

Las nuevas oportunidades para América Latina



Pol De Vos

Es investigador en el Departamento de Salud Pública de Instituto de Medicina Tropical de Amberes, Bélgica. Temas de investigación: la organización de los servicios de salud, las reformas del sector salud y las políticas de salud pública, en diferentes países de América-Latina. Desde 1996 participa en una colaboración institucional con el departamento de Epidemiología del INHEM (La Habana), trabajando en investigaciones enfocadas en la atención primaria en salud: (re)organización de los servicios, planificación participativa, determinantes de la salud, etc).



La promesa de 'salud para todos'

La Conferencia de Alma Ata de 1978 confirmó la definición de la salud de la OMS como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de una enfermedad*”. La salud se describe como “*un derecho fundamental (...) cuya realización requiere una acción de muchos otros sectores sociales y económicos además del sector salud*”. Se avanza un enfoque integral hacia los determinantes políticos, sociales, económicos y ecológicos de la salud, incluyendo el desarrollo integral de servicios de salud accesibles y de calidad. Además, la declaración confirma que “*los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus ciudadanos*” y que el pueblo “*tiene el derecho y el deber de participar individualmente y de manera colectiva en la planificación y la implementación de sus cuidados de salud*”.¹

Estas propuestas de la OMS fueron el resultado de un balance de fuerzas a finales de los años '70 del siglo anterior. La Segunda guerra Mundial había resultado en un alto prestigio para la Unión Soviética y una importante extensión del campo socialista. Además llegó a ser un impulso para un amplio movimiento de descolonización. Una fuerte lucha ‘*contra el colonialismo y el imperialismo*’ se desarrolló en varias regiones del mundo, llevando a revoluciones y/o independencia formal en China, Argelia, Cuba, Vietnam, Mozambique, Angola, Zimbabwe, etc... Países independientes, sobre todo del ‘Tercer Mundo’, se organizaron en un Movimiento No Alineado, y hablaron con una voz unificada en la escena internacional. En el sector salud, Alma Ata era la expresión de un nuevo balance de fuerzas, a través de del cual un agenda progresista – aunque con limitaciones importantes ² – podía ser definido y defendido.

Crisis de la deuda externa y políticas de ajuste

Pero los tiempos estaban cambiando. El *boom* económico de la posguerra había terminado. Sobre un período de 25 años, las corporaciones transnacionales se habían desarrollado como fuerte sector de la economía mundial, con inversiones y producciones regadas sobre docenas de países. A partir de la recesión global de 1974-75, la evolución económica general en los países industrializados era (y es) una de deterioro paulatino, con tasas reales de crecimiento económico industrial que se cayeron de un promedio de 4.9% anual en los ‘60s a 3.8% en los ‘70s, 2.7% en los ‘80s, hasta justo arriba del 1% en los ‘90s. Las economías occidentales necesitaban ‘una salida’...

El estancamiento de las inversiones productivas empujó a los bancos occidentales a prestar miles de millones de dólares a países del Tercer Mundo con intereses muy bajos.

Unos años más tarde, la combinación de una disminución de los precios de exportación con un importante aumento de la tasa de intereses de los préstamos,

1. Alma Ata Declaration. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.

2. Navarro V. A critique of the ideological and political position of the Brandt report and the Alma Ata declaration. International Journal of Health Services 1984;14(2):159-72.

dificultó grandemente el pago de las deudas. En 1982 México no logró realizar sus pagos, llegando a ser una amenaza real para el sistema internacional de crédito. El problema de la deuda había nacido.

En nombre de la buena administración, del desarrollo económico y de la reducción de la pobreza, el Fondo Monetario Internacional impuso sus programas de ajuste estructural y articuló una serie de condicionamientos para nuevos préstamos^{3,4}, llevando a una espiral negativa de nuevos préstamos para poder pagar las deudas existentes. Estas ‘soluciones’ lograron el objetivo propuesto de proteger el sistema monetario internacional, pero dejaron el Sur en miseria⁵. No sin razón, para muchos países del Sur los años ‘80 eran vistos como ‘la década perdida’: Entre 1983 y 1992 el flujo neto de capitales del Sur al Norte era seis veces el monto transferido a Europa después de la Segunda Guerra Mundial bajo el Plan Marshall⁶. La dependencia de préstamos externos aumentó, y el problema de la deuda externa llegó a ser insoponible para los pueblos de la región^{7,8,9}.

También el sistema de salud fue sometido a una serie interminable de reformas, con reducciones graduales de financiamiento del sector público, un deterioro de la calidad de los servicios, un aumento de las contribuciones financieras de los pacientes y la implementación de cobros a diferentes niveles de atención, etc...¹⁰

A partir de 1990 las instituciones financieras internacionales cambiaron radicalmente la definición de su misión, profundizando las reformas de las estructuras económicas nacionales. Políticas ‘temporales’ de estabilización se desarrollaron hacia la imposición de reformas estructurales, en términos de liberalización del comercio, reformas profundas de los mercados financieros y laborales, reducción del sector público y privatización de los bienes públicos, complementado con un cambio dramático de las políticas sociales, inclusive los servicios de salud y los sistemas de seguridad social^{11,12,13,14,15,16}. Estas políticas llevaron a un incremento enorme de la distribución desigual de la riqueza entre los grupos socio-económicos, o sea: los ricos se enriquecieron más, mientras que los pobres continuaron con casi nada (y hasta perdieron el

3. www.jubileeresearch.org

4. Chossudovsky M. Policing Countries Through Loan Conditionalities. The Globalisation of Poverty. Third World Network, Penang 1997.

5. Payer C. Lent and Lost. Foreign Credit and Third World Development, Zed books Ltd, London, 1992.

6. George S. L'effet Boomerang 1998, Editions La Découverte, Paris.

7. UNCTAD. Statistical Pocket Book 1989, in: Brown M.B., Fair Trade, ZED books Ltd. London, 1993.

8. UNCTAD. Handbook of international trade and development: Statistics 1990, New York, 1991.

9. UNDP. Human Development Report 1992, p.73.

10. Chernomas, R. The debt-depression of the less developed world and public health. *Int.J.Health.Serv.* 1990; 20(4):537-43.

11. Granados T.R. Las reformas neoliberales de los sistemas de salud: implicaciones para Latinoamérica y el Caribe. 2000.

12. Fairfield G. Managed care: origins, principles and evolution. *BMJ* 1997; 314:1823.

13. Bienen H. and Waterbury J. The political economy of privatization in Developing Countries, in: *The political economy of development and underdevelopment*, Mc Graw Hill, Fifth Edition, 1992, 376-402.

14. Brand H. The World bank, the Monetary Fund, and poverty. *Int.J.Health.Serv.* 1994; 24(3):567-78.

15. Burkett, P. Poverty crisis in the Third World: The contradictions of World bank policy. *Int.J.Health Serv.* 1991; 21(3):471-9.

16. Petras, J and Vieux S. Myths and realities: Latin America's free markets. *Int.J.health Serv.* 1992; 22(4): 611-17.

‘casi’...) ^{17,18}. En 1999 el OMS reconoció que – si no se aumentaría el financiamiento público para los programas sociales y de salud – la situación se deterioraría aún más¹⁹.

Consecuencias para las políticas de (servicios de) salud

En este contexto de cambios políticos y económicos drásticos, era inevitable que se lanzaran ataques hacia el enfoque integral de Alma Ata hacia la Atención Primaria. Primero, defensores de la ‘atención primaria selectiva’ se pararon, defendiendo que las propuestas de Alma Ata eran ideológicas, idealistas e irrealizables, y propusieron iniciativas verticales, selectivas y baratas ²⁰. En 1993, el informe del Banco Mundial ‘Investing in health’ (Invirtiendo en salud) era un paso cualitativo nuevo²¹: se presentó una visión comprensiva de reformas de salud neoliberales, que en poco tiempo llegó a ser la *Biblia* para todos los programas de reformas del sector en la década venidera.

La mayoría, si no todos los sistemas nacionales de salud en América Latina, caracterizados tradicionalmente por la coexistencia de un sector público, una seguridad social, y un sector privado, fueron drásticamente reorganizados. Los elementos centrales de estas reformas fueron similares en todo el continente: reducción del financiamiento del sector público, prioridad para el papel del sector privado, y la creación de un ‘mercado’ de servicios de salud²². Los gobiernos de América Latina no tenían otra opción de adoptar estas exigencias, muchas veces introducidas como condiciones para recibir nuevos préstamos del FMI^{23, 24}.

Atención de salud gerenciada (managed care), en realidad un ‘mercado de servicios de salud’, demuestra el estadio final de la privatización: un modelo dominado por grandes ‘Organizaciones de Atención Gerenciada’ privadas (MCO’s - Managed Care Organizations) funcionando con el apoyo del gobierno²⁵. La expansión de la atención gerenciada en América Latina está directamente relacionada con la evolución de la economía estadounidense ^{26, 27, 28} Como el mercado norteamericano se está

17. United Nations Development Program, Human Development report 1994, p.67.

18. World Health Organization, The World Health Report 1995: Bridging the gaps, Geneva 1995.

19. WHO. World Health Report 2000. Making a difference. WHO, Geneva 2000.

20. Newell KW. Selective primary health care: the counter revolution. Soc Sci Med 1988;26:903-6.

21. World Bank. Investing in health. World Development Report 1993. World Bank, 1993.

22. Franco-Aguledo S (2002) Sistemas Previsionales, Salud y Reformas en América latina. Revista de Salud Pública 3. <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistas/vol3n3/vol3n3e2.htm> (accessed 14 November 2002).

23. Armada F, Muntaner C & Navarro V (2001) Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations. International Journal of Health Services 31, 729–768.

24. Iriart C, Merhy E & Waitzkin H (2001) Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. Social Science and Medicine 52, 1243–1253.

25. De Vos P, Dewitte H., and Van der Stuyft P. Unhealthy European Health Policy. International Journal of Health Services 34(2): 255–269, 2004.

26. Lewis JC (1996) Latin American managed care partnering opportunities. Presented at the Eighth Congress of the Association of Latin American Pre-paid Health Plans, Sao Paulo, Brazil.

27. Ginzberg E & Ostow M (1997) Managed care – a look back and a look ahead. The New England Journal of Medicine 336, 1018–1020.

28. Iriart C, Merhy E & Waitzkin H (2000) La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. [Managed care in Latin America: transnationalization of the health sector in the context of reform]. Cadernos de Saúde Pública 16, 95–105.

saturando cada vez más y la tasa de ganancia disminuye, las MCOs y las corporaciones de seguros se ven forzadas de buscar nuevas oportunidades en el exterior²⁹.

El sector privado de salud está cada vez más dominado por unas pocas corporaciones transnacionales. El valor global de las fusiones y adquisiciones en el sector salud a nivel mundial saltó de 336 millones de dólares en 1996 a 3.4 mil millones en 1997 y 9.1 mil millones en 2001³⁰. La reforma de salud en América Latina satisface las necesidades de estos grandes monopolios, asegurándoles nuevos mercados y oportunidades de inversión.

Existe evidencia que la introducción de atención gerenciada restringe el acceso de grupos vulnerables a los servicios de salud y reduce los fondos para servicios clínicos mientras aumenta los costos administrativos³¹. Además, la introducción de las MCOs tiende a promover un sistema de salud dual, donde las MCOs están atrayendo pacientes más sanos con mayores recursos, mientras que los enfermos crónicos, los ancianos y los pobres deben de contentarse con el sector público subfinanciado^{32, 33}.

Más en general, las políticas neoliberales tuvieron un impacto tremendo. En 2003, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) analizó las consecuencias dramáticas para el mundo en desarrollo de la llamada ‘globalización’ de los años ‘90 “Unos 54 países son más pobres de lo que eran en 1990”. “En 21 países una gran proporción de la población tiene hambre. En 14 países más niños se mueren antes de llegar a los 5 años”. “En 12 países las inscripciones a la enseñanza básica estuvo bajando”. El PNUD subraya que en los años ‘90 “21 países vieron bajar su índice de desarrollo humano (una medida de resumen, basada en la habilidad de los habitantes de un país de vivir una vida larga y sana, de ser educados y de disfrutar un nivel de vida decente)”. Como si esto todavía no era suficiente, “los ‘90 también vieron disminuir la ayuda para el desarrollo de los países ricos, vieron incrementar el problema de la deuda externa en los países pobres, y observaron caídas continuas de los precios de productos primarios – de los cuales muchos países pobres dependen para gran parte de sus ingresos por exportación.”³⁴. Hasta en los países que tuvieron un crecimiento económico importante, como Brasil o México, se observó una creciente polarización entre ricos y pobres, llevando a resultados de salud negativos.

El fenómeno de inequidades crecientes en la situación social y de salud no es específico para los países en desarrollo. También en los países industrializados el abismo de ingresos ha ido aumentando cada vez más.

Tomemos el ejemplo de los Estados Unidos, donde el abismo crece dramáticamente entre los Americanos más ricos, que reciben importantes reducciones a sus

29. Ginzberg & Ostow 1997.

30. UNCTAD (2002) World Investment Report. UNCTAD, Geneva.

31. Iriart C, Merhy E & Waitzkin H (2001) Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Social Science and Medicine* 52, 1243–1253.

32. Estrada A, Barilari E, Sepulveda J & Soto M. 1998. Atención gerenciada en Chile. Centro de Investigación y Capacitación en Salud, Santiago, Chile.

33. Iriart C, Faraone S & Leone F (1998) Atención gerenciada en Argentina. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

34. UNDP. Human Development Report 2003. Oxford, Oxford University Press, 2003.

impuestos, y sus compatriotas con ingresos medios y bajos, para quienes los ingresos se estancan y cuyas cargas de impuestos aumentan. Los precios de los servicios de salud, de la vivienda, de la educación, del gas y de la comida han ido aumentando. En 1973 el 20% más rico recibió 44% del ingreso total de los EEUU, mientras que en 2002 su parte había saltado a 50%, a costa de todos los otros estratos. Para el 20% más pobre, su parte disminuyó de 4.2% a 3.5%³⁵. En 2006, una de cada ocho personas en los EEUU US – 36.5 millones de personas – vivía por debajo el nivel de pobreza. 15.8% – 47 millones de personas – no tenían un seguro de salud. 13 millones de niños (el 17.4%) era pobre, y 11.7% de ellos (8.7 millones) no tenían seguro³⁶.

Paradigmas en conflicto

El proceso de la reforma impuesto por las organizaciones multilaterales no ha sido capaz (y realmente no tenía el propósito) de aliviar los problemas de salud de la población en la región. Al contrario, ha profundizado la inequidad y reforzado la polarización epidemiológica, y ha sido un obstáculo adicional para el desarrollo^{37,38,39}

Mientras que el discurso oficial se refiera a equidad, participación, enfoques intersectoriales, promoción y prevención, el énfasis actual en la descentralización⁴⁰, programas de recuperación de costos, y la competición para promover iniciativas de privatización ilustran claramente que una mayor reducción de la responsabilidad del estado está al centro de todos los cambios introducidos, generando una transformación paulatina hacia un sistema basado en un ‘mercado de salud’, y cambiando los principios básicos de ‘la salud como un derecho para todos’ hacia ‘la salud como una mercancía para los ricos y una caridad para los pobres’^{41,42}.

Experiencias alternativas durante los años ‘80 y ‘90

1980s – El caso de Nicaragua

En Nicaragua, las consecuencias del bloqueo económico y la guerra defensiva en contra de los ‘contras’ financiados por los EEUU durante el gobierno sandinista

35. Associated Press, August 17, 2004.

36. USA Census Bureau, 2007.

37. Kanji N, Manji F. From Development to Sustained Crisis: Structural Adjustment, Equity and Health. *Soc Sci Med* 1991;33:985-93.

38. Barten F, Utrera J, Pérez R. Tendencias Mundiales de Reforma. International Conference “Experiencias Locales Innovadoras en Salud y Reforma”. Managua, november 2000.

39. Pérez R, Barten F, Utrera J. La reforma de Salud en Centroamérica. International Conference “Experiencias Locales Innovadoras en Salud y Reforma”. Managua, november 2000.

40. Collins C and Green, A. Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries. *Int.J.Health Serv.* 1994; 24(3):459-75.

41. Laurell A.C., and López Arellano, O. Market commodities and poor relief: the World bank proposal for health. *Int.J.Health Serv.* 1996; 26(1):1-18.

42. Lob-Levyt J. Compassion, economics, politics... What are the motives behind health-sector aid? *Health Pol Plann* 1990;5:82-7.

de los años ochenta, agravaron mucho la situación económica. Pero las políticas públicas de esa época tenían la capacidad de limitar los daños de estas circunstancias adversas^{43, 44, 45, 46, 47}. Una serie de experiencias en salud innovadoras, participativas e intersectoriales formaban parte de una política nacional más amplia. El sistema nacional único de salud (SNUS), desarrollado por el gobierno sandinista, era reconocido y promovido por la OMS en 1983 como un “modelo de Atención Primaria en Salud”⁴⁸.

Los cambios profundos de 1990 en la política Nicaragüense terminaron la guerra impuesta y el bloqueo. Se impusieron medidas de ajuste, incluyendo reformas drásticas del estado y del sector salud⁴⁹. Avanzando la necesidad de limitar el tamaño y el poder del ‘estado ineficiente’, el sector público se ha reducido dramáticamente.

Cambios radicales en la política social llevaron a una desintegración de la atención integral en salud, en educación y en otras iniciativas del sector social⁵⁰.

Las reformas generaron una transformación paulatina del sistema público de salud con planificación central hacia un sistema basado en un ‘mercado de salud’^{51, 52}.

Enfrentado a un resurgimiento de necesidades de salud de la población, organizaciones de la sociedad civil comenzaron una serie de iniciativas nuevas o adaptaron iniciativas existentes al nuevo ambiente político-social. Experiencias muy ricas se han desarrollado, especialmente en el terreno de la participación comunitaria y la organización comunal.

A través de estas iniciativas organizaciones no-gubernamentales, comunidades locales y organizaciones populares intentan participar en la (re)construcción y la defensa de su situación de salud. Jugaron un papel importante en la oposición a las políticas dominantes, a través de su práctica concreta y a través de una lucha política en defensa de propuestas alternativas de reforma. En su enfoque, la búsqueda de soluciones para los problemas de salud existentes estaban integrada en una visión de desarrollo comunitario y la satisfacción de necesidades básicas⁵³.

También las organizaciones internacionales, como la USAID, el Banco Mundial y otros, reforzaron su trabajo directamente con las iniciativas de la sociedad civil

43. Donahue JM. Planning for primary health care in Nicaragua: a study in revolutionary process. *Soc.Sci.Med.* 1986; 23(2):149-157.

44. Roemer MI. *National Health Systems of the World. Volume I: The countries.* 1997.

45. Frieden T and Garfield R. Popular participation in health in Nicaragua. *Health Policy and Planning* 2:162-170, 1987.

46. Braveman P. and Siegel D. Nicaragua: a health system developing under conditions of war. *Int.J.Health Serv*1987. 17: 169-178,.

47. Garfield,R.M., War-related changes in health services in Nicaragua. *Soc.Sci.Med.* 28: 669-676, 1989.

48. <http://lahaine.org/internacional/historia/logrossandinistas.htm>; <http://www.sandinovive.org/opiniones.htm>

49. Garfield R., Letter from Nicaragua. Desocializing Health Care in a Developing Country. *JAMA* 1993;270:989-93.

50. Lane P., Economic hardship has put Nicaragua's health care system on the sick list. *Can.Med.Assoc.J.*; 152(4):580-582, 1995.

51. Garfield,R. and Williams,G. *Health care in Nicaragua: primary care under changing regimes.* Oxford University Press, 1992.

52. Curtis,E. Child health and the international monetary fund: the Nicaraguan experience. *Lancet*; 352: 1622-24, 1998.

53. Espinoza E.A. Pertinencia de la investigación Rescate. International Conference “Experiencias Locales Innovadoras en Salud y Reforma”. Managua, november 2000.

o crearon nuevas estructuras, combinando apoyo financiero con una canalización de energías populares hacia iniciativas que no enfrentaron los fundamentos de las reformas neo-liberales^{54, 55}. Las necesidades financieras en un ambiente económico bastante difícil, llevaron a los grupos locales a plegarse en menor o mayor grado a cambios de su política en la dirección de las agendas de las agencias financieras. La lucha para un paradigma sociopolítico alternativo como marco global de las actividades locales, se deslizó hacia las necesidades de una sobrevivencia del proyecto local'. En este contexto complejo, las respuestas de la sociedad civil a la desintegración del sector salud inevitablemente quedaron fragmentadas, no integradas, e impulsadas de manera creciente por agendas ajenas a las necesidades locales.

Aún así, estas experiencias mantuvieron algunos enfoques innovadores (o lograron mantener y desarrollar a nivel local algunos de los enfoques de los '80). Ciertas iniciativas demostraron un alto potencial de abordar los determinantes de salud de manera integrada, de mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención en salud, o de impulsar la participación comunitaria: Por ejemplo el enfoque de salud integral en León, la iniciativas de las 'casas materna' en Estelí y después en toda la región norte del país, o el proyecto de abastecimiento de medicamentos esenciales a través de una red de farmacias populares en la zona rural de Matagalpa.

Las dificultades para mantener el enfoque integral, en el cual la salud y la educación, la reforma agraria y la organización comunitaria se estaban complementando, demuestra la necesidad para las iniciativas populares de encontrar la manera para organizarse más allá del nivel local, a través movimientos sociales más amplios con un agenda popular nacional.

Los '90 – La resistencia de Cuba y de su sistema nacional de salud

De 1959 en adelante, Cuba inició un proceso de mejorar la calidad de vida de la población, de satisfacer sus necesidades básicas, incluyendo la vivienda, la salud y la educación, la cultura y el deporte, ... Esto no hubiera sido posible sin una participación masiva de la población a través de organizaciones sociales, sindicatos y el partido comunista.

Después de la caída de la Unión Soviética, el comercio exterior de Cuba bajó casi el 80% en unos pocos años. Entre 1989 y 1993, el Producto Nacional Bruto (BNP) cayó el 34% y el déficit presupuestario aumentó hasta el 37% del BNP. Encima de este desastre, los Estados Unidos reforzaron su bloqueo económico que ya tenía 30 años de existencia⁵⁶.

54. Smith, B.H. More than Altruism, The politics of privat foreign aid. Princeton University Press, 1990.

55. Bendaña A. Imperialist nation building. Nicaragua's and Latin America's "lessons" for Irak. Transcend-network. March 2004. (www.transcend.org/t_database/articles.php?ida=511)

56. Kuntz, D. The politics of suffering: the impact of the U.S. embargo on the health of the Cuban people. Report of a fact-finding trip to Cuba. International Journal of Health Services 24(1): 161-79, 1994.

Pero mientras que muchos países conocieron revueltas populares en periodos de crisis agudas relacionadas con las políticas impuestas de ajuste y reestructuración, esto no era el caso con Cuba, donde se logró mantener una política social unificada. El gobierno llamó esta fase un 'periodo especial en tiempos de paz'. Antes de que una medida fuera implementada, era ampliamente discutida en las empresas y los barrios. Sólo las medidas que estaban apoyadas por un amplio consenso social fueron implementadas. A través de este proceso participativo, las personas lograron entender mejor a la problemática, y comprendieron que las medidas eran implementadas para mantener en las conquistas sociales de su sociedad el mayor grado posible. El uso del dólar fue legalizado, se introdujeron ciertos impuestos, los mercados de productores agrícolas se reabrieron, y los precios del teléfono, de la electricidad y del gas se aumentó⁵⁷.

El impacto de la crisis era importante. El estado nutricional de la población cubana se deterioró paulatinamente, y la incidencia de tuberculosos se elevó de 5 casos por 100.000 habitantes en 1991 a 15 casos por 100.000 en 1994 (aunque estas cifras siguieron siendo las más bajas de toda la región⁵⁸.

El saneamiento general se empeoró paso a paso, llevando a una incidencia creciente de enfermedades gastrointestinales agudas. La deficiencia de vitaminas causó una 'epidemia' de neuropatía, con pérdida gradual de la visión (hasta que se encontró la causa y se pudo suplir las vitaminas deficientes).

En 1995, 1996 y 1997 la economía empezó a crecer de nuevo, con 2.5%, 7.8% y 2.5% respectivamente. Los servicios de salud continuaron funcionando de manera eficiente y a partir de 1995 la tendencia de degradación pudo ser revertida^{59, 60}.

El sistema de salud continuó a ofrecer servicios preventivos, curativos y de rehabilitación gratuitos y de buena calidad^{61, 62}, mientras que se desarrollaron planes de racionalización y de aumento de la eficiencia. Los principios de responsabilidad del Estado, de equidad y de cobertura universal eran ratificados⁶³. El desarrollo de la atención primaria fue la prioridad número uno, con un programa de refuerzo de la medicina de familia, y el desarrollo de la acción intersectorial y la participación comunitaria. El énfasis estaba puesto en la salud materno-infantil, la enfermedades infecciosas y crónicas no-infecciosas, y la atención a la población mayor de edad^{64, 65, 66}.

57. Vandepitte, M. De gok van Fidel. Cuba tussen socialisme en kapitalisme? EPO, Berchem-Antwerp, 1998.

58. Dirección Nacional de Estadística. La Salud Pública en Cuba. Hechos y Cifras. MINSAP, La Habana, 1999.

59. Ibidem.

60. Marrero, A. Caminero, J.A., Rodríguez, R., and Billo, N.E. Towards elimination of tuberculosis in a low income country: the experience of Cuba 1962-97. *Thorax* 55(1): 39-45, 2000.

61. Delgado, G. Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública* 24(2): 110-118, 1998.

62. Feinsilver, J.M. *Healing the Masses. Cuban Health Politics at Home and Abroad.* Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1993.

63. Rojas-Ochoa, F., and Lopez-Pardo, C.M. Economy, politics and health status in Cuba. *International Journal of Health Services* 27(4): 791-807, 1997.

64. Veeken, H. Cuba: plenty of care, few condoms, no corruption. *British Medical Journal* 311(7010): 935-937, 1995.

65. PAHO. Cuba. In *Health in the Americas 1998*, pp. 206-219. PAHO, Washington, 1998.

66. Van der Stuyf, P., De Vos, P., and Hilderbrand, K. USA and shortage of food and medicine in Cuba (Letter). *Lancet* 349, 363, 1997.

A final de cuentas, una revisión de los indicadores de salud de los años '90 demuestra que los efectos nocivos de la crisis en la situación general de la salud se quedaron bastante limitados, y – al contrario – muchos indicadores siguieron mejorando, aún durante los años de crisis^{67, 68, 69}. La orientación socio-política de la sociedad cubana y de su sistema de salud, logró minimizar los daños.

América Latina hoy: una nueva perspectiva

La década de los '90 era un periodo de 'acuerdos de paz' y de imposición del agenda neoliberal en el continente. En términos de la salud, la situación se agudizó: El continente sólo utiliza el 2.5% de su PNB en la atención de salud, mientras que los países industrializados gastan 6.3% de su PNB (mucho más alto)⁷⁰. El Informe de la Salud Mundial de la OMS en 1999 reconoce que, si el financiamiento público de los programas sociales y de salud no se aumenta drásticamente, será imposible de mejorar la situación⁷¹.

En la medida en que estas consecuencias desastrosas se desarrollaron, la protesta social fermentaba. Disturbios y confrontación abierta con las fuerzas policiales llevaron a un sinnúmero de muertos y heridos. Del *Caracazo* de 1989 al *Argentinaazo* de 2001, el empobrecimiento y la miseria aguda llevaron a explosiones sociales violentas. En 1994, los Zapatistas lanzaron en el sur de México su ataque contra el acuerdo de libre comercio con los Estados Unidos. A través de foros sociales, movimientos políticos y sociales masivos, lucha armada y estrategias electorales, la búsqueda de alternativas viables continuaba. Hasta que – empezando con Venezuela en 1998 – en diferentes países la oposición popular empezó a materializarse en gobiernos progresistas.

Hoy, la situación del continente latino-americano es radicalmente diferente del 'Nuevo Orden Mundial' inicios de los años '90. Cuba está desarrollando su sistema bajo nuevas condiciones prometedoras de crecimiento económico y cooperación internacional⁷², la revolución Bolivariana de Venezuela continúa su transformación social radical⁷³, y en una serie de otros países el movimiento popular logró imponer presidentes progresistas (Bolivia, Ecuador, Brasil, Nicaragua,...). En otros países, como México y Perú, el movimiento progresista perdió las elecciones, pero ganó en extensión, en profundidad y en fuerza, y está preparándose para el futuro. Mientras que

67. Kuntz, D. The politics of suffering: the impact of the U.S. embargo on the health of the Cuban people. Report of a fact-finding trip to Cuba. *International Journal of Health Services* 24(1): 161-79, 1994.

68. Rojas-Ochoa, F., and Lopez-Pardo, C.M. Economy, politics and health status in Cuba. *International Journal of Health Services* 27(4): 791-807, 1997.

69. Chelala C. Cuba shows health gains despite embargo. *British Medical Journal* 316(7130): 497, 1998.

70. UNDP. World Development Report 1999. UNDP, New York, 1999.

71. WHO. World Health Report 2000. Making a difference. WHO, Geneva, 2000.

72. De Vos P., De Ceukelaire W., Bonet M., Van der Stuyft P. (2007). Cuba's international cooperation in health: an overview. *International Journal of Health Services* 2007; 37(4):761-776.

73. De Vos, P. Venezuela : Anti-impérialisme et socialisme. *Etudes Marxistes* 2007; 77:11-79. INEM, Bruxelles.

los Estados Unidos desarrollan estrategias en contra de estas evoluciones, sus posibilidades de intervención en la región se ven dramáticamente limitadas por los problemas causado por la fuerte resistencia popular a la ocupación de Irak y Afganistán.⁷⁴

Aún si el contexto global sigue siendo complejo, las evoluciones actuales en América latina demuestran las posibilidades de un cambio político que puede tener una influencia positiva en los determinantes sociales de la salud. Las propuestas de Alma Ata para asegurar la salud de toda la población están, después de décadas de marginalización, un paso más cerca de su implementación.

Como el liderazgo, la cohesión y la fuerza de los movimientos populares son diferentes de país en país, también el avance, la estabilidad y la resistencia a oposiciones de diferente índole de los procesos son bastante diferentes. Pero las relaciones de fuerza entre las clases sociales en el continente están experimentando evoluciones importantes.

Los cambios en América latina pueden tal vez mejor ser ejemplificadas por el caso de Venezuela y su impacto en toda la región⁷⁵. Confrontándose a una fuerte y agresiva oposición de las élites locales, el gobierno Venezolano desarrolla programas para poner los recursos nacionales en función de las necesidades populares, para iniciar transformaciones radicales en la economía, la tenencia de la tierra, las condiciones de vida, la educación y la salud, para estimular el desarrollo endógeno y la colaboración regional. Los determinantes de la salud y las políticas de salud sufrieron cambios radicales y positivos. El desarrollo de los consejos comunales⁷⁶ y el concepto de ‘poder popular’ incluida en la nueva constitución Venezolana de 2007 ampliamente abren el camino hacia este cambio⁷⁷.

Su colaboración estrecha con Cuba, se desenvuelve no solamente en una relación mutuamente benéfica, pero también llevó a la formulación de una propuesta concreta para oponerse al ‘Acuerdo de Libre Comercio de las Américas’ (ALCA) que los Estados Unidos quieren imponer a la región. Con la ‘Alternativa Bolivariana para las Américas’ (ALBA) se está gestando como un proyecto de integración regional, solidaridad, y relaciones comerciales mutuamente benéficas⁷⁸.

Estrategias renovadas para ‘Salud para Todos’

Participación y empoderamiento

En el mundo actual, el Estado, las ONGs y los movimientos populares se definen todos como ‘representantes del pueblo’. Su papel y su interrelación están

74. Grandin, G. Latin America's New Consensus. *The Nation*, April 19th 2006. (www.venezuelanalysis.com/articles.php?artno=1709).

75. *Ibidem*.

76. Steven Mather. Venezuelan Government Announces \$5 Billion for Communal Councils in 2007. www.venezuelanalysis.com. 10 januari 2007.

77. La reforma constitucional de Venezuela. (www.venezuela-eu.gob.ve).

78. Hugo Chavez. Toespraak in Mar del Plata, 7 november 2005.

influenciados frecuentemente por objetivos políticos. Como esto es inevitable y lleva a intereses compartidos y/o opuestos, estos intereses deben ser analizados y explicitados claramente.

Según diferencia experiencias de empoderamiento iniciadas por las ONGs, las que son desarrolladas por los movimientos populares, y las que son iniciadas por el Estado muchas veces en colaboración con las ONGs⁷⁹.

Según ella, las iniciativas de las ONGs generalmente son más innovadoras pero muchas ONGs tienden a trabajar dentro de un contexto político dado sin confrontarlo.

Como se puede esperar, los movimientos populares frecuentemente son más ambiciosos en lo que se refiere a estrategias para romper con el estatus quo político y social.

Además, son más amplios que las ONGs y tienen más posibilidades para atacar los problemas en sus raíces.

Iniciativas por el Estado en conjunto con las ONGs son más amplias y más fáciles a reproducir que las iniciativas de ONGs, pero se pueden ver fuertemente limitadas por una serie de requerimientos burocráticos y presión política.

Zakus and Lysack (1998) anotan que los gobiernos pueden utilizar los enfoques de empoderamiento para sus propias agendas, desviando los objetivos o dilutando su implementación⁸⁰. Por otro lado, el Estado puede ser facilitador de participación y empoderamiento, como por ejemplo en Venezuela donde la 'ley sobre los consejos comunales' fue un paso muy concreto de la democracia participativa que fue inscrita en la constitución de 1999⁸¹.

Más allá de la comunidad

Cuando se discute estrategias hacia 'Salud para Todos', creemos que es necesario de abrir el horizonte hacia la sociedad en su conjunto, ya que muchas causas fundamentales de las inequidades en la salud se deben de buscar en niveles que van mas allá de la comunidad.

El Estado, por ejemplo, y también el nivel internacional, muchas veces se quedan fuera del análisis. Pero las relaciones de las personas con el Estado y también con instituciones nacionales e internacionales son elementos relevantes cuando se discute estrategias hacia la salud.

Una comunidad es un espacio importante, en la cual la historia local, las tradiciones, y la reproducción de las relaciones sociales juegan un papel significativo. Pero esta realidad compleja forma parte de un contexto más amplio, que condiciona su desarrollo a través las condiciones socio-económicas y políticas dominantes⁸². La

79. Sen G., Empowerment as an approach to poverty, Working Paper Series, N° 97.07, December 1997

80. Zakus D. & Lysack C., Revisiting community participation, Health Policy and Planning, 13 (1):1-12, Oxford University Press, 1998

81. Mather S., Venezuelan Government Announces \$5 Billion for Communal Councils in 2007. www.venezuelanalysis.com. January 10th, 2007.

82. Vazquez A, and Davalos R., Comunidad y descentralización. Una reflexión desde los 90. In: Vazquez A and Davalos R. Participación Social. Desarrollo urbano y comunitario. 1er Taller de Desarrollo Urbano y Participación. Universidad de La Habana. Facultad de filosofía e Historia / Departamento de Sociología. December of 1996.

salud es un asunto de definición de prioridades nacionales. Para sobrepasar el impacto limitado de iniciativas a pequeña escala, las iniciativas de salud deben de formar parte de un movimiento más amplio que lucha para cambios a nivel de sociedad, dando respuesta a la exclusión económica, política y social de grandes partes de la población en la ‘economía global’ actual.

Análisis de clase

Considerando que las comunidades y la sociedad no son entidades homogéneas, creemos que el concepto de ‘clase social’ sigue siendo de mucha utilidad para describir subgrupos cuando se discute de empoderamiento.

Mientras que muchos autores reconocen los elementos sociales y políticos del concepto de empoderamiento, solo pocos reconocerán sus aspectos económicos fundamentales.

Pero cuando se trata de relaciones de poder en una comunidad y en la sociedad, no podemos menospreciar el hecho de que estas relaciones están íntimamente relacionadas con el estatus económico de las personas. Por esto creemos que el análisis de clase debería ser un aspecto importante de cualquier modelo para analizar las estrategias de salud y sus determinantes.

Proyectos de ONGs, implementados de manera vertical, dependiendo fuertemente de un financiamiento internacional, sólo pueden formar una respuesta parcial a la crítica situación de los sistemas de salud en los países de América Latina.

Solo desarrollos políticos en el marco de (una lucha para) un enfoque sistémico, a ser implementado después de un largo periodo de discusión y lucha por gobiernos progresistas y democráticos, pueden realizar cambios sostenibles en las vidas de los pobres. Movimientos populares que luchan de manera colectiva para obtener – a veces pequeñas – mejoras locales, comprometidos con una perspectiva política más amplia de cambios de sociedad, son esenciales para avanzar en este camino.

Conclusión

Aunque existe un amplio consenso internacional sobre la necesidad de mejorar el funcionamiento de los sistemas de salud, las reformas neoliberales impuestas durante los años ‘90s no dan respuesta a los problemas de salud y a las necesidades de los pueblos de la región. Nuevas experiencias demuestran que caminos alternativos son posibles. Futuras reformas deben ser basadas en los elementos centrales siguientes:

Salud como un derecho humano fundamental para todos es un interés de toda la sociedad, y por eso una responsabilidad del Estado; Una verdadera participación de la población en todas las fases de la formulación, la toma de decisiones, la implementación y la evaluación de las políticas de salud; un avance consecuente hacia mayor equidad en salud y en el desarrollo general, con un apoyo por parte del sector

salud de los esfuerzos políticos, sociales y económicos para eliminar la pobreza; El respeto por parte de las agencias multinacionales de las iniciativas nacionales de reforma, promoviendo estudios de las experiencias a nivel local y micro-regional, promoviendo la incorporación de los resultados en los procesos de reforma; Ni una atención primaria selectiva, ni políticas que tratan de concentrarse en la población excluida a través de ‘paquetes básicos’, debieran continuar a ser promovidas como ‘soluciones rápidas’ para la región. Nuevos paradigmas deben de sobrepasar los mitos del ‘estado ineficiente’ y de ‘la supremacía del mercado’ que en realidad no hacen más que promover formas explícitas o enmascaradas de privatización.

Los cambios en las relaciones de fuerza en América Latina aumentan radicalmente las posibilidades de retomar las experiencias de organización popular en las estrategias de la salud, y de reforzar y desarrollarlos. Pasos importantes se están dando. Pero las experiencias en curso deberán ser analizadas con cuidado para aprender como aumentar su fuerza interna a través de una participación popular a todos los niveles, pero también para reforzar su resistencia a amenazas externas. Aún si el contexto político internacional actual es favorable para el desarrollo de los movimientos populares y de su influencia en las políticas a nivel nacional y del continente, las condiciones económicas básicas a nivel internacional siguen siendo las de un sistema económico internacional en crisis estructural, en el cual los Estados Unidos continúan sus intentos – con todos los métodos posibles – de reforzar o de mantener su dominación global en los terrenos económico, político y militar en la región y en el mundo. Por ende, las evoluciones no deben de ser analizadas en términos técnicos solamente, pero sobre todo en términos de intereses y de (relaciones de) poder, o sea en términos políticos.

Para comprender de manera correcta lo que está pasando hoy en América Latina, y como este proceso puede progresar, se necesita un análisis concreto de cada país respecto a las organizaciones populares, los sindicatos, los movimientos políticos, los profesionales de la salud, etc... para ver como los pueblos están defendiendo sus intereses y como están participando en los procesos u oponiéndose a ellos.

Importantes contradicciones persisten. Las élites no están dispuestas a abandonar sus privilegios, y continuarán oponiéndose a los avances, frecuentemente con un apoyo explícito de poderes políticos y económicos internacionales con intereses claros.

La experiencia cubana demuestra que estas estrategias de desestabilización externa continuarán por un periodo largo, pero demuestra también que es posible oponerse a ellas y resistir con éxito.