

Salud y ciudadanía: una mirada a la salud en el futuro¹

Eduardo S Bustelo Graffigna²

Resumen

En el contexto de las reformas del sector salud, el trabajo realiza un conjunto de reflexiones sobre el futuro del sector. En vez de centrar el debate sobre los aspectos instrumentales de las reformas en curso, se revisan los valores que están en juego revisando las visiones del sector desde HYGEIA (la prevención) y PANAKEIA (Panacea, el curar) hijas de

Palabras clave

Reforma del sector salud, economía de la salud, solidaridad, ciudadanía.

Keywords

Health sector reform, economy of health, solidarity, citizenship.

1. Trabajo presentado a la Conferencia "La Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina: rol del Gobierno, la Empresa y la Sociedad Civil". Organizada por la Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS) y el Center for Health and Social Policy de la Universidad de Columbia con el auspicio del Foro de la Sociedad Civil de las Américas. Santiago de Chile, 18 al 20 de marzo de 1999. El autor agradece los valiosos comentarios de Felipe Sapag y Aldo Neri. Merece un reconocimiento particular Pablo Vinocur quien, además de comentar, aportó ideas y sugerencias sustantivas que me obligaron a reelaborar partes de este esfuerzo conceptual. Mientras que la mayoría de los aciertos de este trabajo deben interpretarse como una contribución de los comentaristas, los errores del mismo son responsabilidad exclusiva del autor.

2. Licenciado en Ciencias Políticas y Sociales por la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. Magister en Ciencia Política y Administración Pública en FLACSO, Argentina. Master of Science en Política y Planificación Social en la London School of Economics and Political Science. Director de la Oficina de UNICEF en Argentina entre 1989 y 1993. Actualmente se desempeña como Director de la Maestría en Política Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

In capitalist society health is the capacity to earn, among the Greeks it was the capability to enjoy, and in the Middle Ages the capability to believe.

ERNST BLOCH,

The Principle Of Hope

1) Introducción

Resulta una paradoja en una época que podría ser caracterizada como de carencia de proyectos, de ausencia de sentido histórico, de retracción hacia lo privado y de generalizado escepticismo interrogarse por cómo sería la salud en el futuro, por lo menos en la primera década del próximo siglo. Aún más, sobrepasando los 20 años de la propuesta de Salud Para Todos en el año 2000 y de la Conferencia de Alma-Ata sobre Atención Primaria en Salud, hace ya tiempo que sabemos que a pesar de los informes oficiales, los objetivos planteados en aquellos tiempos, y que imaginábamos alcanzar

ASKLEPIOS el dios de la salud. Se discute el enfoque "economía de la salud" que busca su mercantilización y se interroga por otro, basado en "la salud de la economía" que plantea una salud solidaria en términos de la expansión de derechos y responsabilidades correlativas al ejercicio de la ciudadanía. La salud es un derecho pero concebido como una habilitación para la lucha, lo que presupone que hay que conquistarlo para todos pero principalmente, con todos. La salud es así un campo de redistribución de derechos de ciudadanía y en ese sentido, construir una sociedad "sana" coincide con construir una sociedad "justa".

Abstract

Within the context of the reforms of the health sector, the work makes a series of reflections on the future of the sector. Rather than centering the debate on the instrumental aspects of the reforms under way, a revision is made of the values at stake with a review of the accounts of the sector from HYGEIA (Prevention) and PANAKEIA (Panacea, Healing), daughters of ASKLEPIOS, the god of health. The "economy of health" approach, which seeks the commercialization of health, is challenged, and the question arises of a different outlook based on the "health of the economy", proposing a "solidaristic" health in terms of the extension of the rights and responsibilities inherent in the exercise of citizenship. Health is a right, but should be conceived as making people fit for struggle, which presupposes that it must be conquered for everyone, but chiefly with everyone's participation. Health is thus a field of redistribution of citizens' rights, and in that sense, to build a "healthy" society means the same as to build a "just" society.

con fundamentos, no serán ciertamente logrados. Por aquella época soñábamos, que al comienzo del milenio podíamos pensar en una humanidad renovada a partir de la salud para toda la población. Asumíamos que los gobiernos comenzarían a poner en práctica lo que países más pequeños, sobre todo los escandinavos, ya habían implementado: extender la protección del Estado a los analfabetos, a los desempleados, a los desnutridos y en general, a las víctimas de los ciclos económicos. Con esa experiencia en mente y la que se deriva del simple hecho de analizar los indicadores sociales del mundo presente, y de saber por ejemplo, que en el futuro apenas podremos financiar una medicina de un costo algo superior a una aspirina para la mayoría de los habitantes del planeta, reflexionar en los objetivos de una salud democrática en el próximo futuro, es imponerse una tarea que bordea con el heroísmo. Pero de otro lado, si hoy uno tuviese la oportunidad de conversar con mi profesor Brian Abel Smith, uno de los autores y actores más influyentes en el campo de políticas públicas de salud después de Beveridge; políticas de salud que no sólo en el Reino Unido sino también en Europa, alcanzaron las metas de "Salud para Todos"; ciertamente coincidiríamos que la actitud que menos se justifica en el presente es el quietismo y la parálisis conceptual (Abel Smith, 1992).³

Estamos implementando reformas en el área de salud en América Latina y tengo la convicción de que la discusión presente debe darse en el nivel de los valores sustantivos que la inspiran y que se registran en la cultura. No es tan relevante discutir hoy instrumentos de política o gestión sino los fines últimos que la sustentan. Sería fácil ponerse a discutir o lograr un rápido consenso sobre los méritos meramente técnicos de una política o programa de salud sea la descentralización, la participación, la privatización, la focalización, etc. sin antes ponernos de acuerdo sobre sus fundamentos sustantivos. Porque con un mismo instrumento podemos estar sirviendo a propósitos muy distintos. Así podríamos pensar la descentralización de los servicios de salud solamente por motivos fiscales, o para reducir costos incentivando la "participación voluntaria" de la comunidad, o para di-

3. Conviene recordar desde el principio, que no ha habido un pro-

solver el poder de corporaciones sectoriales y/o para diluir legítimas demandas populares. O de otro lado, también podríamos pensar el mismo instrumento para democratizar el sector, para expandir la participación, para controlar la falta de transparencia en la administración de los recursos o en fin, para perseguir mayor equidad en el acceso y financiamiento de los servicios.

Por lo tanto, pretendo en este trabajo ubicar la mirada en el futuro de la salud como campo interdisciplinario en el contexto de la cultura y sobre todo, de los valores que pueden inspirarla.⁴ Arranco con el marco más global sobre qué es lo que se discute hoy en América Latina en términos de desarrollo y cómo se visualiza la salud en esta discusión. A continuación paso a revisar sintéticamente algunos de los ideales y significados históricos que la humanidad se planteó en la cultura con respecto a la salud incluyendo sus distorsiones morales. Indagando en este pasado cultural, buscando enseñanzas, he descubierto sorprendentemente que muchos ideales y sueños ancestrales no todos positivos, muestran hoy una renovada vigencia en la cultura moderna. Sigo luego con la presentación de la discusión que creo más relevante en el área de la salud que es la cuestión no tan solo de la dualidad prevenir o curar sino sobre todo, hasta dónde puede avanzar el proceso de mercantilización de la salud y la racionalidad de la eficiencia instrumental por sobre el valor de la solidaridad. Posteriormente, entro a revisar los valores que creo centrales de la cultura presente y que representan un serio obstáculo para pensar la salud en un contexto de expansión de la ciudadanía. Se discuten principalmente el individualismo, el hedonismo y el pragmatismo. En la última parte, realizo algunas reflexiones sobre la posibilidad de realizar una salud solidaria planteada en términos de la expansión de derechos y las responsabilidades correlativas al ejercicio de la ciudadanía. Y ese proceso, es planteado fundamentalmente como la capacidad y la disposición de luchar y conquistar el derecho a la salud para todos pero sobre todo, con todos.

Creo que un enfoque que tenga en cuenta las relaciones entre las fuerzas que desencadenan los procesos socia-

les, políticos y económicos puede ayudarnos a entender cómo se configuran los sistemas de salud en la cultura (Corrin E., 1996). Igualmente importante es insistir que las reflexiones de este trabajo pretenden ubicarse en el plano de la discusión de algunos valores y su significación y que, aunque tengan una enorme relevancia práctica, no entran en el análisis de las implicancias concretas para los sistemas de salud que son crecientemente heterogéneos y de una complejidad que hace extremadamente difíciles las comparaciones.

2) Qué se discute hoy en América Latina

El proceso de globalización a través del paso del modelo sustitutivo de importaciones al modelo de apertura económica ha implicado la redefinición de una serie de relaciones entre el Estado, la sociedad y los individuos. El Estado se ha contraído y se le ha dado la más importante prioridad a los mecanismos de mercado como el modo más eficiente en la asignación de los recursos. La economía aparece como la ciencia “guía” y las recomendaciones de política económica constituyen el marco global para la implementación de “políticas” sociales, que aparecen como secuencialmente posteriores y con un rol marginal, secundario y meramente compensador. Se ha dado prioridad a la economía con un gran costo para la sociedad. Así se han ampliado los tradicionales problemas de pobreza y desigualdad y han aparecido nuevos problemas emergentes de las nuevas relaciones sociales que implican la globalización y la apertura económica. Se ha producido un cambio en la sociedad con la ampliación de la vulnerabilidad social y los mecanismos de exclusión, la aparición de los “nuevos pobres”, la emergencia de complejos problemas en el área de la salud, y el impacto que sobre la gente ha tenido la “desilusión” con la institucionalidad democrática, particularmente de la democracia representativa y en general, el descrédito de la política (Bustelo E.S. y Minujín A. 1997).

Correlativamente a los procesos descritos, existe hoy consenso en la región latinoamericana de que los reformas económicas emprendidas por im-

grama masivo de privatizaciones en ninguno de los sistemas de salud de los 24 países miembros de la OECD.

4. No obstante, importantes debates morales de la medicina contemporánea no serán tratados en este trabajo, pues exigirían una consideración específica que excedería sus objetivos. Coloco entre ellos por ejemplo, la muerte asistida, el diagnóstico del síndrome de Down a través del análisis del líquido amniótico para definir un aborto “terapéutico” y el diagnóstico preventivo a través de la investigación de los genotipos en los cromosomas que posibilitaría la identificación de una variedad de enfermedades como por ejemplo la diabetes, el cáncer y otras. Esto podría traer aparejado problemas de resolución compleja, como por ejemplo el hecho de que personas con una propensión técnicamente determinada a contraer cáncer no sean admitidas para trabajar y/o que no sean cubiertas por seguros de salud.

portantes resultados macroeconómicos que pudiesen acarrear en términos de control de la inflación, equilibrio fiscal y aumento de la productividad y el crecimiento, no han sido ni son suficientes para promover el desarrollo humano. Se trataría ahora de introducir reformas de “2da. Generación” para hacer un Estado más eficiente particularmente en la gestión de los servicios sociales. Al modelo que inspiraría estas reformas se lo ha denominado CEF (Crecer-Educar-Focalizar): la prioridad es el crecimiento económico, al que se asocia un “automático” efecto de “derrame” de sus beneficios al conjunto de la población. Lo anterior, va acompañado con una fuerte inversión en “capital” humano, esto es educación, para aumentar la competitividad general de la economía y moderar la desigualdad en los ingresos. Pero como la “inversión” en educación tiene una maduración a largo plazo, se debe mientras tanto focalizar los escasos recursos disponibles en la atención social de los pobres. La política social consistiría en gestionar el uso eficiente de los recursos públicos y transferir a la sociedad civil responsabilidades que incluyen desde subsidios a la demanda, apoyo a ONGs y la privatización de servicios en donde el sector privado muestre que tiene ventajas comparativas con respecto al sector público. Hay una clara secuencia entre la política económica y la social: primero hay que crecer, después distribuir. De este modo, la política social es como una prótesis de la política económica, es como una ambulancia o un hospital en donde se depositan los heridos que deja el proceso económico.

Desde este punto de vista y en el caso de la salud, se postula que en la región existen en general dos problemas paralelos: de un lado, hay una “transición” epidemiológica en donde en general aumentan las enfermedades crónicas y degenerativas y de otro lado, el bienestar en materia de salud se distribuye desigualmente en la población con un impacto negativo mayor en los estratos más pobres. En gruesas líneas, también el modelo CEF propone focalizar la asistencia pública en salud en los pobres, mejorar la eficiencia y sobre todo, contener costos en los servicios.⁵ De otro lado, se presupone que el mercado y el sector privado operen prefe-

rentemente en los sectores de altos ingresos. Y esto significa que esta área no debe tampoco escapar a la prioridad política de ser organizada como mercado con empresarios y clientes, abriéndose así las puertas para el ingreso del principio de la ganancia al campo de la salud y la seguridad social. Se induce así a una forma de prestación dualista con el Estado para los pobres y el mercado para los ricos. El fundamento teórico subyacente en este enfoque es una visión “productivista” del sector salud basada en “la economía de la salud” según la cual, la inversión en capital humano tiene externalidades positivas, hace a la gente más sana y productiva y por lo tanto, aumenta el nivel de competitividad de la economía. Tradicionales cuestionamientos que vienen desde la misma ciencia económica como la competencia imperfecta, los límites de la soberanía del consumidor, las desigualdades relacionadas a la información y la exacerbación de mecanismos de exclusión existentes en el sector salud, son sistemáticamente ignorados.

Un enfoque alternativo está ahora surgiendo en América Latina al que se lo denomina modelo DEC (Desarrollo-Empleo-Ciudadanía). Este enfoque parte de la idea de que tanto el crecimiento como la acumulación de riqueza son solo medios para alcanzar el destino final del desarrollo que es el hombre/mujer. En consecuencia, el problema no es solo crecer sino cómo crecer y sobre todo con quién y para quién crecer. Y en esto consiste precisamente la “salud” de la economía.

Se visualiza la política económica y la política social como operaciones simultáneas. Aún más importante, se hace necesario redefinir un nuevo rol del Estado que no significa aplicar criterios privados a la gestión de lo público sino esencialmente lo contrario, esto es, cómo aceptar algunos criterios privados como la eficiencia, pero construyendo una clara primacía de lo público que implique políticas activas sobre el mercado. Paralelamente a lo anterior, se enfatiza la generación de empleo productivo de calidad como modo principal de incluir a las personas en el sistema productivo y social. Y por último, las políticas de desarrollo de la ciudadanía implican enfocar la cuestión social desde la óptica de los derechos sociales y la

5. Según Renaud, la agenda de contención de costos incluye: “métodos para reducir el número de médicos; incentivos para contrarrestar las demandas de asistencia no justificadas de algunos consumidores y de fomentar el tratamiento más eficiente de los pacientes por parte de los proveedores; beneficios (y costos) asociados a la introducción de determinadas tecnologías; nuevos métodos de gestión del personal sanitario; asignación de recursos a grupos diversos de la población (por ejemplo, modelos de financiación regional) o de proveedores (por ejemplo, alternativas al pago por cada prestación). En pocas palabras, el debate gira en torno a los métodos más efectivos de financiar y regular tan vasto y complejo sistema” (Renaud, M. 1996, p. 364).

justicia,⁶ y no como una “ciudadanía asistida” que se deriva de la generación de dependencia asistencial de los pobres del Estado y/o los ricos (implícita en el enfoque de focalización). Central en esta concepción es el rol del sector educativo que no queda sólo reducido a una dimensión productiva, sino principalmente a la profundización de los ideales democráticos, a la promoción de relaciones de reciprocidad, a la enseñanza de los derechos y sus deberes correlativos particularmente en el caso de la salud, que es pensada como una responsabilidad pública compartida. Como se considera que la concepción del desarrollo está íntimamente asociada a los valores instalados en una cultura, esta propuesta prioriza una cultura de solidaridad en donde no se ignoran las necesidades de competir pero al mismo tiempo se promueven fuertemente las ventajas del cooperar. Forman parte también de las políticas de expansión de la ciudadanía, la igualdad de género, la lucha contra las discriminaciones, la vivienda, el agua, el saneamiento, etc.

En lo que se refiere específicamente al área de la salud, el enfoque del modelo DEC es, como se dijo, el de la ciudadanía de modo que el énfasis es sobre el derecho a la salud que no es “salud solo para los pobres”, sino para el conjunto de la población a partir de la garantía de “un piso” de ciudadanía para todos como parte de una responsabilidad pública común.

En este enfoque se piensa que, en un contexto de acumulación epidemiológica,⁷ en los países que más han reducido la natalidad y la mortalidad precoz, el envejecimiento de la población y su concentración en grandes centros urbanos ha aumentado las enfermedades crónicas y degenerativas, sobre todo las cardiovasculares y el cáncer. En el otro extremo, se encuentran los países de menor desarrollo relativo y que aún muestran una alta tasa de mortalidad infantil principalmente debido a las infecciones respiratorias agudas y la diarrea. Pero la gran causa —según el modelo DEC— de los niveles presentes de morbilidad y mortalidad en la región obedecen a la pobreza como manifestación de las tremendas inequidades existentes. El perfil de morbilidad es el resultado principalmente de la distribución del ingreso, el que deter-

mina asimismo la distribución de los riesgos de enfermarse y las probabilidades asociadas de vivir/morir. Es por esta razón que el tema de la salud se coloca al interior de un enfoque más amplio sobre cómo concebir el desarrollo y las políticas económicas y sociales como modo de construir una sociedad más justa lo que implica una sociedad más sana. La salud no es solo una cuestión de curar a quienes padecen enfermedades. Así por ejemplo, las políticas de empleo, los efectos de los ciclos económicos sobre la población, la política educativa, las medidas que se implementen para asistir las personas vulnerables, los programas que se desarrollen para erradicar la pobreza, el crimen y la drogadependencia tienen tal vez un impacto sobre la salud mayor que todos los recursos destinados a combatir la enfermedad.

Los responsables de las políticas de la salud tienen en última instancia a través de las decisiones que tomen, la dramática responsabilidad de decidir quién se muere primero en una sociedad particular. La definición de los grupos de edad y de riesgo específicos determinará así la distribución de responsabilidades institucionales, el nivel de uso de tecnologías en esta área y finalmente el perfil del gasto. Discutir la muerte es esencialmente discutir quién vive y cómo vive y es precisamente por eso que plantear políticas de salud implica entrar al campo más profundo de la filosofía moral, de decisión sobre valores y sobre todo, en cuestiones de cómo construir en todos los órdenes posibles, una sociedad con mayores niveles de igualdad.

Así planteado entonces, la política social —incluyendo la política de salud— es, en su conjunto, también una opción entre valores siendo la ciudadanía de derechos y responsabilidades el concepto puente entre el individuo, el Estado y la sociedad como pertenencia común. La política social es esencialmente la política de “construcción de sociedad” y sobre todo de una sociedad justa. Esto último es muy relevante en el caso de América Latina, la región del mundo con mayores niveles de desigualdad en la distribución del ingreso y la riqueza, y en donde el problema no es solo de pobreza sino también de riqueza y esto es, como se

6. A lo largo del texto se sigue el concepto tradicional de ciudadanía planteado por T. H. Marshall (1992).

7. Se habla de acumulación y no de transición epidemiológica porque los viejos problemas no desaparecen sino que se van acumulando con los nuevos problemas que surgen.

dijo, prioritariamente un problema de justicia.

Existen por lo tanto marcadas diferencias entre los dos enfoques de política económica y social que hoy se discuten en América Latina. Están levantadas importantísimas cuestiones que implican visiones distintas de la sociedad, del bien y la justicia, lo que implica la posibilidad de plantear construcciones en el área de la salud muy distintas en los países en el contexto de un mundo globalizado. Estamos viviendo un momento de bifurcación histórica en donde pareciera que los pueblos tienen que optar por uno u otro camino. Y una opción equivocada puede no tan solamente dejar un rezago económico y tecnológico tal vez irrecuperable, sino peor, tener un costo innecesario en sufrimiento y dolor; en vidas y en postergación de sustantivas aspiraciones humanas.

Habiendo enmarcado el contexto de la discusión regional y localizado el papel que allí juega la salud, veamos ahora que ideas o ideales nos vienen del pasado y que podemos tomar como fuente de inspiración para plantearnos la salud en el futuro, en el contexto de una cultura democrática.

3) Recordando ideales y distorsiones

El área de la salud, como parte de la cultura, está impregnada de los significados que la misma le otorga de modo que, por ejemplo, comparando distintas culturas, sus límites se hacen frecuentemente difusos: lo que es sano para una sociedad no lo es necesariamente para otra; lo que fue un problema de salud en una época histórica puede no continuar siéndolo en otra. En la historia, la enfermedad ha sido algunas veces concebida como un estado que posee en su génesis algo oculto y maléfico. Así surgió por ejemplo, la asociación entre enfermedad-mal, la magia como método curativo, y la movilidad en los roles de las personas que curan: el médico, el curandero, el hechicero, el chaman, etc. Debemos reconocer entonces que cada orden social, en cada momento histórico, desenvuelve y construye significaciones acerca del hombre, de las relaciones entre sí y con la naturaleza. Así, en cada momento histórico, un conjun-

to de valores y significaciones se estructuran e impregnan la cultura y entre ellos uno muy importante es la salud (Berlinguer G. 1994).

Es difícil entonces plantear una idea lineal acerca de qué nos viene del pasado con respecto al concepto genérico de salud y el modo que se registra durante el tiempo y en las diferentes culturas. Intentaré, al menos en la versión de la medicina occidental y no siguiendo un orden cronológico, recordar algunos de los ideales, visiones y/o significaciones más sugerentes que nos vienen de la historia: el mito de la eterna juventud y la abolición de la muerte, lo que nos llega del pensamiento utópico en materia de salud y bienestar, la medicina “natural”, las ideas de curar y las versiones primitivas de la prevención, el nacimiento del concepto “científico” de salud; las relaciones entre salud y sociedad y finalmente la idea de que un estado de salud es lucha y presupone que hay que conquistarlo.

La eterna juventud

Comencemos diciendo que los dos deseos más populares de la humanidad a lo largo de la historia han sido permanecer joven y vivir mucho tiempo. Así puede recordarse el té del Conde de St. Germain para “alargar la vida” y la cama celestial del Dr. Graham, la que se suponía tener la capacidad de rejuvenecer a toda persona que se acostaba en ella. También las hierbas mágicas con la fantasía de una cura rápida han formado parte de una tradición muy antigua que hoy incluye hasta las flores medicinales. Ha existido siempre como un sentimiento de aventura en estas propuestas, en donde se experimentaba con una lógica de opuestos que implicaba generalmente altos riesgos ya que no se tenía idea sobre el resultado final. Así por ejemplo, se asumía el riesgo de probar sustancias venenosas que se descubría luego que no mataban y que liberaban del dolor. También, el cuchillo que no mata pero cura y que forma parte del origen de la cirugía moderna y en el límite, la creación de órganos artificiales como el corazón y el estómago. Los órganos artificiales no sanan pero posponen la muerte, lo que igualmente forma parte de la aventura por prolongar la vida. Ahora bien, en los enfermos el deseo más simple fue

siempre el de querer curarse, de volver a estar “sano” aunque el sueño implícito de la medicina, en tanto que buscaba el sueño de la juventud eterna, ha sido no sólo la posibilidad de mejorar una persona enferma sino en última instancia la posibilidad de abolir la muerte.

Tradicionalmente la diáda dolor-enfermedad ha sido muy fuerte y esto ha dado lugar a la búsqueda de medios para controlar, paliar o eliminar el dolor.⁸ Así, comenzó la práctica de eliminar el dolor a través de drogas y la idea de controlar los síntomas aunque avanza-se la enfermedad. Esto parece haber sido la forma más rudimentaria del uso terapéutico de las drogas y también la posibilidad de expandir ese uso para objetivos más amplios que el curar, como evadir el sufrimiento y/o buscar la felicidad. Como se sabe, el dolor está asociado más al dolor físico mientras que el sufrimiento incorpora una dimensión psicológica.

La lucha por la eterna juventud comienza con propuestas muy simples como las ya mencionadas del conde de St. Germain y el Dr. Graham y otras por ejemplo, sobre cómo respirar bien aprendiendo técnicas y tradiciones importadas desde el Tibet.⁹ En este tiempo aparece también la macrobiótica de Hufeland (1776) que establecía que “el dormir y la esperanza son los mejores elixires”. Desde allí se pasa a algunos elixires materiales, la mayoría asociados sobre todo a las glándulas sexuales de los animales que se suponía tenían propiedades de rejuvenecimiento: los chinos en las glándulas de los monos; los hindúes en las glándulas sexuales de los tigres, hasta que en 1879 se descubrió el supuesto material de rejuvenecimiento de la glándula sexual: la hormona.¹⁰ Y aunque muchos desarrollos tecnológicos se produjeron, ellos no fueron tan efectivos ni siquiera para alargar la juventud ya que la vida de las personas de mayor edad permanecía siendo igual que la de generaciones precedentes.

Pese a la búsqueda de la eterna juventud, los deseos de un hombre enfermo permanecieron siendo muy simples y no muy sofisticados: el deseo fue el de ser devuelto a su “posición original” de salud. Igualmente los planes de los médicos con respecto al enfermo eran restaurar la salud (la ancianidad no era

vista como enfermedad). Incluso el cirujano no visualiza su trabajo como reconstruir algo sino como un medio para sólo parar o detener un deterioro. El objetivo del médico era pelear contra los defectos adquiridos por el cuerpo y que se consideran que no son innatos. Aquí puede encontrarse también el germen de la cirugía estética contemporánea aunque en este caso la idea fuerza es la de un parámetro, “una norma” de belleza que es social y culturalmente sancionada como positiva o negativa, como por ejemplo: la obesidad, la calvicie y las arrugas de la piel, como cosas detestables que se pueden corregir. Se podría afirmar como conclusión que es sorprendente cómo gran parte de las ideas, muchas transformadas en ideales que se acuñaron en el pasado respecto al eje salud-enfermedad, perduran en la cultura presente en particular, según veremos más adelante, por la vigencia del hedonismo.

La salud en el pensamiento “utópico”

Puede decirse que siempre ha existido en las personas la idea de perseguir una vida mejor como parte de un proyecto de sociedad, un estado ideal en donde no existirían más las privaciones, pero en ese estado ideal, nunca se puede evitar la enfermedad ni el rol del médico. En la República de Platón, la salud es un bien deseable para todos, pero la enfermedad está presente y se espera que un médico debe experimentar todas las enfermedades y que incluso, su cuerpo no debería tener una constitución perfecta. En la *Utopía* de Tomás Moro y especialmente en la *Nueva Atlántida* de Francis Bacon no hay un tratamiento muy específico del tema de la salud. La medicina aparece como fácil e indolora; un arte para construir una nueva vida. Moro describe hospitales limpios, decorosos, humanos y disponibles para todos en una isla feliz. Bacon añade la disponibilidad de alimentos y bebidas alcohólicas que no dañan el cuerpo humano, conjuntamente con una montaña con aire producido artificialmente, suero y baños que convertían a las personas en Hércules. Algo parecido a los *spa* contemporáneos. Aparece la idea aún primitiva de desarrollar un cuerpo menos

8. Piénsese que no toda enfermedad produce dolor; por ejemplo: la presión sanguínea alta, el colesterol alto, etc. Asimismo es conveniente recordar en este punto que, el rechazo del dolor es correlativo a una tendencia contraria y equivalente como es la búsqueda de placer. Para muchos esta última es de un impulso superior al dolor.

9. Otras terapias simples serían: la cura a través de los colores adjudicándoles valores energéticos; la risa, el humor, y el “buen” humor como métodos para una vida sana y relajada; el beber agua “purificada”; etc.

10. La creencia de que cada órgano produce las sustancias que pueden curarlo produjo numerosos descubrimientos: en 1922 la hormona contra la diabetes fue obtenida del páncreas y en 1929, una hormona de ovario fue obtenida de la orina de yeguas preñadas que era seis veces mas fuerte que hormona natural. Otro ejemplo extraordinario son las vacunas: pequeñas cantidades de microbios introducidos a propósito en el cuerpo humano para producir una reacción inmunológica contra ellos.

susceptible de estar enfermo que es la génesis de la prevención. Esto culmina en la propuesta del sueco Limanora en su *Isla del Progreso* (1903). Los habitantes de esta isla no creen en una medicina meramente terapéutica. Se trata no de curar, sino de intervenir en el mero *laissez-faire laissez-allor* del cuerpo, capacitando, promocionando, estimulando, corrigiendo, etc. El rol del médico no es “remendar” sino que se le exige ser un previsor, un innovador, liberando la “carne” de su innata debilidad.

Esta es la salud en algunos autores con planteamientos utópicos específicamente concretados en una isla, en una ciudad o en algún lugar específico. Posteriormente, el pensamiento utópico pierde este rasgo de espacialidad y aparece como una posibilidad atemporal para construir. Ahora bien, la salud siempre ha sido un concepto que ha desencadenado y ha sido fuente de inspiración de ideales, mitos, sueños y por lo tanto, muy propensa al desarrollo de actitudes utópicas. Esas actitudes utópicas han sido fundamentales para la experimentación, incluso asumiendo riesgos y para la posibilidad de realizar nuevos descubrimientos. Y estas actitudes utópicas son centrales para poder cambiar el espacio de la salud en la cultura contemporánea.

La salud y la “ciencia”

Recordemos que entre los siglos XVI y XVII se suceden las propuestas de Copérnico, Kepler, Galileo, Descartes y Newton las que son concurrentes a configurar un paradigma del pensar centrado en el hombre y como reacción a la metafísica del medioevo, plantean el conocimiento sobre bases experimentales. El “orden” newtoniano se asocia al concepto cuerpo-máquina atomizado en órganos cuyo funcionamiento adecuado es la salud, lo que preconiza la llegada del positivismo. Estos desarrollos se van a concretizar en el ideario político de la Revolución Francesa que plantea la libertad individual como esencia de lo humano en contraposición también al absolutismo de la Edad Media. La libertad es concebida negativamente como ausencia de determinaciones y la sociedad resultado de un contrato voluntario entre hombres libres.

Ausente la metafísica, la posibilidad

de mantener un contrato social se centraliza en la “Razón” y como máxima manifestación de ella, “la” ciencia y la técnica como herramienta. La ciencia se construye empíricamente mediante la constatación de regularidades que luego se convierten en leyes. Se instaura aquí el criterio de salud como “normalidad” y la terapia como un regreso de lo “desviado” a la norma. El positivismo sería el estado máximo de la racionalidad humana con un concepto de “la Ciencia” con un método único, tanto para las ciencias físico-naturales como para las sociales. La “ciencia” es sinónimo de progreso. La “Ciencia” con mayúsculas entonces, equivale al poder, de modo que el gobierno debe caer necesariamente en las manos de los técnicos. Es en este punto de vista en donde encuentran arraigo varias propuestas encarnadas en las concepciones tecnocráticas e individualistas de la salud. Particularmente es en estos presupuestos conceptuales en donde se basan las propuestas para el desarrollo de la investigación experimental y de la tecnología de alta complejidad.

La salud y la perfección del género humano

Paralelamente a estos planteos sobre la salud individual y de aquellos ideales “utópicos”, hubo otros enfoques menos felices para abolir las “deficiencias” y lograr una especie “perfecta o superior” desde el punto de vista del género humano. Estos eran: influir sobre el género, la selección artificial para mejorar la especie y la abolición del envejecimiento. El primero era para producir más varones, especialmente para la producción agrícola y la guerra dada la asociación hombre-fuerza, aunque esto no era tan rígido ya que las mujeres siempre fueron culturalmente “codiciadas”. En segundo lugar, más cuestionable era lo de la selección de los más “aptos” que existía bien antes del nazismo.¹¹ Las reglas de Mendel sobre la herencia son ahora aplicadas a los humanos. Como esto no tiene nada que ver con la naturaleza del amor, no importaría abolirlo y al igual por ejemplo que con algunas especies de animales, fecundar llenando las jeringas con el espermatozoide de los mejores sementales. Algo de esto se plantea en las culturas más

11. Paradojalmente, esto fue tomado de los animales en un contexto rural ya que se observaba, que mediante determinadas condiciones y cruces, por ejemplo, los cerdos se reproducen más sanos y gordos aumentando por tanto el rendimiento.

antiguas en donde los astrólogos determinan cuándo es el mejor tiempo para aparearse. Y no solo determinan el tiempo sino también las parejas de acuerdo a reglas de herencia genética.¹² Lo más dramático es que las reglas de Mendel deben aplicarse antes del nacimiento y posteriormente al parto y si el nacido no cumple las normas genéticas, debe ser muerto.¹³ En tercer lugar, detrás de estas propuestas hay algo parecido a la idea darwinista de mejorar la especie, de hacerla más bella, más fuerte y eternamente joven, de terminar con la muerte. Y esto por supuesto, nos llega en el presente, con la propuesta de la eugenesia moderna de desarrollar clonaciones humanas: una serie de manipulaciones para encontrar un perfil del ser humano ideal, perfecto y definitivo.¹⁴

Posteriormente, la nobleza adopta este criterio “pura sangre” aunque en un segundo momento, debido al hecho de que hubo muchos miembros de la realeza que fueron discapacitados, desarrolla un enfoque basado en valores y visiones compartidas, como “un código de clase”, del cual emanaban los derechos y obligaciones que los constituían en un grupo superior. Así la realeza intenta cambiar el fundamento hereditario transformándolo en una cuestión de “higiene social”. Surge aquí el concepto de minorías de sangre, la piel como color discriminante y la idea de la superioridad de unas personas o grupos sobre otros.

Este enfoque sobre la construcción racial de un género humano más perfecto y por lo tanto superior a otras razas, aunque parezca abominable, puede reconocerse en varias formas de negación de las minorías étnicas y en muchas de las propuestas racistas de rechazo a los inmigrantes en los países desarrollados. Podría afirmarse también, que esta concepción está hasta emparentada al concepto de exclusión social aplicable a personas que no son necesarias al sistema ni como productoras ni como consumidoras: una especie de “racismo” económico y social.

La salud “natural”

Una línea muy importante de pensamiento hasta nuestros días, ha sido la influencia del pensamiento estoico en medicina: ellos pensaban que había un

curso “natural” de las cosas y que había que actuar conforme a él. Hipócrates, el viejo maestro médico, fue muy activo antes de los estoicos aunque siempre coincidió con Galeno, el jefe la escuela estoica. Desde este punto de vista, la salud es un estado de equilibrio precario entre las sustancias principales del cuerpo humano, y la enfermedad era concebida como una alteración de este balance. Los estoicos confiaban en la naturaleza y la armonía con la naturaleza: el mundo tiene todo lo que necesita en él mismo. Las enfermedades eran para los médicos estoicos no solo males, sino una posibilidad para curarse ellos mismos. Un buen doctor siempre sigue los dictados de la naturaleza, nunca contradice la naturaleza. La salud es “lo natural”. Así, hasta que en el Siglo XVIII, la consigna *peu de médecin, peu de médecine* (Menos médicos, menos medicamentos) llega hasta proponer que los médicos sean redundantes. Este “ideal” permea la discusión entre homeópatas y alópatas.¹⁵ Y desde allí surgen las tendencias hacia la cura “natural” comenzando por los deseos naturales de aire, luz y agua puros y que culmina en el presente con la comercialización y el consumo de todo tipo de productos “naturales” y tratamientos médicos “alternativos”.¹⁶

La Salud y la Sociedad

Puestos en la tarea de restaurar al enfermo a su anterior “estado de salud” cabe preguntarnos: ¿en qué consistiría ese “estado de salud” anterior? ¿Existe realmente ese “estado de salud”? ¿Es siempre el mismo? Y aquí descubrimos que la salud no es un concepto solamente médico sino esencialmente social: restaurar la salud de nuevo significa llevar a un enfermo a la clase de salud que es reconocida en una sociedad particular y la que se conformó en esa sociedad. Hay una especie de norma de lo que se considera “sano” en una sociedad de modo que el concepto de salud es relativo al tipo de sociedad que lo contiene.¹⁷ “La mente sana en un cuerpo sano” es un ideal pero también una consigna que difiere en cada sociedad. Así un doctor construye en el enfermo una “normalidad” que está socialmente aceptada en un tiempo histórico particular presuponiendo que el cuerpo humano puede funcionalmente

12. Vale aquí recordar la valerosa reflexión de Bernard Shaw a miss Inglaterra, quien se le ofrecía públicamente para tener hijos bellísimos como ella e inteligentísimos como él: “¿Y si nacieran con mi fealdad y su estupidez?” preguntó irónicamente el dramaturgo.

13. Con ese criterio, por ejemplo Beethoven, hijo de un alcohólico incurable, jamás podría haber nacido.

14. Lo que aquí se afirma es que una cosa es generar células, tejidos y hasta órganos que puedan llevar a la cura de enfermedades degenerativas y otra bien distinta, es replicar seres humanos como “cosas”. Clarificar los fines de la investigación es esencial para el avance de la biotecnología.

15. El fundador de la homeopatía fue el alemán Samuel Hahneman (1755-1843). Él y sus seguidores consideraban la enfermedad como algo propio del espíritu y que por lo tanto no seguía leyes físicas. Sostenían que lo similar cura lo similar afirmando que las enfermedades podían curarse con medicinas que producían los mismos síntomas cuando se daban a una persona sana. Pensaban también que los efectos de los remedios se acrecientan administrando dosis mínimas. Mientras más diluida una dosis mayor su efecto dinámico. Esta visión está en contradicción con el ideario alópata de que la naturaleza no garantiza la salud y de la terapia de curar por contrarios.

16. Una concepción emparentada al concepto de medicina natural, de armonía con la naturaleza y de “buenas ondas” para con los demás, es el sincretismo del hinduismo místico con el conocimiento de los principios para ascender socialmente en la sociedad capitalista y que se apoyan en la idea de voluntad como medio para poder curarse y triunfar. Un representante paradigmático de esta tendencia es Deepak Chopra (1998).

17. Así por ejemplo, Catalina de Siena que era considerada una mística respetable en su tiempo y fue luego canonizada, sería hoy, tal vez por sus alucinaciones, considerada como una “histérica”.

ir cambiando. Igualmente que con la salud sucede con la enfermedad: las concepciones que una sociedad tiene sobre sus enfermos y que los enfermos y médicos interiorizan, orientan, organizan y legitiman las relaciones e instituciones sociales que trabajan en el campo de la salud o en otras palabras, “producen” la realidad social de ser considerado como “enfermo” (Herzlich, C. y Perret, J. 1988).

Hasta ahora hemos visto que el hombre ha podido acceder a diferentes clases de “estados de salud” pero también la sociedad ha introducido una serie de enfermedades (por ejemplo: las enfermedades sexualmente transmisibles, las neurosis, el *stress*, etc.). Esto destaca el carácter “societal” de la enfermedad en el sentido de compartir un país y un mundo en donde una variedad de factores “patógenos” circulan y que exceden una consideración de la salud sobre bases meramente individuales. Las sociedades también pueden ser enfermas y ellas mismas pueden enfermar. Por lo tanto, lo anterior implica que la salud debe ser considerada en el contexto de varios ambientes como por ejemplo el medio ambiente físico, el cultural, el social y el económico. Siendo así, la salud necesita por definición de un enfoque interdisciplinario.¹⁸ Más importante aún es el énfasis que debería colocarse en la relación salud-sociedad, a la cuestión de la igualdad y su construcción concreta a través de un acceso más equitativo de las personas a los servicios y los conocimientos y en una mayor homogeneidad en la distribución de los riesgos de enfermarse.

Salud como lucha

Finalmente es importante recordar que el hecho de combatir la enfermedad es más antiguo que el de combatir el hambre y desde el comienzo, curar fue visualizado como combatir o librar una batalla. Su lado más primitivo fue la identificación del enfermo con el mal de modo que la salud estaba entrelazada con la lucha contra el mismo. En las religiones, la batalla era contra el pecado y Satanás, por eso los enfermos debían ser exorcizados. En cualquiera de los casos, esto es muy relevante desde el punto de vista social, pues funda una actitud humana que realza la posibilidad de no aceptar lo dado como defini-

tivo: la salud siempre fue lucha y conquista. Es muy importante el médico y la terapia pero lo más definitivo es querer curarse o sea, la salud también implica un acto de voluntad. Más significativo es esto si consideramos el carácter social de la salud. Tal vez, un buen ejemplo sea la lucha contra la peste: cuando apareció en el Siglo XIV en Europa en un mundo dominado por la Iglesia Católica, fue considerada como una prueba divina que manifestaba la cólera de Dios. Aparece la enfermedad como exclusión: a los apestados se los aísla y se los encierra en lazaretos.¹⁹ Pero a fines del siglo XVII, la peste fue eliminada de Europa como resultado del desarrollo tecnológico (la introducción de sistemas de agua potable y saneamiento) y como fruto de la lucha de las distintas ciudades contra ella: de la resignación se pasó a la acción. Esto quiere decir en el contexto presente, que un determinado nivel de salud en una sociedad particular no se da por azar, no es un regalo que se recibe de alguien, sino que hay que luchar para conquistarlo. Los derechos sociales como la salud, no son derechos civiles y por lo tanto individuales, sino que son habilitaciones legales para conseguirlos y para luchar por ellos como proyecto conjunto.

Resumen

Desde el punto de vista de los ideales y las significaciones culturales del eje salud/enfermedad es sorprendente comprobar la permanencia simultánea de muchos ideales como la abolición de la muerte y el mito de la eterna juventud. Varias propuestas fueron desarrolladas para sustentarlas y han dado lugar al nacimiento de lineamientos considerados “ortodoxos” como así también de numerosas medicinas “alternativas”. Una idea fuerza ha sido también la de dominar o escapar del dolor y de evitar el sufrimiento lo que abre el camino a la concepción de una medicina cada vez menos cruenta. La identificación salud-bienestar aparece como muy clara en algunas utopías importantes al mismo tiempo que la idea de prevenir la enfermedad. La identificación de la medicina como saber y como práctica “científicos” permanece fuertemente instalada hasta nuestros días. De otro lado, los “ideales” socia-

18. Los sociólogos y los antropólogos fueron tal vez los primeros en tomar conciencia del hecho de que la enfermedad y la salud no se pueden reducir a sólo su evidencia orgánica: la enfermedad como dijimos no escapa la influencia de la sociedad y a la forma con que esta la hace “significante” para la gente.

19. El concepto de enfermedad como “exclusión” merecería un tratamiento que excede los propósitos de este trabajo. Hay sin embargo ejemplos significativos de instituciones “aislantes” que merecerían ser recordados por su supervivencia en la cultura moderna: los leprosarios, los hospitales psiquiátricos, los institutos para la internación de niños de la calle y según algunos puntos de vista, el “enclaustramiento” de los pacientes de Sida para su tratamiento.

les para mejorar el género humano, fueron dramáticos y estuvieron determinados por las concepciones sociales prevalecientes en el momento de su surgimiento pero que continúan aún hoy teniendo vigencia. Planteamos también que la idea estoica de armonía con la naturaleza, de que lo natural es bueno y que, siguiendo los preceptos de armonía con la naturaleza, una persona se podría mejorar y hasta curar “sola”, persiste en el presente. Mientras menos medicamentos uno ingiera y menos médicos se consulte, mejor. Se llega por último al concepto de salud socialmente definido y cuyo contenido está determinado por la cultura que lo formula, y a la idea fundamental de que un estado de salud se gana con lucha, con combate, con toma de conciencia, con no entregarse nunca a la muerte lo que es en definitiva, plantear la salud como conquista.

4) Los ejes conceptuales: derecho o mercancía; prevenir o curar

Como bien explica Renaud (Renaud, 1996) la idea de Hygeia y Panakeia sintetiza bien el nudo de esta controversia entre el prevenir y el curar. Ambas eran hijas de Asklepios el dios de la salud. Cuenta la leyenda que Apolo confió al centauro Quirón la educación de Asklepios y este le enseñó el arte de la medicina. Pero Asklepios el dios de la salud, no solo quiso curar a los vivos sino también resucitar a los muertos logrando volver a la vida a varios héroes. Pero por contrariar estas leyes “naturales”, Zeus lo fulminó con un rayo convirtiéndose en la constelación del serpiente. Hoy se conocen varias de las técnicas terapéuticas usadas en los santuarios de Asklepio que se convirtieron en verdaderos sanatorios en donde los enfermos se sometían a curas prolongadas.

Asklepios tenía dos hijas: una Panakeia (Panacea en español) considerada como el remedio de todos los males lo que, simboliza claramente el punto de vista de la curación. De otro lado su hermana Hygeia era la representación de la salud como el orden natural de las cosas. Si se vivía con moderación en todos los ámbitos se podía vivir sanamente. La palabra Higiene honra su

memoria y Hygeia simboliza la prevención. La lucha entre Panakeia y Hygeia representa en gran parte el debate contemporáneo.

Los planteamientos relacionados a la prevención y la curación aparecen a partir del Siglo XVIII, continúan con el surgimiento del Estado de Bienestar y de sus formas más evolucionadas después de la 2da. Guerra Mundial. Con el Estado de Bienestar aparece la salud como responsabilidad pública y estatal. Era el Estado quien garantizaba un nivel básico de salud al que todos accedían como parte del hecho de ser ciudadanos. Después de la 2da. Guerra Mundial, el sector salud forma parte del paquete básico del proceso de reconstrucción económica y social de los países europeos y el punto central en la evolución del proceso de ciudadanía. Se desenvuelven la mayoría de las propuestas institucionales para lograr una cobertura total de la población con servicios estatales fundamentalmente a través de los Ministerios respectivos. Los logros fueron impresionantes pues 20 años después, la mayoría de los indicadores de mortalidad y morbilidad habían bajado a más de la mitad y toda la población era efectivamente cubierta por servicios de salud en los países de Europa Occidental.²⁰ La tecnología acompañaba estos desarrollos con una serie de descubrimientos notables conjuntamente con un aumento del nivel de capacitación de los médicos a través de las escuelas de medicina y hospitales-escuelas así como de su nivel de profesionalidad.

El seguro social representó una nueva etapa en la administración de la indigencia por parte de las sociedades capitalistas pues determinó que los pobres que no podían trabajar como los discapacitados, fuesen atendidos por organizaciones de caridad lo que obligó al resto a emigrar o trabajar. Los países europeos introdujeron el seguro obligatorio de enfermedad como parte de un programa general de seguridad social cuyo objetivo básico era mantener la continuidad del nivel de ingreso frente a algunos riesgos: accidentes de trabajo, enfermedad e incapacidad, vejez y desempleo. Antes de la Revolución industrial entre los Siglos XVI y principios del Siglo XIX, los pobres recibían ayuda de las parroquias pero con el ad-

20. La evolución de la medicina en los Estados Unidos fue diferente y dada la importancia del debate sobre la salud en ese país y su influencia internacional, se recomienda la lectura del excelente libro de Starr P. (1991).

venimiento del seguro social, el Estado asume la protección social. El seguro social suplanta la idea de la caridad por la idea superadora de derecho a los beneficios dando origen al proceso de expansión de la ciudadanía, añadiendo los derechos sociales a los más tradicionales derechos civiles y políticos. Esto implicó una ampliación del rol del Estado al exigir aportaciones obligatorias tanto de los patrones como de los contribuyentes. Los derechos sociales implicaron también un proceso de expansión de la salud pública la que ahora era provista sobre bases universales, lo que determinó posteriormente que fuese financiada a través de impuestos y no de contribuciones obligatorias (Esping-Andersen, 1990).

Pero paralelamente a ese proceso, sobre todo a partir del Siglo XVIII, comienza a materializarse la presencia de los mercados que se autonomizan de todo principio de contención moral e irrumpen en el área de la salud inaugurando su fase comercial. Al principio hubo objeciones morales al hecho de extraer una renta y de especular con el estado de salud de la gente pero posteriormente comienza a legitimarse el principio de la ganancia. Los mercados comienzan a ser activos en el campo de los seguros, de los servicios de salud y los medicamentos y en otras áreas de la política social. En la presente década, a partir de la caída del “socialismo real”, la expansión global del capitalismo y el advenimiento de la empresa médica, se consolida no tan solo la legitimación del mercado en el área de la salud sino su primacía. A esto hay que añadir, las “debilidades” crecientes que ya mostraba el Estado de bienestar asociadas principalmente a la excesiva burocratización de los servicios públicos y a la expansión exponencial del nivel del gasto en salud, ambos a su vez relacionados a una clara falencia en los resultados. Esta tendencia se hace más evidente con la creciente presencia del sector financiero, con la llegada de las grandes corporaciones de gestión de la salud y con la consolidación de lo que se denomina “la industria de la salud” que tiene una presencia determinante en la fabricación y comercialización de medicamentos, de la medicina de alta tecnología, en el financiamiento de la investigación médica con propósitos

comerciales, en los seguros privados de salud, en la provisión de servicios de alta complejidad y en una gran variedad de esquemas de financiamiento a la salud.

A fines de los años 60 otra preocupación se hace explícita a través de la clara diferenciación social que al interior y entre los países se establecía. Era claro que los perfiles de morbilidad y mortalidad eran distintos dependiendo de una variedad de factores sociales entre ellos el más importante, el nivel del ingreso. Debido a que la proporción de pobres y por lo tanto, los excluidos del sistema de salud eran muy significativos particularmente en los países de menor desarrollo relativo —lo que continúa aún hoy—, era preciso diseñar una estrategia que enfatizando la prevención tuviese costos bajos para permitir mayor cobertura y exhibiera al mismo tiempo elevados niveles de efectividad. Surge así la propuesta de Atención Primaria en Salud (APS) que implicó desde su nacimiento una posición al interior del sector de enfrentamiento, principalmente con la industria médica de alta tecnología y con sectores de la corporación médica que no entendieron el mensaje creyendo que la estrategia planteaba una medicina y calidad de servicios menor y más subdesarrollados. Con una tecnología en la mano (APS) que hacía viable económicamente alcanzar objetivos precisos en el campo de la salud, los organismos internacionales convocaron en 1978 a una Conferencia Mundial para plantear Salud para Todos en el año 2000, principalmente para comprometer políticamente a los gobiernos en su consecución. Ahora sabemos que aquellos objetivos no se han alcanzado aunque existen importantes avances. La pregunta es: ¿se plantearon en ese tiempo los interrogantes económicos, políticos y sociales que determinaban la posibilidad de alcanzar aquellos objetivos?

Para responder a esa pregunta pienso que, aun cuando los regímenes de salud modernos son mixtos, el nudo de la polémica sobre salud pública que nos viene principalmente desde los años 40 aún persiste: o la salud es un derecho básico de ciudadanía o es un campo en donde el mercado con el principio de la ganancia y la eficiencia administrativa deben predominar. Pienso que ese es el

eje básico del problema: no se trata solo de seguir la máxima “más vale prevenir que curar” puesto que, en el capitalismo, el punto hegemónico ha sido que es más negocio curar que prevenir. Ahora bien, con el advenimiento del sector financiero al campo de la salud y el esquema de seguros privados, se produce una correlación positiva entre el principio de la ganancia y la prevención ya que a los seguros se le incrementan los costos en la medida que crecen las enfermedades. En el capitalismo presente entonces, es negocio “la prevención “segmentada”, ya que es solo para los que pueden financiar un seguro. Ello es así puesto que el precio de un seguro se establece en función del riesgo y no del nivel de ingreso o las necesidades de las personas. También es negocio el curar “segmentado”, ya que se concentra principalmente en la “última” vejez que es a la que generalmente solo llegan los ricos además de ser los únicos que pueden pagarla.

Lo anterior es importante en el contexto del capitalismo global que estamos viviendo. Con la globalización, si bien es cierto que la “inversión” en salud es considerada funcional a las propuestas de aumentar la productividad a través de individuos sanos, no es menos cierto que la expansión del gasto total en salud quita competitividad a las exportaciones. Aparece entonces una dualidad muy marcada entre “lo social” y la competitividad de la economía o en otras palabras, entre solidaridad y disponibilidad de recursos. Y esta dualidad se quiebra por la imposición de la lógica de los recursos disponibles, lo que produce frecuentemente como resultado, un “pobre Estado para los pobres”. Igualmente, el principio de la ganancia coloca cuestiones y desafíos sustantivos a superar. Uno no podría dejar de considerar que el envejecimiento de la población hace a la gente en general, más vulnerable y moldea la morbilidad hacia una prevalencia de las enfermedades crónicas y las discapacidades. Y los ancianos “consumen” más recursos en todo el espectro de los servicios de salud. Es entonces claro por qué el gasto en salud se está concentrando en los últimos seis meses de vida de las personas y que esto tiene que ver con el desarrollo de la medicina de alta complejidad y de remedios

cada vez más sofisticados. Si bien puede haber prevención a lo largo de la vida y esta puede ser muy efectiva no es menos cierto que, con el envejecimiento, las cosas se hacen definitivas y por lo tanto hay que rehabilitar pero sobre todo curar.²¹

En el mismo sentido piénsese en la enorme expansión de la investigación médica, tanto en el área de tecnología como del conocimiento biomédico. Se han registrado impresionantes avances en genética, inmunología y biología molecular; en la figuración del cuerpo (*body imaging*), microcirugía, trasplantes, etc. Casi todos estos desarrollos están en manos privadas, de grandes compañías médicas y laboratorios, en donde impera por lo tanto el criterio de la rentabilidad. Los médicos son continuamente incentivados a utilizar el nuevo instrumental y drogas de última generación, lo que en general es aceptado, ya que abren nuevas oportunidades para rebasar las prácticas rutinarias y porque hacen más redituables los servicios.²² Algunos argumentan que el público en general y los profesionales ven estos desarrollos positivamente: se cree que solucionan problemas o que los irán rápidamente superando, confían en la ciencia aplicada y la tecnología y dan la bienvenida a toda innovación médica por sus posibilidades terapéuticas. Ahora bien, esto significa mayores costos y una mayor disparidad en el acceso a los servicios de salud ya que la alta tecnología implica mayor nivel de ingreso.²³

En resumen: el dilema que se plantea hoy es si el futuro de la salud se configurará de acuerdo a este proceso de expansión de la comercialización y por lo tanto a la primacía del principio de la ganancia que implica un curar y prevenir “segmentados” o puede plantearse un proceso distinto de expansión de la ciudadanía en el cual la salud es esencialmente un derecho social y en donde cada nueva tecnología que se desarrolla significa que nace un derecho para todos. Un proceso en fin, en donde la salud sea comprendida en el contexto de una construcción social común en donde la solidaridad y la justicia sean principios constitutivos básicos.²⁴

Ahora bien, he enmarcado la discusión en términos de las políticas econó-

21. En el contexto de la transición epidemiológica presente se produce un impacto intergeneracional muy relevante ya que, por ejemplo, es previsible que la asistencia curativa a casos agudos en pacientes jóvenes se desplazará hacia el cuidado numéricamente mayor de casos incurables/crónicos, en pacientes de cada vez mayor edad (Evans, R.G. y otros, 1996, prefacio, p. xii).

22. Piénsese por ejemplo, que el último Congreso Mundial de Cardiología fue financiado solo por cuatro grandes laboratorios.

23. Otros autores pronostican el posible declive de la profesión médica. Debido al avance de la biotecnología, los médicos serán manipulados por la industria médica y reducidos al mero papel de técnicos para asegurar el control de una población vulnerable a la explotación psíquica por las condiciones de vida y la precariedad de las condiciones de trabajo reinantes. Ver Renaud, M. (1996), p. 362.

24. Una agenda bastante “común” aunque diferente de la que aquí se propone pero más específica, es la compuesta por ejemplo, por los seis puntos desarrollados por Mechanic D. y Rochefort D.A. (1996, pg.253): i) Muchos países están preocupados con la contención de costos y con el aumento de la eficiencia y la eficacia de los servicios de salud; ii) Como se asume que la salud es un resultado de factores, la mayoría de los cuales está fuera de los servicios de salud, la mayoría de los países están realizando esfuerzos por coordinar políticas económicas sociales y promover conductas “saludables”; iii) muchos países están preocupados por la inequidad al acceso de los servicios de salud y están implementando acciones para reducirla; iv) Todos los países están luchando contra los efectos negativos de la tecnología y la especialización y muchos están poniendo énfasis en la estructura de servicios primarios de salud; v) Hay un creciente interés en el mundo con la “satisfacción” de los pacientes y se están haciendo variados esfuerzos para expandir la participación, la capacidad de elegir y la voz de los pacientes en la organización de los servicios; vi) Con el envejecimiento de la población y la

micas y sociales en donde se ubica el sector salud; he recordado algunos ideales y visiones que nos vienen del pasado y que conservan todavía una sorprendente vigencia en la cultura; he planteado el dilema histórico de expansión de la ciudadanía como el punto de partida para mirar la salud como proyecto social hacia el futuro o de otro lado, el predominio de la ganancia y la industria médica como los factores dinámicos para construir el bienestar individual. Corresponde ahora ver qué obstáculos deben ser considerados en el orden de la cultura contemporánea —a los que denomino “enfermedades”— para dar lugar como pretendo a un planteamiento distinto y renovado de la salud.

5) Las enfermedades de la cultura

Para los propósitos de este trabajo, entiendo por cultura un sistema de significados para las personas, que tiene una relativa estructuración y en la cual entran los valores, las creencias, los mitos, las leyendas, las ideas filosóficas y científicas, los códigos (sobre todo los morales), las costumbres, las modas, los parámetros estéticos, etc. Estos significados son muy importantes ya que impregnan la conducta individual y colectiva dándole un sentido a la vida.²⁵ Me interesa plantear aquí al interior de la cultura presente, tres valores que considero fundamentales para caracterizar el neoliberalismo y que determinan —entre otras cosas— el “valor” y posicionamiento de la salud en la cultura contemporánea. Son como “enfermedades” puesto que no permiten la construcción de significados comunes que abarquen al conjunto de la sociedad; en otras palabras, son como dolencias que inhiben la “construcción de sociedad” como el proyecto de un “nosotros” democráticamente definido. A estas “enfermedades de la cultura” es preciso superar creando, imaginando u otorgando significados a otros valores alternativos. Estos valores que es preciso cambiar o resignificar son el individualismo, el hedonismo y el pragmatismo.

El Individualismo

Una de las características más fuertes de la cultura moderna es el indivi-

dualismo que hace extremadamente complejo el desarrollo de virtudes cívicas, públicas y democráticas que presupone el planteo de expansión de la ciudadanía.

La ética presupone un individuo autónomo como fundamento de la libertad. No hay ética sin autonomía sin la capacidad de un sujeto para crear, imaginar y someterse libremente a normas de conducta. Un individuo se crea al desarrollar el proyecto de su vida. Pero otra cosa bien distinta, es el individualismo o sea la afirmación de la primacía absoluta de lo individual que es la mayor dificultad para apostar a ideales comunes y desarrollar no ya una ética privada, sino una moral pública.

Individualismo significa atomización, fragmentación, encierro en lo privado y desprecio por lo público. El individualismo conlleva el egoísmo concebido como una afirmación a ultranza del “yo” más allá de la autoestima lo que implica una ausencia absoluta de “otredad”. Aquí nace la insolidaridad, la insensibilidad por las desigualdades y el desinterés por los asuntos comunitarios o públicos.

Ya Tocqueville afirmaba que el individualismo es un sentimiento apacible y en cierta medida cómodo, que induce a cada ciudadano a aislarse del conjunto de sus semejantes y a permanecer aislado sólo en compañía de su familia y sus amigos. Los individuos replagados sobre sí mismos, forman una “pequeña” sociedad para su uso particular abandonando el sentimiento de pertenencia y construcción de la “grande” sociedad. Veía en el egoísmo “un amor apasionado y exagerado hacia la propia persona que induce al hombre a no referir nada sino a uno mismo y a preferirse a todo”. Decía el autor de la *Democracia en América* que “el egoísmo nace de un instinto ciego; el individualismo procede de un juicio erróneo, más que de un sentimiento depravado. Se origina tanto en los defectos del espíritu como en los vicios de la efectividad”. Y continuaba aseverando “que el egoísmo seca la fuente de las virtudes; el individualismo al principio, solo ciega las virtudes públicas; pero a la larga ataca y destruye todas las otras y acaba encerrándose en el egoísmo”. No escapaba entonces a la consideración de Tocqueville la conceptualización tanto

prevalencia de enfermedades crónicas, los países están dando creciente importancia a las relaciones entre los servicios de salud y otros servicios sociales para evitar la fragmentación y lograr mayor convergencia.

25. Un libro inspirador de estos conceptos es el de Chomsky, N. (1995).

del individualismo como su forma exacerbada el egoísmo como “vicios” sociales pero advertía que, el individualismo era como una “enfermedad” que afectaba especialmente a las democracias.

El individualismo es un punto de vista según ya afirmé, en el cual el individuo tiene una primacía sobre la sociedad y es anterior a ella, siendo la sociedad solo un agregado de individuos. Ahora bien, existen como dos formas de ver al individuo: una como unidad de cuenta, como un átomo social o sea su noción puramente numérica y otra, el individuo como ente singular y determinado no asimilable a ninguno de su especie. Así un individuo sería indivisible: como su nombre lo indica es indiviso. La primera concepción es predominantemente negativa: el individuo se constituye por oposición a otros agregados como el Estado, la sociedad o los demás individuos. La segunda es más positiva: cada individuo humano se constituye en virtud de sus propias cualidades irreductibles. Estas formas de ver al individuo han dado lugar a la distinción introducida por Isaiah Berlin sobre libertades negativas y positivas (Berlin, 1969). Son libertades negativas aquellas que no obstruyen bajo ningún concepto las libertades individuales y que sobre todo, no las restringen en función de una razón pública como el Estado. Son libertades positivas aquellas que constituyen al individuo como sujeto y como actor libre para desarrollar en pleno sus capacidades. Berlin afirmaba que las más importantes eran las libertades negativas ya que ellas aseguraban la verdadera libertad como ausencia de restricción. Veía en cambio en las libertades positivas la posibilidad de sustentar el totalitarismo ya que en el fondo, invocando razones o “verdades” supuestamente “científicas”, podía intervenir en el ámbito de la libertad de otras personas y no solo intervenir, sino suprimir, perseguir u oprimir. La idea predominante en la cultura moderna es el individualismo del primer tipo al que se asocia el concepto de libertades negativas y ambos, ejes conceptuales centrales del liberalismo económico.

Para culminar este desarrollo conceptual, se piensa en un mecanismo de autorregulación independiente que no

interfiera de ninguna forma en la libertad individual. Este automecanismo es el mercado, que es el lugar en donde voluntariamente concurren oferentes y demandantes de bienes y servicios y donde, mediante un precio que se fija mediante las leyes “objetivas” de la oferta y la demanda, las personas se abastecen de todo lo que necesitan. El corolario de este razonamiento es que el interés individual es el motor básico que explica la conducta humana y que los hombres persiguiendo al máximo la realización de este interés, maximizan el bienestar del conjunto de toda la sociedad. El mercado tendría este poder de organizar y coordinar las conductas de millones de seres humanos sin necesidad de ninguna intervención estatal.

Una vez establecido el individuo y de constatar que los agrupamientos humanos también existen —aunque sean un “agregado” de individuos—, queda por ver cómo se determina la relación entre el individuo y la sociedad. Aquí hay varios puntos de vista pero lo que aquí interesa es plantear el concepto de autonomía. Este concepto mediaría entre individuo y comunidad reconociendo una autonomía de las personas para ejercer su libertad que es el fundamento de la ética pero por otro lado, plantearía la necesidad de desarrollar la dimensión social que no es solo un “agregado” o colección de individuos sino que tendría que ver con la moral concebida como el conjunto de valores y reglas para construir una sociedad justa. La sociedad como ámbito de convivencia tiene una entidad por sí misma ya que no puede obviarse el tema de la existencia de “otros” y de sus relaciones en un “nosotros” lo que constituye la moralidad que atañe a una ética de conjunto y por lo tanto, a la cuestión de la justicia. Esta posición se opondría al denominado individualismo metodológico según el cual, no hay en la sociedad ni en la comunidad ninguna propiedad, disposición, actitud, etc. que no sea en principio explicable por las propiedades, disposiciones, actitudes, etc. de sus individuos componentes. Pero si ello así fuese, retornaríamos a la posición binaria individuo-sociedad, la que sin el concepto de autonomía se tornaría irreducible.²⁶

Queda entonces planteada en la cultura presente la primacía del individuo,

26. Anthony Giddens plantea el individualismo como uno de los cinco dilemas que hay que hacer frente en la cultura moderna. Habla de la necesidad de plantear un “nuevo” individualismo que no estaría tan centrado en el egoísmo, que es el que realmente pone en cuestión la solidaridad social (Giddens A., 1998, ps. 34, 35 y siguientes).

27. Este punto es muy importante en el caso de América Latina ya que además de estar sometida a las mismas características descriptas derivadas de un mundo globalizado, también ostenta una forma de fuerte individualismo que Carlos Fuentes identifica en la ascendencia española. España era un pueblo individualista en extremo, al punto que los romanos rápidamente descubrieron que los ejércitos ibéricos eran valientes pero faltos de eficacia “porque cada hombre batallaba para sí y se resistía a integrarse en unidades más amplias o a prestarle obediencia a comandantes ausentes o reglas abstractas” (Fuentes 1998, págs. 48 y siguientes). Un general romano afirmaba que los pueblos ibéricos debido al orgullo local no podían unirse o federarse para repeler una invasión extranjera. Gracias a esta desunión que los debilitaba ante un ejército unificado y más poderoso y que daba flancos intangibles para su expansión como la insidia y la intriga, los romanos derrotaron fácilmente a los españoles. Posteriormente, los mismos españoles usaron esta tecnología para someter a los aztecas ya que estos pueblos eran un mosaico de particularismos sin alianzas federativas más amplias. Se personificaban las relaciones con el jefe, como caudillo y patrón, en un sistema de relaciones personales de lealtad lejos de una adhesión a un sistema de reglas mutuamente aceptadas y pactadas entre personas libres.

la retracción hacia lo privado y el carácter asocial y competitivo de las personas. Esto coloca al individuo en situación de soledad: soledad por ausencia de significaciones válidas y comunes, por carencia de reciprocidad entre las personas, por falta de protección y en general por el vaciamiento del contenido mismo de la vida. Y lo que quizás esta atrás de todo ello es la falla y pobreza que tiene la cultura moderna para crear significaciones que den autonomía no solo al individuo sino a la sociedad. Es absurdo pensar que un individuo pueda alcanzar su sentido personal y “su” salud sólo como consumidor fuera de todo contexto social y de todo acondicionamiento histórico. Una sociedad autónoma, verdaderamente democrática, es una sociedad que pone en cuestión lo establecido y queda liberada entonces para generar nuevas significaciones.²⁷

El Hedonismo

La palabra griega *hedoné* significa placer, que tenía en la antigüedad una fuerte asociación con los sentidos y especialmente con el placer corporal. Puede caracterizarse al hedonismo al pensamiento y la práctica que identifica al placer como un bien, quizás el máximo y único bien sustantivo. Si el placer es el bien; el mal es el dolor y el objetivo de las personas es buscar el primero y evitar el segundo. Aparece el concepto de cálculo de la felicidad como la maximización de la diferencia neta entre placer y dolor. Puesto que han existido tradicionalmente muchas formas de entender el placer así como sobre la justificación o no de buscarlo, se entraría aquí al campo de la filosofía moral de modo que muchos entienden que el hedonismo es parte de la filosofía moral.

Los antiguos pensaban que el hedonismo era un placer terrenal en contraposición a otro más “espiritual”. Como el placer “sensible” es algo presente, se consideró que el placer actual es un bien verdadero. Se objetó alguna vez que hay placeres que producen dolores, a lo que se arguyó que todo hedonista, hasta el más elemental, busca la satisfacción de sus deseos de tal forma que se eviten los dolores subsiguientes. También se argumentó que la posición hedonista podía causar dolor a otros y

que por lo tanto, era una posición esencialmente egoísta. Teniendo en cuenta estos argumentos se llega al concepto de los “placeres moderados” que plantearon los epicúreos, que estaban concentrados más en evitar los dolores y que pensaban los placeres menos asociados a los sentidos. Un argumento clave y que constituye una crítica relevante al pensamiento hedonista es que, en verdad no se busca el placer sino el objeto que da placer. Contra esto se argumentó que los hedonistas buscan el placer en el objeto en tanto que es gozado y no como el objeto en sí mismo.

En el lenguaje más simple, hedonista es considerar el placer como un ingrediente común de nuestras vidas: buscamos cosas placenteras; desear algo es buscar algo placentero y gozar algo es encontrarlo definitivamente placentero. En la cultura “popular” podría admitirse esto como cierto no obstante merecen recalarse al menos tres problemas relevantes que ha instalado el hedonismo en la cultura moderna. En primer lugar, su vinculación con el utilitarismo a través de J. Bentham y J. S. Mill en donde el placer está vinculado esencialmente al poseer y ser rico. En la cultura moderna, el triunfo es el del que llega a ser rico y mientras más rápido y fácilmente mejor. Bentham llegó a sugerir la idea de que una función de utilidad se basa en la búsqueda de placer y, siendo que estas utilidades pueden agregarse, la función de un gobierno es buscar el máximo de placer posible para el mayor número de personas. También aquí hay una supervaloración del inmediatismo pues se trata de “disfrutar” de las cosas u objetos de placer, ahora. Se hace patente el problema de los medios a través de los cuales se logra el placer, que en el caso de la riqueza ha llevado a la aceptación de medios ilícitos que han sido fuentes muy frecuentes de corrupción. Esto conlleva a un segundo problema que es la unión del individualismo con el hedonismo. La individualista-hedonista es esencialmente una posición narcisista que hace de los parámetros estéticos del cuerpo y de los placeres asociados al mismo, un punto existencial de la mayor importancia. Piénsese en toda la comercialización asociada a los elementos para mantener y perfeccionar la estética corporal incluyendo la cirugía estética.

Es muy importante recalcar que también se produce una asociación con la salud: salud es disfrutar de los placeres y ser y mantenerse bello. Esto forma parte de la idea de practicar deportes por más que ellos sean conducentes para prevenir algunas dolencias. Esta asociación entre individualismo y hedonismo en su forma más estética está también asociada a lo que se denomina *ego-building* para posibilitar la construcción de una identidad a través de la presentación socialmente adecuada —bella— del cuerpo. En el caso de las mujeres, las exigencias de estar en forma y permanentemente bella han desarrollado en la cultura moderna actitudes verdaderamente represivas u autorrepresivas de un verdadero “fascismo estético”. Todo esto está asociado a la promoción de las prácticas sexuales como estado “hercúleo” y su identificación con el mito de la eterna juventud.²⁸ Finalmente, el auge del hedonismo también es consistente con las actitudes de vuelta a lo privado en el sentido de que, el tiempo libre debe ser dedicado a la promoción de actividades hedonístico-narcisísticas como el deporte practicado como excitación constante y búsqueda de riesgo. No es extraño entonces que la preocupación por lo público ocupe un espacio temporal verdaderamente marginal en el hombre contemporáneo. Potenciando el individualismo, el hedonismo indirectamente ha contribuido al vaciamiento de la política caracterizándola como un espacio moralmente degradado, de divisiones irreconciliables, de ambiciones descarnadas, de corrupción y tráfico de favores. Pero paradójicamente, y debido a la construcción mediática de la política, ha impuesto sobre su dirigencia los mismos parámetros estéticos: ahora los políticos/as deben lucir jóvenes, sonrientes, felices, atléticos, con las vestimentas adecuadas, potenciando así una cultura política de cinismo con respecto a los representados y lável en cuanto a los contenidos sustantivos.

El Pragmatismo

El pragmatismo es la filosofía de los Estados Unidos. Tiene fundamentalmente cuatro autores representativos: Charles Peirce (1839-1914); William James (1842-1910); George H.

Mead (1863-1931) y John Dewey (1859-1952).

El pragmatismo tiene su origen en los sofistas para los cuales el hombre era la medida de todas las cosas y sus juicios respecto a la vida humana de todos los días conforman la base de sus creencias y conducta, y no su adhesión a la religión o al pensamiento abstracto. El valor último de toda creencia u opinión solo puede ser juzgado por su utilidad práctica, o sea si sirve o no para satisfacer las necesidades de la vida cotidiana de los hombres.

Existen muchísimas variantes de pragmatismo en el presente, pero si uno tuviera que condensar de una manera muy simple el significado del mismo teniendo en cuenta el punto de vista metodológico, diría que es una filosofía en la que se considera que toda la función del pensamiento es producir hábitos de acción. Así se conciben todas las proposiciones considerando principalmente los efectos que puedan tener un alcance práctico y concreto. La verdad de una propuesta coincide con la completa realización de la experiencia a que había apuntado anteriormente dicha propuesta. Entonces, las proposiciones no son sino que llegan a ser verdaderas y el único criterio de verdad de una propuesta es su utilidad práctica.

Dewey es sin dudas el filósofo más influyente y el que hace de la experiencia y su movilidad el punto central de su concepción. Por todas partes Dewey intenta llegar a lo concreto y a la práctica como criterio de veracidad de las hipótesis a través de una crítica al intelectualismo de la filosofía moderna y a sus implicancias en la educación. Su teoría del pensamiento, su pragmatismo y su instrumentalismo tienden en esa dirección. Según él, lo que el pensar busca no es una certidumbre intelectual, sino una hipótesis que se haga verdadera mediante el resultado y la sanción pragmática. Así el conocimiento es un instrumento para la acción más que un objeto de contemplación desinteresada. Enfatiza el carácter convencional de los conceptos y creencias con los cuales tratamos de entender el mundo lo que se opone al “intelectualismo” que ve en ellos una reflexión pasiva sobre cosas fijas e inmóviles o como si fueran la estructura objetiva de las cosas. De este modo, se rechaza toda vi-

28. El hedonismo se emparenta también con una visión “individualista” de la prevención basada en un enfoque de “demanda”: la morbilidad disminuye modificando los patrones individuales de conducta como hábitos alimentarios, *stress* laboral, tabaquismo, toxicomanías, vida sedentaria, etc. Se reemplazaría así una visión tecnocrática y médica sobre el cuerpo por otra basada en el autocontrol. Sin embargo, los hábitos buenos o malos informan más sobre la condición “social” del individuo. En efecto, el fumar y el beber excesivamente no nos dan una idea del individuo, sino principalmente de los grupos o estratos sociales a los que pertenecen.

sión filosófica que proponga verdades fundamentales o “esencias” definitivas. Por el contrario, la verdad puede ser encontrada en una variedad muy rica de experiencias humanas concretas y en el lenguaje lo que indica que la misma es relevante por las consecuencias que acarrea o su valor de uso.

Con esas propuestas no sería difícil imaginar que el pragmatismo ha tenido una gran influencia sobre todo en su versión “vulgar”. Este se caracteriza por un desprecio absoluto por las funciones más analíticas, críticas y abstractas del analizar y reflexionar. Particularmente, exhibe una extremada aversión a toda forma de pensamientos y propuestas macro y a toda forma reflexiva que busque un sentido fuera del obrar práctico de todos los días. Renuncia así a todo intento de transformar la sociedad que no pase por la experiencia práctica inmediata, por la programación micro, de lo que está al alcance de las posibilidades de una determinación basada en las oportunidades de la vida cotidiana. El programa pequeño que tiene un contenido concreto y no discursivo es lo que queda, es lo palpable y lo que la gente ve. Esto termina en un discurso desmovilizador con la consideración de que la realidad que está fuera de mis límites más próximos, de lo que realmente puedo hacer, es independiente de la acción y del pensamiento y ante la cual solo hay que posturarse y hacer reverencias. La realidad en vez de ser contemplada como posibilidad, es más bien una “trampa” de la que no podemos escapar.

Tampoco resultaría extraño imaginarse que esta forma de pensar ha tenido una influencia muy grande en el vaciamiento de los contenidos de la política. Es esencialmente un discurso que al basarse en lo concreto y lo que es útil en la vida cotidiana de las personas pretende fundamentar una actitud “neutra” y supuestamente “apolítica”. Frecuentemente, se propone la acción por la acción misma que en todo caso es más útil que el compromiso con un discurso político abstracto, de palabras sin contenido y sin significación concreta en la vida cotidiana de la gente. Si tengo un compromiso práctico, palpable desde mis necesidades cotidianas y que siento que le llega a la gente, puedo sentirme pleno y darle una significación a mi

vida. El resto es solo “verso” o un “me-garrelato” vacío. Por esa vía, el pragmatismo vulgar, al renunciar explícitamente a luchar por las significaciones comunes y proponer un compromiso restringido a lo cotidiano, a lo útil sea esto individual y/o grupal, se convierte en una propuesta funcional al *statu quo* y políticamente inofensiva e inocua con respecto al orden establecido.²⁹ De este modo, el pragmatismo se vincula también al individualismo, en donde “un proyecto” se “individualiza” en lo útil que es solo significativo para una persona o un grupo. Esto ha producido movimientos sociales “egoísticos” concentrados solo en la realización de las necesidades de un grupo, con una solidaridad restringida a quienes participan del proyecto y por lo tanto carentes de altruismo. Se trataría de una sociabilidad “asocial”.³⁰

No menos importante ha sido el impacto del discurso “pragmatista” sobre la política. Un político pragmático es aquel que implementa y “muestra” cosas concretas y no meramente palabras. Puesto en la encrucijada de decidir entre dos opciones tomará de ambas lo que sea más práctico y concreto y sobre todo la opción más fácil y realizable en el corto plazo.³¹ Su énfasis es en la gestión de lo público, su modelo el del *manager* eficiente en donde se prioriza lo inmediato y lo “mostrable” a la gente. Existe una amoralidad implícita en este enfoque ya que los valores y principios son atacados como “ideología” o como palabras vacías mientras que lo que la gente desea es que le resuelvan los problemas concretos inmediatos, aquí y ahora.

Finalmente, el pragmatismo en América Latina ha conformado una “ilusión” ahistórica e instrumentalista basada en la idea de que los problemas, principalmente los sociales, solo pueden ser solucionados movilizandolos la capacidad técnica de las personas con competencias prácticas conjuntamente con la voluntad política de los gobiernos. Cuando se piensa en la técnica se entiende que se trata de la racionalidad instrumental de la eficacia. Desde esta óptica, todo intento por analizar y comprender los condicionamientos y las posibilidades históricas que limitan o expanden tanto la capacidad de acción de las personas como la voluntad polí-

29. Son un ejemplo clásico de esta propuesta los programas de lucha contra la pobreza focalizados en una comunidad o barrio y que se “conforman” con los resultados meramente endógenos del programa. Si la pobreza o la desigualdad aumentaron o no en el país donde se implementa el proyecto es una cuestión irrelevante. Es como si existiese “salvación” de a uno y no como parte de un proyecto común a toda la sociedad.

30. En Estados Unidos esto se denomina *alone together* es decir, estar solo pero con alguien. La versión local sería quizás “juntos pero revueltos”.

31. En el lenguaje popular, es negarse a definirse por un “sí” o un “no”; sino llegar al descompromiso del “ni”.

tica de gobiernos que pretendan cambios verdaderos, es pura “cháchara”, ejercicios académicos divorciados de la realidad (Pérez Baltodano, A. 1997).

El pragmatismo es por último la filosofía que más critica la actitud utópica. Si la actitud utópica se basa no en la ignorancia de la realidad, que en todo caso es una realidad “puesta” por el hombre, sino en la posibilidad de cambiarla, moldearla, crearla, “significarla”, etc.; esto es para el pragmatismo lo más próximo a “literatura ficción”. El pragmatismo es la afirmación de la imposición “descarnada” de la realidad sobre la libertad humana, sobre la voluntad como dimensión expresiva de las personas y lo más importante, la negación de los ideales con potencial de cambio y de la imaginación como actitud creadora de nuevos significados para la vida; significados democráticamente desarrollados y compartidos.

6) Mirando el futuro: derechos para todos, con todos

Después del camino argumental que he recorrido, queda ahora entrar al tema central sobre cómo veo la salud en el futuro. Las observaciones y precauciones que he planteado a lo largo de este trabajo respecto a la significación de los conceptos de salud y enfermedad, a la heterogeneidad de situaciones y circunstancias históricas en que se han planteado así como a los límites de este trabajo, me ahorran entrar en mayores especificaciones sobre el contenido de este acápite final.

En primer lugar, veo la salud entre dos grandes dilemas —ambos estrechamente asociados— y que han sido discutidos en este trabajo: por un lado, la opción entre una política económico-social centrada en la generación de riqueza como fin en sí mismo y que otorga una gran preponderancia al sector privado y al mercado y de otro lado, una propuesta de desarrollo que se centra en la justicia y la expansión de la ciudadanía. Correlativamente a este primer dilema, corre otro: uno que enfatiza las dimensiones mercantiles de la salud y que legitima el principio de la ganancia y otro, que se compromete en la opción de la salud como derecho para todos y con todos. Y el paño de

fondo de esos dilemas se encuentran atravesados en la mayoría de los países de América Latina, por el sistema de estratificación social: la seguridad social que cubre el empleo formal; el sistema privado que se financia a través de seguros y/o pago directo y cubre los sectores de altos ingresos; y el sistema público que está destinado a los sectores de bajos ingresos. El último constituye la única salvaguarda para casi la mitad de la población y que a su vez también está estratificado según el poder organizativo de los distintos grupos sociales: en general, los servicios son de mucha mayor calidad en las grandes ciudades (especialmente las capitales) que en los pueblos chicos o áreas rurales.

Entre estos dilemas se libra tal vez una titánica lucha de cuyos resultados me siento optimista entre otras cosas, porque no adscribo a aquellos que afirman que la historia tiene un solo curso unitario de modo de que nada puede hacerse para alterarlo, como tampoco a aquellos otros que militan en la “fracasomanía”, ese frecuente escepticismo que Albert Hirshman atribuye acertadamente a los latinoamericanos.³² Uno de los puntos cruciales del individualismo es promover un retiro a la vida privada bajo el argumento de ya nada es posible cambiar de modo de clausurar el camino de la esperanza. Y el “no se puede” una vez aceptado, inmoviliza a la víctima para siempre.

Pero para que este optimismo no recaiga en un mero voluntarismo, requiere ser sustentado en cambios de perspectiva que comiencen por nosotros mismos. Ya me referí a Carlos Fuentes cuando argumentaba sobre la tradición individualista que heredamos de España y las debilidades de la fragmentación a la que ella irrevocablemente conduce. Pero también nos recuerda este autor que España fue constantemente invadida y tuvo que defenderse y que, igualmente, América Latina fue colonizada e invadida de diversas formas y tuvo también que defenderse. Es por esta tradición que tenemos una actitud preferentemente defensiva que en el advenimiento del próximo milenio debemos cambiar si es que queremos posicionarnos como actores y no como víctimas en el contexto de un mundo globalizado.

32. Conviene recordar que así como hay “utopías” también hay “distopías” esto es, pensar el futuro como una dimensión del tiempo inescapable de lo terrible, lo dramático, lo tétrico y hasta lo apocalíptico.

33. Lo propuesto no tiene nada que ver con “la satisfacción” del consumidor que considera que resolver los problemas de salud pública coincide con la solución de “su” problema. También se requiere por supuesto un cambio en el paradigma de enseñar la salud y en el modelo mismo de atención.

34. Pietro Barcellona (1988) ha definido un individualismo positivo al que denomina “egoísmo maduro”. Más allá de la “vida en la selva”, existe en los humanos la capacidad de superar el narcisismo y constituirse como persona esto es, como “puente” entre la multiplicidad y la heterogeneidad disipativa y el sentido de pertenencia a una sociedad. En el egoísmo maduro, el “otro” es el límite de mí mismo, es como la constatación de una diferencia y al mismo tiempo, el reconocimiento de una semejanza, de una “extensión” de mí mismo en el otro, lo que impulsa relaciones de reciprocidad y aumenta la comunicación entre las personas.

35. Para dar una ilustración del impacto de la estructura de ingresos sobre, por ejemplo, la mortalidad infantil de menores de 5 años, es bueno recordar una vieja comparación de Behm (1982) respecto del Titanic. Cuando este buque se hundió en 1912, perdieron la vida el 3% de los pasajeros de primera clase, el 16% de los de segunda clase y el 45% de los de tercera clase. Estos datos ya tienen en sí toda una significación. Pero siguiendo el razonamiento a través de una metáfora, pensando en un buque imaginario representativo de la población de América Latina, habría hoy a bordo unas 465 millones de personas sujetas a riesgos diferentes según sea su pertenencia a una clase social. Anualmente se arrojaría por la borda a más de medio millón de menores de 5 años que provenirían en gran parte de la “tercera” clase. Pero lo peor es que por sobre todas las cosas, la mayoría de esas muertes serían evitables.

Esto me lleva a la afirmación de que tenemos que constituirnos como actores de nuestro propio desarrollo. Esta actoralidad es fundamental para el ejercicio de las libertades positivas, para ver el futuro abierto, como posibilidad y como oportunidad. He planteado que nos viene de la historia la idea fuerza de que hay que combatir para vencer la enfermedad, que la organización social fue crucial para triunfar sobre las mayores epidemias y de que los derechos sociales son habilitaciones para luchar y que por lo tanto son esencialmente una conquista. Por eso un nuevo planteamiento sobre la salud debe abandonar definitivamente la idea de “pacientes” como pura pasividad y sometimiento, por otra basada en actores sociales con titularidad de derechos y obligaciones. Esto incluye también a los médicos formados generalmente en el concepto de “reparar” la enfermedad y acostumbrados a enfrentar la demanda “espontánea” y no a ser agentes activos de la salud.³³

Ahora bien, la actoralidad a la que me refiero trasciende lo individual pues se pretende un cambio sobre el conjunto de la sociedad. Para ello es fundamental sustentar la autonomía del individuo basada en la libertad sin la cual no hay posibilidad de plantear una ética. Fuera de la libertad no hay ética posible. Pero el individuo siendo diferencia es también la elaboración de sí mismo en los otros, es la distancia de los otros y al mismo tiempo, acercamiento a los “otros”, es una vocación de pertenencia a un proyecto común.³⁴ Y si planteamos una perspectiva de la salud desde el individuo y la enfermedad solo como un problema individual, esto conllevaría un modelo médico que correría a la par que el de un empresario y a la práctica médica, como un medio para enriquecerse y no para lograr mayores niveles de salud y bienestar.

Desde su origen, la política social fue pensada como la política pública destinada a obtener mayores niveles de igualdad. Inicialmente, se planteó que para combatir las desigualdades debía comenzarse por erradicar la pobreza, pero posteriormente la preocupación cambió: el problema era con toda la distribución del ingreso y la riqueza en consecuencia, la política social empezó a ocuparse de los pobres y de los ricos,

de los incluidos y de los excluidos en el sistema económico, social y político. Esto es muy importante en el campo de la salud ya que los perfiles de morbilidad y mortalidad y sus determinantes varían ampliamente según se trate de estratos altos o de bajos ingresos. En general, los pobres son una población de más alto riesgo, carecen de recursos y se “gasta” menos en ellos, tanto para prevenir como para curar. De otro lado, los ricos se enferman en promedio menos, contraen diferentes enfermedades y gastan mucho más para curarse o mantenerse sanos. Asimismo, la evolución de la enfermedad tendrá un impacto diferente ya que por ejemplo, no es lo mismo contraer una enfermedad respiratoria aguda en una ciudad con centros de atención bien equipados, que en una población rural alejada o en una villa miseria.

Si el objetivo de una política de salud es la ganancia, obviamente su énfasis será en curar o prevenir “segmentadamente” en el mercado de altos ingresos. Si en cambio, el objetivo de una política de salud es la salud como bienestar del conjunto de la sociedad, el médico y su práctica profesional estarán mucho más comprometidos con un proyecto compartido, de carácter público y que implique solidaridad y mayores niveles de igualdad. Y como la sociedad también enferma a las personas, tratará que su trabajo sea sinérgico con un proyecto social más amplio basado en la justicia.³⁵

Lo anterior presupone una sociedad con una salud solidaria en el contexto de una cultura solidaria: esto implica la consideración de la “otredad” como prolongación del sí mismo: cuando hago el bien a otros también me hago bien a mí mismo. Aquí es significativo aquello de que tan importante es competir como entender que hay ventajas en el cooperar, en el asociarse, en el trabajar en equipo. Y en este caso, esta reflexión vale para actores grupales ya que, como fruto del individualismo, existe una verdadera fragmentación social; una sociedad como dividida en una miríada de grupos y fracciones y que algunos denominan la “sociedad compleja” por su gran heterogeneidad. En efecto, se han multiplicado los organismos no gubernamentales y/o las agrupaciones sociales con objetivos específicos: mino-

rías étnicas, mujeres, discapacitados, niños de la calle, jubilados, homosexuales, asociaciones para defender intereses corporativos, etc. Como de lo que se trata es construir democráticamente más sociedad, lo que vale aquí no es tan solo la defensa de los intereses específicos propios del grupo porque si no se caería en una especie de “egoísmo extendido”. Para que exista solidaridad social es necesario que se practique el altruismo, esto es la capacidad de asumir los intereses de otros como si fueran propios. Y en salud, esto implica que es tan importante decir “estoy sano” como afirmar “estamos sanos”.

No se podrían obviar aquí algunas reflexiones entre igualdad y libertad. Para el neoliberalismo ciertamente la libertad tiene primacía sobre la igualdad a la que se considera “natural” ya que la naturaleza no establece diferencias. Si bien es cierto que en principio todos nacen libres e iguales, de hecho los libres e iguales son solo los sectores de altos ingresos. Tampoco parece sustentable el afirmar que la libertad es solo la libertad negativa, aquello de que “no se metan en mi vida” ya que la verdadera autonomía del individuo, la que lo hace libre como sujeto ético, es la libertad positiva. Es relevante recordar aquí que la libertad no suele usarse solo para el bien, ni mucho menos para el bien de todos. Es así como se piensa que el bien de todos aparece como algo lejano y difuso y posteriormente, como algo que en realidad no nos concierne.

Libertad e igualdad son derechos complementarios siendo que la igualdad es una condición habilitante para el ejercicio de la libertad. ¿De qué me valdría ser libre si soy pobre que es la condición más limitante de mi libertad? Ya desde Aristóteles se ha planteado que a quien no come no se le puede exigir que sea moral. Sabemos que el derecho al trabajo, a la educación, la salud, la calidad de vida, el respeto mutuo, la tolerancia, etc., son obligaciones sociales y humanas sin las cuales la libertad es puro vacío. Nuestra libertad y autonomía como individuos no nos independiza del hecho de que haya bienes y valores humanos comunes cuya persecución requiere de ciertos límites democráticamente definidos a nuestras opciones individuales. Se es libre por ser

humano y para ser humano, esto es para realizar nuestra humanidad. No son humanos los que viven esclavizados, en la pobreza y en la exclusión. Tampoco es humana la avaricia, la codicia y la insensibilidad social de los ricos. Los que viven en la opulencia son libres pero frecuentemente solo para mostrar su pobreza de humanidad (Camps, V. 1993).

Conviene en este punto volver a reflexionar sobre la condición narcisista y hedonística de la salud en la cultura contemporánea. Esto está asociado al mito de la eterna juventud y su vinculación con el placer y la belleza. Aquí es importante destacar la comercialización de un tipo de salud que se presenta como “preventiva”. Se trata de hacer ejercicios, correr, tener un *personal trainer*, practicar *aerobics* y musculación, alimentar lo que se denomina el *ego building*. Todo esto si se realiza en contacto con la naturaleza y consumiendo productos “naturales”, mejor. Subyacente en estas propuestas hay por supuesto un parámetro estético que es muy explícito como en los casos de la obesidad, las arrugas del cuerpo y la calvicie. Con respecto a esto, no importa la verdad sino la “ilusión” de la misma como por ejemplo la idea comercial de que algunas cosas pueden ser “incruentas” y fáciles como la propuesta “baje 20 kilos siendo feliz”. Además, si bien todo lo que implique salir de hábitos sedentarios es muy bueno y de que no estoy aquí pregonando una vuelta al ascetismo negando el placer, la comercialización hedonística no siempre trabaja en esa dirección y el caso más típico es la comercialización de los cigarrillos y su presentación como algo “natural” y por lo tanto, neutro con respecto a la salud.³⁶ Como ha podido comprobarse, para este enfoque amoral y “comercial” la cuestión básica no es la salud sino principalmente ganar dinero. Y la convergencia entre el individualismo extremo que produce lo que se llama la “sociedad de yo primero” y el hedonismo, va a cristalizar en lo que el economista J. K. Galbraith ha denominado la “cultura de la conformidad” (Galbraith, J.K. 1992) que posee también un efecto desmovilizador importante.

Lo descripto anteriormente, más los problemas morales y públicos que

36. Hay ilustraciones muy perversas que conviene recordar. Por ejemplo en general, la propaganda de cigarrillos en los espectáculos deportivos. Más aún, hay propagandas sobre cigarrillos que sólo muestran espectáculos deportivos, o a quienes triunfan en ellos, o la naturaleza, sin siquiera mostrar un paquete de cigarrillos. El propósito, es disociar la “felicidad” del fumador que practica deportes como sinónimo de salud, o el hecho “saludable” de fumar y ser identificado con el aire puro de la naturaleza, de su efecto nocivo. Otras propagandas muestran el prototipo del “héroe capitalista” como el “hombre marlboro” montado a caballo, una especie de macho infalible (¿será?), bello pero recio, omnipotente, rico, poderoso y por ende triunfador. “Héroe” de una pavorosa insubstancialidad, frivolidad, vacío y opacidad (y que algunos cuentan con humor negro, que posteriormente se murió de cáncer). Otras propagandas son más cuestionables aún desde el punto de vista moral, como el uso de dibujos animados para hacer propaganda de cigarrillos que se sabe, son un estímulo directo dirigido a niños y adolescentes.

37. Frecuentemente se piensa que complejidad y solidaridad son conceptos antitéticos. El concepto moderno de trabajo en redes supera esta aparente contradicción. Ver Róvere M. (1998).

38. El rol del Estado tiene una amplitud variable. En Inglaterra hay un sistema nacional de salud en donde el Estado financia los servicios estatales a través de metas anuales de programación y posteriormente, se asignan los recursos según los resultados. También existen quasi-mercados. En Canadá, el Estado financia, controla y regula los servicios pero los efectores son privados. Asimismo, en ese país, trabajan en el sector estatal a nivel federal aproximadamente 1.200 personas.

39. Debe recordarse que los costos crecen también porque hay una creciente esperanza de vida al nacer, lo que aumenta las enfermedades crónicas y degenerativas.

40. Convendría aquí recordar que la administración de la Sra. Thatcher en el Reino Unido no privatizó el Servicio Nacional de Salud. La razón básica que llevó a convencerla acerca de la inconveniencia de esa decisión, fue según su propio Ministro de Economía, que el gasto agregado en salud del país se hubiese multiplicado por lo menos por dos.

41. Un planteamiento distinto que merecería ciertamente ser discutido el de André Gorz (1994). Este autor propone la superación de la sociedad salarial —sin “puestos” de trabajo— a través del incremento de las relaciones sociales de cooperación voluntaria y de intercambios no mercantiles autoorganizados que reemplazarían las relaciones de producción capitalistas basadas sobre el trabajo-empleo o el trabajo-mercancía. Esta discusión fundamental permanece aún abierta en la agenda de la política social.

emergen de la presencia de la industria médica y que también ya mencioné, requieren políticas activas por parte del Estado. El Estado sería como el garante de una ciudadanía solidaria y universal. No se trata de volver al Estado paternalista, burocrático, verticalista y clientelista que teníamos durante el modelo sustitutivo de importaciones. Pero tampoco plantear, de otro lado, un Estado “mínimo” o lo peor, un Estado “desertor”. Se trata de dos cosas: la salud es social, pero para decirlo en palabras más modernas, es “sistémica” y por lo mismo requiere de una institucionalidad pública que interrelacione los distintos actores que intervienen. Ello es así, primero por un argumento obvio: un virus, por ejemplo, no entra por un barrio y se queda allí sin atacar a otro; no entra por el sector privado y no ataca el sector público, etc. Y esto requiere el comportamiento de unas instituciones —públicas o privadas; nacionales o provinciales— que actúen en un sentido convergente. También esto es obvio por el simple hecho de que el perfil de la morbilidad es extremadamente variable según niveles de ingreso, de región, de edad, de sexo, etc. como así también por su frecuencia y el grado de complejidad requerida para su tratamiento.³⁷ Nuevamente, esto requiere que no todos hagan todo, ni que todos hagan lo mismo, sino que haya grados de atención general y otros de especialización institucional y sobre todo, relaciones de complementariedad y cooperación sistémica. Pero el Estado tiene igualmente que ver con la moralidad pública en la cual se inscribe la construcción de justicia (Bustelo, 1999). Se requiere un sistema de salud equitativo más cuando se trata de sociedades de altas disparidades como las existentes hoy en América Latina. Aquí tampoco podría dejar de repetir otros temas sustantivos ya mencionados, como por ejemplo: la definición democrática de la agenda de salud pública de una sociedad; la determinación de las prioridades de la investigación médica y los límites de la experimentación; la protección de “los usuarios” en todos los órdenes; el establecimiento de niveles de calidad y eficiencia, etc.³⁸

Resulta ahora inevitable referirme en este punto al tema económico esto es, al financiamiento de la salud. En el

presente, el enfoque de “economía de la salud” esto es, la salud enfocada desde el punto de vista de la ciencia económica, ha instalado el tema de los costos y su crecimiento exponencial como el problema más importante que hay que definir en el campo de las políticas de salud. Lo anterior implica por supuesto que hay que buscar mayor eficiencia a través de una mejora en la gestión del sector. Sin duda, este es un punto relevante, pero lo que no se discute es que casualmente esos costos crecen principalmente por la creciente participación del sector privado que impone un modelo globalizado del sector.³⁹ Lo anterior conlleva a una medicina altamente concentrada en el desarrollo de alta tecnología y la producción de fármacos que sean funcionales al modelo de acumulación y no necesariamente al perfil de morbilidad prevaleciente.⁴⁰ No es que uno esté en contra del desarrollo de la investigación y la tecnología pero debe esclarecerse, como ya lo he afirmado, que este desarrollo debe verse también desde el punto de vista de los derechos de las personas, de su acceso al mismo y con una supervisión pública y democrática, pues hay sustanciales cuestiones morales planteadas. Pero no quiero tampoco evitar pronunciarme sobre este punto. Desde una óptica de ciudadanía, la salud básica debe ser financiada por impuestos generales para garantizar la misma como un derecho universal. Esto garantizaría la cobertura básica sobre todo de los sectores más pobres y que están desempleados o tienen un empleo informal. Por otro lado, el eje central debe ser el financiamiento a través del empleo como ha sido en la tradición de la política social: el empleo productivo es la mejor manera de incluir a las personas al sistema productivo y social y financiar así, un esquema de salud con cobertura a lo largo de la vida. Si se pretende construir una sociedad *a-salariada* en donde no haya puestos de trabajo y en donde el eje de inclusión de las personas deje de ser el empleo, una significativa cantidad de personas quedará excluida de los beneficios del desarrollo y del progreso técnico, constituyendo una ciudadanía “asistida” dependiente de la ayuda del Estado o la “generosidad” de los ricos.⁴¹ Si la tensión aquí es entre las necesidades del desarrollo tecnológico

de la producción por un lado, y la generación de empleo por otro, el punto sustantivo es la reconciliación de la economía con la sociedad bajo la égida de que el servicio a la causa humana siempre es lo primero y más importante (Perret, B. y Roustang, G. 1993). Aquí está la tensión más sustantiva de lo que estoy planteando: o el punto central es considerar la salud desde la economía siendo la salud una variable dependiente, o uno se interroga: ¿Cuál es la verdadera "salud" de la economía: ajustarse al mercado tanto desde el punto de vista sectorial como macroeconómico, o entender que la economía es solo un medio para conseguir la salud y bienestar de las personas?⁴² Asumiendo que los requisitos de equidad y eficiencia todos desean respetarlos, una pregunta en salud pública muy relevante sería: ¿Hay que reducir costos? o ¿Hay que definir primero las necesidades de la gente en salud para luego buscar los recursos para poder financiarlas?⁴³ No se trata de "satanizar" la economía y el mercado, ni de no reconocer los límites que imponen los procesos materiales y/o plantear una dualidad irreconciliable entre economía y salud, sino de ressignificar también la economía en el contexto de la cultura moderna. Y de nuevo aquí mi respuesta es que desde una moralidad pública que instaure como criterio central la justicia, lo primero es siempre que la salud está por encima de la economía.⁴⁴

Ahora bien, estos cambios que estoy pregonando, como alguien fácilmente podría imaginarse, no son inmediatos y requieren del largo plazo. En general, en política social y asumiendo una sociedad democrática, el largo plazo es el mejor corto plazo ya que, las inversiones en educación y salud requieren plazos extendidos para demostrar sus efectos positivos. Pero afirmar esto en el contexto cultural presente, de pragmatismo y en donde los políticos piensan en la próxima elección y no en la próxima generación, puede parecer un peligro. Es cierto que las inversiones sociales tienen en general un largo tiempo de "maduración". Es por ello que se requiere un compromiso permanente con los valores culturales que sustentan la primacía de lo humano como valor central y una concepción estratégica de los objetivos a lograr. Desde el pragma-

tismo seguramente se criticará toda versión "intelectualizada" de lo estratégico y el carácter abstracto e indeterminado del plazo más largo ("a largo plazo, todos estaremos muertos") pero a ello hay que responder que el aquí y ahora es reaccionar en general casuísticamente a situaciones muy diferentes. Además, el "cortoplacismo" tiene límites para una producción acumulativa en el tiempo de niveles crecientes de salud pública y, en la mayoría de los casos, implica "pan para hoy y hambre para mañana". Esto no significa que el presente no es tiempo válido y concreto, pero su significado tiene que ser conectado con el futuro ya que es casualmente el presente lo que queremos cambiar. Igualmente: no estoy hablando desde un punto de vista individual sino de cómo "construir sociedad" y sobre todo de una sociedad justa, lo que va entrañablemente unido a una perspectiva que enfatiza el interés del conjunto como parte del proyecto de resignificación de la cultura de una determinada sociedad. Y esto lamentablemente lleva tiempo, ya que la salud de todos es esencialmente tiempo y oportunidades hacia adelante.

No podría tampoco dejar de referirme a la política como ámbito para la realización de los proyectos de transformación social incluyendo los de salud (Bustelo, E. S. 1998). Tenemos una visión de la política como el ámbito de lo que divide a la gente, lo que separa; un mundo de intereses oscuros y de ambiciones abyectas. La visión de los políticos es aún peor como personas ya que los calificamos como individuos de baja transparencia y alta incompetencia, motivados por su propio egoísmo e insensibles a las necesidades de la gente. La lista podría aún estar incompleta. Aquí sostengo que esta visión de la política es producto no tan solo de la realidad sino también que está "producida" por la visión hegemónica neo-liberal que justifica el retiro al ámbito de lo privado, del interés individual a través del descrédito de la política. Y varias preguntas surgen: ¿Qué sentido tiene esta queja?; ¿Es la queja suficiente?; ¿No hay un momento en que uno se cansa de quejarse y entonces, la queja se vuelve contra ella misma?; ¿Es posible permitarnos esta comodidad del "no proponer"? La "salida" a través de la

42. O súbditos del mercado o ciudadanos plenos es la pregunta sustantiva y principal del libro de Giovanna Zincone (1992).

43. Las necesidades pueden ser "sentidas" o "expresadas" aunque lo que cuenta en salud pública son las segundas. Las necesidades en salud pueden ser definidas, mediante "acuerdos" o "pactos" sociales. Así por ejemplo en Holanda, cuando se decidió reformar el seguro de salud, un plebiscito definió que no se financiarían psicoterapias. Otro ejemplo relevante es la reforma de salud que se hizo en el Estado de Oregón en Estados Unidos que fue discutida en más de 200 consejos para el debate de la salud.

44. Un texto inspirador para la idea de "resignificar" la economía es el de Amartya Sen sobre las relaciones entre Economía y Ética (Sen A. 1989). Sen hace allí un relectura del viejo y no muy reconocido texto de Adam Smith "Teoría de los Sentimientos Morales". Siguiendo a Smith, Sen plantea el carácter limitado tanto del egoísmo como del utilitarismo para explicar las motivaciones de la conducta humana.

sociedad civil, del compromiso con programas puntuales que frecuentemente, “desculpabilizan” a sus participantes de las responsabilidades públicas; de proyectos, comunidades y/o grupos de trabajo que actúan solo para solucionar sus problemas personales, barriales y/o de su corporación; son claramente insuficientes. Por lo tanto, creo que como lo puntalicé anteriormente ha llegado el momento de una ciudadanía activa que afirme no tan solo los derechos, sino también las responsabilidades. Con una ciudadanía sólo pasiva estaremos ante una democracia con instituciones débiles, en donde continuará sin duda la manipulación política por parte de los políticos o los partidos políticos lo que clausura la posibilidad de una mayor participación ciudadana (Macpherson C. B., 1973). La propuesta de una ciudadanía activa tiene que ver con el enfoque de las capacidades de Sen cuando define a la pobreza como falta de capacidades (Sen A., 1995). En efecto, los pobres permanecen pasivos casualmente porque no se les ha transferido ni las competencias ni los códigos para entender su situación como situación de “opresión”, ni tampoco los medios que tendrían para salir de sus dramáticas circunstancias de privación de oportunidades humanas. Así los pobres son “producidos” como pobres para que permanezcan como pobres. De otro lado, la capacidad de una persona se deriva de su dignidad, de su autonomía de la necesidad del depender de la ayuda asistencial del Estado o de los ricos, de su emancipación de las limitaciones “del pedir”, lo que la habilita para “el exigir”. Es por ello que se impone una reconciliación de la política con la moralidad pública que no se refiere a una moralidad “acartonada” asociada a la prevención de los vicios privados, sino a la práctica de las virtudes cívicas y al compromiso con la justicia.

Deseo concluir este trabajo con algunas aclaraciones al concepto central de la resignificación de la salud en la cultura. Había dicho que la cultura es producida por el hombre; en verdad no hay nada en la realidad que no haya sido “puesto por el hombre”. Esto quiere decir que las sociedades pueden ser heterónomas o autónomas. Una sociedad está en una situación de heteronomía

cuando imputa la existencia de sus instituciones a una autoridad extrasocial o a algún mecanismo autorregulatorio incontrolable por los seres humanos. Esta manera de pensar la sociedad asegura su “estática” y su perennidad. En cambio, una sociedad autónoma, es una sociedad que tiene competencias para analizarse ella misma, para criticarse y por lo tanto, para cambiar haciendo una reasignación de los valores en la cultura. Esta reasignación que cambia los pesos relativos de los valores dentro de la cultura —por ejemplo: le otorga más valor a la salud pública que a un espectáculo deportivo aunque ambos sean diferentes cosas— es lo que denomino proceso de resignificación de los valores en una cultura. Y como ha dicho Castoriadis (1998, p. 65) “una sociedad autónoma, es una sociedad verdaderamente democrática, es una sociedad que pone en cuestión todo sentido preestablecido, y en la que, por esto mismo, queda liberada a la creación de significaciones nuevas”. Es una sociedad que puede inventarse de nuevo ella misma lo que implica una cierta capacidad de transgresión sobre lo dado. En esta sociedad también los individuos pueden perseguir significaciones nuevas pero es imposible que puedan alcanzarlo fuera de un proyecto común.⁴⁵ Y de nada sirve la libertad si no hacemos nada con ella. Es por eso que una sociedad autónoma es libertad con contenido para repensarse y ¿quién se atrevería a afirmar que ante los albores del próximo milenio, no estamos en el tiempo oportuno para resignificar la salud como derecho de todos y con todos?

Antes de terminar, desearía yo mismo tomar algunas prevenciones. Es muy probable que este trabajo sin duda limitado y no exento de errores, sea criticado como “abstracto” e idealista. Si por abstracto se entiende lo opuesto al pragmatismo “vulgar” que afirma que las ideas y el pensamiento, más que ayudar, confunden, respondería que más vale pensar, imaginar y dudar que estar sometido a un inmediatez amoral, vacío de contenido y por lo tanto de propuestas insustanciales y carentes de sentido histórico. Más incisiva podría ser la crítica hacia un trabajo cargado tal vez de ideales. Pero es precisamente eso lo que yo más reivindicó pues por

45. En esto quizás reside mi principal objeción al lúcido planteamiento de Le Grand (1998) sobre los caballeros, que son los que practican el altruismo, los subordinados víctimas de los servicios sociales públicos y los pícaros que siguiendo a Hume, caracteriza como los que sólo les interesa maximizar su interés individual. En el fondo, Le Grand asume que estamos en una sociedad de pícaros porque cree que el interés individual es la motivación básica de la conducta humana y que por lo tanto, hay que tomarlo en cuenta como dato. Aquí en cambio, el planteo es que no hay que ignorarlo pero que, los caballeros sustentan una actitud “moralmente superior” lo que, no es una pequeña diferencia.

ejemplo, no hay quizás nada más “idealista” que imaginar un mundo futuro con igualdad pero: ¿Podríamos renunciar a vivir sin pensar que ello es factible? Igualmente: ¿Podríamos afirmar que la igualdad, la libertad y la fraternidad están pasadas de “moda”? Cuando se trata de impulsar de progreso moral en el sentido de ir materializando el ideal “utópico” de la justicia, lo que mejor nos puede suceder es seguir conservando nuestros sueños.

Generalmente se ha usado la palabra utopía para atacar propuestas a las que se considera como irreales, provenientes de “otros mundos”, inviables, ilusorias, quiméricas, imposibles y hasta engañosas. En otros trabajos (Bustelo, 1999) he planteado el carácter falaz de esas críticas al concepto de utopía a la que he definido siguiendo a Bloch, como la “ontología del todavía no”. El “ser” no es un “ser clausurado” y definitivo sino que es también la posibilidad de su propio devenir. Y para provocar ese devenir, para desengancharlo de las limitaciones de “lo real”, para movilizar, es muy importante el imaginar, el crear mundos posibles, el soñar, el querer o el desear. El futuro no podría ser un azar sino también un acto de voluntad y de sentido. Lo único que se interpone entonces, entre un futuro pleno de ideales y la realidad presente, es nuestra voluntad. Y no hay nada en principio creado por los humanos que no pueda ser cambiado por los humanos. De otra manera, y si llegamos a un futuro como proyección del presente, como prolongación de lo “dado”, solo podremos decir que la historia fue lo que nos pasó y no lo que quisimos. Es por eso que en salud, *pre-venir* la enfermedad coincide con la búsqueda del *por-venir* de la salud.

Y en este punto desearía volver al epígrafe con que inicié este trabajo. Si hay algo válido que allí se enfatiza es el concepto de salud como “capacidad”. Tal vez la propuesta sería resignificar la salud en la cultura con la propia historia del concepto, como la capacidad de disfrutar y más importante, la capacidad de creer y por tanto la posibilidad de *pre-venir*. Pero a ello le faltaría algo que supere a la diosa Panacea de los griegos, hoy devenida en “Panacea” capitalista, que es la salud solidaria; la salud como derecho y responsabilidad de

todos; la salud en fin, como un ideal social, realizable por todos y para todos. Así tal vez, parafraseando a Gabriel García Márquez, el amor como esencia de humanidad, dejará definitivamente de acontecer solamente “en los tiempos del cólera” para todos nuestros pueblos de América Latina.

Bibliografía

Abel-Smith, B. (1992). “The Beveridge Report: Its Origins and Outcome”. *LSE Magazine*, Autumn/Winter, London. UK.

Barcellona, P.(1988). *L'Egoismo Maturo e la Follia del Capitale*. Bollatti Boringhieri. Torino. Italia.

Behm, H. (1882). “Determinantes Socioeconómicos de la Mortalidad en América Latina”. *Boletín de Población de Naciones Unidas*, ps. 1-16. New York. USA.

Berlin, I. (1969). *Four Essays on Freedom*. Oxford University Press. Oxford.UK.

Berlinguer G. (1994). *La Enfermedad*. Lugar Editorial. Buenos Aires. Argentina.

Bloch, E. (1995). *The Principle of Hope*. Vol. II. MIT Press. Cambridge. Massachusetts. USA.

Bustelo E.S. y Minujin A. (1997). “La política Social Esquiva”. *Revista de Ciencias Sociales* N° 6. Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires. Argentina.

Bustelo E. S. (1998). “Ciudadanía y Construcción Democrática”. En Bustelo. E.S. y Minujin A. (1998). *Todos Entran. Propuesta para Sociedades Incluyentes*. Editorial Santillana y UNICEF. Santa Fe de Bogotá, Colombia.

Bustelo, E. S. (1999). “Pobreza Moral. Reflexiones sobre la Política Social Amoral y la Utopía Posible”. Trabajo presentado al *Foro Internacional sobre Desarrollo con Rostro Humano* organizado por el Gobierno de Guanajuato, PNUD, OECD y UNICEF. Guanajuato, 15 y 16 de enero. México.

Camps, V.(1993). *Paradojas del Individualismo*. Editorial Drakontos. Barcelona. España.

Castoriadis C. (1998). *El Ascenso de la Insignificancia*. Ediciones Cátedra. Madrid. España.

Chomsky, N. (1995). *Política y Cultura a finales del Siglo XX*. Espasa Calve y Ariel. Buenos Aires. Argentina.

Chopra, D. (1998). *Las Siete Leyes Espirituales del Éxito*. Editorial Norma. Buenos Aires. Argentina.

Corin, E. (1996). “La Matriz Social y Cultural de la Salud y la Enfermedad”. En Evans, R. G.; Morris, L. B.; y Barber, T. M. *¿Por qué Alguna Gente Está Sana y Otra No?* Editora Diaz de Santos. Madrid. España.

Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Polity Press. Oxford. UK.

Fuentes, C. (1992). *El Espejo Enterrado*. Taurus. México DF. México.

Galbraith, J. K. (1992). *The Culture of Contentment*. Sinclair- Stevenson. London. UK.

Giddens, A. (1998). *The Third Way. The Re-*

newal of Social Democracy. Polity Press. Cambridge. UK.

Herzlich, C. y Pierret, J. (1988). "De Ayer a Hoy: Construcción Social del Enfermo". *Cuadernos Médico Sociales* N° 43. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Rosario. Argentina.

Gorz, A. (1994). "Salir de la Sociedad Salarial". *Revista Debats* N° 50. Número extra, diciembre. Edicions Alfons El Magnanim. Barcelona. España.

Le Grand J. (1998). "¿Caballeros, Pícaros o Subordinados? Acerca del Comportamiento Humano y la Política Social". *Desarrollo Económico* Vol. 38, N° 151. Buenos Aires. Argentina.

Macpherson, C. B. (1973). *The Life and Times of Liberal Democracy*. Oxford University Press. Oxford. UK.

Marshall, T. H. (1992). "Citizenship and Social Class". En Marshall, T. H. y Bottomore, T. *Citizenship and Social Class*. Pluto Press. New York. USA. Artículo original escrito en 1950.

Pérez Baltodano, A. (Editor, 1997). *Globalización, Ciudadanía y Política Social en América Latina: Tensiones y Contradicciones*. Capítulo 1 y Conclusiones. Ed. Nueva Sociedad. Caracas. Venezuela.

Perret, B. et Roustang, G. (1993). *L'Économie Contre la Société. Affronter la crise de l'intégration sociale et culturelle*. Éditions du Seuil. París. Francia.

Renaud, M. (1996). El Futuro: "¿Hygeia versus Panakeia?". En Evans, R. G; Barer, M. L; y Marmor, T. R. (1996) *¿Por qué alguna Gente está Sana y Otra No?* Ediciones Diaz de Santos. Madrid. España.

Rovere, M. (1998). *Redes: Hacia la Construcción de Redes en Salud*. Instituto de Salud Juan Lazarte y Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Rosario. Argentina.

Sen, A. (1989). *Sobre Ética y Economía*. Editorial Patria y Alianza. México DF. México

Sen, A. (1995). *Nuevo Examen de la Desigualdad*. Alianza Editorial. Madrid. España.

Starr P. (1991). *La Transformación Social de la Medicina en los Estados Unidos de América*. Fondo de Cultura Económica. México DF. México.

Zincone, G.(1992). *Da Sudditi a Cittadini*. Il Mulino. Bologna. Italia.

Tocqueville, A. (1945). *Democracy in America*. 2 Vol. Vintage Books. New York. USA.