



CC by Escola Eacional de Saúde Pública Sergio Arouca

conversaciones

ENTREVISTA CON ASA CRISTINA LAURELL

Tiempos de resistencia. Por el derecho a la salud

Por Natalia González y Cintia Nin*

Asa Cristina Laurell es una de las principales referentes de la medicina social latinoamericana. Poseedora de una extensa formación y trayectoria en el campo de la salud pública, se recibió de médica en el año 1971. Posteriormente, obtuvo el título de Maestría en Salud Pública con especialidad en epidemiología, y alcanzó el título de doctora en Sociología en 1987. En el año 2009 fue nombrada Doctora Honoris Causa por la Universidad de Buenos Aires. Ha desarrollado diversas líneas de investigación, que se traducen en la producción de decenas de artículos, libros y

ensayos, y ha ocupado distintos roles en revistas científicas especializadas, tanto de carácter nacional como internacional. Se desempeñó como Secretaria de Salud del Distrito Federal de México durante la gestión de Andrés Manuel López Obrador; en ejercicio del cargo, instrumentó la Pensión Alimentaria como derecho social en el Distrito Federal en el año 2002, así como el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos para toda la población sin seguridad social laboral. Ambos programas se convirtieron en ley. Desde ConCienciaSocial tuvimos el placer de dialogar con ella, lo cual nos permite compartir

179

con nuestras/os lectoras/es las reflexiones de una referente del campo de la salud, mujer, incansable luchadora, militante y política, cientista aguerrida y productora de conocimientos, que continúa construyendo resistencia frente a las reformas neoliberales, defendiendo la salud como un derecho irrenunciable.

Laurell nos invita, desde la ciudad de México, a repensar las condiciones estructurales de los países latinoamericanos, los mecanismos y

herramientas utilizadas para la aplicación de las reformas neoliberales en el campo de la salud, los procesos sociales de lucha y resistencia, y el lugar de las Ciencias Sociales ante el actual embate en contra de derechos adquiridos.

En diversos textos usted analiza cómo la garantía del derecho a la salud se ha convertido en un campo de lucha política e ideológica ¿Cuáles considera son los agentes que participan de esa disputa y desde qué argumentos sostienen sus posiciones?

Las aseguradoras son, actualmente, las grandes promotoras de la privatización y mercantilización de la salud.

Por una parte, son las fuerzas políticas y los partidos u organizaciones políticas, con sus respectivos planteamientos ideológicos; y en segundo lugar, los agentes económicos en salud. Estos últimos, a su vez, pueden dividirse en dos grupos: el complejo médico industrial más tradicional (la industria farmacéutica y las empresas médicas) y, por otro lado, las aseguradoras, que son la fuerza económica emergente en los proyectos neoliberales. Y señalo este aspecto porque creo que el papel del complejo médico industrial más tradicional –me refiero a los productores de medicamentos, insumos y equipos– es en cierta medida más ambiguo, ya que tanto en los Estados sociales como los neoliberales hay mercado para sus productos; de manera que en algún sentido y en ciertos casos es posible que les convenga que el Estado garantice ese mercado a través de las compras que realiza. Sin embargo, las aseguradoras tienen un discurso ideológico sobre la ineficiencia de las instituciones públicas, según ellas, ligada a la falta de competencia, de modo que son, actualmente, las grandes promotoras de la privatización y mercantilización de la salud.

Respecto del segundo actor mencionado, los partidos y organizaciones político-sociales tienen de por sí sus propios planteos ideológicos y sus propias visiones del mundo, y aquí se juegan diferentes discursos ideológicos en torno al bienestar social, al papel del Estado, al mercado y a la familia. Por lo tanto, también sostienen diversas formas de pensar el crecimiento económico y la redistribución de la riqueza social. De estos diversos modos de pensar, se distinguen dos tipos de gobiernos. Por una

parte los neoliberales que piensan que el bienestar social pertenece a los individuos y las familias, quienes deben lograrlo a través del mercado, siendo en esta perspectiva el Estado solo subsidiario para intervenir frente a los núcleos de población comprobadamente pobres. En estos gobiernos se coloca, en primer lugar, el crecimiento económico y se ignora la distribución de la riqueza social, la cual –según sostienen- ocurre a partir del mercado. Por otra parte, los gobiernos que sostienen una concepción de Estado social, priorizan el bienestar social y afirman que el mismo es responsabilidad del Estado. Por tanto, conciben de manera distinta los mecanismos para alcanzar ese bienestar: por un lado a través de la prestación de beneficios y servicios sociales a todos los ciudadanos, y por otro, por medio de la redistribución de la riqueza social a través de las acciones del Estado sobre el mercado de trabajo y el salario.

Los organismos internacionales (como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional) tienen una fuerte influencia en la configuración y diseño de las políticas sociales, bajo los lineamientos del Consenso de Washington, en los países latinoamericanos. Reconociendo esta influencia, ¿cómo cree que se ha instrumentado y continúa implementándose la reforma neoliberal en el proceso de mercantilización de los servicios de salud?

Desde luego que han tenido un papel importante y han actuado de distintas maneras. La primera –muy marcada en América Latina y en otras partes del mundo, como el África- es que los organismos de financiamiento internacional condicionan sus préstamos a que los gobiernos adopten la visión propia de la reforma neoclásica-neoliberal, lo cual ha jugado un papel central en el impulso a la reforma de salud y de seguridad social, pero también en la reforma laboral. La segunda cuestión es que han brindado “apoyo técnico” para la implementación de las reformas, promoviendo un fuerte discurso ideológico tecnocrático, que acentúa que las reformas son un tema exclusivo de expertos, de manera que debe quedar en manos de la tecnoburocracia. Al respecto, una cuestión a repensar es que muchos de los gobiernos latinoamericanos son, como suele decirse, “más papistas que el Papa”, ya que no en todos los casos las reformas son impuestas desde afuera, y no siempre ha habido coacciones para que las reformas se produzcan, sino que los propios gobiernos neoliberales se han dispuesto con todas sus fuerzas y a gran velocidad a concretar tales reformas. En este sentido, creo que resulta arriesgado afirmar que los organismos internacionales han obligado a hacer ciertas reformas, porque hay un

peso importantísimo de decisión de los gobiernos locales. Un buen ejemplo de lo que afirmo es el caso de Argentina en cuanto a la capacidad de toma de decisiones: los gobiernos del período kirchnerista renunciaron a los préstamos porque no admitían la intromisión.

Entonces, volviendo a la pregunta, creo que se ha producido una desestructuración acelerada de los sistemas de salud, con la introducción de una separación entre el financiamiento, administración de fondos de salud/ compra de servicios y la prestación de los servicios. Qué importancia tiene este aspecto? Es que la separación de funciones permite, en primer lugar, introducir al mercado y a la competencia. Es decir, un fondo de salud puede ser administrado tanto por el sector de administradoras públicas como privadas, de manera que ahí se introduce un mercado. La segunda separación –entre administración de fondos y prestación de servicios- también introduce el mercado para que haya prestadores privados en competencia con los prestadores públicos. Así se instituye lo que se ha dado en llamar cobertura universal de salud, o lo que algunos llaman la nueva gerencia pública: *new public management*.

Con el CUS se desplazan las acciones de salud pública hacia una concepción donde el bienestar social es responsabilidad de la familia.

Así como es importante el análisis de las construcciones discursivas, entendemos también que la política de salud debe ser analizada en el contexto de la política social integrada, e identificando que las reformas de salud en América Latina se dan por dos vías, el CUS (Cobertura Universal de Salud) y el SUS (Sistema Único, Público y Universal de Salud): ¿Cuáles cree son las características centrales y tensiones presentes en estas dos reformas?

Me parece importante introducirnos a este tema haciendo una contrastación entre el CUS y el SUS. El CUS está centrado en la atención a la enfermedad de la persona; con ello, se desplazan las acciones de salud pública hacia una concepción donde el bienestar social es responsabilidad de la familia, que debe procurarlo a través del mercado. En este modelo hay dos aspectos importantes a marcar: uno es que, implícitamente, esa atención médica a la persona desplaza todo el andamiaje de la salud pública y colectiva, dificultando además la intersectorialidad, esto es, la actuación simultánea de distintos ámbitos de gobierno para una amplia garantía del derecho a la salud: la vivienda, la política salarial, el aumento del empleo, etcétera. Como la mirada está centrada en el individuo, todas esas garantías desaparecen. El otro aspecto importante es que generalmente las acciones de salud pública son desplazadas hacia organismos específicos del gobierno.

El SUS, por su parte, plantea que el sistema universal de salud es

responsabilidad del Estado, cuya obligación es garantizar el acceso a los servicios de salud. Este modelo se presenta como integrado e integral, dado que se inscribe dentro de la política social integral, es decir, está atento a lo que ocurre con el empleo, con la vivienda, con el saneamiento ambiental, etcétera. Se parte de una concepción diferente de salud, y además la intersectorialidad resulta facilitada porque se puede instituir un gabinete social en el cual todos los ministerios relacionados con el derecho a la salud están juntos para resolver conjuntamente los problemas.

Recuperando su planteo en relación al CUS ¿Cómo evalúa la situación de nuestros países latinoamericanos y, particularmente, de Argentina con el gobierno actual que promueve esta reforma?

El discurso ideológico del CUS en Argentina es ambiguo, recoge palabras clave socialmente valoradas como: universal, derecho a la salud, acceso a la salud, pero en contraposición con lo que realmente significan.

Partamos por señalar cuáles han sido los ejemplos de CUS más difundidos en América Latina. El primer caso “de éxito” fue el Sistema Colombiano, que comenzó a implementarse con la aprobación de la ley 100, de 1983, que logró desmontar prácticamente la totalidad del sector público. La reforma colombiana introdujo a los administradores privados a competir con los públicos, con grandes ventajas para el sector privado; luego fueron desmontando el tejido de atención pública, vendiendo inclusive los hospitales de la seguridad social. De resultados de ello, se organizó un importante movimiento social y político. Y particularmente luego de que el sistema colombiano quebró económicamente, se dispuso una maniobra que permitiría la utilización arbitraria de fondos públicos para rescatar el sistema. Pero el movimiento social fue tan importante que se logró frenar el intento e introducir algunas especificaciones en la nueva Ley de Salud, que mantiene el concepto del derecho a la salud, con el fin de que los ciudadanos puedan exigir ese derecho a través del sistema judicial. La oposición al sistema del CUS en Colombia solicitó la opinión del Tribunal Constitucional respecto al significado del derecho a la salud, y qué evaluación hacía de la existencia de “paquetes” diferentes según el monto pagado. La respuesta del Tribunal fue dictaminar su inconstitucionalidad, ya que la existencia de distintos paquetes de acuerdo al pago, viola el derecho a la salud, favoreciendo la existencia de canales para sus reclamos. Se trata de un proceso muy prolongado, y recién en el año 2016 se logró avanzar en el dictamen del Tribunal Constitucional. Sin embargo, esto no logró desmontar el sistema tal como se había construido.

El segundo caso que comienza a ser instalado como “éxito” luego del quiebre del sistema colombiano, es el mexicano. En México se implementó lo que se llama el seguro popular en el año 2003. Sin

embargo, desde el año 1995 los organismos internacionales, particularmente el Banco Mundial, condicionaron el préstamo que se otorgó luego de la crisis financiera de 1994, forzando la reforma que México se comprometió en introducir. Esta reforma avanzó en la separación de funciones en las instituciones de seguridad social y en todo el sector público, pero no han logrado introducir esa reestructuración en salud. Entonces, si bien en la seguridad social pública y en la Secretaría (Ministerio) de Salud seguimos teniendo un sistema segmentado y fragmentado, en salud la prestación pública de servicio sigue siendo absolutamente prevaeciente y no hay prácticamente ningún administrador privado de fondos de salud. Frente a esta situación, mi conclusión es que cuando hay una estructura pública fuerte, la capacidad de respuesta y de resistencia es mucho mayor que cuando no la hay.

Es desde aquí, que considero que en Argentina lo que están promoviendo es el discurso ideológico del CUS, discurso que es ambiguo en el sentido de que recoge palabras clave socialmente valoradas como: universal, derecho a la salud, acceso a la salud, pero en contraposición con lo que realmente significan. Es decir que están hablando del derecho a la salud en un sentido distinto, claramente restrictivo, dado que hay una restricción al acceso a los servicios de salud. Pero en Argentina, hay algo adicional, por lo que se hace más complejo reconocer cómo va a resultar el proceso que se abre, y es la presencia de un sector privado fuerte. Para poder entender cómo se va a dar el proceso en un país y cómo hay que construir la resistencia, es necesario tener claro que cada país tiene condiciones específicas, las cuales dependen en buena medida de cómo ha sido el proceso de constitución histórica del sistema nacional de salud, porque ello va a determinar cuál es la resistencia que tiene el sistema público total.

En el caso de México, por ejemplo, la fortaleza del sistema público de salud, tanto de seguridad social como del ministerio es tal, que si se intentara desmontarlo rápidamente se produciría un colapso de prestación de servicios para todos. En el caso colombiano, en cambio, el sistema público no contaba con esa fortaleza, de ahí que entiendo que tanto el modo de constitución histórica como las características del sistema de salud, establecen un problema tanto para la constitución del CUS como para la constitución del SUS. Si tomamos el caso del SUS brasileño, allí encontramos que había un sistema de seguro social pero carente de instalaciones y personal propio, por lo que compraban todos los servicios al sector privado. Ello implica que en Brasil había un sector privado prestador que desarrolló una ofensiva para que los sindicatos negociaran seguros privados para sus afiliados; como resultado, en la

actualidad alrededor del 35% de la población brasileña tiene un seguro privado, con la consecuente quita de recursos al sistema público.

De manera que creo que cuando pensamos en estrategias de resistencia –que es la situación por la que pasa Argentina en estos momentos- es necesario hacerlo en función de cuál ha sido el proceso histórico de constitución del sistema de salud, cuál es su conformación actual y cuáles son los actores que pueden oponerse, porque finalmente, toda lucha política es una relación de fuerzas que requiere tanto el análisis de las fuerzas como la relación entre ellas.

Continuando con la Cobertura Universal de Salud, ¿Podría darnos su opinión en relación a los análisis de discursos que se erigen en torno a esta política? ¿Cuál es el impacto en las subjetividades?

La expresión “Cobertura Universal de Salud” parece referirse a una ampliación de derechos, cuando en realidad se trata de paquetes restringidos; no se trata de que eventualmente el seguro público cubra todo. Por el contrario, se cubre un paquete predeterminado y todos los servicios que quedan fuera de ese paquete deben ser pagados por el usuario. De modo que en este sentido, el CUS funciona exactamente como un seguro privado.

Desde luego se trata de un discurso ideológico, porque primero hablaban de cobertura universal modificada, pero luego quitaron la expresión “modificada” en lo discursivo; sin embargo, la modificación consistía exactamente en establecer paquetes de servicios costeados sobre la base de un cálculo de costo- beneficio.

Estos discursos ideológicos aprovechan e incorporan una serie de cuestiones que están en el debate público y que tienen fuerza por sí mismas por representar valores sociales extendidos, pero logran vaciarlas de contenido; por ejemplo hablan de un enfoque de género, de interculturalidad, o de lo universal; pero en definitiva, como todo discurso ideológico, lo que se intenta es efectivamente construir una nueva subjetividad. Esto, porque si de pronto se escucha “acceso” o “cobertura universal de salud”, el común de las personas piensa que eso es bueno, porque de ese modo tendrá acceso a todos los servicios. Sin embargo, lo que queda oculto en el discurso, es que el modelo apunta por el contrario al recorte de un derecho. Por eso todos los discursos ideológicos tienen por finalidad construir una nueva subjetividad.

Teniendo en cuenta las condiciones actuales del sistema de salud, donde la reforma neoliberal tiende a mercantilizar el derecho a la salud: ¿Cuáles son las estrategias y desafíos que tienen los países

latinoamericanos para sostener y fortalecer el derecho a la salud universal?, ¿Cuál es el papel de la participación social en dicho proceso? ¿Qué aporte específico podemos realizar desde las Ciencias Sociales?

Las Ciencias Sociales tienen instrumentos analíticos y también tienen acceso –si las buscan- a evidencias empíricas, para demostrar la falacia del discurso neoclásico neoliberal. El sistema paradigmático que está basado en los mismos principios que el modelo neoliberal, es el de los Estados Unidos, que es esencialmente un sistema privado, el más caro del mundo, el más ineficiente en términos de resultados en salud, y el que deja una mayor parte de la población sin acceso a los servicios. Allí encontramos evidencias empíricas formidables. Entonces las ciencias sociales no solamente pueden disputar el discurso sino que también pueden participar activamente con instrumentos y conocimiento técnico para contrarrestar la entrada del modelo neoliberal.

En relación a la participación social, sucede que en la experiencia cotidiana la gente se va percatando del discurso que está tratando de imponer una nueva subjetividad, y a partir de ello se arman las distintas resistencias. Un sector que ha jugado un papel importante tanto en la experiencia mexicana como en la colombiana, es el de los propios trabajadores de la salud.

Por otra parte, en las experiencias que relato cuando la población se va dando cuenta que están teniendo más dificultades para acceder a los servicios de salud que necesita, se ha organizado a nivel local, incluso a nivel nacional, para contrarrestar y resistir esas reformas. En estos procesos, un problema fuerte en todas partes del mundo ha sido el desprestigio a la política y a los políticos, y aparece en una sociedad civil abstracta que se dispone a asumir la resistencia. Por ello, habría que intentar que no haya una separación tajante entre lo que son las organizaciones políticas y las organizaciones sociales, porque son las que tienen que resistir frente a las reformas.

Volviendo a las Ciencias Sociales, creo que no es su papel organizar a la población, ésa es una tarea que se realiza en calidad de activistas y militantes, pero no de científicos sociales. Yo sou médica, soy científica social, pero también soy una militante de la causa del derecho a la salud, pero considero que son dos papeles distintos.

Muchas gracias, Doctora. Ahora nos queda a nosotros el desafío de resistir el CUS en Argentina.

Así es y mucha suerte. Prepárense bien, porque estoy segura que será una contienda larga y difícil.

***Natalia González**

Argentina. Licenciada en Trabajo Social. Docente concursada e Investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba. Maestranda de la Maestría en Antropología de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba. Desempeño profesional en el ámbito del Poder Judicial de la Provincia de Córdoba. Miembro del Comité Editorial de la Revista ConCienciaSocial.

***Cintia Nin**

Argentina. Licenciada en Trabajo Social. Docente concursada de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba. Investigadora Categoría V, en la temática de Campo Profesional del Trabajo Social. Desempeño profesional en el ámbito de la salud pública. Miembro del Comité Editorial de la Revista ConCienciaSocial.

