

Pensamiento contrahegemónico en salud

The counter-hegemonic thought in health

Dr. Oscar Feo Istúriz,^I Lic. Carlos Feo Acevedo,^{II} Dra. Patricia Jiménez^{III}

^I Universidad de Carabobo. Maracay, Venezuela

^{II} Universidad de La Habana. La Habana, Cuba.

^{III} Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

La salud y la salud pública están dominadas por un pensamiento hegemónico, que tiene como centro la atención a la enfermedad y no la protección de la salud, hegemonía que más recientemente ha colocado a la salud en el mercado, incorporado la concepción de que es escenario privilegiado para la acumulación y reproducción de capital. Se analizan temas como el derecho a la salud, la determinación social de la salud y la atención primaria de salud, para demostrar su simplificación por el pensamiento hegemónico. Se propone impulsar un pensamiento contrahegemónico que asuma los planteamientos de la Medicina Social y la Salud Colectiva latinoamericanas, haciendo de la salud un espacio para la lucha por un nuevo Estado y una nueva sociedad.

Palabras clave: salud, salud pública, Medicina Social, Salud Colectiva, pensamiento contrahegemónico.

ABSTRACT

Health and the public health are dominated by an hegemonic thought focused on the care to disease rather than on the health protection. This hegemony has recently placed health into the market by introducing the concept of a privileged scenario for capital accumulation and reproduction. This article analyzed topics such as the right to health, the social determinants of health and the primary health care, in order to prove how these topics are simplified by the hegemonic thought. It also suggested that a counter-hegemonic thought should be encouraged, which will

take the statements of the Latin American collective health and social medicine to turn health into a space for the struggle towards a new type of state and a new society.

Key words: health, public health, social medicine, collective health, counter-hegemonic thought.

La salud y la salud pública han estado históricamente caracterizadas por una visión positivista, marcadamente biológica y medicalizada, centrada en la enfermedad y no en la salud, que es lo que llamamos "pensamiento hegemónico en salud", el que simplifica y reduce la compleja determinación social de la salud y la enfermedad a los clásicos factores de riesgo y convierte a la epidemiología en mera contabilidad de casos y muertes.

El pensamiento hegemónico en salud se apropia de conceptos y los desnaturaliza: hace que categorías tan importantes como *Derecho a la Salud* o *Determinación Social*, que tienen una enorme carga política, pierdan su fuerza y contenido, y queden reducidas a simples palabras, usadas como moda y lenguaje políticamente correcto, con lo que pierdan su capacidad explicativa y potencialidad transformadora. Por ejemplo, conceptos de enorme riqueza como Atención Primaria en Salud (APS) termina entendiéndose como primer nivel de atención, o lo que es peor, como atención primitiva para pobres.

Por ello, es importante denunciar y combatir el "canibalismo" de la palabra hecho por instituciones que reproducen y potencian el pensamiento hegemónico, y cooptan conceptos con gran carga política y explicativa, banalizándolos. Nada más contradictorio que escuchar a los organismos financieros multilaterales hablando del Derecho a la Salud, cuando con sus políticas y estrategias lo niegan, y con sus reformas neoliberales y privatizadoras han contribuido a generar buena parte de la exclusión en salud que existe en el mundo.

Ese pensamiento hegemónico ha tenido dos etapas claramente diferenciadas: la primera, marcada por el carácter biologicista y unicausal, centrada en la enfermedad y no en la salud; y una segunda, más reciente, de carácter mercantil que coloca a la salud en el mundo del mercado e impulsa su privatización, a partir de la inserción de la salud en los circuitos económicos de producción y acumulación de capital, y la incursión de los organismos financieros internacionales en salud. Hoy, una de las contradicciones fundamentales en el terreno sanitario es la confrontación entre una concepción de la salud como mercancía, desarrollada por ese pensamiento hegemónico, que se hace llamar la "nueva salud pública", contrapuesto a la concepción de salud como derecho humano y social fundamental, a ser garantizado por el Estado, que es uno de los ejes del pensamiento de la Medicina Social y la Salud Colectiva, lo que en este artículo expresamos como pensamiento contrahegemónico.

¿CÓMO FUNCIONA EL PENSAMIENTO HEGEMÓNICO?

Funciona adueñándose de la mente de las personas y colectivos humanos, colonizando su pensamiento, haciendo que hablemos como "ellos" quieren, y también apropiándose de nuestros conceptos, quitándoles sentido, profundidad y carga explicativa, por eso hablamos de "canibalización". El mejor ejemplo es la categoría *Derecho a la Salud*. Está claro que los organismos financieros internacionales nunca reconocerán que ven a la salud como mercancía, se apropian del término *derecho* y lo utilizan en sus discursos y publicaciones, desvirtuándolo, reduciéndolo, convirtiéndolo en palabra hueca, sin sentido. De eso se trata, el pensamiento hegemónico se adueña del concepto, lo reduce, le hace perder su peso político, y lo que está realmente detrás de su discurso de derecho es la concepción mercantil de la salud, de allí la necesidad de esta reflexión, para repensar la salud, y descubrir y denunciar esa apropiación y desnaturalización del lenguaje.

El pensamiento hegemónico domina y coloniza la sociedad: penetra la organización y las acciones de los ministerios de salud, lo que enseñan las facultades de medicina y las escuelas de salud pública, la práctica asistencial e investigativa y las ideas que difunden los organismos internacionales.

Es vital despojarnos de ese pensamiento hegemónico, descolonizarnos, demostrar que detrás del discurso "oficial" se esconde la hegemonía, la colonización del pensamiento que se caracteriza porque el colonizado habla con la palabra colonial y no lo sabe, no se da cuenta, expresa el pensamiento hegemónico sin percibirlo.

En contraposición a este paradigma biologicista, medicalizado, unicausal, autoritario, alejado de la realidad social, y ahora mercantilizado, se ha desarrollado un pensamiento contrahegemónico que se ha denominado históricamente "Medicina Social". Ya en 1790 *Johan Peter Frank* con su célebre discurso a los estudiantes de medicina de la Universidad de Pavia, titulado "La Miseria del pueblo, causa de las enfermedades", plantea la causalidad social de la enfermedad,¹ posteriormente notables científicos europeos en pleno siglo XVIII insisten en que la causa fundamental de la enfermedad y la mala salud está en la sociedad y en las condiciones de vida. *Virchow*, científico y luchador social alemán, es el primero en utilizar el término medicina social, y se recuerda su histórica diatriba con *Koch* en relación con la causalidad de la tuberculosis.

En América Latina, *Salvador Allende* es uno de los precursores de ese pensamiento cuando en 1939 escribe la *Realidad Médico Social Chilena*, obra pionera de la Medicina Social Latinoamericana, que es la base para que ese mismo año, cuando asume el Ministerio de Salud, con tan sólo 31 años, comience a plantear la necesidad de un Sistema Nacional de Salud de carácter público y universal, el cual se concreta en la década de los cincuenta como el primero del continente, luego destruido por la dictadura pinochetista.

En la década de los sesenta *Juan César García*,² a la cabeza de un selecto núcleo de profesionales que se encontraban trabajando en el área de recursos humanos de la OPS, entre los que destacan *María Isabel Rodríguez* y *Miguel Márquez*, difunde ampliamente ese pensamiento contrahegemónico, y se crean diversos centros de investigación y formación en países como México, Brasil, Ecuador, Cuba y Venezuela. Desde la Medicina Social, que en Brasil se denomina Salud Colectiva, se desarrolla la Reforma Sanitaria Brasileña, que introduce en la Constitución el concepto de Salud como Derecho e impulsa la creación del Sistema Único de Salud (SUS). Recordamos en esas luchas a *Sergio Arouca*, hoy epónimo de la Escuela Nacional de Salud Pública de ese país.

Bajo esas influencias, en 1984, en el III Congreso Latinoamericano de Medicina Social, se crea la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), expresión político organizativa de esta corriente de pensamiento.³

Los pilares fundamentales del pensamiento de la Medicina Social y la Salud Colectiva se pueden resumir en dos puntos:

1. La concepción de la salud como derecho humano y social fundamental, que debe ser garantizado por el Estado en forma universal, asumiendo a la salud como bien público que no puede ni debe ser sometido a la lógica del mercado.
2. La comprensión de la Determinación Social de la Salud y la Enfermedad, rescatando la idea de que las causas de la mala salud están en la sociedad, en las condiciones de vida y trabajo, y que transformar esas condiciones es parte fundamental de las tareas de la Medicina Social-Salud Colectiva.⁴

La Medicina Social es también una militancia hacia la transformación de la sociedad, desde una perspectiva progresista, que en la mayoría de los casos asume al "socialismo" como la utopía a construir. Para quienes deseen profundizar, existen muchas publicaciones que expresan el pensamiento contrahegemónico de la Medicina Social, autores claves son: *Vicente Navarro, Mario Testa, Cristina Laurell, Jaime Breilh, Edmundo Granda, Juan Samaja, Saúl Franco*, entre muchos otros. *Iriart*,⁵ elaboró una lista de las cien publicaciones más importantes de la Medicina Social Latinoamericana, fácilmente accesible.

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La Determinación Social es una categoría de las Ciencias Económicas y Sociales, *Marx* describía la determinación del modo de producción y la estructura social, por las formas en que se organizan las fuerzas productivas, por su propiedad y control, lo que determina "relaciones sociales de producción", que en el caso del capitalismo son de explotación del trabajo humano.

La Determinación Social de la Salud y la enfermedad es uno de los núcleos político ideológicos centrales de la Medicina Social, al plantear que la salud es una construcción social derivada de las formas en que se organiza una sociedad para producir y distribuir su riqueza social. En otras palabras, la salud de la población está determinada, en última instancia, por el modelo de desarrollo y consumo de una sociedad.

Buena parte de la producción de la Medicina Social-Salud Colectiva, está relacionada con la Determinación Social de la Salud. En la década de los setenta, autores como *Breilh* y *Laurell* señalaron esta determinación. Recientemente ha sido reeditado por la Universidad Andina "Simón Bolívar" de Ecuador el texto de *Breilh* publicado en 1979 "Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud."

En el 2005 la Organización Mundial de la Salud asume el tema, y crea una Comisión Especial para la Determinación Social de la Salud (CDSS), que entre los años 2005 y 2008 realiza un gran acopio de información, la cual, lamentablemente y debido a la visión eurocéntrica de esa comisión, no incorporó la producción latinoamericana sobre la materia.⁶

En su informe final, la CDSS señala que los Determinantes Sociales de la Salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que esas circunstancias son el resultado directo de cómo se distribuye el poder, la riqueza y los servicios a nivel mundial, nacional y local. Rescata así la OMS, sin reconocerlo, un planteamiento histórico de la Medicina Social-Salud Colectiva, pero obvia los elementos políticos que tienen que ver con el modo de producción capitalista como generador de un modelo de desarrollo y consumo que enferma a la sociedad y al ambiente, que se ha mostrado insostenible al amenazar la vida del planeta por un afán de lucro y concentración desahogada de la riqueza que, como bien señala *Amartya Sen*, hace que el 10 % de la población concentre el 85 % de la riqueza mundial.⁷⁻⁹

El mencionado informe de la CDSS de la OMS, hace tres recomendaciones centrales para actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud:

1. Mejorar las condiciones de vida.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder del dinero y los recursos.
3. Medir y analizar el problema, y evaluar los efectos de las intervenciones.

Sin embargo, y a pesar de sus aportes, la CDSS, como atinadamente alerta el informe de ALAMES,⁷ optó por centrar el tema de los determinantes en los gobiernos y sus políticas, asumiéndolos como los principales agentes de cambio, en vez de centrarse en las principales fuentes de inequidad social a nivel global y nacional, y proponer acciones de fondo tales como el control sobre las grandes empresas mundiales, la democratización de las instituciones de salud, la abolición de la propiedad intelectual sobre medicamentos o insumos médicos, el gasto social en salud, la formación de sistemas únicos universales públicos y gratuitos de salud financiados con impuestos progresivos, entre otros.

El informe de la CDSS pasó al olvido, al inframundo de la burocracia internacional, y solo gracias a la voluntad del Gobierno Brasileño se logró su rescate, al convocar una Conferencia Mundial sobre el tema (Rio de Janeiro octubre 2011). Para esa reunión la OMS preparó un borrador de documento que representó un retroceso en relación con las conclusiones de la CDSS, en el cual la Determinación Social quedaba reducida a determinantes sociales aislados y fragmentados, y la acción sobre ellos a una tímida acción intersectorial. Como resultado se elaboró una declaración de poca fuerza, que expresa el poder y penetración del pensamiento hegemónico reproducido por organismos internacionales y gobiernos, que quitan a la determinación social su carga explicativa y transformadora.

Reducir la determinación social de la salud a categorías puntuales como los estilos de vida, o pretender resolver a través de programas específicos dirigidos a determinantes aislados, situaciones que son apenas la expresión de problemas estructurales cuyas causas se mantienen invisibilizadas, provoca no solo un desgaste constante en la tarea de mitigar contingencias -buena parte de los esfuerzos de los Ministerios de Salud se dispersan apagando fuegos-, sino que se pierde el centro y la posibilidad de actuar efectivamente y desde la raíz. Con frecuencia se enfatiza en la responsabilidad de las personas para con su salud, y hasta llega a crearse una especie de culpabilidad y desasosiego colectivo en el afán de búsqueda de soluciones que van mucho más allá de las posibilidades de la gente, presa del modelo de sociedad y consumo en que vive. Equivale a decir que es más fácil aconsejar medidas importantes en la perspectiva individual tales como "no fume, haga ejercicios, controle la sal, el azúcar y la grasa", a tomar medidas de

mayor impacto colectivo como regular a las grandes corporaciones como Coca Cola, McDonald, Monsanto, Philip Morris y otros, cobrarles altos impuestos o prohibir sus prácticas corporativas no saludables y dañinas para la salud de la población. Solo gracias al esfuerzo de organizaciones como UNASUR salud, y a la presencia de una importante representación de la sociedad civil, se logró introducir en la Declaración final de Rio, leves menciones a la crisis global, o al modelo de desarrollo y consumo, que sin duda son determinantes fundamentales de la salud. Véase para mayor información, la Declaración Final de Rio y el documento propuesto como Declaración Paralela de ALAMES, CEBES, el Movimiento por la Salud de los Pueblos y otras organizaciones sociales.

Otro tema banalizado es la intersectorialidad. Muchas veces desde el sector de la salud, suele entenderse la acción intersectorial como una simple relación con los demás sectores que se maneja desde la perspectiva de las necesidades de acciones en salud. Se identifican áreas en las cuales el sector de la salud necesita el concurso de las entidades de educación, vivienda, medio ambiente, por citar algunas, y se concibe el abordaje del problema con la estrechez del enfoque sanitario en el que participan otros sectores. Esta es una distorsión de la verdadera trans e intersectorialidad, que implica que el sector de la salud trabaje en una relación armónica y recíproca con el resto de los sectores y actores que configuran la sociedad: salud aportando a la educación, al sector productivo, agua, transporte, cultura, alimentación, entre otros. De hecho, esta simbiosis resultaría, además de en una acción más efectiva sobre los determinantes sociales de la salud, en una suerte de alianza estratégica más fluida en la que hay comunidad de intereses y no subordinaciones.

De allí la importancia de presentar una visión contrahegemónica que resalte la potencialidad de la Determinación Social de la Salud para generar propuestas y políticas para enfrentar las grandes inequidades mundiales, y que plantee abiertamente la necesidad de un nuevo modelo de desarrollo y consumo que, en contraposición al capitalismo imperante, promotor de acumulación y consumo de bienes, se base en la satisfacción colectiva de las necesidades de todos, en eso que en la región andina se denomina el "vivir bien" y es un concepto rescatado de los planteamientos de nuestros pueblos originarios.

LA APS O ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

La Conferencia Internacional sobre "Atención Primaria en Salud" convocada por la OMS y UNICEF realizada en 1978 en Alma-Atá, ciudad de Kazajstán, entonces ubicada en la Unión Soviética, dio origen a una singular Declaración, que clamaba por un nuevo orden mundial, que permitiera *salud para todos* a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Recomendamos la lectura del texto "Alma-Ata: 25 años después" de *David Tejada*,¹⁰ quien relata los intrínquilos de esa reunión: cómo su financiamiento, asumido por la URSS, formó parte de la confrontación chino soviética, y cómo a su juicio la traducción final del término *Primary Health Care* por Atención Primaria en Salud (APS), fue el inicio de una serie de pasos que conducirían al fracaso e inoperancia de esa estrategia. Según *Tejada*, el término que debió ser usado era "Cuidado Integral de la Salud" que reflejaría mejor la condición de estrategia de la APS, mientras que "atención" reducía la APS a simple asistencia médica básica. En esa Conferencia, liderada por *Haldan Mahler*, Director de la OMS y gran sanitarista danés, se planteó el objetivo de Salud para Todos, "en el marco de un nuevo orden económico mundial", utilizando a la APS como estrategia que involucraba al menos los siguientes componentes fundamentales:

1. Acceso y cobertura universal al cuidado de la salud.
2. Educación, organización y participación de la comunidad.
3. Integralidad de la atención.
4. Acción intersectorial para la salud.
5. Financiamiento adecuado.
6. Formación de recursos humanos apropiados.
7. Tecnologías suficientes.

Ese planteamiento fue drásticamente reducido. En muchos países la APS se limitó al primer nivel de atención, y lo que fue peor, bajo la influencia de algunos organismos internacionales devino en "acción selectiva" que terminó convirtiéndose en "atención primitiva" para pobres. En ese camino se perdió la Salud para Todos y se dio mayor relevancia al término APS pero ya desprovisto de su sentido inicial, transformador y revolucionario. *Mahler*, en su clausura de esa Conferencia Mundial en 1978, hacía un histórico discurso en el cual formulaba una serie de interrogantes que según él definirían el éxito y futuro de la APS:

1. ¿Hay disposición para enfrentar el abismo que separa a los "privilegiados" de los "desposeídos"?
2. ¿Hay disposición para aplicar adecuadamente la APS?
3. ¿Hay disposición para asignar los recursos necesarios?
4. ¿Estamos dispuestos a movilizar a la gente?
5. ¿Vamos a garantizar la tecnología y los recursos humanos necesarios?
6. ¿Estamos dispuestos a cambiar los servicios de salud, colocando a la APS en el centro?
7. ¿Estamos dispuestos a superar las resistencias sociales, económicas y profesionales?
8. ¿Estamos dispuestos a comprometernos políticamente?

Varias décadas después de la reunión de Alma-Atá, se han realizado muchas reuniones y comisiones para analizar las causas que impidieron conseguir salud para todos y por qué la banalización de la APS. En algunos de estos encuentros se planteó su relanzamiento, desarrollando una interesante propuesta de "Sistemas de Salud basados en APS". Revisemos algunas de las conclusiones de esas comisiones a ver si aprendemos las lecciones y evitamos que en treinta años más tengamos que volver a analizar por qué no hay salud para todos.

- No hubo una adecuada comprensión del concepto de APS.

- No hubo suficiente compromiso político de los gobiernos.
- No se logró reorientar hacia la salud el modelo de atención, que permaneció centrado en atención a la enfermedad.
- No se logró aumentar la capacidad resolutive del nivel primario de atención.
- Fue muy difícil concretar la intersectorialidad.
- No se tomaron en cuenta las necesidades de desarrollo de recursos humanos para viabilizar la APS.

Un elemento importante en el fracaso de la APS fue la ausencia o instrumentalización de la participación, ese es otro tema que ha sido cooptado por las organizaciones internacionales, y en general por el pensamiento hegemónico, todo el mundo habla de participación, pero no la hay en realidad. La participación es un problema de poder, de capacidad real de las organizaciones sociales para decidir. Participación, redistribución del poder y capacidad de decisión son factores clave para una verdadera participación transformadora, que empodere.

Conclusión, el término APS fue reducido por el pensamiento hegemónico, todo el sector de la salud hablaba de APS, pero nadie la entendía ni aplicaba. Hoy que se plantea la recuperación de la APS para reorientar los sistemas de salud y cambiar el modelo de atención, las preguntas de *Mahler* tienen plena vigencia.

FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD

En los 90, con la arremetida neoliberal proveniente del Consenso de Washington y el fin de la guerra fría tras el derrumbamiento del "campo socialista" construido bajo la égida de la Unión Soviética y su modelo burocrático y estatista de socialismo, surgen las reformas neoliberales, concebidas como "reformas estructurales" para garantizar el total predominio del mercado en la sociedad. El primer texto en el que el Banco Mundial (BM) en 1989, incursiona en el sector de la salud se titula "El Financiamiento de los Servicios de Salud en los países en desarrollo", y va muy en coherencia con las medidas del Consenso de Washington, al proponer tres medidas: privatizar, descentralizar y cobrar por los servicios.

La descentralización, que puede ser un instrumento importante para acercar el poder a las comunidades, se vuelve neoliberal cuando se hace sin recursos y sin políticas, buscando disminuir el tamaño del Estado y generar las condiciones para los procesos de privatización.

Por otra parte, el cobro por los servicios refleja el carácter mercantil de la salud. Mucha atención hay que poner al aparentemente lógico planteamiento de que la persona que tiene recursos debe pagar por su salud, haciendo que el estado focalice sus acciones en los que no tienen (los pobres). Por esa vía se coloca la salud de un sector de la población en el mercado, y se crean sistemas de salud para pobres, que generalmente son de muy mala calidad. En ningún otro texto el BM es tan claro en sus propuestas, posteriormente las edulcora con un discurso que coopta los términos, más no los conceptos de derecho y equidad, con los mismos fines privatizadores. En un inicio es notable la ausencia en ese pensamiento mercantil de categorías tales como derecho, universalidad, equidad, integralidad,

que luego son incorporadas, pero "canibalizadas", desprovistas de su carga y contenido político y conceptual.

Para ello, algunos intelectuales orgánicos del capital y el mercado, construyen una propuesta con tres componentes fundamentales:

1. Que los sistemas de salud tienen cuatro funciones fundamentales: la rectoría, el aseguramiento, el financiamiento, y la provisión de servicios de salud.
2. Que el buen funcionamiento del sistema requiere separar esas funciones, correspondiendo al Estado solo la función de rectoría, pudiendo transferirse todas las demás al sector privado.
3. Que ante la imposibilidad de construir sistemas únicos e integrados de salud, la salida es el "pluralismo estructurado", es decir, mantener la fragmentación pero ordenándola.

Este planteamiento viene acompañado de una arremetida de los medios de comunicación, funcionales al gran capital contra lo público, para crear la opinión de que el Estado es un mal administrador y que, por lo tanto, debe transferir al sector privado los bienes y funciones que administra. Como es usual en estos tiempos, el primer campo de batalla es el de la comunicación, para crear "matrices de opinión" que independientemente de su veracidad sirvan a los intereses del gran capital que, dicho sea de paso, es el propietario de esos medios. Autores como *Ramonet*,¹¹ aportan importantes datos sobre la relación entre el poder mediático y el poder económico y de cómo el Estado termina estando supeditado a ellos, siendo los mercados financieros, acompañados de sus medios de comunicación, los que en definitiva dictan y determinan el comportamiento de los gobiernos.

Tal como lo señalan *Chomsky* y *Herman*,¹² esta concentración de la propiedad de los medios de comunicación ha permitido consolidar la función que hoy cumplen esos medios, para crear "consenso" que exprese los intereses de las élites económicas y financieras. Así, a través de la creación de "matrices de opinión" se logra hacer que la gente piense y consuma como ellos quieren. En este sentido, los medios de comunicación son fundamentales para preparar el terreno para intervenciones militares, para privatizar los sistemas de pensiones y facilitar la aparición de administradoras privadas de pensiones, o para grandes operaciones de venta de medicamentos y vacunas, afianzando de esta manera el pensamiento hegemónico de mercantilización de la salud y de la vida.

Ese planteamiento promovido por el sector financiero, se convierte en hegemónico y es asumido por los organismos internacionales como la OMS y la OPS, siendo hoy parte de los "dogmas" de la Salud Pública. Rechazamos ese postulado y proponemos uno alternativo y contrahegemónico. No asumimos que las funciones de los sistemas de salud son las cuatro planteadas por el pensamiento hegemónico. Criticamos la función de aseguramiento, señalando que es una vía a la individualización y fragmentación de la prestación de servicios por medio de "seguros" de diverso tipo generalmente provistos por entes privados. Hoy, las asociaciones público privadas, son una vía encubierta para la privatización de los servicios de mayor rentabilidad para el capital. Además, no reconocemos al "financiamiento" como función del sistema de salud, este es un prerequisite fundamental para su funcionamiento, y debe ser garantizado por el Estado, no puede haber un buen sistema público de salud si el Estado no realiza una fuerte inversión en él. Hay que garantizar que el Sistema de Salud administre y distribuya adecuadamente y con eficiencia los recursos financieros, saliendo al paso a la

creciente "corrupción en el sector salud", que es una clara expresión de la presencia de los intereses del complejo médico industrial en salud. No puede ser función del sistema de salud conseguir el financiamiento necesario para su buen funcionamiento, esa es responsabilidad del Estado, que debe hacerlo a través de los impuestos generales, o por vías no regresivas, que no cobren al ciudadano en el momento de requerir los servicios.

Rechazamos el planteamiento de que la provisión de servicios debe ser hecha por múltiples prestadores, y donde los "prestadores privados" son fundamentales. Admitimos que siga el sector privado ofreciendo servicios de salud para aquellos sectores que lo deseen, pero "compitiendo" con un Estado fuerte que promueve un sistema único y público de salud.

Para la Medicina Social-Salud Colectiva, la función fundamental del Sistema de Salud es garantizar el derecho a la salud, con universalidad, integralidad, calidad, participación social, interculturalidad y solidaridad.

Volvamos a la Rectoría, según la concepción neoliberal sus "dimensiones" son la conducción, la promoción del aseguramiento, la modulación del financiamiento, una muy leve regulación (recordemos que la desregulación fue uno de los postulados básicos del Consenso de Washington), la armonización de la provisión de servicios; todo ello para responder a un marco de privatizaciones y asociaciones público-privadas. Pues no asumimos la laxitud de ese enfoque, rescatamos la Rectoría como función, pero dándole otro sentido y perspectiva, la entendemos como la capacidad del Estado a través de sus ministerios de salud, para diseñar políticas y dirigir el sistema de salud, para garantizar el derecho a la salud a toda la población, sin distinciones de ningún tipo. Para nosotros el sentido fundamental de la Rectoría tiene que ver con la real dirección del sistema, con la capacidad de elaborar normas y regular, con la garantía de financiamiento y su adecuada y equitativa distribución.

Como señalamos previamente en relación con la Descentralización, parte de las propuestas neoliberales, promovida como un mecanismo para disminuir el tamaño del Estado, y que generalmente se realizaba en ausencia de políticas claras, transfiriendo competencias y establecimientos sin transferir los recursos y conocimientos necesarios, lo que en muchas ocasiones generó situaciones caóticas, que se usaron como pretexto para privatizar, era la descentralización que precedía a la privatización. Asumimos la descentralización con una visión y en un contexto totalmente diferentes, que identifica claramente la relación Estado Mercado Comunidad, en la cual la transferencia de competencias se realiza dentro del Estado y se acompaña de políticas, recursos y capacitación, nunca para privatizar, sino para fortalecer las capacidades reguladoras del estado, y en la perspectiva de una verdadera participación, acercar la toma de decisiones y la gestión a los niveles locales, promoviendo la participación y empoderamiento de movimientos y organizaciones sociales. Por lo tanto, son dos visiones totalmente diferentes de la descentralización: la nuestra con políticas y reglas claras, empoderadoras; y la hegemónica, que es instrumental, privatizadora y promueve la desregulación.

REFLEXIONES Y PROPUESTAS FINALES

1. Para desarrollar un pensamiento y una práctica contrahegemónicos es fundamental "descolonizarnos" y "desaprender".

La descolonización implica superar y liberarnos de la alienación y la dominación cultural que genera el "paradigma civilizatorio moderno" y superar sus antivalores, caracterizados por el individualismo, el egoísmo, la competencia, la creencia de que el bienestar se obtiene acumulando bienes, el racismo, y la colocación del hombre en el centro del universo. Es necesario un nuevo paradigma caracterizado por la preeminencia de lo colectivo sobre lo individual, el reconocimiento y respeto a la diversidad, la participación, complementariedad, interculturalidad, equidad de género, reciprocidad, protección del medio ambiente; en el cual todos podamos satisfacer nuestras necesidades y construir el bienestar colectivo en armonía con la naturaleza.

Esa descolonización en salud implica desaprender y superar el modelo médico hegemónico centrado en la atención a la enfermedad, y desarrollar y consolidar el modelo de la Medicina Social y la Salud Colectiva.

2. Dado el cambio sustancial del panorama político latinoamericano, y del surgimiento de gobiernos progresistas que confrontan las políticas neoliberales, una tarea fundamental es "garantizar la consistencia de las políticas de esos gobiernos con las propuestas de la Medicina Social-Salud Colectiva." Qué contradictorio e inconveniente resulta observar cómo gobiernos que enfrentan políticas neoliberales, y en algunos casos reivindican el socialismo, en el terreno sanitario asumen y reproducen el modelo hegemónico dominante. Es indispensable dotar a esos gobiernos de un pensamiento y una práctica en salud coherentes con sus posturas políticas generales.

Así mismo, es importante que cuando la Medicina Social-Salud Colectiva, llegue a gobierno y tenga la posibilidad de ejercer el poder en salud, disponga de los conocimientos políticos y técnicos, y de las habilidades y destrezas necesarias, para superar al pensamiento hegemónico, y administrar con honestidad y eficiencia la salud.

Solo así haremos real el derecho a la salud con participación y control social. No es fácil hacerlo, es una tarea extremadamente compleja, pues generalmente llegamos a ministerios de salud en el marco de Estados autoritarios, empresariales, marcados por los modelos dominantes de hacer política, y con muchas posibilidades de "tragarse" las buenas voluntades e intenciones que se pueden tener. Se requiere una combinación de compromiso político, conocimiento técnico, habilidad administrativa y capacidad, y liderazgo para el trabajo de grupo y la promoción de la participación, que no son fáciles de conseguir. Una de las reflexiones fundamentales para la Medicina Social-Salud Colectiva en el "gobierno" es cómo desde nuestro quehacer en el sector de la salud, podemos contribuir a la legitimación de los gobiernos progresistas y a la construcción de un nuevo Estado, o cómo podemos reproducir y consolidar al viejo Estado, dependiendo de las políticas y prácticas que asumamos.

Puntos básicos de nuestra propuesta de Políticas de Salud:

- La incorporación del concepto de derecho a la salud en la Constitución y las leyes, el fortalecimiento del papel del Estado en salud, la defensa de lo público y el rechazo a la privatización de la salud.

- Asumir conscientemente la fragmentación e ineficiencia de los tradicionales sistemas de salud, confrontar las políticas de "aseguramiento" y diseñar políticas y estrategias dirigidas a construir sistemas únicos y universales de salud, en los cuales la APS, la integralidad, la participación social, y la acción sobre los

determinantes sociales de la salud sean elementos centrales de las políticas y acciones del sistema.

- La formación "masiva" de profesionales y técnicos, comprometidos y consustanciados con estas nuevas políticas, rompiendo con el carácter elitescos, acrítico, individual y mercantilizado de la formación y capacitación.

- La incorporación de categorías como clase social, interculturalidad, género, defensa de la naturaleza, para el análisis del panorama sociosanitario.

- Una gestión de nuevo tipo, ampliamente participativa, con pensamiento y planificación estratégicos, con capacidades para administrar con eficiencia y transparencia los recursos dedicados al sector, y mejorar la salud de la población.

3. Asumimos a la salud como un espacio para el acercamiento e integración de nuestros pueblos y naciones. En el marco de un mundo cada vez más globalizado, la salud internacional reviste una gran importancia.

La creación del Consejo de Salud Suramericano (UNASUR Salud) juega un papel trascendente en el diseño de políticas comunes para enfrentar problemas comunes. Las presiones que se generan desde los medios de comunicación y el complejo médico industrial solo pueden contrarrestarse actuando como bloques regionales, con políticas y posiciones concertadas. Vamos pues, a combatir al pensamiento hegemónico dominante, a difundir el pensamiento contrahegemónico, a contribuir con nuestra acción a la construcción de un nuevo Estado, y a hacer de la salud un espacio de lucha por una nueva sociedad y un mundo mejor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sigerist H. Johann Peter Frank. Un pionero de la medicina social. Salud Colectiva. 2006;2(3). (Reproducción de la publicación de 1956).

2. García JC. Juan César García entrevista a Juan César García. Medicina Social. 2007;2(3):153-9.

3. Torres M. ALAMES expresión organizativa de la Medicina Social en América Latina. Medicina Social. 2007;2(3):139-44.

4. Granda E. A qué llamamos salud colectiva, hoy. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2004 [citado 2012 Feb 15];30(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es

5. Iriart C. La Medicina Social Latinoamericana aportes y desafíos. Rev Panamericana Salud Pública. 2002;12(2):128-36.

6. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS; 2008.

7. ALAMES. Elementos para un posicionamiento de ALAMES México ante la Conferencia Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS [Internet]. 2011 [citado 2012 Feb 15]. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/alamesdss.pdf>

8. Breilh J. Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud. Ecuador: Universidad Andina "Simón Bolívar"; 2009.

9. Sen A, Kliksberg B. Primero la Gente. Barcelona: Deusto; 2007. Revista Perspectivas de Salud.

10. Tejada D. Alma-Ata; 25 años después. Rev Perspectivas Salud (OPS). [Internet]. 2003 [citado 2012 Feb 18];8(2):1-3. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_1.htm

11. Ramonet I. La tiranía de la comunicación. Madrid: Debate; 1998.

12. Chomsky N, Herman E. Los guardianes de la libertad. Barcelona: Grijalbo Mondador; 1990.

Recibido: 31 de marzo de 2012.

Aprobado: 15 de mayo de 2012.

Oscar Feo Istúriz. Universidad de Carabobo. Maracay, Venezuela. Correo electrónico: oscarfeo@msn.com