políticas redistributivas, al hacer alianzas pragmáticas y adoptar prácticas políticas espurias, el progresismo ha encontrado sus límites. Pero si es la población que ha respaldado la ascensión de las derechas en la región y en el mundo^[9], es también en la fuerza de la organización de la sociedad que vamos a encontrar las resistencias, como la lucha de las mujeres por el derecho al aborto en Argentina o la organización de la Frente por la Vida contra el negacionismo del gobierno autocrático en Brasil.^[10]

Pensar como la salud puede ser una palanca para la emancipación social y defensa de la vida y de la democracia es nuestro desafío hoy y siempre.

Referencias:

- [1] Rojas Ochoa, Francisco y Márquez, Miguel (compiladores) Alames em la Memoria, La Habana, Editorial Caminos, 2009=
- [2] Arouca, Sergio – el Dilema Preventivista, Buenos Aires, Lugar Editorial
- [3] Fleury, Sonia – Estados sin Ciudadanos – Buenos aires, Lugar Editorial, 1997
- [4] André Gorz – <https://jacobin.com.br/2023/02/andre-gorz-mostra-como-podemos-transformar-o-mundo- hoje/>
- [5] Fleury, Sonia- ¿Dual, Universal, Plural? Modelos y dilemas de la atención a la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia. In Molina, Carlos y José Núñez (editores) Servicios de Salud en América Latina y Asia. Washington DC, BID, 2003. p3-40
- [6] Fleury, Sonia et al. **Right to health in Latin America: beyond universalization**. Santiago. ECLAD, Series Financing for Development 249, 2013
- [7] Mafort, Assis e Sonia Fleury- **Novo Federalismo no Brasil: Tensões e Inovações em Tempos de Pandemia de COVID-19** <https://www.conass.org.br/biblioteca/novo-federalismo-no-brasil-tensoes-e-inovacoes-em-tempos-de-pandemia-de-covid-19/>
- [8] https://wikifavelas.com.br/index.php/Coronav%C3%ADrus_nas_favelas
- [9] Fleury, Sonia (org) Cidadania em Perigo: desmonte das políticas sociais e desdemocratização em Brasil <https://www.conass.org.br/biblioteca/novo-federalismo-no-brasil-tensoes-e-inovacoes-em-tempos-de-pandemia-de-covid-19/>
- [10] Franco, Tulio; Businguer, Elda e Sena da Silva, Jancita (organizadores) <https://editora.redeunida.org.br/project/frente-pela-vida-em-defesa-da-vida-da-democracia-e-do-sus/>