

Informe de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social ALAMES

10 de junio de 2011

En base a una primera consulta entre diferentes miembros de nuestra asociación y considerando la ventana de oportunidad abierta para aportar observaciones y sugerencias en el documento borrador de la Conferencia Mundial hemos recogido una serie de aportes que quisiéramos compartir, sin desmedro de reservarnos la posibilidad de contar con otras y más diversas opiniones consensuadas que surgirán de una asamblea que sobre el mismo tema ALAMES ha programado entre el 17 al 19 de julio en La Paz

Comenzamos con un reconocimiento a la OMS y particularmente al gobierno de Brasil por promover, organizar y financiar una cumbre mundial sobre determinantes sociales de la salud.

No escapará a muchos de los organizadores que “determinantes sociales” es un concepto política e ideológicamente connotado desde hace más de dos siglos y que ALAMES lo ha recogido, profundizado y sostenido, por treinta años no sin riesgos personales e institucionales, resaltando la importancia de comprender los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad-atención aun contra las tendencias predominantes en la región y en el mundo.

Por ello resulta importante señalar que, en nuestra perspectiva no hay exactamente “determinantes intermedios”, sería preferible hablar de articulaciones, por ejemplo los sistemas de salud al igual que los “otros sectores” están simultáneamente determinados por la estructura socioeconómica, en consecuencia se trata más bien de articulaciones/desarticulaciones entre sectores dependientes por lo que el documento debería prever la mención a las determinantes o a las sobredeterminaciones para no indultar, por omisión, a la economía, al modo de producción, al capitalismo o al neoliberalismo -según se lo quiera denominar- de sus responsabilidades y de los efectos concretos que genera en los resultados sociales y sanitarios.

La apelación al capitalismo, o al neoliberalismo, tan prolijamente evitada en los documentos internacionales “políticamente correctos” de las últimas décadas, ha vuelto al centro de la escena en varios pronunciamientos internacionales de la mano del Cambio Climático al aceptarse mundialmente la evidencia de la responsabilidad de la “actividad humana”, de las emisiones, en el calentamiento global y de las Crisis Económico financieras responsabilizadas de generar crisis alimentarias y la pérdida masiva de empleos en todo el planeta.

En otras palabras el modelo de desarrollo y consumo se constituye en uno de los determinantes fundamentales de la salud de la población, y por lo tanto resulta imprescindible luchar por cambiarlo. En esa perspectiva, algunos países andinos, vienen

planteando un nuevo modelo de desarrollo, alternativo al capitalismo, que se resume en el paradigma del “vivir bien” que implica la confrontación del individualismo y la competencia, típicos de la sociedad de mercado, para sustituirlos por la solidaridad y la cooperación, en un modelo de desarrollo que permita la satisfacción de las necesidades de todos, no sólo de algunos, y en plena armonía con la naturaleza.

La teoría con la que se analiza "lo Social" define los resultados de los análisis por lo que es importante acercar definiciones para definir la naturaleza de los cambios, transformaciones o reformas que se desean impulsar.

El borrador arrastra un obstáculo epistemológico desde el documento entre lo individual y lo colectivo, que no ha sido resuelto porque forman parte del mismo proceso, pero no es lo mismo. Así el adjetivo social que califica a los determinantes podría inducir erróneamente la idea que la salud no es o se encuentra por fuera de lo “social”

A pesar del evidente desconocimiento de la vasta producción latinoamericana promovida, vinculada o afín a la tarea de nuestra organización hemos visto con interés el esfuerzo de la Comisión, hemos participado con aportes que no fueron recogidos en el documento final y aun así continuaremos participando en tantos espacios se abran para frenar la tendencia predominante en el mundo de transformar en mercancía los servicios de salud.

En una apretada síntesis en este informe denominaremos al informe aprobado por la Asamblea de la OMS como “el documento” y al trabajo provisional generado para esta reunión como “ el borrador” el que nos ha generado los siguientes comentarios.

Comentarios de índole general

En el documento los “determinantes sociales” están referidos a los individuos o las personas y en algunos casos a las familias. Es decir no hay referencias a grupos ni a las relaciones sociales que se establecen entre colectividades. Como ilustración podemos señalar que la crisis económica es presentada como negativa apenas porque redunde en más desempleados o más trabajadores informales; la crisis ambiental es grave porque afecta a más personas.

Estamos en realidad frente a una crisis, de carácter multidimensional, y que bien puede calificarse de “civilizatoria” porque obliga a la humanidad a replantearse el modelo de desarrollo y consumo, como causa fundamental de la crisis global que azota al mundo. El problema fundamental del mundo actual no es la pobreza, es la inadecuada distribución de la riqueza social, generada por un modelo de desarrollo y consumo que privilegia el lucro y la ganancia, por encima del bienestar colectivo. Actuar sobre los determinantes sociales implica cambiar ese modelo.

Las acciones de salud pública adquieren una mínima mención aunque sería un ámbito propicio y legitimado de la OMS y los gobiernos para desde allí actuar sobre los determinantes sociales.

No se cuenta con una mención específica de temas muy relevantes como las condiciones de trabajo, las tendencias recientes de la industria alimentaria (alimentos chatarra), las patentes y su influencia sobre el acceso a los medicamentos, la escasa transparencia de la investigación farmacéutica, o las dudosas líneas de desarrollo de la tecnología médica.

No se hace referencia a **la tremenda importancia del Complejo Médico Industrial y sus intereses económicos, como determinante de las políticas de salud** y de la gobernanza del sector. Es importante comprender la creciente importancia del “sector salud” en los procesos económicos de producción y reproducción del capital, habiéndose convertido en los últimos años en uno de los sectores económicos que mayor ganancia produce. Por el **carácter mercantil que se da a la salud en muchos países y sistemas de salud**, existe una clara confrontación entre la Salud concebida como Derecho Humano y social que debe ser garantizado por el Estado, y la concepción de la salud como parte de los circuitos económicos del mercado.

El borrador absorbe y recicla la terminología y la perspectiva de la Segunda Reforma Social del Estado que, aparte de mantener la preeminencia del mercado y las necesidades de la economía global, propone la concertación con todos los actores, incluyendo al sector privado con intereses en salud y la nueva filantropía, en pos de lograr un nuevo consenso y una nueva “cohesión social”. Anticipa en ello la propuesta del “Foro Global de Salud” de 2012 aprobado en la Asamblea del OMS. Sin embargo de una forma u otra cerca de diez gobiernos latinoamericanos vienen poniendo de diferentes formas y con diversos énfasis en duda esta agenda.

No se reconoce así el debate ético y político sobre la idea de justicia, de derecho y de equidad que ordena las relaciones Estado-sociedad, las políticas sociales y los sistemas de salud. Todas las opciones parecen igualmente válidas y no se pone en cuestión la tendencia hegemónica. Por el contrario, el documento se inscribe en esta tendencia en muchas de las estrategias planteadas:

En el tema de “*gobernanza*”, por ejemplo, predomina una lógica de intersectorialidad funcional, como si fuera un asunto técnico de coordinación de agendas, de corresponsabilidad de todos, sin jerarquía alguna:

Las respuestas normativas coherentes para reducir las inequidades sanitarias exigen el establecimiento de la gobernanza para aclarar las responsabilidades individuales y conjuntas de diferentes actores y sectores (por ejemplo, las funciones de los individuos, de diferentes partes del estado, de la sociedad civil, de esfuerzos multilaterales y del sector privado) en la búsqueda de la salud y el bienestar como meta colectiva (p. 4).

De allí resulta el predominio de la estrategia “*salud en todas las políticas*”, que consiste en una versión actualizada de “las políticas saludables” que ya muchos gobiernos vienen haciendo sin incidir significativamente sobre las inequidades. El modelo de perdedores y ganadores, costo-beneficio, con compensaciones y estímulos, en la formulación de políticas incorpora una visión individualista y utilitarista de la política, que puede terminar produciendo más legitimación de las inequidades

El borrador retoma la APS en términos muy abstractos de forma tal que bajo ese nombre podría encuadrarse casi cualquier práctica o arreglo institucional, privado, público, mixto tanto en la prestación de servicios como en administración de fondos. El **predominio en la sociedad y en el sistema de salud de una concepción “bio médica” que centra su interés en la atención a la enfermedad, y soslaya la acción sobre los determinantes sociales de la salud**, requiere ser puesta en cuestionamiento y con ello consolidar las bases de una real “Promoción de la salud”.

Incorpora plenamente la idea del aseguramiento “universal” como base para el acceso a los servicios pero con la especificación que serían de paquetes de servicios y no de todos los servicios requeridos.

Da por supuesto la aceptación de una separación de funciones entre regulación/administración de fondos-compra de servicios/prestación de servicios que nuevamente está siendo cuestionada como paradigma de las evidentemente fracasadas reformas de los 90. .

En el componente del sector sanitario es aún más clara la separación entre atención individual, ligada al aseguramiento, y acciones colectivas con altas externalidades como el ámbito reducido de la salud pública. A pesar de afirmar que la atención primaria va más allá de servicios básicos, el documento asume la perspectiva de los paquetes progresivos según costo-efectividad, según el modelo de “*cobertura sanitaria*”, similar al “*aseguramiento universal*”. En el mismo sentido va la propuesta del “*piso de protección social*”, en la cual se ajusta el modelo del Manejo Social de Riesgo propuesto desde el Banco Mundial. Aunque se mencione que el piso sería para todos, es claro que se concentrará en los pobres. Por encima de este piso vienen los beneficios derivados del sistema contributivo, y en un tercer nivel, los “*seguros voluntarios*”, que resulta en todos los países la medicina para los sectores que pueden pagarla. De esta forma se acentúa la desigualdad social (atada a la capacidad de pago) del modelo actual.

Entre tanto, se acumulan los recursos en los agentes dominantes del mercado de aseguramiento, favorecido por los mecanismos de “*regulación*” del sistema. Sin duda, existen diferencias entre sistemas de salud y seguridad social: en los que predomina el mercado, tienden a profundizarse las inequidades y la concentración de los recursos en los agentes dominantes, mientras en los que predomina el Estado, existen formas de regulación del mercado más potentes y mejores resultados en equidad en salud. Por

ejemplo, la vieja comparación entre los sistemas de Canadá y Estados Unidos. Pero en el documento todos los sistemas parecen iguales o, por lo menos, no se ponen en cuestión.

También en los sistemas públicos universales tiende a desarrollarse mejor la APS que en los sistemas de predominio del mercado, aunque esté regulado con algún mecanismo. Esto porque para el desarrollo de la APS es necesario tener una perspectiva poblacional y territorial. Los mercados tienden a romper con esta perspectiva y terminan segmentando la atención individual de las acciones colectivas y de otros sectores. En el mismo sentido, la famosa rectoría del sistema es más difícil en sistemas con fuerte intermediación del mercado de aseguramiento.

Las transferencias en efectivo condicionadas no son un mecanismo neutro de superación de la pobreza. En todos los países la evaluación de estos programas ha mostrado el obvio incremento de los ingresos familiares, pero deja de lado la inducción de comportamientos perversos en las familias pobres, la sobrecarga de las mujeres y el carácter asistencialista que desestimula el empleo¹.

Si asumimos la voluntad de la OMS de basar sus decisiones en evidencia deberíamos esperar una toma de posición a favor de los sistemas únicos y públicos de salud por la abrumadora evidencia de la eficacia de este modelo pero aun si no fuera así puede tomar posición contra las prácticas que dificultan el acceso a los bienes de salud y en contra del conflicto de interés con la incorporación masiva y subordinada de la ciencia a los intereses del mercado.

El Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud presentado en 2008 partía del reconocimiento de una jerarquía explicativa, de manera que las desigualdades producidas por las ventajas y desventajas sociales derivadas del poder, la riqueza o el prestigio constituían inequidades y debían ser superadas afectando las asimetrías de poder. De allí la importancia de la estrategia central de “luchar contra la distribución desigual del poder, del dinero y de los recursos”. Pero lo que se observa en el documento preparatorio de la conferencia es que las estrategias se concentran en los gobiernos, por medio de acciones de arriba hacia abajo, centradas en mecanismos de legitimación y de coordinación público-privado, tanto en el ámbito nacional como en el internacional.

En otro términos, la reunión debe ir más allá del informe que le da origen por lo que consideramos debe tomar como una línea de base ya enunciada la explicitación de intenciones: *“mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución desigual del poder, del dinero y de los recursos; y medir y conocer mejor las inequidades sanitarias.” Y avanzar sobre las formas concretas como lograrlo.*

¹ Para esto ver el informe de la Red de Conocimiento sobre Exclusión Social que coordinó Jennie Popay, en el que participamos varios miembros de ALAMES y que se entregó a la CDSS en 2008.

En el tema de la participación social, parece tratarse de un asunto propio de los individuos (consumidores) y de las comunidades locales, en una perspectiva de “*transferencia de poder*” bastante tradicional e instrumental, esto es, “*la voluntad de dotar de poder real a las comunidades*”. Pero no se reconocen las asimetrías acumuladas de poder en los sistemas y regímenes políticos y menos a su relación con el poder económico en cada país. Las decisiones políticas determinantes se toman en los escenarios del ámbito nacional, con toda la interacción entre poder económico y poder político, en todos los ámbitos del Estado. Pero esto no se menciona y vuelve a ser la tradicional participación comunitaria la estrategia principal, ahora complementada con una idea de “*colaboración*” de la sociedad civil, con lo que se da una entrada a la filantropía nacional y transnacional.

Hace falta que el documento explicita la necesidad de redefinir las formas cómo se trata “la participación social y los papeles atribuidos a las ONG, a “la sociedad civil” y a los movimientos sociales y las formas concretas como se puede avanzar en una articulación Sociedad Estado desde formas representativas y formales hacia formas concretas de democracia participativa.

En la vigilancia y en la medición de inequidades el borrador se desliza más que el documento original hacia un modelo tradicional de “factores de riesgo” sin jerarquía alguna. No se reconoce que la información se organiza según la utilización predominante. Por ejemplo, en Colombia la información en el sistema de salud sigue a la facturación y no a las personas.

No se presenta una iniciativa de evaluación de políticas públicas y sistemas de salud a la luz de la equidad. Por ejemplo, tolerar la inequidad estructural de sistemas con paquetes de servicios desiguales según la capacidad de pago, como parece aceptar la propuesta del piso básico de protección, podría constituirse en una fuerte contradicción de la propuesta técnica.

Hay en la propuesta una confianza exagerada en el modelo de políticas basadas en la evidencia. Parece como si la medición fuera neutra y como si el principal problema fuera la comunicación a los políticos para incidir en las decisiones. Se desconoce la relación saber y poder del mundo contemporáneo.

Hace falta que se establezcan reglas muy claras sobre la propiedad intelectual de los avances científicos de clara y **probada** importancia para el combate a las enfermedades prevalentes; estableciendo reglas internacionales transparentes de la práctica científica y de la revisión de artículos en revistas especializadas que garanticen que las evidencias no sean manipuladas o devengan en estrategias de marketing indirecto.

En la dimensión de la acción mundial, la concentración en los ODM y en los mecanismos administrativos de eficacia en la ayuda internacional no aporta grandes novedades; ya varios países han logrado las metas sin afectar la inequidad y se tiende hacia la

articulación entre estados y organismos filantrópicos, sin propiciar mayores transformaciones.

No se pone en cuestión el nuevo régimen de acumulación global basado en el sector financiero y en la lógica extractivista que deteriora el ambiente, ni el tema alimentario, ni el problema de la hegemonía de la industria farmacéutica en la investigación y la innovación en salud. Se debe evitar que se enuncien grandes lineamientos sin discutir cuáles opciones resultan mejores que otras, y sin afectar las asimetrías de poder global.

Comentarios específicos

En referencia específica a los componentes del documento quisiéramos mencionar algunas observaciones específicas de cada capítulo

Componente 1

Se debe plantear el fortalecimiento de puntos como:

Reconocer las necesidades y su complejidad y cómo se asume el rol de cada actor en la afectación de determinantes

Se requiere hablar del modelo de Estado en especial la discusión centralización-recursos, abogacía, participación con decisión, la discusión de democracia, reconocimiento de minorías para trabajar con equidad. Habla de gobernabilidad y capital privado.

Hace falta precisión sobre cuáles son las herramientas en el plano político para abordar el tema de gobernanza sobre los determinantes.

Revisar la estructura del estado para que se logre incidir desde los territorios en las políticas.

Se requiere tener un contexto político- normativo de los estados para poder construir alternativas para abordar procesos de gobernanza.

El documento debe incluir problemas del sector público en la actualidad tales como el tema de corrupción, clientelismo político, desarrollo de cultura política.

Componente 2:

El papel del sector salud incluidos los programas de Salud pública en la reducción de las inequidades en salud.

El borrador afirma el papel trascendente de la organización de los sistemas de salud e identifica dos aspectos centrales la garantía del acceso universal y la definición de modelos centrados en la oportunidad, la integralidad y la calidad.

Sin embargo, esta definición queda vacía de contenido, en tanto no se arriesga a problematizar como está este debate en la actualidad y no logra orientar la ruta a seguir

como dice ser su pretensión. En ese sentido, es necesario que se reconozca el impacto que ha tenido en la salud la formulación de políticas y la organización de sistemas que proclamando la universalización y, de hecho el compromiso por la equidad, han generado mayor exclusión, al incrementado los problemas de salud y, particularmente, han alimentado la idea de que la salud es un bien por el que es necesario pagar y han naturalizado, la idea de que se accede al servicio que se puede comprar. Es necesario advertir que en este tema enfrentamos un profundo conflicto de intereses económicos que buscan incidir en la esfera de las decisiones de política nacional, garantizando el fortalecimiento de la lógica del mercado.

Así mismo es necesario explicitar que hoy las experiencias de APS están inmersas y determinadas por las implicaciones de las decisiones que en materia de sistema y política nacional se tomen. Así pretender avanzar en modelos de APS sin generar condiciones del conjunto del sistema que garanticen universalidad, equidad, integralidad, participación, seguimiento, etc, es errático por ser insuficiente.

Cualquier intención de fortalecer el rol del sector salud en la afectación de los determinantes sociales coloca en el centro del debate la viabilidad de configurar sistemas universales de salud por fuera de la idea de la capacidad de pago de las personas, que superen la lógica actuarial que define los beneficios según dicha capacidad de pago, y que reordene la relación público – privada, fortaleciendo la primera en la toma de decisiones, así como en la provisión de los servicios. El documento no da en consecuencia el lugar central a este componente y lo deja como uno más incluso posterior al ajuste de los programas de salud pública.

Así se requiere construir un consenso mundial, regional y nacional que permita una transformación de la organización del sector, para responder adecuadamente al compromiso de la equidad.

Como está planteado en el documento, el sector no tendrá legitimidad para plantear a otros sectores el compromiso con la determinación social y la necesidad de la acción articulada, si no logra responder adecuadamente a elementos básicos como el acceso de toda la población a los servicios asistenciales ante el malestar y la enfermedad.

Se podría destacar en uno de los cuadros algunos de las experiencias de sistema nacional universal.

Componente 3

Hace del concepto de la participación un instrumento para afectar la determinación social adolece de una visión política y en perspectiva del poder. Han pasado muchas estrategias que plantean lobby, ejercicios de ciudadanía, pero en definitiva son instrumentales

La reflexión cual han sido las barrera para hacer eso, aprendizajes para sacar una iniciativa nacional sobre participación y determinantes sobre los retos, barreras, realidades de la participación social o cual podrían ser mecanismos, ideas para avanzar en la postura visionaria de democracia.

Componente cuatro

Sobre acción global la agenda se centra en reconocer todas las tendencias globales y los temas actuales de discusión, y los acuerdos internacionales. No se toca el tema de movimientos sociales, se centra en los grandes capitales y la incidencia en organismos multilaterales- núcleos económicos que se incorpora en la agenda global .

Componente 5

Sugerimos aproximar la discusión a los marcos de seguimiento de la garantía de derechos, en tanto allí encontramos el desarrollo de variables e indicadores que pueden ser útiles, pero particularmente la idea que el monitoreo se refiere también al seguimiento del papel del estado en la garantía del derecho. Eso puede ayudar a genera un ambiente social y político favorable a los cambios necesarios.

Adicionalmente el tema de monitoreo se conecta con otro elemento fundamental que es la descentralización y la acción articulada. Así, se requieren sistemas de monitoreo que se conciban y desarrollen de cara a autoridades locales y actores de otros sectores, que tiene un lugar predominante en las decisiones. Así la información debe ser considerada eminentemente como herramienta para la acción política de la sociedad en su conjunto y no únicamente como herramienta para decisiones técnicas. Esto replantea el diseño tradicional del monitoreo y es necesario abrir el proceso a nuevas experiencias.

A modo de síntesis

Existe en el 2011 una importante acumulación de hechos económicos (crisis en EE.UU. y en Europa), políticos (cambios en América Latina, en el mundo árabe, etc.), ambientales (desastre nuclear en Japón, evidencias adicionales sobre velocidad e intensidad del cambio climático) sociales (mayor desempleo, peor distribución del ingreso), sanitarios (debilitamiento de la gobernabilidad global del sistema sanitario luego del H1N1, el regreso del cólera al continente).

Este conjunto de “evidencias” generan condiciones que requieren profundizar antes que aligerar el documento aprobado por la Asamblea de la OMS llegando a cuestionar en sus raíces el modelo de desarrollo, de un capitalismo globalizado que está poniendo en riesgo no solo la salud sino la misma viabilidad de la vida en el planeta.

En síntesis como corriente de pensamiento y acción política, ALAMES se siente un poco más lejos de este borrador que del informe de la Comisión en 2008, el cual a su vez para la época nos parecía insuficiente.

Invitamos fraternalmente a quienes pueden introducir aun modificaciones en el borrador y a quienes deliberemos por dentro y por fuera de la Reunión de Río (Río de Janeiro, octubre del 2011) a gobiernos, organismos internacionales, movimientos sociales, instancias académicas a concentrarnos en el problema de las asimetrías de poder y en las articulaciones entre poder económico, poder político y poder ideológico del globalismo actual, para ponerle límite y control político al capital transnacionalizado e insistir en una reconstrucción del carácter fundamental de los derechos humanos integrados e interdependientes para superar las inequidades.

Esto sólo es posible con una reconfiguración de las relaciones de poder global y de las relaciones Estado-sociedad-mercado, que permitan operar sobre los determinantes y sobre los sistemas de salud evitando que los derechos queden amarrados a la capacidad de pago (propiedad) de las personas, generando procesos de democratización real y la recuperación del sentido de lo público en sistemas de carácter universal.

ALAMES ha estado en esta lucha por treinta años y continuará haciéndolo por muchos años más.