

Las raíces políticas de la lucha por la justicia en salud en América Latina

Anne-Emanuelle Birn, Laura Nervi

En 1952, Chile aprobó una de las leyes más integrales del mundo relacionadas con la atención a la salud, comparable en alcance, unificación y nombre a la del Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés) lanzado cuatro años antes en el Reino Unido. Sin embargo, tan sólo 21 años después, este histórico hito fue abruptamente liquidado. ¿Cómo se explica este cambio? Los desarrollos de las políticas de salud en América Latina –en sus variedades más y menos equitativas– a menudo son retratadas como si siguieran una marcha por etapas en dirección al universalismo, haciendo resonar la refutada teoría de W.W. Rostow sobre las etapas del desarrollo económico. Pero una lectura contextualizada de las vicisitudes de las luchas por la justicia en salud en una variedad de países de América Latina sugiere una imagen contrastante. Momentos de ganancias, salpicados por períodos de represión y estancamiento, revelan una mucho más compleja historia de la lucha de clases por parte de los trabajadores agrarios e industriales, pueblos indígenas, mujeres militantes y otros movimientos sociales – aliados con los correspondientes partidos políticos– contra poderosas élites políticas y económicas.

Desde sus orígenes, alrededor de 1900, estos movimientos incorporaron demandas relativas

a la atención de la salud dentro de las luchas por mejores condiciones de trabajo y de vida, comenzando con las florecientes sociedades de ayuda mutua que asignaban sus recursos para costear gastos de huelgas, funerales, protección social para las familias y atención médica. Los que hoy son llamados esfuerzos “sectoriales” específicos para vivienda, agua, saneamiento, educación, salud, nutrición y asistencia social estaban integrados en luchas más amplias que tenían una proyección de beneficio universal.

Hacia mediados del siglo XX, América Latina había devenido en una región fuertemente sindicalizada, con trabajadores presionando por una multiplicidad de beneficios sociales. Sin embargo, como ocurrió con el movimiento trabajador argentino –uno de los primeros y más militantes del continente– los sindicatos fueron a veces divididos, los gobiernos cooptaron a algunos sindicatos, establecieron preferencias entre unos y otros y sometieron a los trabajadores organizados a una severa represión durante los períodos de autoritarismo. A pesar de estos obstáculos, muchas organizaciones de trabajadores continuaron la lucha por la justicia social. En la segunda mitad de los años cuarenta, Ramón Carrillo, luego el primer ministro de salud de Argentina, condujo una expansión de los servicios de salud adecuadamente financiada que logró alcanzar a la vasta mayoría de la población urbana, incluyendo a los trabajadores del sector informal, los desocupados y sus dependientes. Sin embargo, ya que la estrategia política del gobierno

Anne-Emanuelle Birn. ScD. Universidad de Toronto, Escuela de Salud Pública Dalla Lana, Toronto, Canadá. Correo-e: ae.birn@utoronto.ca

Laura Nervi. PhD. Programa de Salud Pública, Universidad de Nuevo México, Estados Unidos de América e Instituto de Ecología Humana, Concepción, Chile.

estaba enfocada en los sindicatos, la expansión de la cobertura no resolvió los problemas de fragmentación y segmentación del sistema de salud, y el acceso a los servicios del sector fue más limitado para los trabajadores rurales y los pueblos indígenas.

En México, mientras tanto, los “sueños revolucionarios” comenzaron a realizarse bajo la presidencia de Lázaro Cárdenas (1934-40). Incapaz de satisfacer las demandas realizadas al estado por parte de los ciudadanos de una manera unitaria y equitativa debido al poder de las élites domésticas y de los inversores extranjeros, el gobierno de Cárdenas respondió a la movilización de los sindicatos agrarios e industriales con una política de educación universal y aumento al acceso a los servicios de salud. Como ocurría en otras partes de América Latina, las medidas relativas a la seguridad social dirigidas a segmentos diferenciados de la fuerza de trabajo del sector formal, eran desintegradas, excluyentes y fragmentadas en el México de aquella época. Pero un trío de iniciativas desarrolladas en los años treinta, comenzando con un sistema nacional de servicios de salud rural, fueron dirigidas a las poblaciones rurales e indígenas, las que de otra forma hubieran quedado excluidas. La viabilidad de este sistema fue asegurada por un nuevo requerimiento: que todos los pasantes de medicina (y luego los de enfermería) se dedicaran seis meses a ser trabajadores asalariados del gobierno en comunidades desfavorecidas antes de recibir sus títulos profesionales. Complementaron este esfuerzo los servicios médicos en los ejidos – cooperativas agricultoras tradicionales cuya resurrección estuvo en el corazón de la reforma agraria de Cárdenas—. Las unidades ejidales integraron servicios sociales y médicos *in situ*, la participación del campesinado y un régimen contributivo escalonado.

Retornando al caso chileno, las intensas luchas socialistas de la clase trabajadora durante la primera mitad del siglo XX fructificaron en una victoria crítica para la justicia en salud. Una marca temprana fue la aprobación en Chile en 1924 del seguro social obligatorio para los trabajadores industriales, uno de los primeros fuera de Europa. Cuando la coalición de partidos de izquierda que constituían el Frente Popular ganó las elecciones nacionales de 1938, el médico chileno Salvador Allende, socialista y previamente líder estudiantil, se convirtió en ministro de salud y buscó universalizar los beneficios del seguro social, poniendo así en marcha el proceso de creación del Servicio Nacional de Salud de Chile (SNS). Posteriormente, como senador, Allende condujo la lucha por la aprobación de la ley del SNS, convencido de que ayudaría “a evitar las tremendas injusticias que derivan de la existencia en el país de distintos estratos sociales”.

A diferencia de otras legislaciones de salud que los países latinoamericanos producían en aquellos tiempos, la del SNS chileno pretendía integrar el financiamiento y la provisión de servicios de salud en un sistema público, aunque la práctica privada no fue abolida. A pesar de que legisladores y altos funcionarios gubernamentales aplaudieron la racionalización de las múltiples entidades de salud pública sobrepuestas, incluyendo las instituciones de asistencia social y el seguro médico de los trabajadores industriales, el éxito de Chile en la casi universalización del acceso a los servicios de salud, no surgió de una visión tecnocrática. Por el contrario, el SNS fue la culminación de una movilización de casi medio siglo por una sociedad más justa y equitativa realizada por parte de los trabajadores organizados y los movimientos sociales, junto a profesionales de la salud afines, que se canalizó a través de partidos políticos de izquierda.

Debe destacarse que Allende, padre de la medicina social latinoamericana, era realista acerca de los límites que tenía el SNS para mejorar la salud, sin que se realizara, a la vez, un esfuerzo concomitante para mejorar radicalmente las condiciones de vida y de trabajo de las masas explotadas. Es más, con el tiempo, los servicios pertenecientes al SNS sufrieron despojos, tanto por parte de médicos del sector privado como por la creación de un sistema paralelo de seguro médico subsidiado con fondos públicos que generó inequidades significativas.

Cuando Allende fue elegido presidente en 1970, el proyecto de crear un sistema único e integrado de salud financiado por los impuestos encontró tal feroz oposición por parte de médicos y clases hegemónicas, que el tema no fue explícitamente incluido en la plataforma partidaria de nacionalización y redistribución de la Unidad Popular. Además, muchos médicos fueron a la huelga para protestar la política de “poder popular” enfocada a la salud de su gobierno. Después del golpe militar de 1973 respaldado por la CIA que derrocó a Allende, el largo esfuerzo por la justicia en salud fue diezmado por las reformas privatizadoras del dictador chileno Augusto Pinochet.

Sumado a la dinámica política interna de los países, un factor importante para entender el impulso a sistemas de salud y bienestar social universales y equitativos en América Latina, es el papel que tuvieron los ejemplos internacionales, incluyendo el régimen de seguro social obligatorio de Otto von Bismarck, organizado regionalmente y relativo al tipo de ocupación de los “fondos de enfermedad” que fue lanzado en Alemania en 1883, y el sistema nacionalizado de salud de la Unión Soviética basado en el derecho a la salud desarrollado en la década del veinte bajo el comisario de salud Nikolai Semashko. Menos influyente que el NHS o el seguro

social alemán, el modelo soviético fue, sin embargo, estudiado cuidadosamente por parte de profesionales de salud en América Latina, docenas de los cuales fueron en viajes de estudio –autofinanciados o financiados por sus gobiernos– a la Unión Soviética en los años treinta para conocer de primera mano sus sistemas de salud y seguridad social. Los relatos de estos visitantes y las observaciones de cientos de laboristas que encontraron la forma de llegar a la Unión Soviética hasta los años cincuenta, entraron en animados debates acerca de cómo organizar las instituciones de seguridad social y expandir los derechos de los ciudadanos, informando a los movimientos sociales de América Latina acerca de los sistemas de salud únicos, integrales y equitativos.

No obstante, sólo un país –Cuba– edificó un sistema de salud que se pareció, pero no fue idéntico, al de la Unión Soviética, siendo el único ejemplo de una nación latinoamericana que trascendió las inequidades de la segmentación y la fragmentación. Aun antes de la revolución cubana de 1959, los principales partidos políticos cubanos atraían a los votantes con ciertos servicios de salud pública, especialmente aquellos dirigidos a los niños. Asimismo, Cuba estuvo entre la primera ola de países de América Latina que establecieron el seguro social para los trabajadores industriales, junto con Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay. Pero su transformación en el único sistema de salud equitativo, completamente público y universal de América Latina tuvo lugar en el contexto de un estado socialista forjado durante décadas de lucha política. En medio de la Guerra Fría, la revolución estimuló la nacionalización de los activos productivos y la provisión universal de servicios sociales. Comenzando con los servicios de salud rural en las áreas más remotas y desfavorecidas, en menos de una década sus servicios de salud fueron integrados en una red regionalizada de

policlínicos de primer nivel de atención, con sus correspondientes centros de atención secundaria y terciaria, constituyendo en conjunto un sistema de salud gratuito, de alta calidad, participativo y brindando cobertura a toda la población. A pesar de que la mitad de los médicos abandonó el país después de la revolución, un esfuerzo de gran escala para formar médicos aseguró suficiente personal hacia los años setenta; más tarde, el desarrollo de un notable sector biotecnológico y farmacéutico permitió al país aproximarse a la autosuficiencia. A pesar de la crisis económica que acompañó la desintegración de la Unión Soviética, el sistema de salud cubano no sólo persistió sino que prosperó. Es también notable que, más que ningún otro país, Cuba ha abordado los determinantes sociales de salud mediante políticas de comprometida igualdad en educación, vivienda, transporte y otras áreas.

En suma, la historia de la justicia en salud de América Latina no es una historia de ganancias convergentes, sino, más bien, de particulares configuraciones políticas en el contexto de luchas sociales más amplias. Un ejemplo más reciente, el de la constitución post-dictadura de Brasil del año 1988, especificando el derecho a la salud, ha conducido un esfuerzo de un cuarto de siglo para crear un sistema único de salud. La reforma de salud de Brasil, aunque disputada en el contexto contemporáneo de neoliberalismo, está directamente ligada al movimiento por la redemocratización del país. De hecho, este esfuerzo ha sido construido, como los otros ejemplos citados aquí, sobre décadas de lucha popular (las que también involucran a los profesionales de salud y políticos solidarios) por la justicia social y en contra de la represión del estado. Por lo tanto, la realización del auténtico acceso universal y equitativo a servicios de salud de calidad debe ser entendida no como una función de los formuladores de política aplicando el modelo

tecnocrático correcto, sino como el fruto de la lucha centenaria por condiciones sociales, de vida y de trabajo decentes –y sus avances, retrocesos, logros y fracasos– en contra de fuerzas tremendamente poderosas. Como William Faulkner acertadamente señaló: “La historia no está muerta. Ni siquiera es pasado”.

Agradecimientos

A Gilberto Hochman, Nancy Krieger, Hugo Mercer y Jadwiga Pieper Mooney por sus críticas oportunas y sus sugerencias.

Crédito a *The Lancet*

Este artículo fue publicado originalmente por *The Lancet* en inglés.

AE Birn and L Nervi, “Political Roots of the Struggle for Health Justice in Latin America,” *The Lancet*, Published March 28, 2015 (online October 16, 2014) [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61844-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61844-4)

Crédito a la obra *Manifestación de Antonio Berni*

Nombre de la obra: MANIFESTACIÓN (1934), temple sobre arpillera, 180 x 250 cm.

Autor: Antonio Berni

Colección MALBA, Museo de Arte Latinoamericano de Buenos Aires.

© José Antonio Berni

Su traducción y publicación en esta revista se realiza con permiso de Elsevier.

Lecturas adicionales:

1. Allende S. *La realidad médico-social chilena*. Santiago, Chile: Ministerio de Salubridad Pública, 1939.
2. Carrillo AM. Salud pública y poder en México durante el Cardenismo, 1934–1940. *Dynamis Acta Hist Med Sci Hist*

- Illus* 2005; 25: 145–78.
3. García JC. La medicina estatal en América Latina (1880–1930), partes I and II. *Revista Latinoamericana de Salud* 1981; 1: 73–104 and 1982; 2: 102–17.
 4. Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, eds. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, Brazil: Editora Fiocruz/PAHO, 2005.
 5. Waitzkin H. *Medicine and public health at the end of empire*. Boulder, CO, USA: Paradigm Publishers, 2011.



Medicina Social

Salud Para Todos