

XII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva
XVIII Congreso Internacional de Políticas de Salud
VI Congreso de la Red Américas de Actores Locales de Salud

**Confrontando las políticas de desmantelamiento de los sistemas de
protección y seguridad social. Una visión latinoamericana.
Actuando desde fuera y dentro del gobierno.**

Asa Cristina Laurell

Montevideo

5 al 8 de noviembre de 2012

La lucha por el derecho universal a salud y por el fortalecimiento y ampliación de las instituciones públicas de salud para garantizarlo son fundacionales de la Medicina Social y la Salud Colectiva y constituyen principios irrenunciables. Nuestra historia está llena de experiencias concretas, unas exitosas otras no tanto. Estas experiencias son nuestro patrimonio y legado y una fuente rica para la reflexión. Los latinoamericanos, junto con los africanos, somos especialistas en resistir la aplicación despiadada de las políticas neoclásicas y neoliberales; políticas que hoy han sacado a millones de personas a protestar en las calles de Europa. El Estado Social es ideológicamente intolerable para los grandes capitales transnacionales y han encontrado el momento para intentar destruirlo. Como aliento a las luchas europeas podemos decir que la mitad del continente latinoamericano tiene hoy gobiernos progresistas surgidos precisamente del combate popular contra el despojo, la opresión y la injusticia.

Hemos acumulado experiencias y enseñanzas durante treinta años. Una de las enseñanzas, no siempre asumida, es que aunque nuestro actuar se basa en valores éticos y sociales generales no hay un paradigma único de actuación porque la especificidad nacional tiene un peso importante. Negaríamos la esencia del pensamiento médico-social si no lo reconociéramos. Nuestro objeto de transformación requiere incluir las dimensiones política, económica, social e histórica. Esto no quiere decir que se asuman posiciones pragmáticas ultra-realistas ni que se adopten actitudes vanguardistas o sectarias. Significa examinar la realidad a modo del “análisis de situaciones” gramsciano (Gramsci, 193?).

La cuestión es conocer el punto de partida real y tener claro el horizonte estratégico de llegada. El actuar coyuntural requiere de ambos. Es crucial no promover o tomar decisiones tácticas contrarias al horizonte de llegada que obstaculicen alcanzarlo. Algunos ejemplos. Aunque la correlación de fuerzas obliga a tratar con el sector privado en un momento específico no se debe concederle ventajas que le permite desviar definitivamente la posibilidad de garantizar el derecho universal a la salud y crear un sistema dual de salud. Otro ejemplo sería someter a la institución pública y al sistema único de salud a compromisos que no están en condiciones de cumplir para no desprestigiarlos y crear rechazo a lo público.

Aquí cabe un comentario y una advertencia sobre el tema de esta mesa. ¿A qué se refiere cuando se habla de “protección social”? En muchos países, por ejemplo México, la protección social es una política pública orientada a suprimir la realización universal del derecho a la salud y sustituirlo con un paquete mínimo de servicios y promover la mercantilización de la salud (Laurell, 2007).

También hay que poner bajo escrutinio el sentido y contenido de la seguridad social porque actualmente hay proposiciones de seguridad social que no cumple ningún criterio de los propuestos por la OIT aunque los redujo sustancialmente con “La Iniciativa del Piso de Protección Social de las Naciones Unidas” (Cichon, Behrendt, Wodsak 2011). Estas advertencias tienen por finalidad invitar a una vigilancia crítica de los conceptos y las palabras y no olvidar que estamos inmersos en una disputa intensa por el discurso. La razón de la disputa es que el derecho a la salud y su garantía son valores socialmente muy extendidos y por tanto es

políticamente impresentable decir que una política pretende restringirlos o negarlos.

A nombre del pragmatismo económico o realismo financiero se está manejando la noción de “universalismo básico” (Molina, 2006) o “universalismo modificado” (Funsalud, 1994. p. 78). Sus promotores lo den la connotación de un compromiso concreto con un piso de servicios de salud, garantizado y financiado por el Estado, a toda la población y de esta manera se resolvería el dilema universalidad-selectividad. Sin embargo altera el significado fundamental del universalismo que significa “todo lo necesario para todos”. Es así otra forma de establecer un paquete básico de salud y seguridad social que, en las condiciones actuales de nuestros países, crea dos espacios desiguales de satisfacción de necesidades: uno mercantil y otro público.

Las estrategias para enfrentar el desmantelamiento de las instituciones públicas de salud y seguridad social son diferentes dependiendo de cual es el espacio político y social desde donde se despliegan: fuera del gobierno o desde o en el gobierno.

Resistir y acumular fuerza política

Cuando se actúa fuera del gobierno en las condiciones actuales la estrategia es básicamente la resistencia y la acumulación de fuerza política. Una primera tarea es defender el derecho a la salud y el acceso a los servicios de salud requeridos. En esta tarea obra a nuestro favor que es la defensa de un valor socialmente muy aceptado pero es preciso darle concreción para fortalecerlo y profundizarlo. En el debate público hay que plantear que la negación o restricción de este derecho es cuestión de vida o muerte. Debe señalarse que matizarlo a un piso básico equivale a

aceptar que los que no tienen los recursos económicos suficientes pueden morir o quedar con discapacidades permanentes o eventualmente caer en la pobreza a causa de la enfermedad.

Una segunda tarea es resistir el desmantelamiento del sistema público del Ministerio de Salud y/o de la seguridad social pública y pugnar por su ampliación y fortalecimiento. Esta estrategia puede tener más dificultades ya que en muchos países estas instituciones han estado deliberadamente sometidas a un desgaste y subfinanciamiento prolongado. Sufren por ello un desprestigio creciente y arraigado en el imaginario del público. Otro tema a desentrañar es cómo considerar la seguridad social para-pública, por ejemplo las Obras Sociales, que frecuentemente son negocios de sindicatos corruptos que se coluden con el sector privado. También hay que resolver el papel de los institutos de seguro social en la construcción de un sistema único y público. La respuesta depende básicamente de la fortaleza institucional que tengan dentro del sistema público de salud en cada país. En México, por ejemplo, es impensable construir un sistema único de salud sin utilizar los institutos de seguro social como la palanca principal en su constitución (Laurell, 2011).

Una tercera tarea es presentar denuncias fundamentadas en hechos reales, históricos y comparados, y no solo de carácter ideológico-político general. Para ello tenemos una fuente rica de información y análisis en la literatura médico-social. Estas denuncias forman parte de la lucha por el discurso y la construcción de la “otra verdad” sobre los procesos. Es, por ejemplo, inverosímil que el caso colombiano continúe siendo presentado como una “experiencia exitosa” (Glassman et al, 2010) cuando desde cualquier perspectiva empírica y analítica es una “experiencia fracasada” (Franco, 2012).

La cuarta tarea es construir alianzas dentro y fuera del sector salud. En las grandes luchas contra el desmantelamiento de los sistemas de salud y seguridad social, por ejemplo en México y Colombia, los sindicatos de los trabajadores de salud, los gremios del sector y las asociaciones civiles interesadas al tema suelen ser los pilares de la resistencia (Laurell, 1995). Ocurre así porque tienen organización previa y capacidad de movilización. También se han dado alianzas con altos funcionarios del gobierno como una expresión de las contradicciones en su interior, particularmente entre el ministerio de finanzas o hacienda y los ministerios sociales. Asimismo es común que grupos de académicos y universidades se han sumado a estas alianzas aportando conocimiento y evidencias científicas.

Sin embargo es posible y deseable que las alianzas se extiendan fuera del sector e incluyan a los ciudadanos usuarios de los servicios de salud. Estas alianzas se han logrado particularmente al nivel local ante la amenaza de cerrar hospitales o centros de salud. Destaca Colombia donde la resistencia masiva de decenas de miles de ciudadanos tomó la forma de la “tutela” o amparo ante la violación del derecho constitucional a la salud (Torres, 2008).

Construir desde y en el gobierno

En América Latina no solo tenemos experiencias como oposición sino también desde los gobiernos nacionales y locales. La participación en los gobiernos se han dado en escenarios políticos diferentes y van desde el planteamiento de “ocupar espacios en el Estado” hasta la llegada al gobierno de militantes políticos de partidos o de movimientos sociales participantes en grandes transformaciones socio-políticas que se proponen

construir un nuevo Estado. Hay de esta manera una gran riqueza de experiencias diversas que sería importante sistematizar y comparar. En ausencia de esta urgente sistematización se puede, sin embargo, señalar algunas cuestiones relevantes.

Una primera cuestión es posicionar la salud y la seguridad social como una política transversal en el sentido de argumentar que son derechos sociales y humanos. La base conceptual de estos argumentos es la determinación social de las formas de enfermar y morir. Sin embargo desde la medicina social no es suficiente “la salud en todas las políticas” que tiende a enfocarse en la supresión de los factores de riesgo y no en la modificación de las relaciones sociales.

En este contexto es preciso asumir que la política de salud no rige a todas las demás políticas sino que se inscribe en la política social y depende importantemente de la concepción de la política económica. Es decir la transformación de las condiciones de vida y de trabajo está en gran medida subsumida en una visión integrada de la economía política donde la redistribución decidida de la riqueza y la garantía de los derechos sociales son medulares. Difícilmente es concebible seguir los dictados de la economía neoclásica y al mismo tiempo promover un Estado Social pleno.

La actuación desde o de un Ministerio de Salud se inscribe en este contexto y es un ámbito específico de actuación. Puede coadyuvar a los cambios profundos pero no es el centro de gravitación de la transformación a fondo de la sociedad. Así hay tareas concretas que debe resolver que van desde la lucha por la garantía plena del derecho a la salud hasta la calidad de los servicios de salud y el trato digno a ciudadanos y trabajadores. Es más, el cumplimiento de la primera depende en gran

medida de la resolución de la segunda. En rigor, la realización del derecho social a la salud sólo se puede dar cuando hay acceso oportuno y universal a los servicios requeridos en todo su espectro, desde la educación para la salud hasta la rehabilitación. Vale recordar que esto requiere de una creciente desmercantilización del terreno de la salud para constituirse en una obligación pública o del Estado exigible.

El esfuerzo principal de un Ministerio de Salud en las condiciones actuales de América Latina generalmente se dirige a revertir el deterioro de las instituciones públicas para recuperarlas, fortalecerlas y ampliarlas así como en expandir su espacio de actuación a campos abandonados o dejados como pueden ser la salud mental, en el trabajo o de la mujer. En esta tarea se enfrenta una problemática compleja ya que no se trata solo de reconstruir el dañado tejido institucional sino también de revertir la segmentación y fragmentación derivadas de las anteriores reformas neoliberales. Los programas focalizadas o verticales, los mini-seguros para grupos especiales, la descentralización desordenada sin recursos y la necesaria competencia técnica, la autonomía de gestión hospitalaria, el crecimiento del sector privado de lucro, etcétera se erigen en obstáculos formidables para constituir un sistema único y público de salud.

Aunque parezca obvio, no habría que olvidar que los sistemas de salud existen para satisfacer las necesidades de salud de la población. Tampoco habría que menospreciar que los ciudadanos comparten buena parte de la ideología medicalizada dominante donde el hospital, los medicamentos y la tecnología médica ocupan un lugar preponderante. Esto significa que los ciudadanos-usuarios entran en contacto con los servicios para que sean atendidas con eficiencia y dignidad sus enfermedades o demandas en la forma prevista por ellos. Es decir, es preciso que los

servicios de salud sean fortalecidos y ampliados, particularmente en regiones desprovistas anteriormente de ellos, y que tengan lo necesario para operar adecuadamente. Es además preciso ir construyendo una nueva cultura institucional de servicio al público.

Vale la pena advertir sobre los peligros de algunas políticas que tienden a contravenir, a veces irremediablemente, los objetivos estratégicos de una política del derecho a la salud. La primera es el “aseguramiento universal” hoy muy en boga y promovida desde los organismos financieros supranacionales. Puede parecer una vía de resolver la segmentación y fragmentación del sistema de salud creando un mecanismo de financiamiento para que todos puedan acceder a los servicios amparados por un seguro. Sin embargo la experiencia empírica demuestra que su finalidad es la mercantilización de campo de salud y su agenda oculta la apertura a los agentes privados de administración de fondos y prestación de servicios. Tiende además a destruir los servicios públicos al exponerlos a una competencia desigual (Laurell y Herrera, 2010). Otra política es la asociación público-privada para la construcción de infraestructura de salud que es un arreglo extremadamente caro que nutre al capital financiero y inmobiliario (Liebe y Pollock, 2009).

Un problema casi siempre presente en un gobierno es la pugna distributiva tanto entre los distintos ministerios involucrados en la garantía de los derechos sociales –educación, vivienda, alimentación, asistencia social, etcétera— como con los de la esfera productiva. La solución de estas pugnas, desde luego, no es darle facultades para-presidenciales al ministro de finanzas sino construir la distribución de los recursos sobre la base del proyecto de nación que se persigue. Es ante todo un quehacer político, no de politiquería. La manera de transitar depende, por tanto, de la

correlación de fuerza en el parlamento pero también con respecto a los poderes fácticos, incluyendo a los medios, y del impulso popular.

La cuestión del financiamiento sin embargo no se resuelve solo con la repartición “justa” de los recursos entre las distintas prioridades de gobierno. Requiere también del combate a la corrupción y de una reforma fiscal progresiva. La corrupción absorbe una gran cantidad de recursos públicos¹ que debieran usarse para el bien colectivo. Su erradicación involucra a las prácticas de gobierno y a su relación con los privados y entre ellos. Forma parte, junto con el tráfico de influencias y el patrimonialismo, de la cultura política en muchos países y se ha extendido a raíz de la dominancia de la ideología neoliberal. Aunque la transparencia y la rendición de cuentas desempeñan un papel en este terreno es crucial la conducta de los altos funcionarios y sanciones implacables para los delincuentes económicos.

El éxito de una reforma fiscal progresiva guarda una relación dialéctica con la disminución de la corrupción y la eficacia del gobierno. Si la percepción generalizada es que la alta burocracia usan los impuestos para enriquecerse nadie los quiere pagar al igual que cuando se percibe que no se devuelven a los ciudadanos en la forma de mejoras en los servicios-beneficios y del espacio público. La reforma fiscal debe constituirse en un instrumento redistributivo de la riqueza e impulso al desarrollo social y productivo y no un medio de enriquecimiento y salvamento de los grandes capitales como lo persigue la economía neoclásica monetarista.

¹ En México se estima que corresponde a entre el 10 y 15 por ciento del PIB.

Por los problemas señalados es crucial la construcción de alianzas dentro del gobierno, con los trabajadores de la salud y con los movimientos sociales organizados, sean éstos organizaciones sociales, sindicatos, asociaciones civiles u ONG dependiendo del contexto donde se actúa. En cualquier proceso de transformación social profunda, especialmente cuando se está construyendo un nuevo Estado (Linera, 2010) resulta imposible llevarlo adelante sin estas alianzas concretas, particularmente con los movimientos sociales. Tanto el caso de Bolivia como el de Ecuador dan testimonio de ello.

Las alianzas o las relaciones con los trabajadores y gremios de salud son más complejas ya que con frecuencia se entrecruzan los intereses particulares de estos con los intereses estratégicos de la construcción de un sistema único de salud. La política para lograr esta alianza es particular en cada caso pero la reconstrucción del tejido institucional y la creación de una nueva cultura de atención al público requieren de ella.

La participación social en la gestión y planeación del sistema de salud es decisiva para la realización del derecho a la salud. Tiene varias facetas que pasa por un proceso con información accesible y comprensible para la toma de decisiones. Para empezar el control social, entendida como la vigilancia local sobre el funcionamiento de los servicios, es probablemente el método más eficaz para conocer que pasa y empezar a corregir problemas.

Referencias

Cichon M, Behrendt C, Wodsak V, 2011 La Iniciativa del Piso de Protección Social de las Naciones Unidas. Frankfurt; Fundación F. Ebert.

Franco S, 2012. El colapso del sistema de salud y las alternativas en ciernes. www.razonpublica.com/index.php/econom-y-sociedad-temas-29/2958-el-colapso-del-sistema-de-salud-y-las-alternativas-en-ciernes.html.

Funsalud, 1994. Economía y salud. México DF; Fundación Mexicana para la Salud.

García Linera A, 2011. Las tensiones creativas de la Revolución. La Paz; Vicepresidencia del Estado Plurinacional y Presidencia de la Asamblea Legislativa Plurinacional

Glassman A et al, 2010. Salud al alcance de todos. Una década de expansión del seguro médico en Colombia. Washington DC; BID.

Gramsci A, 193?. Cuadernos de la Cárcel Tomo IV Análisis de las situaciones www.gramsci.org.ar

Laurell AC, 1995. La Reforma de los Sistemas de Salud y Seguridad Social. Concepciones y propuestas de los distintos actores sociales. México DF; Fundación F. Ebert.

Laurell AC, 2007. Health system reform in Mexico. A critical review. *Int J Health Serv.* 37(3): 515–535.

Laurell AC, 2011. Los seguros de salud mexicanos. Una cobertura universal incierta. *Ciencia & Saúde Colectiva* 16(6): 2795-2806.

Laurell AC y J Herrera Ronquillo, 2010. La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colectiva* 6(2):137-148.

Liebe M y A. Pollock, 2009. The experience of the private finance initiative in the UK's National Health Service. Edinburgh; The Center for International Public Health Policy.

Molina CG (ed), 2006. Universalismo Básico. Una nueva política social para América Latina. Washington DC; BID/Planeta.

Torres M, 2008. Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado. *Saúde em Debate*, 32(78/79/80): 207-219.