



FLACSO
ARGENTINA

REVISTA
**ESTADO Y POLÍTICAS
PÚBLICAS**

Nº 14, Año VIII, mayo-septiembre de 2020

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

ISSN (versión electrónica): 2310-550X | ISSN (versión impresa): 2413-8274

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ARGENTINA

TUCUMÁN 1966 (C1026AAC)
CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Revista Académica

Estado y Políticas Públicas

ISSN (versión electrónica): 2310-550X | ISSN (versión impresa): 2413-8274

Revista Estado y Políticas Públicas N° 14, Año VIII, mayo de 2020 – septiembre de 2020.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.



FLACSO
ARGENTINA

Facultad
Latinoamericana de
Ciencias Sociales.
Sede Argentina.

Área Estado y
Políticas Públicas.



Director

Mg. Luis Alberto Quevedo

Facultad
Latinoamericana de
Ciencias Sociales.
Sede Argentina.

Área Estado y
Políticas Públicas.

Director

Dr. Daniel García Delgado

Revista Estado y Políticas Públicas es una publicación semestral de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede académica Argentina abocada al análisis del Estado y de las Políticas Públicas. La misma se publica en idioma castellano, en formato digital e impreso durante los meses de mayo y de octubre de cada año. Se encuentra dirigida a la comunidad académica de las ciencias sociales latinoamericana, profesionales y funcionarios gubernamentales de distintas áreas y niveles de gobierno. El propósito de la revista es aportar a la labor de intercambio y difusión de la producción científica, publicando artículos sujetos a las condiciones de evaluación de pares y referato “doble ciego” y que comprenden distintas modalidades: artículos de investigación originales e inéditos focalizados en temáticas específicas de la Ciencia Política y de la Administración Pública, como así también artículos que hacen hincapié en paradigmas teóricos de las Ciencias Sociales y contribuciones que expliciten avances de investigaciones y reseñas críticas de libros. La *Revista Estado y Políticas Públicas* es financiada por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede académica Argentina.

La *Revista Estado y Políticas Públicas* de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede académica Argentina se encuentra indizada en **LATINDEX** con el nivel 1 (Nivel Superior de Excelencia), en la **Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico (REDIB)**, en **CLASE México** y en la **European Reference Index for the Humanities and Social Sciences (ERIHPLUS)**.



Por su parte, la *Revista Estado y Políticas Públicas* se encuentra catalogada en la **Matriz de Información para el Análisis de Revistas (MIAR)**, en los **repositorios digitales BDU, BDU2 del SIU**, en **MALENA**, en el repositorio institucional del **Sistema Internacional FLACSO ANDES** y en el catálogo de la **Biblioteca “Enzo Faletto” de FLACSO Argentina**.

Asimismo, el **Área Estado y Políticas Públicas** y la **Biblioteca “Enzo Faletto” de FLACSO Argentina**, han sido los creadores de la **Red Latinoamericana de Revistas Académicas de Ciencias Sociales y Humanidades (LatinREV)**.



ISSN (versión electrónica): 2310-550X | ISSN (versión impresa): 2413-8274

CONTACTO DE LA REVISTA

Teléfono:

(54) (11) 5238-9361

Correo electrónico:

revistaeypp@flacso.org.ar

Dirección postal: Oficina del 2do piso, Tucumán 1966, C1050AAN, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

CONTACTO PRINCIPAL

Cristina Ruiz del Ferrier

Teléfono: (54) (11) 5238-9361

Correo electrónico:

cruiz@flacso.org.ar

Dirección postal: Oficina del 2do piso, Tucumán 1966, C1050AAN, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Equipo Editorial

DIRECTOR

Daniel García Delgado

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)

Sede académica Argentina

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)-

Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina.

EDITORA

Cristina Ruiz del Ferrier

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)

Sede académica Argentina

Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina.

COLABORADORA DE EDICIÓN

Agustina Gradin

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede académica

Argentina - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

(CONICET).

Comité de Redacción

Julieta Campana, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) - Sede Académica Argentina - Facultad de Ciencias Económicas Universidad de Buenos Aires (FCE - UBA).

Alejandro Casalis, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede académica Argentina, Argentina.

Julieta Chinchilla, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede académica Argentina, Argentina.

Sergio De Piero, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede académica Argentina-Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina.

Cynthia Ferrari Mango, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede académica Argentina – Universidad Nacional de la Matanza (UNLaM) - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Guadalupe García Delgado, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede académica Argentina, Argentina.

Roxana Mazzola, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) sede Académica Argentina – Instituto de Investigación “Gino Germani” de la Universidad de Buenos Aires (UBA) – CEDEP.

Luciano Nosetto, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede académica Argentina-Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina.

Alejandra Racovschik, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede académica Argentina, Argentina.

Verónica Soto Pimentel, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede académica Argentina – Argentina - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Jorge Tirenni, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede académica Argentina-Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina.

Arturo Trinelli, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede académica Argentina, Argentina.

Diseño y Soporte técnico

Ignacio Fernández Casas

Guadalupe García Delgado

Repositorios

Samanta Tello, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede académica Argentina, Argentina.

Consejo Editorial

Claudia Bernazza, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Argentina – Argentina.

María Isabel Bertolotto, Universidad de Buenos Aires (UBA) – Argentina.

Eduardo Bustelo Graffigna, Universidad Nacional de Cuyo (UNC). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Argentina – Argentina.

Horacio Cao, Universidad de Buenos Aires (UBA). Instituto Ortega y Gasset Argentina (IOG), Argentina.

Alfredo Carballeda, Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina.

Raquel Castronovo, Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina.

Daniel Cravacuore, Universidad Nacional de Quilmes (UNQ), Argentina.

Eduardo Crespo, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Brasil.

Claudia Danani, Universidad Nacional de General Sarmiento (UNGS). Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina.

Julio De Zan, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.

Cristina Díaz, Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER), Argentina.

Theotonio Dos Santos, Universidade Federal Fluminense (UFF). Coordinador de la Cátedra y Red UNESCO – UNU de Economía Global y Desarrollo Sustentable (REGGEN), Brasil.

Roberto Feletti, Docente de la Maestría de Políticas Públicas para un Desarrollo con Inclusión Social de FLACSO Argentina, Argentina.

Víctor Ramiro Fernández, Universidad Nacional del Litoral (UNL). Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.

Mabel Hoyos, Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Argentina, Argentina.

Bernardo Kosacoff, Universidad de Buenos Aires (UBA). Universidad Torcuato Di Tella (UTDT), Argentina.

Arturo Laguado Duca, Instituto Ortega y Gasset Argentina (IOG), Argentina.

Carlos Leyba, Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina.

Julio César Neffa, Centro de Estudios e Investigaciones Laborales (CEIL), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.

Nerio Neirotti, Universidad Nacional de Lanús (UNLa) – Argentina.

José Paradiso, Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF), Argentina.

Alejandro Pelfini, Global Studies Programme – Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Argentina. Universidad Alberto Hurtado, Chile.

Javier Pereira, Universidad Católica del Uruguay (UCU), Uruguay.

Luis Alberto Quevedo, Gestión y Política en Cultura y Comunicación - Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Argentina, Argentina.

María Cristina Reigadas, Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina.

Alberto Riella, Universidad de la República, Uruguay.

Eduardo Rinesi, Universidad Nacional de General Sarmiento (UNGS), Argentina.

Adriana Rofman, Universidad Nacional de General Sarmiento (UNGS), Argentina.

Carlos M. Vilas, Universidad Nacional de Lanús (UNLa), Argentina.

Cristina Zurbriggen, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República Montevideo, Uruguay.

Sobre la Revista Estado y Políticas Públicas

La *Revista Estado y Políticas Públicas* nace en el año 2013 en el marco de las actividades académicas de posgrado que la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede académica Argentina viene desarrollando de manera sistemática.

En este sentido, nos complace invitarlos a la lectura del número 14 de la *Revista Estado y Políticas Públicas*, que auguramos se constituirá paulatinamente en un espacio que construiremos entre todos con miras a la difusión, a la promoción y a la divulgación científica de los temas vinculados al rol del Estado, a las políticas públicas y a la gestión en los distintos niveles de gobierno (regional, nacional, provincial, local-territorial) y desde los más diversos enfoques, temas y problemáticas vinculados a estas preocupaciones.

Este espacio académico-científico y de investigación receptiona opiniones, argumentos, posiciones y propuestas desde las más diversas orientaciones teóricas, ideológicas y políticas. En un espíritu interdisciplinario y pluralista, esperamos que esta Revista contribuya a profundizar y a difundir nuevas reflexiones desde las más diversas latitudes sobre un cambio de paradigma en las Ciencias Sociales.

En síntesis, desde FLACSO Argentina, nos complace presentar el número 14 de esta Revista académica y, en lo sucesivo, quedan cordialmente invitados a participar en su composición y en su continuidad en el tiempo.

Sumario

EDITORIAL	13
La salud en un mundo enfermo. Por Daniel García Delgado	
DOSSIER	21
<i>Agenda de Políticas de Salud en América Latina.</i> Coordinador: Raúl Mercer	
La salud, la pandemia y el pandemonio. Por Raúl Mercer	23
La égida de las Políticas Globales de Salud en Latinoamérica. Por Álvaro Franco-Giraldo	35
El Sistema de Salud chileno: <i>Análisis y perspectivas en el marco del estallido social de octubre de 2019.</i> Por Claudio A. Castillo y Helia Molina Milman	53
A perversão da agenda da saúde pública brasileira: <i>Da saúde como direito universal à cobertura universal em saúde.</i> Por Camila Gonçalves De Mario e Tatiana de Andrade Barbarini	69
Las amenazas al Sistema Único de Salud en el Brasil: <i>¡Una agenda de resistencia necesaria!</i> (2016-2020) Por Marco Akerman, María Cristina Trousdell Franceschini y Patricia Iacabo	93
La sexualidad como lucha política por los cuerpos en el contexto latinoamericano. Por Raúl Mercer, Karina Cimmino y Carlota Ramírez	107
El rol del derecho internacional de los derechos humanos en las estrategias de incidencia de los movimientos sociales pro-aborto. <i>Una perspectiva latinoamericana y argentina.</i> Por Luciana Wechselblatt	131
Caracterización del Sistema de Salud Argentino. <i>Debate en el contexto Latinoamericano.</i> Por Daniel Maceira	155
Políticas regionales en medicamentos y la construcción de soberanía en salud. (2009-2019) Por María Belén Herrero y Jorgelina Loza	181

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN	201
<i>Research Articles</i>	
Finanzas Públicas Intergubernamentales.	203
<i>Análisis de la Teoría Monetaria Moderna (TMM) para considerar los principales problemas del caso argentino.</i> Por Alcides Bazza	
Movimientos sociales de resistencia a reformas previsionales neoliberales.	229
<i>El caso del “Frente de Personas Mayores” de Argentina durante el gobierno de Mauricio Macri. (2015-2019)</i> Por Verónica Soto Pimentel	
Instrumentalización de proyectos de desarrollo rural:	253
<i>Experiencias en el nordeste argentino a principios del siglo XXI.</i> Por Jimena Ramos Berrondo, Matías Berger y Ariel García	
RESEÑA DE LIBRO	277
<i>Book Reviews</i>	
Lo Vuolo, Rubén Mario (2017). <i>Políticas Públicas y Democracia en Argentina. Crónicas de un país que no aprende.</i> Buenos Aires: Ediciones Miño y Dávila.	279
Por María Agustina Mahón	
SOBRE LOS AUTORES	285
<i>About the Authors</i>	
CONVOCATORIA: NÚMERO XV	293
<i>Call for contributions</i>	
Tema del Dossier: Agenda de Políticas de Vivienda e Infraestructura en América Latina.	
Coordinador/a: Alfredo Garay. Fecha límite: 01 de junio de 2020.	
NORMAS DE PUBLICACIÓN	299
<i>Author Guidelines</i>	

Editorial

La salud en un mundo enfermo

A Julio Aurelio
In memoriam

1. Un hecho social total

“Un mundo se derrumba. Cuando todo termine la vida ya no será igual.”
Ignacio Ramonet (2020)

La experiencia que nos toca vivir es inédita probablemente en la historia del mundo. Una, en que la mitad de la humanidad está aislada en sus casas por temor al contagio del virus COVID-19 o por protocolos gubernamentales de aislamiento o impactada por la caída interminable de la actividad económica y del desempleo. Donde todos los días los medios de comunicación nos traducen las estadísticas de cuántos enfermos se produjeron, cuántos muertos y recuperados y se observan país por país, continente por continente. A estas alturas, ya nadie ignora que la pandemia no es sólo una crisis sanitaria, es lo que las ciencias sociales califican como un “hecho social total”¹, en el sentido de que convulsiona el conjunto de las rela-

ciones sociales y conmociona a la totalidad de los actores, de las instituciones y de los valores.

La primera constatación que tenemos de orden internacional es la incontrastable realidad de que, de lejos y por mucho margen, los porcentajes mayores de los contagios y muertes provocados por el Coronavirus se concentran en las grandes potencias mundiales y en los países emergentes más importantes de cada continente. Hace poco más de quince días –el mismo día en que mantuvieron su videoconferencia los líderes del G20–, el 90% de los infectados y casi el 89% de los muertos por la pandemia eran habitantes de los países desarrollados y emergentes. Los porcentajes se han mantenido sin sustanciales variaciones desde ese momento hasta la fecha. El COVID-19 que deja en evidencia el real funcionamiento de los organismos internacionales y multilaterales de todo tipo (ONU, Cruz Roja Internacional, G7, G20, FMI, OTAN, Banco Mundial, OEA, OMC, etcétera), también deja en evidencia que no han estado a la altura de la tragedia, ya sea por su silencio o por su incongruencia. El planeta descubre que hay ausencia de liderazgos y que cada país debe arreglarse por sí solo.

1 Émile Durkheim, sociólogo funcionalista generador de este concepto. Véase: *La división internacional del trabajo y Anomia*.

Lo cierto es que el COVID-19 vino a poner en duda una serie de certezas que teníamos previo a la crisis de “los dos cisnes”², el de la pandemia y la caída de la economía global. Pero también a generar conciencia de la propia finitud y de nuestra fragilidad humana. La segunda, la conciencia de que la mayoría de los países por muy desarrollados que fueran no estaban preparados para atender una crisis de esta naturaleza, porque habían devastado previamente sus sistemas de salud con políticas de ajuste o austeridad, o desoído los informes de inteligencia y científicos que advertían de la posibilidad de una pandemia de esta naturaleza. En suma, hicieron “oídos sordos” a la prevención en función de sus intereses económicos, rentísticos o electorales.

El mundo enfermo de hoy es consecuencia del modelo dominante de salud vigente hasta hace poco tiempo. Uno caracterizado por ser privatista, por la no prevención de la enfermedad (no sólo de las pandemias como la actual, sino también previas como el dengue, el chagas, entre otras), de no promover gastos públicos en investigación, de no darle importancia al rol de los intelectuales ni al de las universidades ni centros científicos con capacidades de advertir tanto sobre los efectos de las desigualdades en los sistemas de salud y de educación, como de tratamientos antiviróticos, por ejemplo. Al modelo neoliberal sólo le importaba lo privado, la captura de rentas y la prosperidad de los accionistas de las corporaciones³. En pocos países, la gente pobre podía ser atendida en un hospital público con

gratuidad y con calidad (raros casos son los de Uruguay y de la Argentina hasta hace pocos años), pero no desconocemos que no es así en la mayoría de los países latinoamericanos. Chile⁴, al respecto, “se derrumba” hoy por las protestas sociales y la enfermedad. Donde existen hospitales públicos, pero colmados y donde la gente tiene que esperar horas, hacer colas desde la madrugada para ser atendido con un servicio de “poca” calidad. El mundo privado, por el contrario, retacea compartir respiradores, tests, servicios de emergencia e insumos. La relajación de medidas sanitarias de distanciamiento social en países como los Estados Unidos o Chile, deja la sensación en la población de que finalmente vamos a tener que asumir que hay gente que va a morir para que la economía sobreviva. La ley del más fuerte está escondida detrás de estas decisiones políticas y eso es imponer la supremacía del salvataje a la economía y de los grandes poderes económicos.

El COVID-19, nos reveló también que había algo profundamente distorsionado en nuestras sociedades capitalistas individualistas, del hoy permanente, del hiperconsumo, de lo insolidario y del deterioro ecológico. Que no había conciencia de la dependencia que tenemos unos con otros, con la naturaleza y los otros pueblos. De que nadie se salva solo y de que podemos destruir la naturaleza, ‘la casa común’. Se evidenció la necesidad de la presencia esencial del Estado y de la solidaridad. Lo cierto es que la enfermedad del Coronavirus comenzó a cambiar el tejido social y económico del mundo desde que China identificó el virus por primera vez en enero. Desde entonces, casi todos los países han cerrado sus fronteras, escuelas y negocios, han restringido

2 Se denominan “cisnes negros” (*black swan*) a la aparición de hechos inesperados que alteran todas las previsiones y tendencias en que se apoyaban nuestras previsiones económicas y políticas (y no del mejor modo).

3 Mazzucato, M. (2018). *The value of everything. Making and taking in the Global Economy*. New York: Public Arrairs.

4 Recordemos que Chile es el país que hasta hace poco tiempo tenía el gobierno argentino de Cambiemos como emblemático y a emular.

los viajes, cancelado eventos de entretenimiento y deportivos, cambiado de hábitos y alentado a las personas a mantenerse alejadas entre sí, en algunos casos como en la Argentina a partir de un aislamiento social preventivo y obligatorio. Sin lugar a dudas, estamos frente a un hecho social total, que es tanto nacional como global. Luego de esta pandemia cada uno de nosotros, la sociedad y el mundo ya no seremos los mismos.

2. La recuperación del Estado presente

“El poder político estará entre las manos de aquellos que sepan demostrar el mayor grado de empatía hacia los demás. Los sectores económicos dominantes serán de hecho también los de la empatía: la salud, la hospitalidad, la alimentación, la educación, la ecología”.

Jaques Attali (2020)

Afortunadamente, hay experiencias exitosas en el tratamiento de esta enfermedad a nivel mundial, como en Asia (Vietnam, Corea del sur, China), como en Occidente (Nueva Zelanda, Islandia, Alemania, Dinamarca, Noruega). En todos estos casos, hubo anticipación y accionar público consistente. En nuestro caso, también se defendió el valor de la salud y se está reconstruyendo un sistema de salud desguazado por la anterior gestión neoliberal. Por supuesto, esto se vincula con el rol y la presencia del Estado y con un liderazgo con empatía con la sociedad. De la misma forma, la gestión de deuda externa, sin una valiente decisión en ese campo para reestructurarla tampoco se podría estar haciendo los gastos en hospitales, aparatología, insumos médicos, etcétera. Los desafíos que plantea el Coronavirus cambian necesariamente el orden de prioridades. Como dice Pedro Biscay: “¿Acaso se pueden pagar los abultados compromisos de capital e interés proyectados originalmente para los próximos tres años y, al mismo tiempo,

garantizar los recursos financieros que requiere la atención de la COVID-19? El país necesita reasignar recursos y por eso además del plazo de gracia es tan importante dentro del esquema propuesto la quietud sobre el capital y los intereses”⁵.

La crisis sanitaria —señala Mariana Mazzucato— ha llevado al Estado a prácticamente cada rincón de las economías, desde el sistema de salud, al rescate de algunas industrias o a la liquidez de los bancos centrales, a los subsidios a sectores vulnerables de todo tipo y hasta a traer compatriotas varados en los más disímiles lugares del mundo. “Dado el tamaño de la emergencia nadie pregunta de dónde sale el dinero, igual que en las guerras. Esto debería ser una llamada de atención sobre cómo gestionamos sectores decisivos para que nuestras economías y nuestras sociedades sean más resistentes. No sólo se trata de una financiación apropiada, sino también de la vertebración del sistema de salud público, de cómo producimos los respiradores o sobre el sistema educativo. Esta crisis nos debería obligar a repensar la economía.”⁶

Por ello, las políticas de los gobiernos influyen de manera sustancial en los comportamientos que siguen las curvas de enfermedad. La instalación del brote en cada uno de los países develó que los mecanismos habituales de abordaje de emergencia eran insuficientes para el manejo de la crisis. Los presidentes y primeros ministros tuvieron que ponerse al frente, sin distinción entre grandes potencias, países emergentes o países pobres. Como lo señala Guillermo Carmona: “la mayoría (de los países) lo hicieron tardíamente, cuando los contagios crecieron exponencialmente y co-

5 Pedro Biscay, “La sustentabilidad”, *Página 12*, 18-04-20.

6 Mariana Mazzucato, Cómo desarrollar una vacuna contra la COVID-19 para todos, *Project Syndicate, World’s Opinion*.

menzaron a producirse muertes y a multiplicarse de manera acelerada. Afloraron entonces las actitudes personales, casi sin filtro, quedando revelada y expuesta a la opinión pública nacional e internacional no sólo las aptitudes o ineptitudes comunicacionales, de gestión y liderazgo de cada gobernante, sino también los valores que los inspiran.⁷ La atención de salud constituye un aspecto fundamental del bienestar de todo país. Asimismo, es necesario la cooperación para atender la pandemia. Lamentablemente, América Latina al desconocer los gobiernos de derecha la UNASUR, eliminó el único Consejo de Ministros de Salud de la región que permitía un enfrentamiento colectivo a las epidemias del dengue, chagas y la organización de acciones comunes contra otras enfermedades transmisibles emergentes y re-emergentes –como la preparación colectiva para la eventual introducción del virus de Ébola–. Restaurar algunos de estos mecanismos políticos y técnicos del proceso de integración regional es fundamental para el enfrentamiento de la epidemia del nuevo Coronavirus, pues simplemente cerrar fronteras con nuestros vecinos no es la solución. Y la integración regional con nuevos conceptos y estilos de configuración es clave, tanto para la salud como para el salvataje de nuestras economías.

3. Salud y enfermedad en dos escenarios posibles

“Cualquier respuesta post-pandémica debería apoyarse en los principios de una economía verdaderamente regenerativa, basada en el cuidado y la reparación.”

Edgar Morin

Si hay algo que no va a ser igual, en el mundo post-pandemia, es la salud pública. Por eso,

frente a la progresiva apertura o flexibilización de la cuarentena, tenemos dos escenarios posibles frente a nosotros: uno, se trata de un escenario esperanzador a partir del accionar de un Estado activo para reactivar rápidamente la economía, yendo hacia sistemas impositivos progresivos para una pos-pandemia, en donde la crisis económica no la pagan los trabajadores con reducción de sus sueldos o de empleos, sino las finanzas, los que fugaron sus fortunas a paraísos fiscales e intermediarios y especuladores de precios. En este escenario la pandemia puede significar un duro golpe al neoliberalismo y a un orden mundial unipolar y unilateral regresivos que reproducen la desigualdad y la destrucción del ambiente. Lo cierto es que esta traumática experiencia debe ser utilizada para reformular el contrato social y avanzar hacia más altos niveles de solidaridad comunitaria y a una mayor integración social. “En todo el planeta, muchas voces reclaman ahora unas instituciones económicas y políticas más redistributivas, más feministas y una mayor preocupación por los marginados sociales, las minorías discriminadas, los pobres y los ancianos.”⁸

También tenemos un segundo escenario, el del temor. Impulsado por el macrismo residual en el caso argentino, mientras que en otros países por los *establishments* o gobiernos de derecha. El negacionismo es el que ha primado en los gobiernos de las potencias occidentales y gran parte de los gobiernos de nuestra región, como Brasil, Ecuador, Chile, Colombia. Las reacciones tardías de los gobernantes de estos países, fundadas en la subestimación de la crisis, develan la peor cara del materialismo economicista; es decir, la idea de que hay una parte de la población que, amortizada por razones de edad o de padecimientos de otras enfermedades, puede ser declarada

7 Guillermo Carmona, Catástrofe: presente y futuro de un mundo gobernado por arrogantes, *Babel, Columnista*, 19-04-2020.

8 Ignacio Ramonet, Coronavirus: La pandemia y el sistema-mundo. *Página 12*, 29-04-2020.

prescindible en favor de la preservación del sistema económico-financiero capitalista. Se trata de “la cultura del descarte”, a nivel de paroxismo, que hace años denuncia el Papa Francisco como uno de los males de nuestra época. Debemos enfrentarnos a una cultura en la cual los populismos de derecha exaltan los nacionalismos y la xenofobia.

El primer escenario se relaciona tanto con políticas de aislamiento social, con cuidarse, con los test, con medidas de previsión y con la labor de expertos epidemiólogos, pero también con el posible descubrimiento de una vacuna contra el virus que sea eficaz y universal. Porque si bien hay avances en países desarrollados de Occidente y en China, es necesario que la misma sea considerada un bien común de la humanidad. Sin patentes, ni *royalties* de los laboratorios. Como señala Mariana Mazzucato, “el desarrollo de una vacuna eficaz y de acceso universal para la COVID-19 es una de las tareas más cruciales del tiempo en que nos tocó vivir. Y sobre todo, es la prueba definitiva para saber si el resultado de la cooperación global entre el sector público y el privado (que las autoridades presentan como esencial) será maximizar el suministro de bienes públicos o las ganancias privadas.”⁹

En conclusión, en primer lugar, estamos ante el desafío de un mundo enfermo, pero no sólo por la pandemia, sino por la desigualdad, la precarización y la concentración de la riqueza en un pequeño grupo de personas. Donde el 1% de la población tiene la riqueza de la mayoría de la humanidad. También por causa de un sistema financiero y mediático que no quieren que se modifique el *statu quo* vigente frente a la mayor crisis que enfrenta la humanidad. Por eso, frente a estos dos escenarios podemos utilizar nuestra capacidad política

por un escenario en favor de la salud, del trabajo, traccionados por la esperanza, o por otro, podemos ser arrastrados al de la sobrevivencia del más fuerte y movilizados por el temor. Nos toca decidir por cual queremos apostar. Un nuevo escenario más igualitario supone lucha política democrática, debate y planificación estratégica. En segundo lugar, este hecho social total señala tanto la importancia de la política y del Estado como de los movimientos y de las organizaciones sociales que día a día hacen posible el cuidado, la alimentación de las familias y el trabajo de la economía popular, gracias a quienes se produce y se regulan los precios de los alimentos. Porque hoy el alimento es más clave que nunca y debemos frenar a los sectores que distribuyen, especulan, suben los precios.

Finalmente, nos resta señalar que haber gestionado los hospitales y las clínicas privadas como empresas todo este tiempo ha conducido a tratar a los pacientes como mercancía. En ese sentido, creemos que, en el futuro, los sistemas de salud deberán ser públicos y universales en nuestra región, aún reconociendo las diferencias de situaciones entre los países de la misma. Y que el COVID-19 nos ha demostrado que, a la hora de la verdad, médicos, enfermeras y personal sanitario son inevitablemente más valiosos que los *brokers* o especuladores financieros. Que funcionarios honestos entregados al trabajo y al servicio público hacia el bien común, son infinitamente mejores que el puñado de CEOs que pensaban que podían gestionar el Estado de mejor manera, haciendo negocios personales y endeudando al país¹⁰.

9 Mariana Mazzucato, “Cómo desarrollar una vacuna contra la COVID-19 para todos”, *Project Syndicate, World’s Opinion*.

10 Para ampliar este tema, véase García Delgado, D., Ruiz del Ferrier, C. y de Anchorena, B. (Comps.). (2019). *Elites y captura del Estado. Control y regulación en el neoliberalismo tardío*. Buenos Aires: FLACSO Argentina.

Este *dossier*, en primer lugar, se inicia con un artículo de Raúl Mercer, quien nos propone reflexionar en torno a la salud desde las significaciones de la pandemia haciendo hincapié en el acceso y la calidad. Paralelamente, para acercarse a una caracterización de los sistemas de salud, el autor caracteriza aspectos financieros, de regulación, de funcionamiento y de políticas sectoriales, entre otros.

En segundo lugar, Álvaro Franco-Giraldo nos invita a analizar el impacto de las políticas globales en la salud a partir de generar una articulación entre las relaciones globales y locales. En su perspectiva teórica, utiliza la visión latinoamericana de salud global que se acerca a los intereses de los ciudadanos latinoamericanos.

En tercer lugar, Claudio Castillo y Helia Molina Milman nos brindan un recorrido socio-histórico sobre la conformación de la red de salud en Chile. En el artículo de investigación, identifican los alcances institucionales y jurisdiccionales y cómo estos se han ido transformando desde la dictadura militar hasta la actualidad. Los autores aseguran que las particularidades del mismo se caracterizan por grados de desigualdad y por inequidades que pueden observarse en dimensiones tales como las sociales, económicas y culturales.

En cuarto lugar, Camila Gonçalves De Mario y Tatiana de Andrade Barbarini explican el desmantelamiento del Sistema Único de Salud (SUS) del Brasil desde un análisis bibliográfico y documental. Específicamente, se centran en los programas y las normativas que se han visto afectadas por las reformas neoliberales impulsadas por el actual gobierno de Jair Bolsonaro.

En quinto lugar, también analizando el caso del Brasil, Marco Akerman, María Cristina Trousdell Franceschini, Patrícia Iacabo parten del contexto de crisis de la democracia del país para interpretar la incidencia de los movimientos sociales en la obstaculización del desmantelamiento del Sistema Único de

Salud. Paralelamente, los autores identifican cómo la pandemia ha contribuido a justificar la necesidad de sistemas universales de salud.

En sexto lugar, Raúl Mercer, Karina Ciminio y Carlota Ramírez toman como punto de partida la concepción de la salud como un cuerpo social y, desde dicha concepción, lo vinculan a la política. Específicamente, se centran en analizar el ejercicio de la sexualidad como una dimensión intrínseca a la salud.

En séptimo lugar, Luciana Wechselblatt propone un análisis de la incidencia de los movimientos sociales en la temática de la legalización del aborto, identificando para ello las limitaciones y los alcances de los derechos humanos. En ese sentido, nos brinda un recorrido del marco normativo sobre los derechos humanos a nivel internacional.

En octavo lugar, Daniel Maceira ofrece un análisis del sistema de salud en la Argentina. Su preocupación principal gira en torno a un modelo de cobertura universal que permita brindar un sistema de calidad. Para ello, muestra las falencias fundamentales en torno al financiamiento, el acceso y la cobertura.

Finalmente, en noveno lugar, María Belén Herrero y Jorgelina Loza abordan la temática de salud desde la mirada del medicamento y su relevancia para adquirir una soberanía en dicho ámbito. Las autoras se centran en un enfoque regional que permite trascender las fronteras nacionales y poner el foco en la situación actual de América Latina.

Sin lugar a dudas, el *dossier* que presentamos aquí en este número de la *Revista Estado y Políticas Públicas* es tan relevante como actual. El tema de las agendas de salud pública en América Latina nos interpela hoy tanto por el Coronavirus como por todas las dimensiones que la salud, sobre todo pública, en nuestros países, comporta, tanto en materia social y política como económica y cultural. Este *dossier* no hubiera sido posible sin la coordinación del

Dr. Raúl Mercer. Agradecemos muy especialmente por el excelente trabajo que ha realizado en convocar a las y los autores cuyas contribuciones componen este *dossier*, a quienes a su vez agradecemos por haber aceptado tan generosamente la invitación de ayudarnos a comprender con más y mejores herramientas la complejidad y la excepcionalidad de este contexto que nos toca atravesar. Agradecemos por lo tanto a Marco Akerman, Claudio Castillo, Karina Cimmino, Tatiana de Andrade Barbarini, Álvaro Franco-Girado, Camila Gonçalves De Mario, María Belén Herrero, Patricia Iacabo, Jorgelina Loza, Daniel Maceira, Helia Molina Milman, Carolta Ramirez, María Cristina Trousdell Franceschini y a Luciana Wechselblatt. Asimismo, agradecemos a los investigadores Alcides Bazza, Matías Berger, Ariel García, Jimena Ramos Berrondo y a Verónica Soto Pimentel por sus contribuciones sobre distintos temas actuales que se presentan en la sección “Artículos de investigación”. Y a María Agustina Mahón por el aporte de su tan interesante reseña de libro.

Daniel García Delgado
Buenos Aires, abril de 2020

DOSSIER:

**Agendas de Políticas de
Salud en América Latina.**

Coordinador: Raúl Mercer.

La salud, la pandemia y el pandemonio

Health, pandemic and pandemonium

Por Raúl Mercer*

Fecha de Recepción: 01 de febrero de 2020.

Fecha de Aceptación: 11 de mayo de 2020.

Introducción

Hace tan solo unos meses atrás, nadie habría podido imaginar que el mundo entraría en una nueva era condicionada por la aparición de un agente biológico en formato de virus que se diseminaría de manera vertiginosa generando estados de portación, enfermedad y muerte. Asistimos a un rápido aprendizaje (ver más adelante “pedagogía de la catástrofe” en este mismo artículo de investigación) de los fenómenos que caracterizan a la triada epidemiológica (agente-huésped y ambiente) y el peso relativo de cada uno de estos pilares en la mayor o menor expresión de la enfermedad. Cuando comenzamos a organizar este *dossier*, no nos imaginamos ni pronosticamos el impacto que el COVID-19 tendría sobre cada uno de los aspectos de nuestras vidas, de nuestra cotidianeidad, de la convivencia en el hogar, el barrio, la sociedad, del nuevo orden global.

Es un hecho destacable, pese a la imprevisibilidad fáctica, que la salud emerge como una

problemática central en el debate de la pandemia y de sus significados. También aparecen las políticas de salud, la participación social y la capacidad de los sistemas y de los servicios de salud para responder a las demandas crecientes asociadas a este fenómeno. En este sentido, el *dossier* aporta investigación e información relativa a las dimensiones mencionadas y, en algunos casos, caracteriza a los sistemas de salud en los aspectos de financiamiento, regulación, funcionamiento y políticas sectoriales. En todos los casos, la salud es abordada críticamente con relación a las barreras que impiden el acceso a servicios oportunos y de calidad. En este contexto, el COVID-19 es un agregado más, un catalizador que agudiza y magnifica las deficiencias estructurales existentes. Una forma descarnada de exponer una realidad velada, silenciada y disimulada desde las políticas de algunos Estados que intentan cambiar el curso del timón político mediante las tendencias privatistas, excluyentes y negacionistas propias del modelo neoliberal (ver

* Médico Pediatra. Magister en Epidemiología por la Universidad de Madison, Estados Unidos. Especialista en Salud Pública. Coordinador del Programa de Ciencias Sociales y Salud del Área de Salud y Desarrollo Humano en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Argentina. Correo electrónico: rmercera@flacso.org.ar

por caso los artículos de investigación sobre la situación del Brasil y Colombia).

Vivir en modo pandemia

Entrar en “modo pandemia” ha sido, sin lugar a dudas, uno de los mayores desafíos que está experimentando la comunidad global. Pocas veces hemos tenido la oportunidad de homogeneizar y aproximar los discursos y sensaciones por parte de altos funcionarios de los Estados con la realidad cotidiana de la ciudadanía. La entrada del Coronavirus en la escena nacional y global ha disparado una serie de mecanismos y procesos que trascienden la lógica epidemiológica tradicional generando efectos impensados, imprevistos e imposibles de mensurar en cuanto a sus potenciales consecuencias. En estas líneas queremos resignificar al Coronavirus más allá de su patogenicidad, virulencia y transmisibilidad.

COVID-19: un nuevo modelo de experimentación social

El COVID-19 está generando un cataclismo económico acelerando la movilidad social descendiente. Si recordamos, la pandemia afectó en una primera onda a grupos en movimiento (viajantes, turistas, visitantes, migrantes pudientes y residentes circunstanciales en territorios de turismo receptivo o laboral) pertenecientes a clases medias altas y altas. Luego, se fueron comprometiendo otros sectores sociales. Tal es el caso de los Estados Unidos en donde en Nueva York se registra una mayor afectación de población afroamericana y latina (como proxy de pobreza). Pero, además, las consecuencias económicas producto de la cuarentena inciden negativamente sobre los sectores medios, cuentapropistas y desocupados ante la falta de ingresos para paliar la crisis. En los casos extremos, es el Estado el que asume una función amortiguadora sobre las consecuencias devastadoras de la crisis, pero estas medidas tienen alcance limitado consideran-

do la magnitud del problema y la población afectada.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como un conjunto integrado de objetivos se están desmoronando debido a un problema de salud pública global. Cuando se desarrollaron los ODS, y a medida que se adoptaron, la salud (Objetivo 3) se consideró fundamental para todos ellos. La salud se beneficia de todos los demás objetivos y contribuye a todos los demás objetivos dadas sus interdependencias. Ahora los países más ricos son los más afectados y los que sufren el Coronavirus. La inversión en salud fue muy pequeña en comparación con la seguridad armamentista, relegando en nuestro caso a la seguridad humana. De allí el llamado del Secretario General de las Naciones Unidas (Antonio Guterres, 2020) para pensar en la salud como el objetivo central de los ODS y que la inversión en salud es, en realidad, la inversión correcta junto con la educación. Erradicar la pobreza en todas sus formas sigue siendo uno de los principales desafíos que enfrenta la humanidad. Si bien la cantidad de personas que viven en la extrema pobreza disminuyó en más de la mitad entre 1990 y 2015, aún demasiadas luchan por satisfacer las necesidades más básicas y otras se han empobrecido.

A nivel mundial, alrededor de 736 millones de personas aún viven con menos de US\$ 1,90 al día (2015) y muchos carecen de acceso a alimentos, agua potable y saneamiento adecuados. El crecimiento económico acelerado de países como China e India ha sacado a millones de personas de la pobreza, pero el progreso ha sido desparejo. La posibilidad de que las mujeres vivan en situación de pobreza es desproporcionadamente alta en relación con los hombres, debido al acceso desigual al trabajo remunerado, la educación y la propiedad (UNDP, ODS). Sin duda, el Coronavirus magnifica estas diferencias.

El COVID-19 y la Champions League

Si bien se menciona que en el inicio de la pandemia, la existencia de espacios concurridos y asistidos por multitudes (aglomeraciones de peatones en el mercado de Wuhan, traslados masivos de continentes de viajeros, tribunas repletas en el fútbol italiano/español o, más recientemente, la feria de tecnología de Texas), estos motivos no justifican para que el seguimiento de la pandemia deba responder al score de las competencias deportivas. Hoy asistimos a un verdadero acto de acoso informativo a través de los medios locales e internacionales con la actualización del número de infectados, muertos, y recuperados a modo de score de un torneo. Esta información, tal como es propalada, tiene poco efecto en la evolución de la pandemia *per se* y un efecto relativo sobre la población impávida expuesta ante los números que penetra sus sentidos. La información, en este caso, atiende a varios fines. Por un lado, mantener el aparato informativo de pie, por el otro desinformar (ver infodemia), también es un factor generador de aprensión, temor, angustia, sufrimiento, *stress* y, en algunos casos, informar.

Los análisis comparados pierden sentido cuando se limitan a una cifra centrada en el número de fallecidos ya que existen cuestiones técnicas y contextuales que avalan dichas cifras. De allí que un buen punto de referencia es el de analizar la evolución de la pandemia con referencia a la situación particular de cada país.

Los números extremos que se manejan y supuestamente incuestionables son las muertes y la tasa de ocupación de camas de terapia intensiva. Estos dos indicadores duros están sujetos a errores. Por un lado, no todos los países identifican y diagnostican las muertes de la misma manera y la ocupación de camas está sujeta al patrón de respuesta del sistema de salud y la infraestructura disponible (equipamiento y RRHH). Hay países que notifican y certifican las muertes que acontecen dentro

del sistema sanitario y no las que ocurren por fuera del mismo, hay países que estudian las muertes en casos compatibles con COVID-19 y otros no, hay países que realizan estudios diagnósticos *post-mortem* (necropsias) y otros no. En definitiva, ante el evento muerte, hay aún un espacio de incertidumbre.

La prevalencia y la incidencia real se desconocen porque desconocemos el denominador (población afectada) que depende de la cobertura del testeo y de la calidad del sistema de detección (cuestionado en algunas circunstancias). En general, no existen testeos masivos (salvo Islandia y algún otro país). La definición de caso no sólo varía en cada país, sino dentro del mismo país (en la Argentina ya ha modificado en reiteradas veces su definición). Con estas limitantes, resulta difícil realizar estudios comparados y mucho menos decir que estamos mejor o peor que otro país como si se tratara de una justa deportiva.

Lo que sí estamos en condiciones de incorporar aprendizajes, buenas prácticas, recomendaciones sobre lo que resulta efectivo en cada momento de acuerdo al comportamiento de la pandemia. No hay una receta ya que no hay una sola Argentina, no hay un solo Brasil, ni México ni Estados Unidos. Las estrategias deben ser planificadas de acuerdo a las realidades epidemiológicas locales. Hay otras dimensiones que no son menores tienen que ver con las respuestas de los sistemas de protección social, además del sistema médico asistencial, la respuesta de la comunidad organizada, la consideración para los grupos de edades extremas (niños/adultos mayores). Es evidente que no hay una medida resumen que pueda caracterizar la evolución de la pandemia, pero es probable que un indicador complejo como el CPPC (Clima País por la Pandemia del COVID-19) resulte una aproximación inspiradora que permita conjugar indicadores epidemiológicos asequibles, nivel de autonomía social informada, información transparente y orientadora, carga de *stress* evitada, coor-

dinación político-técnica, despartidización de las intervenciones, elaboración escenarios prospectivos. Dicho en otras palabras, hay países en donde la población puede transitar la pandemia de una manera más tolerable que en otras y ello depende de la calidad de las respuestas del Estado, de las Instituciones y de la Sociedad misma, sin tensiones ni terrores impuestos.

Quizás el mejor modelo comparativo lo conforma cada país en sí mismo mediante la observación del comportamiento de la pandemia y las respuestas desde diferentes sectores de la sociedad para garantizar el derecho a la salud, sin exclusiones.

Rescatismo condicionado

Hace menos de un año, asistíamos a imágenes cruentas y dolorosas de poblaciones migrantes del norte de África tratando de cruzar el Mediterráneo en lanchones o de poblaciones huyendo del territorio Sirio, buscando en forma desesperada un campo libre de plomo (bombardeos). Imágenes lacerantes de cadáveres flotando a la deriva y cuerpos de las y los niños varados en las costas del mar o sepultados entre las ruinas de Alepo. En todos los casos, el destino de los sobrevivientes se reducía a campos de refugiados como depósitos de despojos humanos. En algunos casos, el rescate estuvo circunscripto a agencias de ayuda humanitaria, organismos de defensa de los derechos humanos y algún emprendimiento personal solidario. El COVID-19, en cambio, ha generado un proceso de respuesta de parte de los países para ir a la búsqueda y rescate de congéneres mediante la pesquisa activa, la puesta en marcha de una logística compleja y costosa para que la charterización de los migrantes por voluntad propia sean repatriados como una cuestión de justicia y de defensa de su nacionalidad. En todo este escenario, los países han expresado mayor complacencia por albergar a los suyos y desistir de quienes pertenecen a otra cultura, hablan otro idioma o

tienen una disposición de sus párpados de un perfil disonante con el patrón occidental. Enfrentamos el regreso de contingentes por diferentes vías (terrestres, marítimas, aéreas), no exentos de un valor simbólico que va desde la reparación cívica a la importación de residuos tóxicos contaminantes o desechos industriales a ser almacenados y resguardados en depósitos más o menos confiables (hoteles).

***Trade-off* (mecanismos de compensación)**

Dentro del campo de la salud, existen metodologías de negociación para evaluar el peso o la carga asociados a ciertas problemáticas de salud y el impacto sobre la percepción del estado de salud. En este sentido, la metodología de *trade-off* invita a tomar decisiones sobre qué estamos dispuestos a resignar (en término de años de vida por vivir, sufrimientos por evitar, calidad de vida a resignar) frente a la existencia de una dolencia, una secuela discapacitante o la muerte. Un ejemplo podría ser cuántos años de la vida estaríamos dispuestos a resignar en función de un dolor intratable que impide conciliar funciones básicas como descansar o trasladarse de un ámbito a otro. El COVID-19 está induciendo a fenómenos de *trade-off* a diferentes escalas. En este sentido, el Coronavirus se ha constituido en un excelente modelo de experimentación social como expresión de la capacidad de negociación que los diferentes grupos poblacionales van desarrollando en función de la mayor capacidad de agencia y autonomía para decidir de manera informada. Entran a jugar aquí diferentes aspectos:

- **Individuales:** el hecho de pertenecer a un grupo de riesgo (>de 60 o más años, tener una comorbilidad o condición subyacente) son factores atemorizadores que inducen la adopción de comportamientos preventivos más estrictos con respecto al conjunto de la población. La presión familiar llamando al

confinamiento es también un factor protector. El confinamiento es una medida precautoria ante la mayor posibilidad de enfermar y morir.

- **Colectivos:** en este caso, el llamado al confinamiento es asumido de diferentes maneras por parte de quienes están habilitados para la medida, aquellos que ven amenazada su subsistencia en caso de no poder sostener sus espacios de trabajo, aquellos que pese a poder sostener sus esquemas de vida desafían a la norma como forma de administrar justicia por mano propia y aquellos que aprovechando la crisis y la incertidumbre sacan ventajas comparativas haciendo uso de supuestos privilegios.

En definitiva, el fenómeno de *trade-off*, contempla no sólo los niveles de salud que estamos dispuestos a resignar en función de un mal mayor, sino además aquellos aspectos inherentes a la sostenibilidad de la economía familiar, de las PyMEs, de las grandes industrias, de la producción agrícola y ganadera considerando la descapitalización progresiva secundaria a la parálisis del aparato productivo. En este escenario, somos testigos de diferentes comportamientos caracterizados, por un lado, por la generosidad, la solidaridad y el altruismo. Por el otro, por la mezquindad, la ventaja por sacar mayor rédito y la especulación a gran escala. Todas estas circunstancias son caras de la misma moneda. Es real que estos patrones de respuesta varían diametralmente en los diferentes países en función de la mayor o menor capacidad regulatoria del Estado, la existencia de una cultura social marcada por la historia (como el caso del Confucionismo para los países del Sudeste asiático) y la existencia de redes solidarias.

Fragmentación versus de-fragmentación sanitaria

Hay un término históricamente utilizado para caracterizar el sistema de salud argentino: la

“fragmentación”. Ello responde a la inexistencia de un patrón funcional que permita brindar armonía al sistema proveedor de servicios en el territorio nacional. Aquí se conjugan una serie de factores e intereses condicionados por el ejercicio de un federalismo atípico, la falta de coordinación de los subsectores prestadores (público, seguridad social y privado) y, por qué no, la necesidad de mantener el *status quo* que permite que ante un sistema sanitario revuelto sigan ganando los sectores corporativos en desmedro de los usuarios y usuarias del propio sistema de salud. Llamativamente, el COVID-19 acerca una posibilidad única consistente en la generación de mesas de diálogo para la coordinación del sistema prestador. Todo ello, atendiendo a optimizar el uso de recursos (fundamentalmente camas, equipamiento y recursos humano para cuidados intensivos) y la asignación de los mismos. En nuestro caso, el Coronavirus podría actuar como agente de-fragmentador posibilitando, desde esta experiencia, coordinar instancias de planificación, comunicación, coordinación, algo necesario para una reingeniería del sistema sanitario.

Además de este potencial efecto integrador, el COVID-19 ha logrado cambiar de curso del imaginario colectivo del sistema de atención de la salud (antes medicalizador, hegemónico, biologicista) hacia un modelo humano, heroico y sensible. Ni lo uno ni lo otro. Ambas simbologías siempre coexistieron. El tema es que hoy se visualiza más el aspecto altruista de la profesión. Por su parte, los/as profesionales de la salud no reclaman aplausos a las 20 hs (en Europa) o a las 21 hs (en América Latina). Reclaman condiciones dignas de trabajo en cuanto a la seguridad salarial y la bioseguridad para contar con equipos (CDC, Atlanta, Estados Unidos) para evitar que los propios profesionales y personal auxiliar sigan engrosando las estadísticas de muertes por la pandemia, además de ser agentes transmisores.

Transición epidemiológica forzada

Hace apenas seis meses de la publicación del presente *dossier*, el mundo se debatía en medio de la transición epidemiológica caracterizada por el descenso paulatino de las enfermedades transmisibles (infecciosas) y el aumento relativo de la no transmisibles (crónicas). Este marco teórico experimentó un derrumbe epistémico toda vez que las enfermedades transmisibles como el sarampión y dengue hacían implosión y el COVID-19 venían a ocupar las marquesinas del tablado sanitario de América Latina. Vemos así que los fenómenos de transición epidemiológica dejan de responder a patrones pautados por la existencia de tendencias predecibles, para pasar a conformar un escenario de entrecruzamientos e interdependencias que responden a los múltiples factores en juego. De allí que el fenómeno disparado por una enfermedad transmisible tendrá consecuencias propias del agente patógeno y otras producto de las recomendaciones para su prevención. Es de esperar que como consecuencia del confinamiento aumentarán problemas de salud mental (asociados a la soledad, el aislamiento, el pánico, los miedos, la incertidumbre), la obesidad como consecuencia de la vida sedentaria y la alimentación no saludable y sus consecuencias (síndrome metabólico, diabetes, hipertensión, ACV), aumento de la violencia intrafamiliar (fundamentalmente violencia de género), problemas en la esfera psicosexual. Contrariamente, y como resultado de la liberación de los espacios públicos, se espera una reducción de los accidentes y sus consecuencias, de la criminalidad, de las enfermedades asociadas a la contaminación ambiental (asma y EPOC, entre otras). Este fenómeno de transición epidemiológica, deberá conformar una base de debate a futuro para aplicar una vez más criterios de *trade-off* sobre el tipo de consecuencias negativas sobre la salud que la propia humanidad está generando y el modo de mitigarlas. Quizás este sea uno de los últimos llamados de atención ya que para

un nuevo evento de estas características quizás resulte demasiado tarde.

Endo-epidemias: los brotes no deseados

La pandemia, viene con una carga simbólica muy importante, además de la epidemiológica, de todas sus consecuencias sobre las dinámicas de la sociedad, los modos de relacionamiento y de convivencia. En este sentido, existen ciertas problemáticas de salud que pueden emerger como externalidad o consecuencias indirectas de la pandemia. Tal es el caso de la violencia de género, un fenómeno esperado como resultado del confinamiento en donde la curva sigue aumentando a escala global.

Otros fenómenos epidémicos (entendidos como el aumento desmedido de casos por encima de los promedios históricos o estacionales) tendrán relación con las patologías no-COVID-19 no resueltas y que están relegadas por causa de la pandemia. Entran a jugar una extensa serie de problemáticas de salud: problemas odontológicos, enfermedades cardiovasculares, enfermedades crónicas, cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductivas, que se encuentran "reprimidas" hasta tanto la cuarentena libere los regímenes de consulta-acceso-atención. Cuando esto acontezca, habrá un incremento notable de la demanda de todas estas problemáticas. Pero también entran a jugar factores contextuales como la pobreza, el hacinamiento, la falta de provisión de agua potable, la falta de saneamiento, la falta de acceso al mundo digital y la comunicación ampliando las brechas estructurales de inequidad existentes.

No obstante, otra epidemia no infecciosa tiene relación con los comportamientos discriminatorios, en nuestro caso, de sectores que aprovechan la pandemia para realizar una avanzada contra los programas de salud sexual y reproductiva. Piensan que temas como la educación sexual integral, la anticoncepción

o la interrupción voluntaria del embarazo son ajenos al Coronavirus y, por lo tanto, no se debe invertir en estos programas durante la pandemia. Nada más alejado de la realidad. Estos programas deben ser garantizados porque además de ser un derecho, traería consecuencias catastróficas. Estos grupos, ¿asumirán el costo de las omisiones?

El viejo problema de ser viejo

Hace tiempo que las leyes evitan que las y los niños sean considerados propiedad de los padres, aunque siempre hay quienes por alguna razón consideran a otros con una calidad inferior de lo humano y con la excusa de protegerlos disponen de ellos como si fueran objetos. Hoy se ha decretado que sean los adultos mayores (viejos en la expresión de cariño y respeto que recibimos de nuestros hijos y nietos) el objeto de tutela y dirección por parte de gobernantes, expertos y brazo armado, quienes con el pretexto de cuidarnos nos quiten la dignidad de personas plenas (Alicia Torres, 2020). Para cuidarnos del virus nos impiden caminar, reforzar vínculos e intercambios, encontrarnos y gozar del afecto de hijos y nietos o simplemente seguir trabajando en tareas permitidas con los cuidados de rigor. Preparándose para enfrentar el virus cierran consultorios, suspenden tratamientos y limitan la asistencia de otras dolencias de no ser caso grave. ¿Los expertos podrán comprender que si hemos llegado a viejos algo sabemos sobre lo que necesitamos y nos hace bien para cuidar nuestra salud? ¿Recordarán la importancia de consultas oportunas y tempranas no sólo por los virus?

Uno de los cambios en la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud depende de la “transición demográfica” caracterizada por la reducción de la mortalidad temprana (infantil), la reducción de las tasas de fecundidad y el aumento de la población adulta mayor como resultado del aumento de la expectativa de vida (longevidad). Este hecho lleva a un mayor consumo de insumos

y servicios de salud. Hoy, el fenómeno de transición demográfica está potenciado por el COVID-19. Es indudable que una de las consecuencias menos deseadas de la pandemia es el colapso de los dos destinos más frecuentes de la población adulta mayor: las unidades de cuidados intensivos (con una mortalidad del 50%) y las funerarias (rebasadas en su capacidad de contención en el manejo de los cadáveres). En algunos casos como en Guayaquil (Ecuador) algunas funerarias han decidido cerrar sus puertas y habilitar que las muertes acontezcan en cualquier lugar, independientemente de su factor causal. En Nueva York, el uso de fosas comunes en una isla frente a Manhattan para “pobres muertos pobres” se conforma en el destino incierto de quienes no pudieron sobrevivir. En cambio, países como Holanda y Bélgica (ambos con eutanasia legal) proponer morir en casa atendiendo a que la muerte en un hospital resulta inhumano. De allí que los fenómenos de confinamiento, si no son acompañados por mecanismos de readecuación de los sistemas de atención y acompañamiento (voluntariado telefónico o virtual, seguimiento personalizado de personas nominalizadas, acercamiento de servicios de atención, medicamentos y recursos a nivel domiciliario, entre otros) se conforma en una penalización a un grupo que de por sí es vulnerable. Todo ello atendiendo a evitar la comorbilidad asociada al confinamiento para que el mismo no supere el riesgo de practicarlo.

¿Quién escucha a la población infantil?

En líneas generales, pensamos que la niñez no ha tenido ni tiene un lugar destacado en el contexto de la pandemia. La niñez no es mencionada, no tiene identidad propia, o emerge parcialmente al imaginario colectivo. Es indudable que otros grupos poblacionales han captado el interés ya sea por sus vulnerabilidades o riesgos asociados como es el caso de los adultos mayores. Las niñas y niños, por el

contrario, dado su poco compromiso clínico y afectación directa por el Coronavirus, pasaron a un lugar de poca relevancia y por lo tanto de consideración. Por su parte, aparecen otras caracterizaciones de la niñez, producto de su potencial rol de portadores y vectores de contagio que, en algunos casos, se traduce en una visión peligrosa o amenazante de los niños.

Es así que la sociedad va generando fobias y actitudes discriminatorias para todo lo que potencialmente una amenaza. De allí que nos encontramos con actitudes impensadas como la **gerontofobia** (contra los adultos mayores), el **adultocentrismo** (como expresión de la fobia contra los niños y niñas), la **galenofobia** (contra el personal de salud) y también la **fobia oriental** para aquellos ciudadanos y ciudadanas que descienden de una cultura asiática. Todos sabemos que cualquier persona que es discriminada, sea cual sea el motivo, su salud estará afectada. En suma, las prácticas discriminatorias asociadas a la pandemia constituyen un desenlace no buscado y no deseado atendiendo a sus consecuencias negativas.

En definitiva, todas aquellas respuestas basadas en los miedos, las fobias, los prejuicios, los temores, los preconceptos y los que algunos denominan “la epistemología de la ignorancia” conforman el caldo de cultivo sobre el cual se van generando nichos o guetos de fragmentación social apelando a resguardar el bien individual en desmedro del bien colectivo.

Los mismos síntomas de la pandemia se producen en otras circunstancias

El mundo asiste atónito ante la existencia de emergentes que son el resultado de la pandemia COVID-19 sin dejar de reconocer que el mismo patrón sintomático se reproduce en otras circunstancias. Por ejemplo, la *cuarentena*, como expresión de confinamiento, ha acontecido y aún acontece con las personas con discapacidad que transcurren gran parte de sus vidas en instituciones o en sus propios hogares dada la presión social y el estigma aso-

ciado a la discapacidad (tema relevante en la población autista). El *colapso de los sistemas de salud* es moneda frecuente en zonas de conflicto bélico como es el caso del Yemen o Siria en donde la oferta de heridos y mutilados, desborda la capacidad de respuesta del sector. Las *muertes en soledad*, conforman un evento frecuente en los servicios de salud, dadas sus políticas restrictivas en el acceso de los familiares para acompañar a sus seres queridos en el tránsito hacia la muerte. La *segregación de la enfermedad* afectando a las poblaciones más vulnerables (por su edad, su condición social, su género) es algo que se reproduce globalmente como muestra de la injusticia en los patrones de distribución de recursos y de la riqueza. Las consecuencias de la crisis climática sobre la salud, es algo que se viene observando desde hace años condicionando la *emergencia de enfermedades transmisibles* y desastres naturales que resultan de la falta protección del ambiente. La *discriminación* es un fenómeno estructural anclado en las sociedades y que, independientemente del motivo que la genere, afecta negativamente el estado de salud física y mental. Como en el medioevo, la sospecha de hechicería era acompañada por mecanismos de *delación* y, en algunos casos, *represión*, propios de la actual pandemia. Podríamos seguir enunciando otros aspectos de la pandemia en lo referente en su fenotipia que, por algún motivo, la sociedad las niega, las oculta, las ignora y en algunos casos, las naturaliza.

Infodemia

Este término, acuñado por la OMS, hace referencia a los riesgos asociados a la sobreinformación, desinformación o información no veraz (*fake*). Los aspectos comunicacionales son centrales al momento de manejar riesgos poblacionales a escala. Todo ello, con el fin de cumplir una función esencial que es la de empoderar a las personas para tomar decisiones informadas. El aparato comunicacional se conforma en una verdadera industria sobre la

cual se van construyendo estrategias políticas, de *marketing* (fundamentalmente de la industria farmacéutica y de aparatología médica, además de productos cosméticos, probióticos, desinfectantes ambientales, entre otros). Los programas periodísticos utilizan los mismos mecanismos que el virus para anclarse en un vector humano (en nuestro caso la audiencia pasiva) sobre la cual va replicándose y generando cambios funcionales atraviesan diferentes estadios: interés, avidez, dependencia, saturación, toxicidad y desgaste emocional. No es infrecuente observar profesionales médicos infecto-peregrinos deambulando por los *sets* de radio y televisión pontificando su saber coyuntural a una población ávida de argumentaciones. Todas estas circunstancias tienen un efecto positivo sobre uno de los pocos mercados que se han beneficiados de la actual crisis: el mercado de los medicamentos, los productos de limpieza, las redes sociales, los sistemas de *delivery* y los medios de comunicación. Asistimos a una transformación de las prácticas de mercado inducidas por los medios y la pandemia, usuarios y empresas, entre ellas, el “*stockeo*” de mercaderías ante el posible advenimiento del apocalipsis y el aumento extorsivo de los costos de productos de consumo habitual, un verdadero *pandemonio*.

Cuarentena, restricción de los derechos y dilemas éticos

Es innegable que el COVID-19 ha generado un espacio de tensión en el ejercicio de los derechos. La cuarentena restringe las libertades, el derecho a la asociación, el derecho a la familia, el derecho al trabajo, a la libre circulación, entre otros. Son los Estados los que van dirimiendo la puja entre riesgos y beneficios a fin de encontrar un espacio de acuerdo en donde los derechos estén mínimamente garantizados. Desde el punto de vista comparado, hay países que han priorizado a los sujetos en el centro de las políticas mientras que otros países experimentan con la impunidad que

detentan algunos de sus dirigentes (Trump, Bolsonaro, entre otros) en desmedro del bien común. La desinversión en el sistema de salud pública por las drásticas políticas privatistas, exponen el lado oscuro de la pandemia. Dos artículos del presente *dossier* hacen referencia al retroceso del Sistema Único de Salud del Brasil (SUS), hoy agravado por el Coronavirus. Pero, al mismo tiempo, los dilemas éticos atraviesan cada uno de los aspectos asociados a la pandemia. Unos tienen que ver con la ética al lado de la cama del enfermo en los cuales la asignación de recursos debiera estar basada en la correcta administración de justicia. Otros dilemas tienen relación con la ética en las políticas públicas (temas abordados en este *dossier*) que atienden al rol del Estado como mediador entre las necesidades de la población y las capacidades para responder a las mismas con el fin de garantizar a la salud como un derecho y no como mercancía. Los derechos reproductivos y no reproductivos también son puestos en tensión ya que prestaciones como controles prenatales, acceso a métodos anticonceptivos y a ILE si bien son reconocidas como esenciales no son percibidas como urgencia en el marco de la pandemia o pasan a un segundo plano por redistribución de recursos humanos o de espacios de atención. Sin embargo, tienen un impacto muy fuerte en la vida de las niñas y las mujeres (tema incluido en este *dossier*).

Los grandes beneficios y clamores

Es indudable que el COVID-19 ha generado una serie de externalidades positivas en la sociedad que replantean el actual estado de cosas, la magnitud de lo que la humanidad ha conseguido por priorizar lo material a cualquier costo (José Mujica), la necesidad de comprender el ahora más allá de la pandemia. La toma de conciencia sobre la preservación del ambiente y la naturaleza, la importancia de las redes sociales, la cooperación entre y al interior de los países, la revalorización de las propias capacidades, la posibilidad de generar

un proyecto colectivo, nacional, constituyen algunos de los logros que nos deja este fenómeno sin dejar de reconocer otras consecuencias sobre el escenario económico global.

Uno de los aspectos más impactantes de la pandemia fue y aún es la masa de información generada para confrontar al Coronavirus. Hay una avidez sentida y genuinamente motivada por producir algún producto que sirva de guía para el manejo del problema desde la esfera familiar, institucional, comunitaria. Es así que aparecen a diario guías, manuales, protocolos, videos tutoriales, materiales educativos, sistemas de información en línea, mapas interactivos, encuestas auto-administradas, boletines epidemiológicos, foros, grupos de interés, cadenas solidarias, *blogs* de autoayuda, iniciativas religiosas, de seguros de salud, del Estado, de colectivos de artistas. Las demandas responden a cuestiones sectoriales (salud, educación, economía, desarrollo social, planificación urbana, transporte, ambiente). Dentro del sector sanitario, grupos representativos de diferentes colectivos (salud perinatal, salud sexual y reproductiva, género, salud de la niñez, adolescencia, salud mental, infectología, nutrición, seguridad hospitalaria, entre otros) buscan ganar un espacio en función de temáticas afines y de interés. La cuestión es ver de qué modo esta diversidad de intereses cuenta con un espacio de conjunción y facilitación para entender que de una u otra manera contribuyen a paliar la actual situación desbordante sin ningún tipo de exclusiones.

Comentarios finales

El presente *dossier* sobre salud toma algunos ejemplos de políticas sectoriales desde la óptica y realidad de diferentes países de América Latina. En todos ellos, el COVID-19 se fue dando de manera disímil como reflejo de las diferentes capacidades de respuesta, compromiso social y significado político. Por sobre todas las cosas, la pandemia deja muchas enseñanzas e incertidumbres asociadas al futuro

desarrollo, pero también aprendizajes relativos a la incapacidad del capitalismo salvaje por dar respuesta a contingencias como la presente que se profundizan en contextos de inequidad.

Cuando este material esté en vuestras manos, muchas cosas habrán acontecido en nuestro país, en la región y en el mundo. Estaremos viviendo (supuestamente) los coletazos de un vendaval para el cual, como sociedad, no estábamos preparados, pero que tuvimos que asumir estoicamente tratando de caminar a tientas, en la oscuridad, buscando respuestas y soluciones en algún lugar. ¿Habremos aprendido algo de todo lo acontecido? ¿Estaremos en condiciones de vislumbrar horizontes más prometedores para la convivencia humana? Por ahora, son sólo dudas.

Referencias bibliográficas

- Besley T, Velasco A. (2020). *Politicians can't hide behind scientists forever – even in a pandemic*. Disponible en: <https://blogs.lse.ac.uk/covid19/2020/05/06/politicians-cant-hide-behind-scientists-forever-even-in-a-pandemic/>
- CDC, Atlanta, USA. (2003). *Severe Acute Respiratory Syndrome. Personal Protective Equipment (PPE)*. Disponible en: <https://www.cdc.gov/sars/downloads/ppeposter1322.pdf>
- Guterres, A. (2020) *Llamamiento*. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/03/1471572>
- Mujica, J. (2020). Reflexiones de Pepe Mujica desde su confinamiento. *Video: Spanish Revolution*. Disponible en: <https://www.facebook.com/SpanishRevolution/videos/reflexiones-de-pepe-mujica-desde-su-confinamiento/631790704339151/>
- Página 12. (31 de marzo de 2020). Coronavirus en Bélgica: piden que no se hospitalicen a los ancianos más débiles y se los deje morir. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/256562-coronavirus-en-belgica-piden-que-no-se-hospitalicen-a-los-an>

PNUD (2020). *Sustainable development goals*.

Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-1-no-poverty.html>

Torres, A. (2020). *Algunos viejos resistimos que nos quiten la dignidad*. Córdoba: Anisacate.

Para citar este Artículo de investigación:

Mercer, R. (2020). La salud, la pandemia y el pandemonio. *Revista Estado y Políticas Públicas*. Año VIII, Núm. 14, 23-33.

La égida de las Políticas Globales de salud en Latinoamérica

The aegis of global health policies in Latin America

Por Álvaro Franco-Giraldo*

Fecha de Recepción: 01 de febrero de 2020.

Fecha de Aceptación: 20 de abril de 2020.

RESUMEN

Las políticas globales deben ser objeto de análisis urgente para su redefinición desde la formulación y su proceso de implementación. El presente artículo de investigación pretende revisar la tendencia de las políticas globales en Latinoamérica siguiendo el hilo conductor de la globalización y su impacto en la salud. Se considera la globalización y sus efectos en la sociedad al analizar las relaciones locales y globales que se dan en torno a ella, y las implicaciones que los procesos globales tienen sobre esta la salud, así como su influencia en la gestación de las políticas públicas en los Estados Nación; su análisis nos permite llegar a las políticas globales, definiéndolas en un marco delimitado por los organismos multilaterales. Se analiza también el posicionamiento frente a este tema por parte de la Visión Latinoamericana de Salud Global, perspectiva que nos permite trazar lineamientos para lo que deben ser las políticas públicas globales en salud, incor-

porando una visión autóctona de salud global. Esta enfatiza en una perspectiva más cercana a los intereses ciudadanos de Latinoamérica y de los países menos desarrollados. En el interregno se debaten algunas políticas del orden global como lo son la política de salud universal (OMS), la “cobertura universal de salud”, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la atención primaria en salud y otras que hoy se discuten en la arena política internacional. Finalmente, se propone un marco basado en el cosmopolitismo respetando la heterogeneidad de nuestra realidad latinoamericana, necesario para redimensionar las políticas públicas globales. La redefinición estas, se apoya en los principios y fundamentos del deber ser y la *praxis* de la salud pública global, basados en la justicia social y en la equidad, para hacer frente al tipo de políticas que hoy se instituyen en la arena política supranacional.

Palabras clave: Salud, Política, Globalización, Política de Salud, América Latina.

* Médico salubrista. Profesor de la Institución Universitaria Visión de las Américas (Grupo de Investigación GISCO), Medellín. Doctor en Salud Pública por la Universidad de Alicante, España. Investigador Senior Colciencias. Correo electrónico: alvaro.franco@uam.edu.co

ABSTRACT

Global policies should be subject to urgent analysis for redefinition well from the formulation and its implementation process. This article aims to review the trend of global policies in Latin America following the guiding thread of globalization and its impact on global health. The issues related to globalization and its effects on society are reviewed when considering the local and global relations that occur around it, subsequently considering its connection with health and the implications that global processes have on this category, as well as its influence on the gestation of public policies in national countries; its analysis allows us to reach global policies, defining them in a context very limited by multilateral organizations. We also analyze the positioning in front of this issue by the Latin American vision of global health, a perspective that allows us to draw guidelines for what global public health policies should be, coupled with our vision of global health. This emphasizes a perspective that may be closer to the interests of Latin America. It considers some global or international policies such as universal health policy (WHO), "universal health coverage", Sustainable Development Goals (SDGs), primary care and others that are being debated today in the international political arena. Finally, a framework based on cosmopolitanism is proposed, respecting the heterogeneity of our Latin American reality, necessary to resize global public policies. The redefinition of the global policies proposed here is based on the principles and foundations of the duty and the praxis of global public health, based on global justice and equity, to address the type of global policies that today they are instituted in the scenario of the supranational political arena.

Keywords: *Health, Politics, Globalization, Health Policy, Latin America.*

Introducción

Los organismos internacionales del orden multilateral han jugado un papel muy importante

como agentes activos en la configuración de los modelos de desarrollo de los países en América Latina, perpetuando las desigualdades sociales como acontece en educación y salud, entre otros sectores sociales o incentivando las mismas, entre países, pero también dentro de ellos. Desde la caída del Muro de Berlín en 1989, cada vez ha sido "más explícito el rol de los organismos internacionales en la definición de las políticas públicas nacionales (...)" (Rivera, 2017: 111). Situación que nos obliga a repensar las políticas nacionales por su condicionamiento externo, pero también las políticas globales deben ser objeto de análisis urgente para su redifinición bien desde la formulación y su proceso de implementación. El presente artículo de investigación pretende revisar el comportamiento de las políticas globales en Latinoamérica siguiendo el hilo conductor de la globalización y su impacto en la salud global desde una perspectiva latinoamericana. Alrededor de ello, habría que preguntarse por dos asuntos, como lo indagara FLACSO (Altmann, 2019) en un reciente evento: "Los desafíos de la integración regional latinoamericana" y "América Latina frente a la nueva geopolítica global", dos ideas que nos estarán provocando durante el recorrido de este artículo de investigación. Así, de acuerdo con Solimano y Valdivia (2014: 363), es necesario "establecer una identidad regional propia, contextualizada en la realidad social, histórica, política y económica de los países de la región, con el fin de abordar de manera efectiva las desigualdades existentes". Esta podría presentarse como la principal idea fuerza y el desafío más apremiante para quienes propendemos por el desarrollo diferente de las políticas públicas, libre de ataduras con los gobiernos de los países del norte y con los actores transnacionales; lineamientos propicios que nos deben llevar a una nueva concepción de Salud Global y, en consecuencia, a redefinir las políticas globales de salud para mejores logros en la región.

Ana Sojo (2018: 24), en el mismo sentido de este artículo, afirma que, para los sistemas

de protección social en la región se nos viene la oportunidad del cambio, así:

la naturaleza impredecible de los riesgos, su magnitud y su carácter pueden ser la base de un interés compartido que sustente pactos en torno al fortalecimiento de políticas universales y con financiamiento solidario, que permitan enfrentar en condiciones menos desiguales a las poderosas coaliciones que se articulan en torno al lucro y a la individuación de los riesgos.

Se está refiriendo a un tipo de política pública regional que puede tener una dimensión global, es una perspectiva de los sistemas de salud en América Latina después de varias décadas orientados al mercado y al aseguramiento privado, con falencias de fragmentación, segmentación y estratificación.

De otro lado, está claro que no es posible que los países puedan abordar autónomamente problemas como el cambio climático, el agotamiento de recursos vitales, la pérdida de biodiversidad o la reducción de la pobreza y la marginación, que afectan a todo el planeta, entre otros. Tan sólo pensemos en la actual pandemia del SARS - Cov-2 (COVID 19). Debemos acudir a las alianzas planetarias y a la interacción con otros países para la construcción de políticas globales, en un marco más amplio (Vilches *et al.*, 2010). En el mismo sentido, la sociedad española de epidemiología (SEE, 2018) en su último congreso validaba esta iniciativa de la salud global y advierte de la necesidad de hacer políticas globales para poder hacer frente a los desafíos de la salud.

Otro asunto de importancia para la discusión es el de las particularidades locales, aún en el marco de políticas globales –glocalización– (Franco-Giraldo, 2019); por ejemplo, el tema de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en su momento, varios autores expresaron su preocupación (Kickbush *et al.*, 2015; Sheridan *et al.*, 2014; Ruano *et al.*, 2014) por la falta de participación de las comunidades, de los marginados, de los jóvenes en el debate

internacional. Entendiendo así, que este tipo de políticas de carácter global, deben reorientarse a las particularidades y necesidades las poblaciones y las comunidades, como corresponde a nuestra visión regional.

En consecuencia, este artículo de investigación propone que las Políticas globales en su relación con la salud deben abordarse, desde la equidad y la justicia social; y configurarse de una manera estructural, evitando las políticas asistencialistas y propiciando la participación local, así como la integración regional.

1. Antecedentes y contexto

Inicialmente es bueno retomar el concepto ‘globalización’ aportado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la cual expresa que: la globalización está dada por la “creciente gravitación de los procesos financieros, económicos, ambientales, políticos, sociales y culturales de alcance mundial sobre aquellos de carácter nacional, regional y local” (CEPAL, 2002); emplazando, en contradicción, los procesos de alcance mundial con aquellos de carácter nacional y regional, es decir, se trata de la imposición de los primeros sobre los segundos. Ahora bien, esta relación del centro hacia la periferia es la relación global-local, que algunos autores (Bozorgmehr, 2010; Pillet, 2008) nos conducen a pensar en escalas de territorialidad: hablamos de la escala planetaria, concepto que hace ver que la globalización es lo grande, lo global, lo planetario, lo integral; por el contrario, el concepto de escalas de territorialidad separa el mundo globalizado en varios niveles que no son meramente geográficos; la globalización integra todas aquellas actividades que se desarrollan en una unidad de tiempo y espacio, con simultaneidad en todo el orbe, dando la sensación de que desaparecen el tiempo y el espacio, no exactamente, pero sí recoge categorías imbricadas que pierden cada vez más su dimensión matemática y física.

El mundo, así visto, se constituye por un conjunto articulado de subsistemas hacia un solo

teleobjetivo, donde es posible tener una mirada macro con una pluralidad de acciones, simultáneamente en múltiples espacios (e instrumentos micro de intervención y acción). Cualquier problema afecta, en el mismo tiempo, a toda la población universal, sin embargo, la interpretación que se haga de cada fenómeno tiene diversos significados para los ciudadanos, según los niveles meso y micro de la realidad social; es el caso de los temas ambientales que se expresan con mayor claridad en los espacios locales y regionales, haciendo parte de una problemática planetaria que sólo se puede resolver globalmente.

1.1. La salud, un asunto global con expresiones locales

Al inicio de la década de 1990 - 2000 se intensifica la discusión sobre salud internacional, considerándola como un asunto global, concepto que posteriormente se acuñó como salud global (Franco-Giraldo *et al.*, 2009). La salud internacional en gran parte del siglo XX fue asumida como un problema de los países pobres y de las poblaciones marginadas de los países ricos; concepto que la actual pandemia del COVID-19 ha desvirtuado para siempre. De igual manera, la salud internacional se hizo al lado de organizaciones imperialistas como fue la Fundación Rockefeller, por lo que tenemos un problema con la salud global y es que algunos amigos de los centros de salud anglosajones han interpretado que el sur es un espacio para colonialismo, que les permite explorar y analizar de manera inconsciente a los países pobres y/o tropicales, incluso, llegaron a hablar de *los trópicos enfermos* (Franco-Giraldo *et al.*, 2009). Todavía hoy se insite en esta perspectiva pseudcolonialista en el mundo (un imperialismo académico o intelectual), que haría parte del capitalismo cognitivo. No obstante, se reconocen asuntos globales como lo son el cambio climático, el calentamiento de la tierra, el deterioro de la calidad del aire, las pandemias como la H1N1, el Ébola y la más reciente pandemia del coronavirus (COVID-19), que iba a afectar, tarde o temprano,

a los países ricos, entonces ahí sí se da la alarma mundial. En fin, la salud global es un concepto distinto al de la salud internacional, se inclina por la mejora de la salud y la equidad, la justicia social (justicia global) y enfrentar los problemas transnacionales de la salud.

La salud global, siguiendo la perspectiva del norte anglosajón, es:

un área de estudio, investigación y práctica que da prioridad a la mejora de la salud y la equidad para todas las personas en todo el mundo. La salud mundial pone de relieve los problemas transnacionales de la salud, los determinantes y las soluciones; involucra muchas disciplinas dentro y fuera de las ciencias de la salud y promueve la colaboración interdisciplinaria, y es una síntesis de la prevención basada en la población con la atención clínica a nivel individual (Koplan *et al.*, 2009; 1993).

1.2. La perspectiva Latinoamericana de Salud Global¹

Aquí, entre nosotros, estamos trabajando en una visión latinoamericana, crítica, que parte de interpretar el capitalismo global y todas sus consecuencias devastadoras sobre los países de América Latina, contraponiendo alternativas desde los derechos humanos, la equidad y la justicia social:

La Salud Global es el enfoque transdisciplinario que aborda la salud siguiendo la perspectiva del derecho universal a la salud y el bienestar social. En un mundo globalizado e interconectado se requieren abordajes globales con implicaciones

1 Partimos de otro ensayo del mismo autor de este artículo de investigación: “Salud global: una visión Latinoamericana” publicado en la *Revista Panamericana de Salud Pública*. Esta perspectiva se complementa con las declaraciones de la Alianza Latinoamericana de Salud Global, emanadas de 5 Conferencias Latinoamericanas de Salud global, con realización bienal, en sendas ciudades del continente.

locales [...], se avance en soluciones transnacionales, regionales y locales que mejoren la salud de todos los ciudadanos del mundo (Franco-Giraldo, 2016).

A lo anterior, debemos complementar que la salud global no es sólo un asunto totalizante y macro (muy propio de la perspectiva hegemónica del globalismo y de la salud global anglosajona); tenemos que reconocer que la salud se siente y se vive en los espacios cotidianos de la existencia humana, en el espacio micro donde se desarrollan las condiciones de vida de las gentes, donde inciden los procesos generales del devenir social y las tensiones del mundo globalizado. Es decir que, a la salud global también le incumbe la perspectiva local, así, para resolver el dilema de la universalidad del acceso *versus* la “cobertura universal” debemos recurrir a los servicios de atención primaria en salud, es decir, a la salud comunitaria en los espacios locales. Un ejemplo, en sentido contrario, podría ser el de los sistemas nacionales de salud y las reformas de corte neoliberal, que se impusieron contra los intereses de las poblaciones, vulnerando los aspectos culturales y territoriales, llevando por sus inconsistencias, al fracaso en algunos de los países, al desconocer los factores sociopolíticos y geoestratégicos regionales y locales. En este numeral, seguimos el artículo de Franco-Giraldo (2016), según el cual, en los últimos años se viene incrementando la producción intelectual en el área de salud global, el concepto ha surgido en relación, por momentos antagónica con el de salud internacional, no obstante que “la denominación Salud Internacional (...) de larga tradición en la Región de las Américas en donde parece encontrarse un instrumental teórico metodológico eficaz para que pueblos y gobiernos puedan construir estrategias adecuadas para proteger la salud en un mundo globalizado”, como lo exponían la OPS y algunas universidades en un seminario internacional (OPS, 2007). Los pueblos y grupos intelectuales latinoamericanos tenemos

sin duda, enfoques diferentes en torno a cómo pensar el mundo actual (“el mundo de la globalización”). Esta mirada que lleva a una perspectiva de salud global Latinoamericana y del Caribe (LAC) es diferente, dada nuestra ubicación geoestratégica, geopolítica e ideológica.

Por su parte, la Alianza Latinoamericana de Salud Global (ALASAG)² ha hecho un esfuerzo por integrar las iniciativas latinoamericanas de las instituciones académicas en salud global que “aun cuando se ha nutrido de conceptos generados en los países del hemisferio norte ha ido adquiriendo identidad propia, íntimamente relacionada con las características del desarrollo en nuestros países, en los cuales la desigualdad e inequidad afectan a sectores importantes de la población, incluso mayoritarios en algunos de ellos” (Solimano y Valdivia, 2014: 360), y defiende una posición crítica frente “al fenómeno de globalización económica capitalista manejado desde la ideología neoliberal”.

Los desafíos de esta Salud Global Latinoamericana son: propiciar nuevas estrategias para enfrentar con otro enfoque los determinantes sociales de la desigualdad; cambiar las relaciones internacionales, las relaciones de poder y gobernanza en el mundo.

2. Un marco para las políticas públicas globales

2.1. ¿Qué son las políticas públicas globales?

Las grandes transformaciones del mundo actual vienen acompañadas de los problemas globales más contemporáneos, los cuales desbordan los límites y la capacidad estatal,

2 La Alianza Latinoamericana y del Caribe de Salud Global (ALASAG), creada en el año 2010, como una red de instituciones académicas de colaboración Sur-Sur, en salud global (Solimano y Valdivia, 2014: 360).

como es el caso de la destrucción del medio ambiente y el consiguiente cambio climático, la explosión demográfica, las avalanchas migratorias que no cesan, la amenaza de las armas de destrucción masiva, el terrorismo y crimen organizado, la conculcación de los derechos y libertades fundamentales, el hambre, las pandemias, la insuficiencia energética, la crisis económica y financiera, el agravamiento de la brecha Norte-Sur, etcétera (Rojo Salgado, 2011: 10).

Estas amenazas contra la humanidad, así como otros problemas aparentemente menores, deberán ser objeto de las políticas globales, tales como: la pobreza y las necesidades de los países emergentes, la salud para las poblaciones migrantes, desplazadas o refugiadas, la inclusión de la diversidad afectivo-sexual y de género en las políticas de salud pública, el impacto de la contaminación en nuestra salud, el consumo de tabaco y alcohol, las enfermedades crónicas (SEE, 2018). Justamente, son estos problemas los que nos llevan a dar respuesta a necesidades que trascienden las fronteras y acción del Estado Nación, configurando una “agenda pública global”. Esas son las *políticas públicas globales en salud*.

En una primera aproximación, algunos elementos identitarios o elementos conceptuales inherentes a las políticas públicas globales, se pueden referir a la gobernanza global, a la agenda pública global y a los ciudadanos mundiales, según Pinzón (2011: 52), para quien el proceso de construcción de políticas globales (el *global policy making*):

... se basa en diseñar arreglos institucionales, para soluciones de acciones colectivas y provisión de bienes públicos globales, mediante incentivos económicos, sociales, o morales en las instituciones que se vayan configurando, arreglos que se dan en un nuevo ambiente de gobernanza global, cuyas organizaciones de alcance global, estarán orientadas a la materialización de la cooperación compartida.

2.2. Un marco epistémico basado en el cosmopolitismo y la heterogeneidad

En una configuración más amplia, las políticas globales en salud se deben construir siguiendo la perspectiva del cosmopolitismo democrático, el cual nos ubica en el terreno de los derechos humanos y su defensa en el ámbito global, es decir, más allá de la justicia económica global, una nueva visión política del actual orden internacional. Y como consecuencia se destaca “el asunto de cómo deben constituirse las instituciones supranacionales para poder realizar los ideales morales de justicia (Cortés, 2013). Lo que, para otros desde la corriente neoliberal, estarían hablando del complejo concepto de gobernanza por lo confuso que se ha presentado en el argot académico, pero absolutamente nodal en el mundo intelectual, burocrático y político; concepto, finalmente, relacionado con las Políticas Globales.

Es definitivamente en Fraser (2008) en quien encontramos mayores precisiones a la idea del cosmopolitismo, cuando introduce el concepto del “cómo” hacer la justicia, cuando trata el “enmarque como asuntos políticos que deben resolverse mediante el debate democrático y la adopción institucional de decisiones a escala trasnacional”. Otra de sus ideas importantes, que nos permite direccionar las políticas públicas globales, es la de los “públicos trasnacionales”, dado que hoy los públicos no coinciden ya con las ciudadanías territoriales, y las mismas economías ya no son nacionales y no resuelven los problemas de los ciudadanos en sus territorios. La respuesta parece estar en la trasnacionalización de la esfera pública, así como se han trasnacionalizado las economías. Habrá que trabajar el cosmopolitismo en esa dirección.

Si se piensan las políticas públicas globales desde la teoría crítica y el enfoque de género, es posible retomar la perspectiva feminista de Fraser (2008) que integra redistribución, reconocimiento y representación. Complementariamente, al considerar los conflictos dados por la globalización, en el terreno de las políticas

públicas se plantea la necesidad de una solidaridad transnacional, que extienda la emancipación y la transformación social. Este nuevo marco, basado en Fraser (2008), debe llevar a los salubristas y científicos sociales e internacionalistas a “repensar las políticas globales de salud” en varios sentidos:

1. “Los públicos” cambian para la salud global, desbordando el concepto “público estatal” que era objeto de la salud pública.
2. La justicia redistributiva, así como los ideales de “reconocimiento” son categorías que adquieren fuerza en la salud pública.
3. Pasamos, en salud global, de un marco nacional o interestatal (de fronteras) a otro supranacional (desterritorializado) que replantea el escenario de la salud pública convencional y de la salud internacional; marco que incidirá, sin duda, en las políticas globales de salud.
4. El fracaso de la actual arquitectura de gobernanza global, también afecta la gobernanza en salud y todo el entramado que teníamos de la clásica salud internacional, las cuales debemos repensar a la luz de estos conceptos.
5. Está claro que la salud pública no podrá responder solamente a esa territorialidad estatal del orden nacional, sino a otra territorialidad jerarquizada de lo global, lo regional y lo local, manteniendo un rol para el Estado para la aplicación de la justicia y la defensa de los derechos de sus propios ciudadanos.

2.3. Homogeneidad y heterogeneidad del mundo globalizado

Si continuamos con la idea del del reordenamiento global, debemos analizar dos tendencias opuestas que se le atribuyen al proceso de globalización. La primera es la progresiva unificación planetaria y homogeneización de los modos de vida; la segunda, la producción de nuevas formas de heterogeneidad y pluralismo “que resulta de la emergencia de identi-

dades transnacionales a través de procesos de etnogénesis o de radicalización de perfiles de identidad ya existentes” (Segato, 2002). Según la autora, la primera versión, redirecciona lo local, lo particular, minoritario o regional y sus identidades asociadas como fuerzas instituyentes del sistema económico mundial, que le confiere un espacio restrictivo en el sistema globalizado. La segunda tendencia, propugna por una “globalización desde abajo”, que les permite a los pueblos históricamente oprimidos por los estados nacionales, visibilizar sus identidades, las cuales “se asocian a través de las fronteras nacionales y ofrecen resistencia directa a las presiones de las corporaciones de capital transnacional” (Segato, 2002). No obstante, la autora defiende en su artículo, el papel del Estado en este escenario global, al plantear

la relevancia del marco de la nación para comprender los procesos de construcción de la identidad e intenta demostrar que cada nación del nuevo mundo constituye una formación de diversidad singular a lo largo de su historia. [Desdoblando la categoría identidad en dos tipos]: las alteridades históricas, es decir, aquellas que se constituyen en el campo interlocucional de la nación a lo largo de su historia, y las identidades políticas, o sea, las que surgen y se difunden con gran rapidez en el contexto global para jugar un papel en el reclamo de derechos y recursos (Segato, 2002: 239).

2.4. La idea fuerza del Universalismo

En los últimos años, se ha insistido en el universalismo en salud desde diferentes concepciones ideológicas, más en la vía de los organismos multilaterales como OMS, OPS y Banco Mundial, pero ha sido grande la confusión que se ha creado al respecto. Este es un aspecto importante para el desarrollo de políticas públicas globales, sobre todo en los sectores sociales. De acuerdo con la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES, 2014) entran en confusión las palabras: “*Cobertura Universal*

de Salud” (CUS-UHC), “Protección Social de Salud”, “Acceso financiero a Servicios de Salud”, “Pisos mínimos de Protección social”, conceptos del mismo tenor; son todas propuestas construidas desde los organismos e intereses geopolíticos internacionales del capital en el mercado de la salud y gerenciamiento del riesgo social. Al mismo tiempo, denuncia el apoyo de los propios grupos económicos transnacionales a la CUS junto a la alianza de la OMS-Banco Mundial. De otro lado y desde otra concepción política e ideológica, se propende por el desarrollo de Sistemas Universales de Salud (SUS), de carácter público, universales, integrales e igualitarios, que reconocen la universalización de derechos, como pudo ser el renombrado SUS brasileño en la década pasada. ALAMES (2014) defiende el desarrollo de sistemas de protección social de carácter redistributivo de la riqueza y el poder, la conformación de sistemas únicos universales de salud pública.

La idea del universalismo es positiva y global. No se puede desconocer que los problemas de salud son globales, se globalizan rápidamente, tenemos el ejemplo presente de la pandemia del COVID-19, siendo necesario globalizar la política (las políticas públicas globales), que debe llamar al universalismo de la atención, a tener instrumentos generales para enfrentar problemas de salud tan gigantes. No es aceptable que sólo se globalice el capital financiero y las acciones represivas a nivel internacional. Hay que construir instituciones sociales fundamentadas en el universalismo, que posibiliten una acción global amplia, integral para generar cambios profundos en los diversos espacios de la vida humana. ¿No será, acaso, el momento para pensar en un gobierno democrático global, que enfrente el tema del monopolio de la violencia legítima a escala global, que guíe al mundo en la solución de los problemas de salud globales, por encima de los intereses economicistas? Algo así ya lo insinuaba el canciller alemán Willy Brandt (1980), cuando decía:

estamos cada vez más, nos guste o no, frente a problemas que afectan a la humanidad en su conjunto, por lo que las soluciones a estos problemas son inevitablemente internacionales. La globalización de los peligros y los retos demanda políticas internacionales que van más allá de los temas parroquiales o, incluso, nacionales (Acosta, 2003: 9).

2.5. Equidad y justicia global, el desafío de las políticas globales de salud

Ya hemos destacado que la Salud Global está relacionado con la justicia social, la equidad, la ética y el respeto a los derechos humanos, en cuanto a lo ontológico; de otro lado, desde lo metodológico, se debe apalancar políticamente y fomentar el desarrollo humano (fomentar el libre ejercicio de capacidades y libertades), considerando seriamente la interdependencia de los seres humanos y naciones, aunar esfuerzos por resolver las asimetrías entre países, fortaleciendo los modelos de bienestar de los países en el contexto nacional de la justicia social, enfatizando en la idea del universalismo, poniendo al servicio de ella, la acción humana en un contexto ético de autonomía moral.

En general, el concepto de justicia global se asocia a “la reflexión y discusión sobre un nuevo orden normativo fruto de las mutaciones estructurales en el orden internacional debido al proceso de globalización económica”, nos decía Palacio (2011). Queriendo decir que se desplazan las reivindicaciones de justicia fuera del marco del Estado-Nación, se redimensionan en un nivel superior, debido a que se redefine un nuevo orden internacional, al que denominan *postwestphaliano*. Esas relaciones estructurales definen las opciones de vida de las gentes que se someten a una normatividad dada, configurando así un marco de la justicia que incluye unas condiciones de justicia, la normatividad, unos sujetos, “quienes cuentan para el ideal de justicia”, y las relaciones que se establecen entre ellos.

T. Pogge (2008) profundiza este debate en otro nivel. Según él, históricamente, se ha pasado de la “justicia internacional” al “derecho de las naciones” y a la “ética internacional”, posteriormente a los cambios que denota el más reciente concepto de “justicia global”. Alude también al “cosmopolitismo”, del cual ya hicimos algunas anotaciones. Este se basa en un régimen normativo cosmopolita, que defiende además del cumplimiento de los derechos humanos, la necesidad de acompañarlo de medidas económicas para su realización. Toma en consideración los determinantes globales, la causalidad estructural, al reconocer un gradiente importante entre el nivel de pobreza y al incumplimiento de los derechos humanos. Desde esta teoría se les hace un llamado a los países desarrollados para cambiar las reglas de juego en el tinglado de la economía internacional para poder mejorar esta situación de desequilibrio entre países y las condiciones de vida de las clases ricas de las sociedades desarrolladas frente a la gran mayoría de la población pobre de los países en desarrollo; corresponde a los países ricos, eliminar los obstáculos para el logro de la universalidad de los derechos humanos. Es ese el concepto de justicia global, basado en la equidad internacional e intra países.

Si leemos a Hernández (2008), entendemos que la equidad implica consecuencias políticas de la valoración que hagamos de la desigualdad en una sociedad como justa o injusta. De América Latina, se nos ha dicho por mucho tiempo que somos el continente más inequitativo (medido este fenómeno por el coeficiente de Gini, comparado con el de otras regiones del mundo). Lo que nos debe llamar la atención es que sus poblaciones han estado sistemáticamente sometidas a una injusticia imperdonable. Siendo responsables de tal situación las elites de cada país, las clases burguesas y empresariales capitalistas aliadas en contubernio corporativista con los gobiernos nacionales, pero también las clases ricas y los gobiernos de los países ricos, como lo

analizamos más arriba, aliados con las agencias multilaterales y las transnacionales financieras.

Así, las desigualdades en América Latina han sido “innecesarias, injustas y evitables” como lo definiera Withead (1992), es decir, son inequitativas. La equidad se ha definido como “la ausencia de disparidades sistemáticas en salud (o sus determinantes) entre grupos sociales más o menos aventajados en función de la riqueza, el poder o el prestigio” (Braveman, Gruskin, 2003: 254). Para comprender la equidad en salud es necesario comparar la salud y sus determinantes sociales en grupos poblacionales más y menos aventajados desde el punto de vista social, económico, político, cultural y de género. Esas desigualdades de los determinantes de la salud no sólo en el marco de los países-nacionales, sino también los determinantes globales (Franco-Giraldo, 2013), son una realidad insostenible, la cual sólo se puede resolver con la idea del universalismo que puede enfrentar problemas estructurales. Se sabe que esto se logra con “un sistema de salud basado en la APS [que] supone un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad en el sistema” (OPS/OMS, 2007: iii).

3. La respuesta social global y la salud

3.1. La intervención política y las políticas globales

El marco de análisis anterior resulta de trascendental importancia para la formulación de las políticas globales de salud. Análisis que debe atravesar las políticas públicas diseñadas en relación con la “Agenda post 2015” (ONU/DAES, 2015), la “cobertura universal en salud” (OPS/OMS, 2014) y “salud en todas las políticas” (WHO/Government of South Australia, 2010), entre otras, que hoy se debaten en la arena política internacional.

En los últimos años, han surgido múltiples ejemplos de iniciativas que, desde la respuesta social pueden resolver problemas relacionados con los determinantes de la salud, enfocados

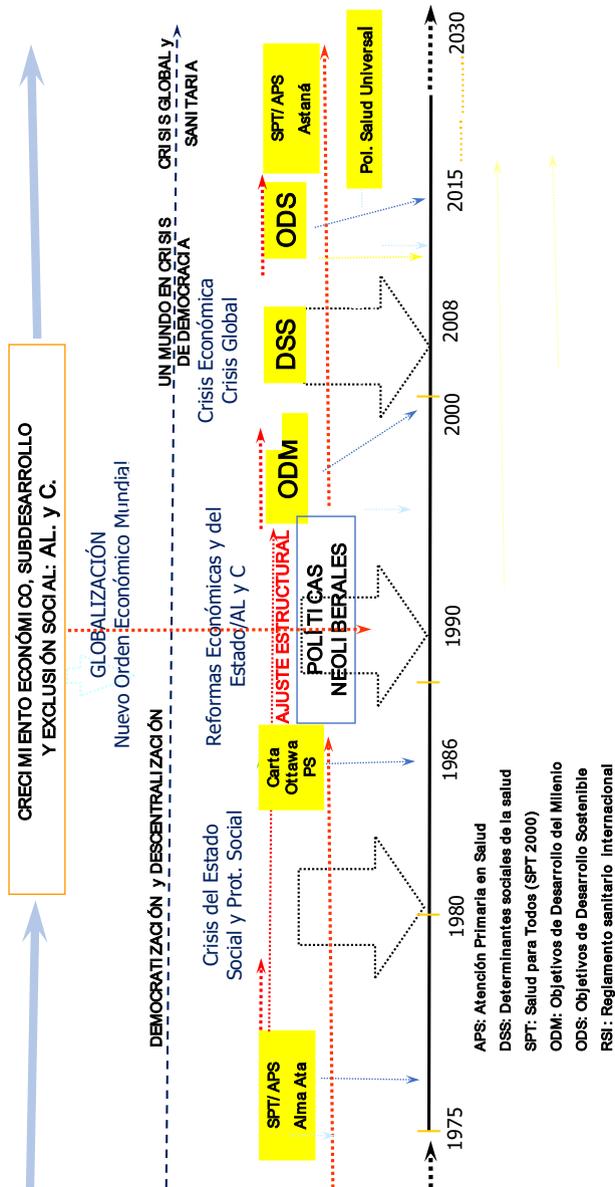
desde una perspectiva global, (OPS/OMS, 2008), es decir, una respuesta social global (Cuadro 1, Figura 1).

Cuadro 1.
La respuesta social global y las políticas públicas en salud

Iniciativa Social Global	Año
La Declaración de Alma Ata (URSS) sobre APS/ SPT 2000	1978
La atención otorgada a la pandemia del VIH/SIDA	1981
Inclusión de la salud en Foros Económicos Mundiales (G8, Davos).	1991
Convergencia/ Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Severa (SARS).	2002
Los Objetivos de Desarrollo del Milenio	2000
El Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud/ OMS.	2005
Naciones Unidas asigna un rol muy importante, salud y derechos humanos.	2009
El Convenio Marco para el Control del Tabaco.	2003
El nuevo Reglamento Sanitario Internacional.	2005
La Estrategia Mundial, Salud e Innovación y Propiedad Intelectual/ OMS.	2008
Informe final sobre Determinantes Sociales y Salud (CSDH/WHO, 2008)	2008
Protocolo de Kyoto.	1998
La Conferencia Cambio Climático: Copenhague.	2009
Conferencia de París (Nac. Unidas)- cambio climático: COP21 / CMP11.	2015
La Conferencia de Río de Janeiro (la acción global por la equidad y DSS)	2011
La Declaración de los objetivos de desarrollo sostenible 2030 (ODS).	2015
La política de salud universal.	2017
La Declaración de Astaná, (APS).	2018
La estrategia global para enfrentar la Pandemia del (SARS – Cov-2)	2019

Fuente: Elaboración propia (consultado de OPS/OMS).

Figura 1
Políticas globales en la agenda latinoamericana de salud



Fuente: Elaboración propia (consultado de OPS/OMS).

Es destacable la línea de coherencia que se ha tratado de mantener desde 1977 (Figura 1) cuando se formuló la meta de salud para todos en el año 2000 (SPT 2000), complementada con la estrategia de atención primaria en salud (APS) en 1978 (Alma Ata). Posteriormente, se trata de darle continuidad con la Salud para Todos en el siglo XXI, hasta el 2017, cuando se renueva el concepto en la Política de “Salud Universal” (OPS/OMS, 2017), pasando por la renovación de la APS en el 2005 - 2008. En el interludio de estas políticas, han sido promulgados los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y, posteriormente, los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), enfocados más al desarrollo que a la salud; los cuales han contribuido al entramado de las políticas globales de salud, a este debate que es necesario continuar en lo que falta del siglo XXI. Pero más allá de estas macro-políticas, aquí en este artículo de investigación, se defiende la otra alternativa de quienes propugnan por una coordinación planetaria capaz de desarrollar medidas “glocales” –*locales y globales*– en defensa del medio y de las personas, para reducir el impacto ecológico de las actividades humanas, hacia un futuro sostenible (Vilches *et al.*, 2010). Simultáneamente se espera generar un nuevo orden mundial, basado en instituciones representativas de nuestra ciudadanía planetaria en diferentes lugares del orbe, evitando la preeminencia de los intereses particulares expoliadores de las transnacionales, contrarios a la población mundial, a la dinámica regional y a las generaciones futuras.

Como se puede inferir es mucho lo que falta por hacer, principalmente en relación con la equidad y la justicia global. Lo cierto es que los países sólo se comprometen con riesgos parciales que afectan el comercio global y, de contera, la salud, como en el caso del Reglamento Sanitario Internacional (OMS, 2005). Al respecto, la OPS puntualiza: el nuevo Reglamento Sanitario Internacional tiene como finalidad y alcance prevenir la propagación

internacional de enfermedades, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales, bajo un enfoque de prevención del riesgo epidemiológico. Sin embargo, como lo muestra también el gráfico 1, durante todo este lapso de tiempo del que estamos hablando (cerca de 50 años), ha prevalecido el modelo hegemónico neoliberal de crecimiento económico, que ha condicionado el desarrollo de otro tipo de políticas sociales bajo su propia óptica, que se contraponen en su dinámica a las políticas de tipo democrático y salutogénicas, descritas antes, modificándolas inclusive a todas ellas, bajo un reduccionismo instrumental, en el escenario de cada país. Peor aún en América Latina, sometida a procesos de ajuste estructural muy ominosos durante un largo período de tiempo como se visualiza también en el gráfico.

Si seguimos la lógica de la iniciativa de los organismos multilaterales, veremos que se basa en el condicionamiento impositivo sobre las políticas nacionales para que se traduzcan cabalmente por los gobiernos de los países, las directrices de estas agencias internacionales. En lo cual se coincide plenamente con el estudio de Rivera (2017), quien plantea que: “Este rol [de los Organismos de Cooperación Internacional] se ha ejercido fundamentalmente mediante prescripciones y recomendaciones de cómo deben ser las políticas en cada país con el fin de impulsar el desarrollo local y global”: mediante informes diagnósticos por países y regiones, evaluaciones de políticas, elaboración de *rankings* en función de indicadores, condiciones para acceder a fondos de cooperación internacional; medidas que eufemísticamente se les ha denominado “una buena gobernanza” como condición de desarrollo.

Para corroborar esta influencia global/local valga revisar los documentos emitidos por los organismos internacionales.

3.2 El avance de la Agenda Post 2015 (2030)

En ese contexto, se han inspirado las políticas globales de salud. Es el caso de la “Agenda post 2015” (sobre los ODS) que, si bien no ha sido pensada como una política de salud, sí ha sido una continuidad de la línea marcada por la “Salud para todos en el año 2000” (SPT - 2000) y después los “Objetivos de Desarrollo del Milenio” (ODM); estos últimos sí racocían dentro de sus 7 objetivos, varios específicamente de salud y el resto le apuntaban a los determinantes de la salud como la protección del ambiente, la pobreza y el hambre. En ella, la Agenda 2030, se plantean los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), estando la salud representada en el objetivo número 3, que desató un debate importante al referirse a un asunto complicado como es el de *la cobertura universal en salud*. Esta es parte de la discusión que se da, por las connotaciones ideológicas y de subordinación al modelo hegemónico, que tiene esta iniciativa, contraria a la perspectiva de los sistemas universales de salud y de la propia política de salud universal de la OMS/OPS (2018). Finalmente, el ODS número 3 quedó redactado así: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (CEPAL, 2016).

En septiembre de 2012, Naciones Unidas, inició un proceso con miras a darle continuidad y fortalecer las metas de desarrollo del milenio propuesto para el 2015, integrándolas en una nueva visión de desarrollo sostenible, más allá del 2015. Este es el resultado de un proceso que venía dándose desde la conferencia de Naciones Unidas sobre desarrollo sostenible “Rio + 20”, cuyo referente se ha retomado en esta ocasión. El informe contiene 17 objetivos de desarrollo sostenible, que incluye una variada temática: erradicación del hambre y la extrema pobreza, industrialización, energía sostenible, protección del ambiente, educación y otros aspectos económicos y ambientales, también establecidos en “The future we

want” (United Nations, 2012), emanado de “Rio +20”. No obstante, la visión institucional de Naciones Unidas ha sido más positiva sobre los ODS, sobre todo cuando se avanza en la aplicación de la agenda, y ya se empiezan a evaluar algunos resultados:

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que incluye 17 Objetivos y 169 metas, presenta una visión ambiciosa del desarrollo sostenible e integra sus dimensiones económica, social y ambiental (...). La Agenda 2030 es una agenda transformadora, que pone a la igualdad y dignidad de las personas en el centro y llama a cambiar nuestro estilo de desarrollo, respetando el medio ambiente. Es un compromiso universal [...], en el marco de una alianza mundial reforzada... (Naciones Unidas, 2018: 7).

En la misma dirección, OPS/OMS reconoce que, aunque la salud está explícitamente reconocida en sólo uno de los 17 ODS, los demás objetivos también son importantes para la salud de las personas, como es el caso de los efectos adversos del cambio climático en la salud. Reconociendo, además que salud y la Agenda 2030 se apoyan en doble vía, para el logro de los objetivos y enfatiza en que todo esto se resuelve técnicamente, pero es fundamental el componente político para enfrentar los desafíos planteados en la Agenda y los ODS (CEPAL, 2017).

Algunos estudios han evaluado ex ante lo que puede acontecer con los ODS, basados en el desempeño de los ODM, así se señala que “son 17 objetivos, dentro de los cuales finalizar con la pobreza y alcanzar un crecimiento económico inclusivo [...]. Los resultados muestran que se han hecho avances importantes en América Latina, [pero] se vuelve difícil alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible” (Lalama y Bravo, 2019). Como otros tantos, aducen que se ha disminuido el crecimiento económico y se han incrementado los problemas de índole social en algunos países, esto sin considerar que se venía la pandemia por el COVID-19

en el 2020, la cual echa por tierra todos los pronósticos positivos de los ODS.

Conclusiones en torno a los lineamientos para las políticas globales y la salud

Hoy, las políticas globales de salud se instituyen en el escenario de la arena política supranacional y del multilateralismo. Desde la perspectiva latinoamericana, se las considera en relación con la justicia global y la equidad, propendiendo por la búsqueda de una conjunción dialógica entre los diferentes actores, para su construcción, siguiendo un enfoque de relaciones glocales, que van de lo local a lo global y viceversa. Asimismo, es necesario crear las instituciones supranacionales que sirvan para desarrollar un nuevo orden político para la salud, pasando por las instancias regionales y nacionales, renovando el sistema de salud global y modificando la arquitectura de la llamada gobernanza global para la salud.

En coincidencia, el V Congreso latinoamericano de salud global celebrado en Medellín en noviembre de 2018, fue crítico con aquellas políticas que se erigen desde el ámbito transnacional sin considerar las realidades regionales, nacionales y locales, suscitando un impacto negativo sobre la población. Si seguimos este precepto, es imperioso explorar posibilidades y alternativas de política para reorientar el *policy maker* en el tinglado de las políticas globales, tanto supranacional como regional de Latinoamérica, encauzadas a mejorar las condiciones de vida y la situación de salud en este continente, dentro de un entorno de mayor pluralidad y participación democrática.

Algunos lineamientos y asuntos importantes de política global, así como algunas políticas ya en debate regional en América Latina³,

se consideran aquí para incentivar la práctica política:

La inequidad global y el desarrollo desigual, por las falencias estructurales del desarrollo durante la etapa neoliberal (Borón *et al.*, 1999), ha suscitado grandes desigualdades sociales en los países y muchos de ellos arrastran miseria, desigualdad y enfermedad, acumulando una deuda histórica con los seres humanos de la región latinoamericana. Este debe ser el asunto estructural y crucial que se debe considerar, de fondo, para su transformación con políticas globales.

El cambio climático, el comercio internacional (el tema de medicamentos y patentes), la migración de poblaciones que fluyen de manera desigual entre países de la región, se constituyen en asuntos de la mayor prioridad para las políticas públicas globales relacionadas con la salud.

Es necesario reforzar políticas globales discutidas atrás como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Salud Universal, defendida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 2017). Simultáneamente, es importante desarrollar los sistemas universales de salud con sentido de equidad, fundamentales para hacer frente a los desafíos de la salud global y, de paso, enfrentar las concepciones minimalistas basadas en la “cobertura universal” y el “*acceso financiero a los servicios de salud*” (racionalidad del mercado). La “Salud Universal” aupada por la OPS desde el 2017 (incluyendo acceso y cobertura, financiamiento público y atención a determinantes sociales, en las dimensiones de la política), debe ser aprovechada para integrar otras iniciativas.

El asunto de la Gobernanza Global, un polémico tema que ha tomado mucho auge

3 La Declaración del V Congreso Latinoamericano y del Caribe de Salud Global de la Alianza Latinoamericana de Salud Global, Declara-

ción de Medellín, noviembre de 2018, que no ha sido suficientemente difundida; se toma, como referente aquí.

en el argot político y académico internacional, que explora nuevas configuraciones de la arquitectura del poder mundial en el escenario supranacional, debe ser revisado si se quiere lograr un cambio en las condiciones regionales: una nueva gobernanza por la paz, la seguridad humana y la salud de los pueblos.

Los postulados de la equidad, la defensa de los derechos humanos, los derechos sociales y la salud, entendida ésta como un bien de interés global deberán ser núcleo sustancial del ideario de las Políticas Globales y la Salud. A este tenor, la democracia, la defensa de la salud, la participación ciudadana activa y la lucha de los movimientos sociales y ciudadanos, se constituyen en medios necesarios para la transformación democrática de la sociedad, en los diferentes espacios (escalas): global, regional y local.

La declaración de Astaná (2018) sobre APS, que redefine las orientaciones de Alma Ata (1978), aún requiere de ajustes como política global que logre resolver el reduccionismo de su concepción de atención primaria en salud y el tufillo neoliberal que la desdibuja. La APS debe enfocarse más en su dimensión estratégica y recuperar su filosofía originaria.

La migración internacional de manera masiva, se considera el problema de mayor dimensión poblacional en el siglo XXI, como corolario de la guerra y de la flexibilización trasnacional de la mano de obra laboral. Así mismo, el desplazamiento interno forzado como consecuencia de la violencia y la antidemocracia, se constituyen en prioridades de la mayor urgencia para las políticas globales con alcance local y regional.

Debemos pensar en políticas globales transgeneracionales que defiendan el medio ambiente y los seres humanos contra la depredación del planeta, en lo cual deben participar diferentes actores en la arena internacional de las políticas públicas, para hacer posible un futuro sostenible de orden transgeneracional.

Finalmente, se destaca el llamado a la acción regional, latinoamericana, para lograr la equidad social, de acuerdo con la propuesta sobre políticas globales, regionales y nacionales que sigan los principios y fundamentos discutidos en este artículo de investigación.

Referencias bibliográficas

- Altmann, J. (Ed.). (2019). *América Latina frente a la reconfiguración global*. San José (Costa Rica): FLACSO/ Secretaría General. Disponible en: https://www.flacso.org/sites/default/files/Documentos/publicaciones/libro_geopolitica_global_flacso_2019.pdf [consultado 30 marzo de 2020].
- Acosta, A. (2003). En la encrucijada de la globalización. *Polis. Revista Latinoamericana* [online]. 4: 1 - 18. Disponible en: <https://journals.openedition.org/polis/7039> (consultado 01 marzo de 2020).
- ALAMES (2014). Declaración de Taller “Sistemas Universales y Ciudadanía: reformas de Seguridad Social y Salud en América Latina y el Caribe”. En el *XIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva*.
- Bozorgmehr, K. (2010). Rethinking the ‘global’ in global health: a dialectic approach. *Globalization and Health*. 6: 19. Disponible en: <http://www.globalizationandhealth.com/content/6/1/19>.
- Braveman, P., Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *JECH*; 57: 254-258. Disponible en: <https://jech.bmj.com/content/jech/57/4/254.full.pdf> [consultado abril 1 de 2020].
- CEPAL (2002). *Globalización y Desarrollo*. Brasilia: UN, Vigésimonoveno período de sesiones. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2724/S2002024_es.pdf?sequence=2 [consultado abril 1 de 2020].
- CEPAL (2016). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Disponible en: <http://www.sela.org/media/2262361/agenda->

- 2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf [consultado abril 1 de 2020].
- CEPAL (2017). *Reporte Anual del Progreso y Retos Regionales de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible en Latinoamérica y el Caribe*. México DF: Foro de Países de Latinoamérica y el Caribe sobre Desarrollo Sostenible.
- CEPAL (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe* Santiago de Chile. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf (consultado: 03 marzo de 2020).
- Cortés, F. (2013). Perspectivas y límites de la justicia global y el cosmopolitismo democrático. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 31, 58-153.
- CSDH/WHO (2008). *Closing de gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Ginebra: world Health Organization.
- Franco-Giraldo, A., y Álvarez-Dardet, C. (2009). Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional, a propósito de la epidemia de influenza humana A. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 25, 6: 540-549.
- Franco-Giraldo, A. (2013). Determinación global y salud: el marco amplio de los determinantes de la salud. *Revista Fac. Nac. Salud Pública*. 31, 1: S73-S86.
- Franco-Giraldo, A. (2016). Salud global: una visión latinoamericana. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 39, 2: 128-136.
- Franco-Giraldo, A. (2019). Relación global - local, territorialidad, paz y desigualdades en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 37, 1: 21-28. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/339728/20794494> [consultado abril 1 de 2020].
- Fraser, N. (2008). *Escalas de justicia*. Barcelona: Herdes Editorial.
- Hernández, M. (2008). El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Revista Salud Pública*. 10, 1: 72-82.
- Kickbush, I., Buss, P. M. (2015). Health in the post 2015 agenda: perspectives midway through. *Cad. Saúde Pública*. 30, 10: 2035-2037. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n10/0102-311X-csp-30-10-2035.pdf>. (consultado 01 marzo de 2020).
- Koplan, J. P., Bond, T.C., Merson, M. H, Reddy, K. S., Rodríguez, M. H., Sewankambo, N. K., Wasserheit, J. N. (2009). Towards a common definition of global health. *The Lancet*. 373 (Issue 9679): 1993-1995.
- Lalama, R. y Bravo, A. (2019). América Latina y los objetivos de desarrollo sostenible análisis de su viabilidad. *Revista de ciencias sociales*. 25, 1 extra: 12-24. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7113713> [consultado 30, marzo del 2020].
- OMS (2005). *Revisión del Reglamento Sanitario Internacional*. 58ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA58.3, Punto 13.1 del orden del día, 23 de mayo de 2005 [on line]. Disponible en: https://www.who.int/csr/ihr/WHA58_3-sp.pdf (consultado 1 marzo del 2020).
- OMS/OPS (2018). *Avance hacia la salud universal basada en la atención primaria de salud. Informe Anual del Director*. Disponible en: <https://www.paho.org/annual-report-of-the-director-2018/es/>. (consultado: 03 marzo de 2020).
- ONU/DAES (2015). *Agenda para el desarrollo después de 2015. Boletín del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES)*. Disponible en: <http://www.un.org/es/development/desa/area-of-work/post2015.shtml>. (consultado: 03 marzo de 2020).
- OPS/OMS (2007). *Renovación de la APS en las Américas. Documento posición de la organización Panamericana de la Salud y de la OMS*. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf

- OPS/OMS (2014). *Cobertura Universal de Salud (CD53/5, Rev. 2 y CD53/R14)* [On line]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=5675&Itemid=40122&lang=es [consultado, 3 03 de 2020].
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2008). *La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud*. Washington DC.: OPS/OMS. 48° Consejo Directivo, 60ª Sesión del Comité Regional, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008.
- OPS/OMS (2017). *El camino hacia la Salud Universal dentro del contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030*. Washington DC: OPS/OMS. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13525:the-road-toward-universal-health-in-the-context-of-the-2030-sustainable-development-goals&Itemid=39594&lang=es (consultado: 03 marzo de 2020).
- Palacio, M. (2011). *Tres paradigmas de justicia global: Estados, individuos y movimientos sociales*. Oficina do CES (Coimbra: Centro de Estudos Sociais), 368: 1. Disponible en: http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficinal/ficheiros/4266_Oficina_do_CES_368.pdf (consultado: 03 marzo de 2020)
- Pillet Capdepón, F. (2008). *Las escalas del espacio: desde lo global a lo local. Diez años de cambios en el mundo, en la geografía y en las ciencias sociales, 1999-2008*. Actas del X coloquio internacional de geocrítica (Universidad de Barcelona), 26-30 de mayo de 2008. Disponible en: <Http://www.Ub.Es/geocrit/-xcol/58.Htm>.
- Pinzón, M. A. (2011). Construyendo políticas públicas globales: Una aproximación al marco teórico de estudio. *Working Paper Universidad Externado de Colombia*. 5: 52. Disponible en: <https://works.bepress.com/mario-pinzon/18/> [consultado: abril 1 de 2020].
- Pogge, T. (2008). *¿Qué es la justicia global? Revista de economía institucional*. 10, 19: 94-114.
- Rivera, G. (2017). Los procesos de influencia global/local en políticas públicas: Una propuesta metodológica. *Psicoperspectivas*. 16, 3: 111-121. Disponible en: <https://dx.org/10.5027/psicoperspectivasvol16-issue3-fulltext-1092> [consultado 30 marzo de 2020]
- Rojo Salgado, A. (2011). La crisis del Estado y la necesidad de una teoría política para la era global (¿Y Pos estatal?). *Memorias del X Congreso De La AECPA*. Murcia, septiembre de 2011 (pp. 1-25). Disponible en: <https://www.aecpa.es/es-es/x-congreso/congress/10/> [consultado: abril 1 de 2020]
- Ruano, A. L., Friedman, E. A., Hill, P. S. (2014). Health, equity and the post-2015 agenda: raising the voices of marginalized communities. *International Journal for Equity in Health*. 13: 82. Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/13/1/82>.
- Segato, R. L. (2002). Identidades Políticas /Alteridades Historicas: Una crítica a las certezas del pluralismo global. *Runa*. 23, 1: 239-275
- Sheridan, S. A., Brolan, C. E., Fitzgerald, L., Tasserei, J., Maleb, M. F., Rory, J. J. y Hill, P. S. (2014). Facilitating health and wellbeing is “everybody’s role”: youth perspectives from Vanuatu on health and the post-2015 sustainable development goal agenda. *International Journal for Equity in Health*. 13: 80. Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/13/1/80>.
- Sociedad Española de Epidemiología (SEE). (2018). *CONSUSALUD.ES* (on line). Disponible en: https://www.consalud.es/profesionales/los-expertos-apuestan-por-politicas-globales-para-hacer-frente-a-los-desafios-de-salud_54763_102.html.
- Sojo, A. (2018). Políticas de salud en América Latina. *Observatorio de la seguridad social (Grupo de economía de la salud -GES- Medellín)*. Año 18; 37: 24-25.
- Solimano, G. y Valdivia, L. (2014). Salud Global en las instituciones académicas latinoamericana-

- nas: hacia un desarrollo e identidad propia. *Saude Soc.* 23, 2: 357-365. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000200357&script=sci_arttext
- United Nations. (2012). *The future we want*. United Nations. Disponible en: <http://sustainabledevelopment.un.org/futurewewant.html>.
- Vilches, A., Gil Pérez, D., Toscano, J. C. y Macías, O. (2010). *Gobernanza universal. Medidas políticas para la sostenibilidad*. Disponible en: <https://www.oei.es/historico/decada/accion.php?accion=18> (consultado: 02 marzo de 2020).
- WHO/Government of South Australia (2010). Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas, hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. *Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida*. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf.
- Withead, M. (1992). The concepts and principles of equity in health. *Int Journal Health Serv.* 22: 429-445.

Para citar este Artículo de investigación:

Franco-Giraldo, Á. (2020). La égida de las Políticas Globales de salud en Latinoamérica. *Revista Estado y Políticas Públicas*. Año VIII, Núm. 14, 35-52.

El Sistema de Salud chileno: *Análisis y perspectivas en el marco del estallido social de octubre de 2019*

*The Chilean Health System: Analysis and Perspectives in the
Framework of the Social Explosion of October 2019*

Por Claudio A. Castillo* y Helia Molina Milman**

Fecha de Recepción: 01 de febrero de 2020.

Fecha de Aceptación: 27 de marzo de 2020.

RESUMEN

El actual Sistema de Salud chileno nace en 1952 con la conformación de una extensa red asistencial, con distintos niveles de atención y presencia en todo el territorio. Este sistema se modificó durante la dictadura militar, traspasando la Atención Primaria de Salud a los municipios y creando una nueva institucionalidad. El sistema de salud es segmentado y fragmentado, en el financiamiento y aseguramiento como en el modelo de organización, gestión y atención de la provisión de los servicios, respectivamente. La rectoría y la regulación recaen en el Ministerio de Salud. El aseguramiento puede ser público (Fondo Nacional

de Salud), privado (ISAPRES), institucional cerrado (Fuerzas Armadas y Carabineros, con financiamiento principalmente fiscal) o laboral (Mutualidades privadas con financiamiento de trabajadores y empleadores). El sistema de salud hoy atiende a una población envejecida y con un perfil epidemiológico donde predominan las enfermedades no transmisibles y alta presencia de factores de riesgo —obesidad, sobrepeso, consumo de alcohol, bajo consumo de frutas y verduras y elevado sedentarismo—. Para Chile, señala la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que el mayor reto para los próximos años será disminuir las desigualdades socioeconómicas que impiden un

* Licenciado en Gobierno y Gestión Pública, Administrador Público y Magister en Políticas Públicas por la Universidad de Chile. Especialista en Políticas Públicas, posítulos de la Universidad Católica de Chile y de la Universidad de Chicago. Correo electrónico: claudio.castillo.c@usach.cl

** Médica Cirujano. Especialista en Salud Pública. Magister de Salud Pública, Mención Epidemiología por la Universidad de Chile, Certificada en epidemiología para Gestores de Salud por la Universidad de John Hopkins, Estados Unidos. Postítulo en evaluación de Programas Comunitarios de Salud por la Universidad de Western Michigan, Estados Unidos. Correo electrónico: helia.molina@usach.cl

desarrollo más equitativo, integral e inclusivo. Las inequidades en términos de la atención de salud, vinculadas a factores sociales, económicos y culturales (pertenencia a grupos indígenas, el lugar de residencia o el género), unido a positivos resultados a nivel global que no toda la población goza, está a la base de que sólo la mitad de quienes se encuentran adscritos a FONASA se sientan protegidos o muy protegidos por el seguro público. A contar del 18 de octubre de 2019, Chile vive un proceso de convulsión social, con múltiples y permanentes manifestaciones de descontento por parte de la ciudadanía, lo que ha obligado a postular modificaciones a FONASA, como seguro público y a las ISAPRES. Sin embargo, las propuestas legislativas en análisis no pasan de ser soluciones cosméticas que no abordan el problema de fondo. En contraposición al modelo actual, sectores progresistas, académicos de distintas universidades y economistas de la salud han planteado una reforma estructural y profunda del sistema de salud, orientado a la creación de un Sistema Nacional con un fondo único, con un enfoque solidario en su financiamiento y de derechos.

Palabras clave: *Sistema de Salud, Inequidades en Salud, Listas de Espera, Desigualdades.*

ABSTRACT

The current Chilean Health System was created in 1952 with the formation of an extensive care network, with different levels of attention and presence throughout the territory. This system was modified during the military dictatorship, transferring Primary Health Care to the municipalities and creating a new institutional framework. The health system is segmented and fragmented, both in terms of financing and insurance and in terms of the organizational, management, and care model for service provision, respectively. The steering role and regulation are the responsibility of the Ministry of Health. Insurance may be public (National Health Fund), private (ISAPRES),

closed institutional (Armed Forces and Carabineros, with mainly fiscal financing) or labor (private mutual insurance companies, with financing from workers and employers). The health system today serves an aging population with an epidemiological profile in which non-communicable diseases predominate and risk factors—obesity, overweight, alcohol consumption, low consumption of fruits and vegetables, and high levels of sedentarism—are present. For Chile, the Pan American Health Organization states that the greatest challenge for the coming years will be to reduce the socioeconomic inequalities that prevent more equitable, comprehensive and inclusive development. Inequalities in terms of health care, linked to social, economic and cultural factors (belonging to indigenous groups, place of residence or gender), together with positive results at the global level that not all the population enjoys, is the basis for the fact that only half of those who are affiliated with FONASA feel protected or very protected by public insurance. As of October 18, 2019, Chile is undergoing a process of social upheaval, with multiple and permanent manifestations of discontent on the part of the citizenry, which has forced the application of modifications to FONASA, as public insurance and the ISAPRES. However, the legislative proposals under analysis are no more than cosmetic solutions that do not address the underlying problem. In contrast to the current model, progressive sectors, academics from different universities and health economists have proposed a deep and structural reform of the health system, aimed at creating a national system with a single fund, with a focus on solidarity in its financing and rights.

Keywords: *Health System, Health Inequalities, Waiting Lists, Inequalities.*

Introducción

La salud, como constructo social y dependiente de determinantes sociales, económi-

cos y ambientales, refleja muy fielmente las brechas de inequidad de un país, más allá del sistema de salud. La forma en que se organizan o estratifican las sociedades “crea disparidades en el acceso al sistema de salud y en su utilización” y como resultados genera “desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades y las posibilidades de restablecimiento y supervivencia tras una enfermedad” (OMS, 2008: 3). Los determinantes sociales (definidos según Frensz como las “condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud” (2005:105)) son responsables de la mitad de los resultados de salud en una población. Los sistemas de atención de salud constituyen determinantes esenciales de la salud (OMS, 2008), aportando a un 25% de los resultados sanitarios de las personas (O’Hara, 2005). Dado lo anterior, no podemos centrar entonces en el sistema de salud todas las responsabilidades de los resultados. En Chile se han alcanzado buenos indicadores de salud materno infantiles, pero, como siempre, los promedios esconden diferencias territoriales y étnicas.

El actual Sistema de Salud chileno parte en 1952 con una organización en red, una Atención Primaria de Salud (APS) de alta cobertura, diseñado para el perfil epidemiológico y demográfico de hace cinco décadas, donde primaban las enfermedades infecciosas agudas y los problemas asociados al embarazo y parto. El sistema respondió satisfactoriamente con políticas de control de embarazo, atención profesional del parto, control de niño sano y morbilidad, con alta cobertura en vacunación y avanzando paralelamente en una ampliación de la distribución de agua potable y acceso a saneamiento básico para la población. Hoy el panorama es más complejo, como resultado de una alta expectativa de vida (más de 80 años) y un perfil epidemiológico donde predominan las enfermedades crónicas no trasmisibles, con contextos sociales y económicos desiguales.

Cada cinco años aproximadamente, desde 2005, se realiza una Encuesta Nacional de Salud (ENS), donde se identifica claramente que todas las enfermedades crónicas (cáncer, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, cardiovasculares, entre otras) y de salud mental son hasta cuatro veces más frecuentes, más graves y con menos respuesta al tratamiento en los quintiles de más bajos ingresos.

Un concepto cada vez más utilizado es el de salud en todas las políticas; y de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), al menos 15 se relacionan con potencia a las condiciones de salud. En este artículo de investigación, podrán revisar los indicadores más relevantes en términos de determinantes sociales y económicos, así como indicadores actuales, en el apartado *Antecedentes de Chile y situación de salud*. Una segunda parte, dará cuenta de la evaluación del sistema de salud que realizan los propios usuarios. Luego, destinares una parte a revisar la situación de las listas y tiempos de espera en el país, para cerrar con un análisis y discusión sobre las inequidades en salud y cuál sería la visión de un Sistema que permita evitarlas y se haga cargo de un acceso universal, oportuno y de calidad, abordando la promoción de la salud, la prevención, curación y rehabilitación, de modo de avanzar en la posibilidad de que todos los habitantes del país logren su óptimo potencial de desarrollo y salud.

Antecedentes de Chile y situación de salud

Chile¹ es un país con resultados positivos, en indicadores de estado de salud global. El Informe *Health at a Glance* de 2019, de la Orga-

1 República, Estado Unitario, 16 regiones, 345 municipios, 17,6 millones de habitantes (INE, 2018), 1,5 millones de personas bajo la línea de pobreza, índice de Gini de 0,466 (Banco Mundial, 2020).

nización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE²) (OCDE, 2019), lo sitúa con una esperanza de vida al nacer de 80,2 años, lo que lo ubica cerca del promedio de los países OCDE (80,7 años) y la mortalidad evitable (estandarizada por edad) llega a 206 personas cada 100.000 habitantes (208 para la OCDE). El índice de capital humano (ICH) del año 2018 del Banco Mundial (Banco Mundial, 2019), ubica a Chile en el número 45 entre 157 países, con una clasificación de 0,67, con un máximo de 0,88 (Singapur) y un mínimo de 0,29 (Chad), siendo el mejor país de América Latina y el Caribe³. La población del país está en proceso de envejecimiento demográfico, lo que se ha producido por dos fenómenos concurrentes: el descenso de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida. Si en 1992, el índice de envejecimiento era de 21 personas mayores de 65 años respecto de la población entre 0 y 14 años, para el 2031 se espera que sea de 102 y en 2050, de 177 (INE, 2018). En relación a las causas de muerte, en 1957 los tumores malignos representaron la causa de un 13,5% de las muertes, elevándose a 25,1% en 2017. En tanto las enfermedades del sistema circulatorio, pasaron de 14,6% a 31% en el mismo periodo (INE, 2019).

El sistema de salud de Chile es segmentado y fragmentado en el financiamiento y aseguramiento como en el modelo de organización, gestión y atención de la provisión de los servicios, respectivamente. La rectoría y la

regulación recaen en el Ministerio de Salud y sus Subsecretarías de Salud Pública y Redes Asistenciales, junto al Instituto de Salud Pública. El aseguramiento puede ser público (Fondo Nacional de Salud, FONASA⁴, financiado por una cotización mensual del 7% del salario de cada trabajador o trabajadora, más aporte fiscal, que llega a un 60% del presupuesto del seguro aproximadamente (González, Castillo-Laborde y Matute, 2019)), privado (Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE financiadas por el 7% de la cotización mensual obligatoria de cada trabajador o trabajadora y un porcentaje adicional dependiendo del plan de salud al que se adscriba, siendo de un promedio de 3% (González *et al.*, 2019), institucional cerrado (Fuerzas Armadas y Carabineros, con financiamiento principalmente fiscal) o laboral (Mutualidades privadas con financiamiento de trabajadores y empleadores)). La provisión puede otorgarse a través de la Red Pública de Salud (desde la Atención Primaria de Salud con un Plan de Salud Familiar garantizado hasta hospitales

2 Su sigla en inglés es OECD, Organization for Economic Cooperation and Development.

3 El Índice de Capital Humano varía entre 0 y 1. El índice se mide en términos de la productividad de la próxima generación de trabajadores en relación con el parámetro de referencia de una educación completa y plena salud. El índice de una economía en la que el trabajador promedio alcanza su potencial de plena salud y educación completa será 1.

4 El Art. 27 del Decreto Ley N°2.763, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, del 11 de julio de 1979, le asigna a FONASA las funciones de “Recaudar, administrar y distribuir los recursos (...) y fiscalizar la recaudación; y Financiar, en todo o en parte, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el Ministerio de Salud (...), a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos (...), las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios (...) en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al Sistema o dependan de éste, sean públicos o privados”, entre otras.

terciarios), la Red Privada de Centros de Salud (incluye Hospitales Universitarios), los establecimientos de las Fuerzas Armadas y Carabineros y Hospitales de las Mutualidades. Las personas afiliadas a FONASA, de acuerdo a una regla de vulnerabilidad económica, se clasifican en cuatro subgrupos: A (23% del total), B (33%), C (19,1%) y D (24,2%) (FONASA, 2020). El grupo A y B tienen gratuidad en las atenciones. Los grupos C y D contemplan, por lo general, un copago de prestaciones de un 10 y 20%, respectivamente. El grupo A no puede acceder a la atención bajo la Modalidad de Libre Elección (MLE) y, por lo tanto, sólo se puede atender en la Red Pública de Salud que le corresponda por su lugar de residencia o trabajo y los flujos de derivación que contempla el sector público, por patologías, a esto se le llama Modalidad de Atención Institucional (MAI). En Chile, existe un grupo de problemas de salud –de alta prevalencia–, que cuentan con garantías legales de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad. Son 85 y se les llaman Garantías Explícitas en Salud (GES) y cubren a los afiliados de los seguros público y privados.

La Red Pública de Salud está compuesta por 62 hospitales de alta complejidad, 27 de mediana y 99 de baja complejidad (González *et al.*, 2019). De acuerdo a lo publicado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la población según el Censo de 2017, llegó a 17.574.003 personas (INE, 2018) y FONASA, en su Boletín Estadístico 2016-2017 (FONASA, 2020), señala que la población beneficiaria para el año 2017 llegó a 13.926.475 personas (79,2%). Esta cifra está en el mismo orden de lo señalado por la encuesta CASEN.

Información Económica de Salud (IES), publicada por el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 2020), da cuenta que para el año 2017, el país invirtió en salud un 9% del

PIB. Un 4,5% correspondió a gasto público⁵ y el otro 4,5% a gasto privado⁶. Lo anterior se traduce en un monto anual per cápita de \$879.000, donde \$440.000 corresponden al gasto público y \$439.000 a gasto privado. Es importante señalar que en la serie 2003-2017, se trata de la primera vez en que el monto de gasto público supera al gasto privado. El gasto de bolsillo llega a un “38% del gasto total en salud y afecta principalmente a las familias de menos recursos” (OPS, 2017: 110).

La Atención Primaria de Salud, con cobertura nacional, se basa en un modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, contemplando una cartera de 130 actividades en un Plan de Salud Familiar, más programas de reforzamiento (43 al año 2017) que, a través del ciclo de vida, realiza acciones de promoción, prevención, pesquisa, gestión de enfermedades y tratamiento y rehabilitación. Para el año 2016, el presupuesto de la atención primaria representó el 27% del total asignado a los Servicios de Salud del país (Martorell, 2019). La población

5 Considera el gasto en salud referido al Ministerio de Salud (Instituto de Salud Pública, Central Nacional de Abastecimiento del SNSS, Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Superintendencia de Salud) y otras Instituciones Públicas como el Servicio Médico Legal, CONIN, las Fuerzas Armadas y de Orden, y Hospital Clínico Universidad de Chile. Además, considera el 7% de cotización obligatoria pagada por las personas afiliadas a FONASA y las cotizaciones básicas, adicionales y extraordinarias pagadas por las empresas, cuya información se recoge a partir de las MUTUALES.

6 Considera el gasto en salud referido al 7% de las cotizaciones obligatorias ISAPRES, cotizaciones adicionales ISAPRES, seguros complementarios a empresas de seguros y gasto de bolsillo en salud de los hogares.

inscrita validada⁷ en la Atención Primaria de Salud (APS), para el 2017 llegó a 12.366.867 (70,4% del total). Esta población incluye a la población que se atiende en la APS administrada por municipios (322 de 345 comunas) y por Organizaciones No Gubernamentales. Adicionalmente, también existen centros de salud de APS que dependen directamente de Servicios de Salud, cuyo financiamiento es por presupuesto histórico o pago por prestaciones. La atención se entrega en más de 2.500 establecimientos (456 servicios de urgencia, 1.166 Postas de Salud Rural), 483 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 218 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y 85 hospitales comunitarios y de la Familia (González *et al.*, 2019) y a través de más de 58.600 funcionarios, con cobertura en todo el territorio nacional (Ministerio de Salud, 2017).

El año 2016, el Sistema Público de Salud produjo más de 42,4 millones de consultas médicas, siendo 18,4 millones atenciones de urgencia, 16 millones de consultas en atención primaria, 8 millones de atenciones de especialidades y 1 millón de intervenciones quirúrgicas. El mismo año, el sector privado produjo 30,8 millones de consultas, de las cuáles 15, 8 millones fueron a usuarios de FONASA y 15 millones a afiliados a ISAPRE. De las 635 mil intervenciones quirúrgicas que realizó el sector privado, 244 mil fueron a beneficiarios FONASA y 390 mil a beneficiarios ISAPRE (González y Castillo-Laborde, 2019).

La Organización Mundial de la Salud, OMS, en su reporte de monitoreo del avance de la Cobertura Universal (OMS, 2019) señala que, para el indicador de servicios de cobertu-

ra universal en salud⁸, Chile alcanza un 70%. En materia de incidencia de gastos catastróficos para las familias, el reporte incluye que al 10% de los ingresos totales del hogar, se vió afectado el 14,6%, y que al 25% de los ingresos totales del hogar, se afectó el 2,1%. Indicadores al año 2017 reportan que un 94% de la población está cubierta o tiene acceso a cuidados, ubicándose bajo el promedio OCDE (98,4%), y respecto de la protección financiera, el 50,1% de la población está cubierta por planes de salud prepagados (71,2% promedio OCDE). El gasto en salud por persona llega a 2.182 dólares (ajustados por poder de paridad de pago), bajo el promedio OCDE, que es de 3.994. Lo mismo ocurre con el número de médicos por 1.000 habitantes que llega a 2,5 (bajo el promedio de 3,5 de la OCDE) o en enfermeras que es de 2,7 por cada 1.000 habitantes (8,8 promedio OCDE).

El país, gracias a un trabajo coordinado entre el sector salud y otros, ha logrado resultados importantes en salud materna e infantil, sin embargo, estos resultados están bajo el promedio OCDE. La mortalidad infantil para el trienio 2015-2017 en Chile fue de 6,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (en 1990 llegaba a 16) y el promedio OCDE fue de 3,5. En términos de factores de riesgo, es el país con el mayor porcentaje de mayores de 15 años que reportan sobrepeso u obesidad (74,2%), muy por sobre el promedio de la OCDE (58,2%). El 38,3% de niños de 5

7 Para que una persona pueda atenderse en la Atención Primaria debe estar afiliada a FONASA y luego inscribirse presencialmente en un Centro de Salud, sea en la comuna o municipio en que reside, trabaje o estudie.

8 Indicador: Cobertura de los servicios esenciales de salud (definida como la cobertura media de los servicios esenciales basada en intervenciones de seguimiento que incluyen la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad y el acceso a los servicios, entre la población general y la más desfavorecida).

a 9 años tienen sobrepeso u obesidad (31,4% para la OCDE).

De acuerdo a la Encuesta de Caracterización Social (CASEN) de 2017 (Ministerio de Desarrollo Social, 2018), la incidencia de la pobreza en Chile es de 8,6%, con un 2,3% de personas en pobreza extrema y 6,3% en pobreza no extrema. Se presentan diferencias por (i) lugar en que se habita (hay una incidencia de 16,5% de pobreza en el sector rural y 7,4% en urbano, y la pobreza extrema en el sector rural llega a un 4,4% y a un 2% en el urbano, y en la región con mayor incidencia llega a un 17,2% –Araucanía en la zona centro sur del país con alta concentración de personas que pertenecen a pueblos indígenas– y en la menor alcanza una incidencia de 2,1% –Magallanes en el extremo austral del país–), (ii) sexo, en mujeres la pobreza alcanza un 9% (6,6% pobreza no extrema y 2,4% pobreza extrema) y en hombres un 8,2% (5,9% pobreza no extrema y 2,2% pobreza extrema), (iii) por grupos de edad, en niños de 0 a 3 años alcanza un 15%, y de 4 a 17 años a un 13,6% y (iv) por pertenencia a grupos indígenas (la población indígena tiene una incidencia de 14,5% y la población no indígena un 8%).

De acuerdo a lo señalado por la Encuesta CASEN (Ministerio de Desarrollo Social, 2018), al año 2017, un 78% de la población se encontraba afiliada al Seguro Público de Salud (FONASA), un 14,4% a seguros privados (ISAPRE), un 2,8% al sistema de Fuerzas Armadas y de Orden y un 4,8% a ninguno o no sabe. La afiliación al seguro público se mantiene constante desde la encuesta del año 2013. Esta Encuesta se realiza desde el año 1990, y la versión que tuvo mayor adscripción a FONASA fue el 2011, llegando a un 81% y el menor fue 1998, con un 61,6%. En términos de distribución poblacional según decil de ingreso autónomo, en 9 deciles la mayor parte de la población se encuentra adscrita al sistema público (superando el 85% en los 5 deciles más pobres) y sólo en el decil más rico

se encuentran adscritas más personas a seguros privados (68,2%) que en el público (25,4%). En la Encuesta CASEN, en las cuatro últimas versiones se ha mantenido constante la tasa de atención médica ante un problema de salud en los últimos tres meses (2011: 92,6%; 2013: 92,9%; 2015: 93,1% y 2017: 93,7%). Al observar el acceso a atención médica según seguro de salud, quiénes están en FONASA reportan un 93,7% de acceso, para ISAPRE un 95,5%, para Fuerzas Armadas y de Orden un 92,1% y ninguno un 86,2%. Este último grupo es el que más ha aumentado el acceso, ya que en la versión 2013 el porcentaje de atención llegaba a un 78,6%. No se observan diferencias por sexo o pertenencia a pueblos indígenas, y por tramo de edad, niños de 0 a 9 años tienen la mayor tasa (97,1%) y el grupo de 30 a 44 años la menor (92,6%). En términos de ingresos, la población del decil más pobre reportó un 92,5% y el decil más rico un 95,7%. Donde se observan diferencias importantes de acceso es en términos territoriales, ya que la región con menor acceso es Arica y Parinacota (85,4%) y la mayor llega a 97,4% (Aysén). Ambas regiones tienen alta dispersión geográfica y condiciones climáticas extremas. Al consultar respecto de las razones por las que no tuvo atención médica ante enfermedad o accidente en los últimos meses, las principales razones son personales (1. No lo consideró necesario, así que no hizo nada, 41,1%; 2. No lo consideró necesario y tomó remedios caseros, 20,4%; 3. Decidió tomar sus medicamentos habituales, 10,1%; 4. Pensó en consultar, pero no tuvo tiempo, 4,1%), y luego aparecen razones que muestran barreras de acceso: Pidió hora pero no la obtuvo (3,4% y a la baja en relación a las tres mediciones anteriores); Pensó en consultar, pero no tuvo dinero (2,7%); Pensó en consultar, pero le cuesta mucho llegar al lugar de atención (1,8%).

Donde sí se muestran diferencias importantes es al consultar respecto de haber tenido alguna necesidad en salud en los últimos tres

meses según acceso y la experiencia reportada. Respecto de la afirmación que “accedió a atención médica sin reportar problemas de acceso”, le ocurrió a un 68,1% de quienes están adscritos al seguro público, un 83,9% de quienes están afiliados a seguros privados, 72,6% de quienes se atienden por el sistema de las Fuerzas Armadas y de Orden, y un 59,6% para los que no tienen seguro. Luego, los que afirman que “accedió a atención médica y reporta algún problema de acceso”, corresponde a 26,2% de FONASA, 12,1% de ISAPRE, 20,2% de Fuerzas Armadas y de Orden y 26,5% para los que no tienen. En términos de tramo etario, quienes acceden con problemas son las personas mayores, tanto en el tramo de 45 a 59 años (25,7%), como el de 60 y más años (26,3%). Se presentan diferencias tanto territoriales, como por pertenencia a pueblos indígenas y quintiles de ingreso (29,2% del quintil más pobre tuvo problemas, y sólo un 14,8% del quintil más rico refiere haber tenido problemas de acceso).

Evaluación del Sistema de Salud

Durante el año 2017, la Superintendencia de Salud, realizó un Estudio de Opinión sobre el Sistema de Salud, tanto a beneficiarios de FONASA, como de ISAPREs abiertas (Superintendencia de Salud, 2018). Al ser consultadas las personas respecto de su sensación de protección, un 53% se sentía protegido o muy protegido y un 14% desprotegido o muy desprotegido. Este resultado se encuentra dentro del promedio de resultados de este mismo estudio en años previos. En 2014, un 47% se sentía protegido o muy protegido y un 27% desprotegido o muy desprotegido. Se presentan diferencias entre beneficiarios de los seguros, así, el 50% de los beneficiarios de FONASA declaran sentirse protegidos/muy protegidos, elevándose a un 63% entre los usuarios de ISAPRE. El resultado en el caso de la ISAPRE es el más bajo de toda la serie entre 2007 a 2017. El 2010 llegó a un máximo

de sensación de protección, con un 81%. Los resultados presentan diferencias dependiendo donde residen las personas. Dentro de las razones de ¿por qué se siente desprotegido?, en el caso de beneficiarios de FONASA la más mencionada es la falta de horas y listas de espera. En el caso de quienes se encuentran en el tramo A (carente de ingresos), la segunda causa de desprotección es la cobertura, seguida de la atención y trato. Para aquellos que se encuentran en los tramos B, C y D (que pueden acceder a la modalidad de libre elección), la segunda razón es el copago y la tercera es cobertura. Para los beneficiarios de ISAPRE, la primera razón de la sensación de desprotección es la cobertura, seguido por el precio y el Sistema.

Dentro de las experiencias de desprotección, un 45% de beneficiarios FONASA reportó que durante el último año tuvo un problema médico por el que estaba preocupado y le tomó mucho tiempo conseguir hora en el consultorio o centro de salud. Esta cifra baja a un 15% para quienes tienen seguro privado. Un 31% de usuarios FONASA reportan no realizarse exámenes médicos debido al costo, lo que baja a un 9% en usuarios ISAPRE. Un 29% de personas afiliadas a FONASA señalan que no compró algún medicamento debido al costo, y en el caso de afiliados a ISAPRE baja a un 10%. En este mismo estudio, un 14% de quienes respondieron indican que “en general, el sistema funciona bastante bien y sólo pequeños cambios son necesarios para que funcione mejor” (12% para usuarios FONASA y 23% para usuarios ISAPRE), un 58% está de acuerdo con que “hay algunas cosas buenas en nuestro sistema de salud, pero se necesitan cambios fundamentales para que funcione mejor” (57% FONASA, 58% ISAPRE) y un 28% cree que “nuestro sistema de salud tiene muchas cosas malas y tenemos que reconstruirlo por completo” (30% FONASA, 19% ISAPRE). En relación a la satisfacción con su sistema de salud, la nota promedio global el

año 2017 llegó a un 5,0. Usuarios de FONASA evaluaron con nota 4,8 y usuarios ISAPRE con nota 5,4, en escala sobre 7. Al evaluar a los prestadores, los hospitales públicos fueron evaluados con nota 5,5, las clínicas privadas con un 6,3, hospitales privados con nota 6,3, hospitales de las Fuerzas Armadas y de Carabineros con 6,0 y hospital universitario con nota 6,3. Los usuarios ISAPRE evalúan mejor a los hospitales públicos (5,7) que usuarios FONASA (5,5). Los usuarios FONASA evalúan levemente mejor a las clínicas privadas (6,3) que usuarios ISAPRE (6,2). La principal demanda de usuarios FONASA a los prestadores de salud, es mejorar la calidad de la atención (37%), mayor rapidez en exámenes clínicos (23%) y mejorar la sala de espera (20%). Un 30% no mejoraría nada. Para los usuarios ISAPRE lo primero que mejorarían es la información de cobertura y convenios (24%), seguido por mejorar la calidad de atención (17%) y no exigir el pago al momento del ingreso (16%). Un 64% no mejoraría nada.

En enero de 2018, el Centro de Estudio de Conflicto y Cohesión Social (COES), publicó unas Notas en el marco del Estudio Longitudinal Social de Chile (ELSOC), sobre Salud Mental (Hojman *et al.*, 2018), y dentro de sus conclusiones es posible señalar que, considerando poblaciones de ciudades de 10.000 o más habitantes, se encontró que un 18,3% de las personas reporta síntomas moderados y severos de depresión, y un 7,7% síntomas severos. Estos datos, al ser analizados por distintos determinantes sociales, presentan importantes gradientes. Así, por ejemplo, los grupos intermedios socioeconómicamente (deciles sexto y séptimo) obtienen resultados peores, lo que los autores le llaman “bache depresivo”, y lo asocian a una clase media con menor acceso a tratamiento. También se presentan variaciones a nivel de sexo, y en el caso de mujeres de menores ingresos, se suman los factores de riesgo o interseccionalidades. Sin embargo, los hombres reciben menor tratamiento y reportan

menor apoyo social. En términos territoriales, los habitantes de ciudades de más de 100.000 habitantes muestran mejores niveles que quienes viven en ciudades medianas o pequeñas, también por problemas de acceso a tratamiento. Por último, también se muestra una correlación positiva entre síntomas depresivos con mayor endeudamiento, obesidad y consumo de tabaco. Estos resultados son más preocupantes que los mostrados en la Encuesta Nacional de Salud (ENS), de 2016-2017 (Ministerio de Salud, 2019), donde la sospecha de depresión fue de un 15,8% a nivel nacional, siendo más prevalente en mujeres (21,7%) que en hombres (10%) (usando el instrumento CIDI *short form*) y al aplicar el instrumento en extenso, según DSM-IV, se reporta una prevalencia de 6,2% a nivel nacional (un 2,1% en hombres y 10,1% en mujeres), de los cuáles un 18,7% reporta estar en tratamiento.

La Encuesta del Centro de Estudios Públicos (CEP), de diciembre de 2019 (Centro de Estudios Públicos, 2020), al consultar respecto de ¿cuál cree usted es la razón más importante tras las manifestaciones pacíficas en Chile? ¿Y cuál sería la segunda más importante? La alternativa “La mala calidad de la salud y educación públicas” se ubican en el cuarto lugar (13% como primera opción, y 23% como segunda opción).

En la Encuesta denominada Termómetro Social (Centro de Estudio de Conflicto y Cohesión Social, 2019), aplicada por COES, durante diciembre de 2019, se solicitó a las personas que evaluaran en una escala de 1 a 10 las distintas demandas ciudadanas detrás del estallido social que vive el país desde el 18 de octubre de 2019. Un 89,9% de las personas le asignaron nota 10 (muy importante) a Pensiones y jubilación y un 89,5% le asignó esta misma nota a Salud, transformándose en la segunda demanda con mayor adhesión. Al consultarles sobre ¿cuál es la principal demanda de las anteriores?, un 27,3% señaló Pensiones y jubilación y un 21,7% señaló Salud.

La opción que le sigue es costo de vida, con un 11,6% de menciones. Este mismo estudio señala que, al ser consultadas las personas respecto de que factores tienen mayor influencia en lograr paz social en el país, un 97,3% considera que reducir la desigualdad es muy importante o importante.

Tiempos de espera: reflejo de las desigualdades

Dentro de las injusticias o inequidades que perciben las personas respecto del acceso a prestaciones de salud, se relaciona con los tiempos de espera para acceder a consultas nuevas con especialistas y/o intervenciones quirúrgicas, una vez que se han generado los requerimientos en base al sistema de derivación existente en el país, dado el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), que se ha implementado en Chile. Los tiempos de espera son la expresión o “síntoma del desequilibrio entre la oferta y demanda de servicios de salud, y del incremento de los costos de estos” (BID, 2016: 2), cuestión que es fundamental, ya que la resolución de este problema tiene efectos en la legitimidad que la población le otorga al Sistema de Salud, como también en la equidad del mismo. Interesantemente, se han establecido algunas de las causas de estos desequilibrios, y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), señala, el cambio del perfil epidemiológico y demográfico de las poblaciones (cuestión que en el caso chileno ha sido de gran rapidez e importante transformación), el aumento de clases media más demandantes de servicios, porque son más conscientes de sus derechos, junto con el avance tecnológico (y la comunicación del mismo) y los recursos limitados con los que cuentan los servicios de salud (financieros, personal calificado distribuido geográficamente y de gestión, por nombrar algunos). Para la gestión de los tiempos de espera, se recomienda considerar dos elementos en el diseño de los mecanismos, a saber: a) medir los tiempos de espera, lo que

resulta del todo básico para poder establecer metas, junto con conocer la percepción social de los mismos; y b) desagregar los tiempos de espera a regular (por paciente, por procedimientos, integralmente, por ejemplo) (BID, 2016).

De acuerdo a lo informado por el Ministerio de Salud, a septiembre de 2019 (Ministerio de Salud, 2019), se encontraban retrasadas un total de 7.600 garantías de oportunidad del Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), con un promedio de retraso de 56,6 días, representando un incumplimiento de 0,37% del total de garantías activas. De éstas, 447 correspondían a la APS, 428 a la atención secundaria y 6.725 a la atención terciaria. En relación a las Listas de Espera No GES, a septiembre de 2019, se encontraban 1.942.352 registros (1.668.715 personas, 9,5% de la población del país) en ellas para una Consulta Nueva de Especialidad, con un promedio de días de espera de 382. De este total, 1.447.410 registros se encuentran a la espera de una consulta médica y 494.942 están esperando consulta odontológica. Tanto la cifra como el promedio de días de espera es la más alta desde marzo de 2018 (1.803.833 registros con un promedio de 376 días). Se producen significativas diferencias territoriales, ya que el Servicio de Salud con mayor cantidad de registros en espera y con mayor promedio de días es O’ Higgins –en la zona central del país y con una población de 914.555 personas a 2017– (170.449, con un promedio de 757,08 días) y el menor es Arica –en el extremo norte, con una población de 226.068 personas– (11.058, con un promedio de 95 días). En relación a la cantidad de personas a la espera de una intervención quirúrgica, a septiembre de 2019, el total alcanzaba la cifra de 266.899 registros (240.822 personas) con un promedio de 319 días de espera, menos que los 290.873 registros que esperaban en marzo de 2018, con un promedio de espera en ese entonces de 483 días. En términos de distribución territorial,

las personas que más tiempo llevan esperando se encuentran en el Servicio de Salud Valdivia (475,47 días en promedio) y las de Arica con la menor cantidad (167,27 días en promedio). De los 266.899 registros en espera, 199.397 corresponden a Intervenciones Quirúrgicas Mayores (74,7%) y 67.502 Menores (25,3%).

Para 2017, la OCDE reporta una serie de datos sobre tiempos de espera, para varios países, incluyendo a Chile. Por ejemplo, para la espera por una cirugía de cataratas la mediana es de 119 días y el promedio 121, y para los 16 países que consideró este indicador, la mediana fue de 77 días y el promedio de 129 días. Para el reemplazo de cadera, la mediana para Chile fue de 240 días y el promedio 433 días de espera, situándonos en la peor posición de los 16 países estudiados (mediana de 95 días y promedio de 161 días). La misma situación ocurre con el reemplazo de rodilla, en que la mediana de espera en Chile es de 842 días y el promedio 861 días, y para los 16 países de la OCDE analizados, la mediana fue de 114 días y el promedio 227 días de espera.

Discusión

Chile es el país con el mejor índice de Capital Humano en América Latina y el Caribe, una expectativa de vida superior a 80 años, una baja incidencia de pobreza (por ingresos) y un índice de Gini que se ha mantenido en torno al 0.5 en las últimas décadas, lo que da cuenta de una desigualdad de ingresos relativamente estructural. La población del país está en un proceso de envejecimiento demográfico, producto del descenso de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, asociado a un cambio en el perfil epidemiológico, con alta presencia de factores de riesgo –obesidad, sobrepeso, consumo de alcohol, bajo consumo de frutas y verduras y elevado sedentarismo–, y las principales causas de muerte están asociadas a enfermedades del sistema circulatorio y tumores malignos.

Para Chile, señala la Organización Panamericana de la Salud que “el mayor reto para los próximos años será disminuir las desigualdades socioeconómicas que impiden un desarrollo más equitativo, integral e inclusivo” (OPS, 2017: 110), que se reflejan en el sistema de salud mixto, segmentado –ya que en el seguro público (FONASA) se concentra la población con mayores vulnerabilidades (por situación socioeconómica, sexo, estado de salud y edad) – y fragmentado que tiene el país (con un incipiente proceso de implementación de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud). El país invierte montos similares en gasto público (\$440.000 por persona al año) y privado (\$439.000), lo que da cuenta de un elevado gasto de bolsillo, que llega a un 38% del gasto total en salud, afectando a las familias de menores ingresos principalmente.

De acuerdo a la OMS, Chile alcanza un 70% en el indicador de servicios de cobertura universal en salud. En términos de acceso a atenciones de salud, de acuerdo a la Encuesta CASEN, se presentan importantes diferencias territoriales entre las regiones del país, y tal como lo han señalado otros estudios, se reconoce “la necesidad de diseñar y ejecutar políticas sanitarias participativas e intersectoriales, que reduzcan o eliminen las barreras que son responsabilidad de sectores distintos al sector salud, con el fin de lograr el acceso equitativo a la atención de salud” (Hirmas *et al.*, 2013: 228). Al observar la percepción de los ciudadanos en base a la Encuesta de la Superintendencia de Salud de 2017, sólo la mitad de los beneficiarios FONASA se sentían protegidos/muy protegidos con su seguro, siendo este resultado superior en los usuarios de ISAPRE (63%). Las razones para que solo la mitad de quienes están adscritos a FONASA se sientan protegidos, reside en la falta de horas médicas y de especialistas y en las listas de espera.

A contar del 18 de octubre de 2019, Chile vive un proceso de convulsión social, con

múltiples y permanentes manifestaciones de descontento social por parte de la ciudadanía. La Encuesta CEP de diciembre de 2019 ubica como una de las causas de este descontento social a la “mala calidad de la salud y educación públicas” (en el cuarto lugar), y en el Termómetro Social del mismo mes, las personas evaluaron en una escala de 1 a 10 las distintas demandas ciudadanas detrás del estallido social. Un 89,9% de las personas le asignaron nota 10 (muy importante) a Pensiones y jubilación y un 89,5% le asignó esta misma nota a Salud, transformándose en la segunda demanda con mayor adhesión. Al consultarles sobre “¿cuál es la principal demanda de las anteriores?”, un 27,3% señaló Pensiones y jubilación, y un 21,7% Salud. Este mismo estudio señala que, al ser consultadas las personas respecto de que factores tienen mayor influencia en lograr paz social en el país, un 97,3% considera que reducir la desigualdad es muy importante o importante.

Una de las causas que afectan de manera sustancial la confianza en el sistema público de salud, y la sensación de protección de quienes están afiliados a FONASA, son las listas de espera, para acceder a consultas con médicos y médicas especialistas y a intervenciones quirúrgicas.

Las listas de espera, como síntoma del desajuste entre la oferta y la demanda del sistema de salud, afectan la equidad del mismo, y dentro de las causas de éstas, el BID identifica el cambio del perfil epidemiológico y demográfico de las poblaciones, el aumento de una clase media más demandante de servicios y consciente de sus derechos, junto con el avance tecnológico (y la comunicación del mismo) y los recursos limitados con los que cuentan los servicios de salud (financieros, personal calificado distribuido geográficamente, y de gestión, por ejemplo).

En el caso de Chile, a septiembre de 2019, 1.668.715 personas se encontraban en lista de espera para una primera consulta con un médico especialista (9,5% de la población

del país) y 240.822 personas esperaban una intervención quirúrgica. Estos números reflejan este desequilibrio pero, además, muestran diferencias importantes en términos territoriales. Por ejemplo, para consultas con médicos especialistas, el Servicio de Salud con la mayor cantidad de registros en espera y con mayor promedio de días es O'Higgins —en la zona central del país y que tiene una población de 914.555 personas a 2017— (170.449 personas en espera (18% de la población regional), con un promedio de 757,08 días) y el menor es Arica —en el extremo norte, con una población regional de 226.068 personas— (11.058 (4,9% de la población regional), con un promedio de 95 días). Esta misma circunstancia se replica en la lista de espera de las intervenciones quirúrgicas, ya que las personas que más tiempo llevan esperando se encuentran en el Servicio de Salud Valdivia en el sur del país (475,47 días en promedio) y las que menos esperan son las personas de Arica (167,27 días en promedio). Si, comparamos estos resultados a nivel internacional, específicamente para reemplazo de cadera y rodilla, Chile queda ubicado con el peor resultado de los 16 países de la OCDE analizados.

Estas inequidades en términos de la atención de salud, vinculadas a factores sociales, económicos y culturales (pertenencia a grupos indígenas, el lugar de residencia o el género), unido a positivos resultados a nivel global que no toda la población goza, está a la base de que sólo la mitad de quienes se encuentran adscritos a FONASA se sientan protegidos o muy protegidos, y considerando que la atención de salud constituye un aspecto fundamental del bienestar de todo país, estas desigualdades son inaceptables, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008). Las causas de las listas de espera sólo pueden profundizar el problema, si no se refuerza de manera significativa la capacidad instalada del Sistema Público de Salud, que atiende a la mayor parte de la población, la que tiene mayores

vulnerabilidades. Este esfuerzo social, debe ir enfocado a reducir las inequidades (injustas y evitables) en el sector salud, por ejemplo, disminuyendo barreras de acceso y promover un modelo de Atención Primaria Universal, más resolutive y pertinente culturalmente, con foco en prevención y promoción y fomentar la participación de usuarios y comunidades, donde los prestadores de salud deben realizar una adaptación de la provisión de servicios a las necesidades específicas de su población, junto con realizar un diseño e implementación de estrategias de búsqueda de grupos que no contactan al sistema de salud (Hirmas *et al.*, 2013), como adolescentes y personas jóvenes.

Dado el estallido social y la insatisfacción con el Sistema de Salud, se ha obligado a postular modificaciones a FONASA, como seguro público y a las ISAPRES. Sin embargo, las propuestas legislativas en análisis no pasan de ser soluciones cosméticas que no abordan el problema de fondo. En contraposición al modelo actual, sectores progresistas, académicos de distintas universidades y economistas de la salud han planteado una reforma estructural y profunda de sistema de salud, orientado a la creación de un Sistema Nacional con un fondo único, con un enfoque solidario en su financiamiento y de derechos. En este modelo, las ISAPRES podrían transformarse en seguros complementarios sin manejar las cotizaciones obligatorias. Los modelos internacionales de sistemas únicos nacionales de salud, han mostrado ser eficaces y eficientes en el manejo de los problemas de salud y en el abordaje histórico de epidemias y desastres naturales y sus efectos en salud. En este mismo marco, una nueva Carta Fundamental se hace necesaria para que se proclamen los derechos humanos básicos como salud, educación, previsión social y protección social, entre otros.

Aun cuando existen interrogantes, no cabe duda que es importante abordar la inequidad en salud y que cada ciudadano o ciudadana reciba los servicios de salud que requiere, con

principio de seguridad social y en un modelo solidario de financiamiento. La propuesta de un sistema único, de seguridad social con enfoque solidario y de derechos es absolutamente coherente con los postulados aprobados en la Organización Panamericana de la Salud, en el marco de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (OPS, 2014), a lo que se debe agregar el desafío para que el país destine un piso de financiamiento para el gasto público en salud de un 6% del PIB en el corto plazo.

Referencias bibliográficas

- Banco Interamericano de Desarrollo (2016). *Listas de Espera: un Mecanismo de Priorización del Gasto en Salud*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Banco Mundial (2019). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2019: La naturaleza cambiante del trabajo, cuadernillo del "Panorama general"*. Washington DC: Banco Mundial. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/767331554985479543/pdf/Main-Report.pdf>
- Banco Mundial (2020). *Poverty and Equity Brief. Chile. October 2019. Perfil de país*. Disponible en: https://databank.worldbank.org/data/download/poverty/33EF03BB-9722-4AE2-ABC7-AA2972D68AFE/Global_POVEQ_CHL.pdf
- Centro de Estudio de Conflicto y Cohesión Social, COES (2019). *Termómetro Social*. Santiago: COES. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B3Y48LCzPOdQTEFaRXpFcEh1TC1KalBENkpKMjAzLVRGdT Vj/view>
- Centro de Estudios Públicos. (2020). *Estudio Nacional de Opinión Pública Nº84*. Santiago: COES. Disponible en: https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20200116/20200116081636/en-cuestacep_diciembre2019.pdf
- Frenz, P. (2005). Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de

- la salud. *Revista Chilena de Salud Pública*. Vol. 9 (2): 103-110.
- Fondo Nacional de Salud. (S/D). *Boletín Estadístico 2016-2017*. Disponible en: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/documentos>
- González, C., Castillo-Laborde, C., Matute, I. [Eds.]. (2019). *Serie de salud poblacional: Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno*. Santiago de Chile: CEPS, Facultad de Medicina, CAS-UDD.
- Hirmas Adaury, M., Poffald Angulo, L., Jasmén Sepúlveda, A. M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamá Salud Pública*. 33 (3): 223-9.
- Hojman, D., Krauze, M., Llaupi, M., Rojas, G., & Vergés, A. (2018). *Notas COES de política pública / N° 15. Módulo 6: Salud y bienestar Salud mental en el Chile de hoy*. Santiago: Centro de Estudio de Conflicto y Cohesión Social, COES. Disponible en: <https://coes.cl/wp-content/uploads/2018/01/N6.-ELSOC.-Salud-y-bienestar.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2018). *Síntesis de Resultados Censo de 2017*. Santiago: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: https://www.ine.cl/docs/default-source/censo-de-poblacion-y-vivienda/publicaciones-y-anuarios/2017/publicaci%C3%B3n-de-resultados/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf?sfvrsn=1b2dfb06_6
- Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2018). *Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050. Total país, 4*. Santiago: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: https://www.ine.cl/docs/default-source/proyecciones-de-poblacion/publicaciones-y-anuarios/base-2017/ine_estimaciones-y-proyecciones-de-poblaci%C3%B3n-1992-2050_base-2017_s%C3%A9ntesis.pdf?sfvrsn=c623983e_6
- Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2018). *Síntesis de Resultados Censo de 2017*. Santiago: Disponible en: https://www.ine.cl/docs/default-source/censo-de-poblacion-y-vivienda/publicaciones-y-anuarios/2017/publicaci%C3%B3n-de-resultados/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf?sfvrsn=1b2dfb06_6
- Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2019). *Anuario de Estadísticas Vitales*. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas. Disponible en: https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2017.pdf?sfvrsn=95e68aba_4
- Martorell, B. (2019). Primary Health Care Model and payment system. *Presentación realizada a delegación de Pakistán, en evento organizado por el Banco Mundial*. 24 de octubre de 2019.
- Ministerio de Salud (2017). *Atención Primaria de Salud en Chile. Avances y desafíos*. Santiago: Asociación Chilena de Municipalidades. Disponible en: https://achm.cl/download/0822_al_24_olmue_atencionprimariasaludenchi-leavancesydesafosiii-pdf/
- Ministerio de Salud (2019). *Documento segunda entrega de resultados Tercera Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017*. Santiago: Ministerio de Salud. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/MinutaTecnica.-2%C2%BA-Resultados-ENS_DEPTO.EPIDEMIOLOGIA.MIN-SAL.14.01.2019.pdf
- Ministerio de Salud (2019). *Informe Glosa N° 6*. Santiago: Ministerio de Salud. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/11/ORD-4757.-Parte-1-de-2.pdf> <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/11/ORD-4757.-Parte-2-de-2.pdf>
- Ministerio de Salud (2020). *Información Económica de Salud*. Santiago: Ministerio de Salud. Disponible en: <http://ies.minsal.cl/gastos/sha2011/indicadores/1>

- Ministerio de Desarrollo Social (2018). *Casen 2017. Situación de pobreza. Síntesis de resultados*. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_pobreza_Casen_2017.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social (2018). *Encuesta CASEN. Síntesis de Resultados. Salud*. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Salud_casen_2017.pdf
- O'Hara, P. (2005). *Creating Social and Health Equity: Adopting an Alberta Social Determinants of Health Framework*. Canadian Institute for Advanced Research, Health Canada. Canadá: Edmonton Social Planning Council. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/resources/paper_ca.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Resumen: panorama regional y perfiles de país*. En *Salud en las Américas+* (pp. 107-110). Washington, D.C.: OPS.
- OECD (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra: OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2014). *66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Resolución CD53.R14*. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R14-s.pdf>
- Superintendencia de Salud (2018). *Estudio de Opinión sobre el Sistema de Salud 2017*. Santiago: Superintendencia de Salud. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-17015_recurso_1.pdf
- World Health Organization (2019). *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage: 2019 Monitoring Report: executive summary*. Geneva: World Health Organization. Disponible en: <https://www.healthpolicy-watch.org/wp-content/uploads/2019/09/Full-report.pdf>

Para citar este Artículo de investigación:

Castillo, C. y Molina Milman, H. (2020). El Sistema de Salud chileno: Análisis y perspectivas en el marco del estallido social de octubre de 2019. *Revista Estado y Políticas Públicas*. Año VIII, Núm. 14, 53-67.

A perversão da agenda da saúde pública brasileira: Da saúde como direito universal à cobertura universal em saúde

*The manipulation of public health Brazilian agenda:
From health as a universal right to universal health coverage*

Por Camila Gonçalves De Mario* e Tatiana de Andrade Barbarini**

Fecha de Recepción: 01 de febrero de 2020.

Fecha de Aceptación: 27 de marzo de 2020.

RESUMO

O objetivo deste artigo é, através de uma análise bibliográfica e documental, esclarecer os sentidos do desmonte, em curso, do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Para o entendimento do processo de desmonte o artigo está estruturado em três seções. Inicialmente são apresentados a trajetória do SUS e os preceitos básicos da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde e da Política Nacional de Saúde Mental, programas que estão no centro das “reformas” realizadas desde o início do Governo de Jair Bolsonaro. Em seguida, analisa-se o projeto neoliberal e a Emenda Constitucional 95/2016, conhecida por Emenda do “Teto dos Gastos”, aprovada ainda durante o gover-

no Michel Temer e seus impactos na viabilidade financeira do SUS. Serão também analisados o Plano de Governo de Jair Bolsonaro, o discurso de posse e entrevistas do Ministro Luis Henrique Mandetta, as notas técnicas e portarias do Ministério da Saúde referentes às políticas de atenção básica e saúde mental. Busca-se elucidar os argumentos mobilizados como justificadores do desmonte: um neoliberal, que busca justificar as mudanças a partir de um discurso custo-efetividade, e outro moralista-conservador, que remete a uma discussão de viés ideológico e voltada para os “valores que seriam caros ao brasileiro”. O artigo também reflete sobre a manipulação discursiva da ideia de equidade em saúde e de justiça so-

* Pós-doutoranda do Centro Núcleo Milenio Autoridad y Asimetrías de Poder. Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas. Professora do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política do Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro - Universidade Cândido Mendes. Correio eletrônico: camilagdemario@gmail.com

** Pós-doutora pelo Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo. Doutora em Sociologia pela Universidade Estadual de Campinas. Docente em Antropologia e Sociologia pela União Mogiana para o Desenvolvimento da Educação - Unimogi. Correio eletrônico: tati.barbarini@gmail.com

cial, cujo efeito é mascarar o principal sentido do desmonte em marcha: a implementação de um projeto afeito à proposta de Cobertura Universal em Saúde (Universal Health Coverage) da OMS.

Palavras-chave: Sistema Público de Saúde, Neoliberalismo, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The aim of this article is, through a bibliographic and documental analysis, to clarify the directions of the ongoing dismantling of the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS). In order to understand the dismantling, process the article is structured in three sections. Initially, the history of SUS and the basic precepts of the National Policy of Basic Health Care and the National Policy of Mental Health are presented, programs that are at the center of the "reforms" carried out since the beginning of the Jair Bolsonaro Government. Next, the neoliberal project and the Constitutional Amendment 95/2016, known as the "Expense Roof Amendment," approved during the Michel Temer administration, are analyzed, questioning about their impacts on the financial viability of the SUS. It will also be analyzed the Plan of Government of Jair Bolsonaro, the speech of inauguration and interviews of Minister Luis Henrique Mandetta, the technical notes and ordinances of the Ministry of Health regarding the policies of basic attention and mental health. The objective is to elucidate the arguments mobilized to justify the dismantling: one neoliberal, which seeks to justify the changes based on a cost-effectiveness discourse, and another conservative moralist, which refers to a discussion of ideological bias and focused on "values that would be dear to Brazilians". The article also reflects on the discursive manipulation of the idea of equity in health and social justice, the effect of which is to mask the main sense of dismantling in progress: the implementation

of a project dedicated to the WHO - Universal Health Coverage proposal.

Keywords: *Public Health System, Neoliberalism, Brazilian Unified Health System.*

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) se caracteriza fundamentalmente por ser organizado a partir da noção ampliada de saúde, entendida como bem-estar físico, mental e social. Seus princípios orientadores básicos e sua organização têm dois fundamentos históricos: o debate da medicina social latino-americana, no Brasil organizado através do campo da saúde coletiva; e o debate internacional, que se estabelece, principalmente, a partir da fundação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946 e da Declaração de Alma-Ata em 1978. Apesar de ter enfrentado muitos entraves político-institucionais desde sua formulação em 1990, o SUS logrou em institucionalizar uma política de saúde universal, baseada em uma concepção social do processo saúde-doença, com serviços públicos gratuitos e orientados pelo princípio da integralidade do atendimento.

Os programas e políticas implementados ao longo dos últimos trinta anos são perpassados pela noção de determinantes sociais da saúde e possuem um caráter intersetorial e multidisciplinar. São muitos os exemplos, mas para os propósitos deste artigo focaremos na Política Nacional de Atenção Básica e em dois de seus programas, a saber, o Estratégia Saúde da Família e o Mais Médicos. Também nos debruçaremos sobre a Política de Saúde Mental.

A descrição desses programas e políticas permite compreender o cenário atual brasileiro, tendo em vista que, desde o golpe institucional sofrido pela Presidente Dilma Rousseff, estão sendo implementadas mudanças que apontam para o desmonte do SUS e para uma importante inflexão e perversão dos sentidos e princípios do sistema. Tais mudanças se agravam no atual governo de Jair Bolsonaro.

Desse modo, o intuito deste artigo é, através de uma análise bibliográfica e documental, esclarecer os sentidos da reforma, em curso, do sistema nacional de saúde. Essa reforma mobiliza dois tipos de argumento: um neoliberal, que busca justificar as mudanças a partir de um discurso custo-efetividade, e outro moralista-conservador, que remete a uma discussão de viés ideológico e voltada para os “valores que seriam caros ao brasileiro”. Observa-se também o uso de uma política do medo, principalmente no que se refere aos tratamentos à população drogadita. Outro argumento frequentemente usado pelo atual Ministro da Saúde, Luis Henrique Mandetta, de cunho neoliberal, manipula a ideia de justiça social e mascara o principal sentido das reformas que estão em marcha: a implementação de um projeto afeito à proposta de Cobertura Universal em Saúde (Universal Health Coverage) da OMS.

Na primeira seção deste artigo, apresentaremos a trajetória do SUS e os preceitos básicos da Política de Atenção Básica em Saúde e da Política Nacional de Saúde Mental. Na segunda seção, refletiremos sobre os sentidos das reformas em marcha desde a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95/2016, ainda durante o governo de Michel Temer. Na terceira seção, serão analisados o Plano de Governo de Jair Bolsonaro, o discurso de posse e entrevistas do Ministro Luis Henrique Mandetta, as notas técnicas e portarias do Ministério da Saúde referentes às duas políticas apresentadas na primeira seção. Por fim, apresentamos nossas considerações finais, refletindo sobre os sentidos desse desmonte.

1. O SUS e a equidade em saúde: qualidade de vida, bem-estar e determinação social da saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), implementado em 1990, é resultado de um longo processo de luta social cuja trajetória é marcada por, pelo menos, dois percursos comple-

mentares: um constituído pelo debate que se desenvolveu no âmbito acadêmico, e o outro construído a partir da luta pela redemocratização do Estado brasileiro. Ambos se estabeleceram em diálogo com os debates sobre os sistemas públicos de saúde promovidos pelas Agências Internacionais (ONU e OMS), e com a produção da medicina social latino-americana, de viés marxista.

Dois premissas que perpassam a agenda que se constituiu nesse processo, que data – pelo menos – dos anos 1960, são fundamentais e se fazem ainda hoje presentes na produção do SUS: uma noção abrangente do processo saúde-doença cuja preocupação se volta para a promoção de qualidade de vida e bem-estar físico, mental e social; e a noção de determinação social da saúde. Ambas as noções são perpassadas por um projeto político preocupado com a construção de sociedades mais justas. A justiça social é, portanto, uma preocupação de fundo que se traduz na correlação construída entre as desigualdades sociais e as desigualdades em saúde, bem como na vontade de transformação da estrutura social, entendendo a saúde como resultado das formas de organização social da produção, responsável pela geração das desigualdades.

A produção de autores vinculados à vertente da medicina social brasileira, nos anos 1960/70, é reveladora dessa perspectiva. Foram autores como Cecília Donnangelo, analisando a relação medicina/saúde/sociedade, e Sergio Arouca, trabalhando sobre o dilema preventista, que se propuseram a pensar o papel da medicina e dos profissionais da saúde e sua relação com o sistema capitalista, ou, como destaca Everardo Nunes (1992), a articulação da prática médica com a prática social. A partir do trabalho de Arouca, por exemplo, o cuidado médico passa a ser entendido como um processo de trabalho que exerce intervenção sobre os valores e necessidades das pessoas, uma troca à qual se atribui um valor social e histórico (Nunes, 1992). Trata-se de

uma vertente que demonstra a articulação entre a prática médica e sanitária e a reprodução e transformação da estrutura social. Seus autores questionavam as desigualdades estruturais de nossas sociedades e apontavam para a necessidade de uma profunda transformação social se o intuito fosse suplantá-las. Daí a importância de se falar em *determinação social da saúde*. Segundo Pettres e Rios, “a determinação social da saúde enunciada por núcleos da medicina social da América Latina, nos anos 1970, queria resgatar a estrutura social e a saúde, além do sistema econômico, trabalho e classe social, que estavam excluídas no sistema de saúde pública” (2018: 186).

A outra vertente se desenvolveu nas agências internacionais, cujo debate teve dois marcos determinantes para o entendimento de sistema público de saúde e direito à saúde adotados pelo Brasil. São eles: o Relatório Lalonde (1973) e a Declaração de Alma-Ata (1978). O relatório Lalonde inaugura uma proposta de estratégia de promoção da saúde a partir da noção de um campo de saúde que abrange biologia humana, meio ambiente e estilo de vida. Na declaração de Alma-Ata reforça-se a ideia, consolidada pela OMS, de que a saúde deve ser pensada como “completo estado de bem-estar físico, mental e social”, o que requer ação de setores sociais e econômicos não apenas em saúde. Nesse sentido, promoção e proteção aparecem como essenciais para a melhoria da qualidade de vida das populações.

Considerada um direito humano fundamental, a saúde é afirmada na declaração como a mais importante meta social mundial, já que as desigualdades em saúde existentes entre os povos são inaceitáveis. A chave para que se atingisse até os anos 2000 um nível de saúde que permitisse aos povos levar uma vida social e economicamente produtiva eram os cuidados primários da saúde, parte fundamental “do desenvolvimento, no espírito da justiça social”. A declaração também defende que é direito e dever dos povos participar no

planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. Dessa forma, os cuidados primários refletem e são a base a partir da qual evoluem as condições econômicas e as características socioculturais e políticas de um país, por isso, sua aplicação depende de pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.

Ambas as vertentes, da medicina social latino-americana e a desenvolvida no âmbito dos organismos internacionais, trabalham com noções de distribuição e redistribuição de recursos para a promoção da justiça social. A primeira, de caráter estrutural, propõe que é necessária uma transformação das formas de organização social da produção para a construção de uma sociedade justa e defende que a prática médica e os sistemas de saúde cumprem papel fundamental nessa transformação. A segunda reconhece a centralidade do direito à saúde e dos sistemas de saúde públicos para a mitigação das desigualdades, o papel do Estado no processo de redistribuição de bens e recursos públicos, entretanto, não enfrenta o debate sobre a desigualdade e exclusão estrutural do capitalismo. Como veremos é a segunda que predomina do desenho do SUS.

A essa agenda se somam também os movimentos sociais e a luta pela redemocratização no Brasil. No caso da saúde, foi central a atuação do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), ator fundamental na produção não apenas político/institucional do sistema, mas também conceitual. Somam-se ainda aos movimentos sociais a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), instituições que a partir dos anos 1980 passam a constituir o campo da Saúde Coletiva - cuja alma está no encontro entre os saberes dos campos da saúde e da sociologia, presentes nos trabalhos da medicina social. Tais atores também desempenharam importante papel na defesa do direito universal à saúde e de uma

política de saúde democrática com gestão descentralizada e participação popular.

A ABRASCO, criada em setembro de 1979, promoveu no mês seguinte de sua fundação o primeiro Simpósio de Política Nacional de Saúde, cujo documento aprovado:

[...] estabelecia princípios centrais que seriam adotados pela reforma sanitária, como o direito universal à saúde; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; a participação popular; o controle democrático e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública [Cebes, 1980] (Paiva e Teixeira, 2014: 22).

Uma das primeiras formulações para o desenho do SUS pode ser vista no texto do relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Adotando o tema “Saúde: direito de todos, dever do Estado”, essa conferência propôs uma concepção abrangente de saúde e próxima do que veio a ser o desenho do SUS, expresso no texto Constitucional de 1988 e na LOS 8080/90. Destacamos aqui três itens do relatório final da conferência no que se refere ao direito à saúde:

1. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
2. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

3. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos dos habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

O documento da conferência também estabelece outros princípios que estão na base do SUS. Sobre a organização do sistema, o documento defende a integralidade em saúde, a universalidade e equidade do sistema, e a importância de se construir uma gestão descentralizada e participativa. Esse debate se concretiza no texto da Constituição de 1988 e, mais tarde, na Lei Orgânica da Saúde, a LOS 8080/90. O artigo 6º da Constituição estabelece que a saúde é um direito social, e o artigo 196º define:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

No artigo 196 aparece a noção ampliada do processo saúde-doença baseada no debate sobre o processo de determinação social da saúde, bem como os princípios norteadores do SUS, reafirmados no texto da Lei Orgânica da Saúde. Os artigos 2º e 3º da Lei Orgânica da Saúde - 8080/90 traziam em sua redação original:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem aces-

so universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Em 2013, o terceiro artigo ganha através da Lei 12.864/2013 nova redação, para que se inclua a atividade física dentre os fatores determinantes sociais da saúde. Essas definições ampliadas de saúde estão na base do Sistema Único de Saúde e de sua organização. Abordá-las não é um simples esforço conceitual, mas sim uma chave para compreender a implantação de estruturas e políticas, como a Atenção Básica em Saúde e a Política de Saúde Mental, bem como as ações que visam ao seu desmonte.

1.1. A Atenção Básica em Saúde

O SUS significa uma enorme conquista para a política de saúde brasileira, e os avanços obtidos nos últimos trinta anos são inquestionáveis. Trata-se de um sistema público de saúde que atende a 75% da população brasileira, com programas de saúde básica, média e alta complexidade que se tornaram referência em serviços de saúde, como o programa de combate e tratamento à AIDS, o de vacinas e medicamentos, o Programa Saúde da Família, o SAMU. Conta com o maior sistema público de transplantes do mundo. Vale destacar que foi concomitante ao estabelecimento do SUS o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica, movimento de suma importância para o estabelecimento de uma política de saúde mental considerada referência, concretizada no atendimento que hoje é oferecido pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), componente do

SUS, através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Nesta subseção, apresentaremos os princípios e os dilemas que envolvem a Política Nacional de Atenção Básica e, na próxima, a Política Nacional de Saúde Mental, que é englobada pela Atenção Básica, ambas são parte constituinte do SUS e orientadas por seu conceito ampliado de saúde.

No âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece a principal porta de entrada do sistema, é possível localizar um dos esforços fundamentais de implementação da política de saúde a partir da noção dos determinantes sociais da saúde e da promoção de desenvolvimento sustentável e qualidade de vida. A atenção básica (ou atenção primária em saúde)¹ se constrói ao longo dos anos 1990 a partir da implementação do programa de agentes comunitários de saúde e do primeiro programa de saúde da família em municípios do nordeste e sudeste do país em 1994. Em 2003 consolida-se como eixo estruturante do SUS com a implementação do programa Estratégia Saúde da Família (ESF), que em 2013 é reforçada pelo Programa Mais Médicos (PMM).

Como colocam Cecílio e Reis (2018), o debate acadêmico e a implementação da atenção básica no Brasil não são mera reprodução da discussão internacional, ou do que se formulou em Alma Ata e nas discussões posteriores, embora seja plenamente alinhada aos princípios de equidade em saúde e justiça social que norteiam a Declaração de Alma Ata. Há na concepção de atenção básica do SUS uma crítica à ideia de atenção primária em saúde, que restringiria a atenção a uma cesta de serviços. Desde a formulação do SUS fo-

1 Nos textos dos Planos da Política Nacional de Atenção Básica ambas as expressões, "atenção básica" e "atenção primária", são usadas como equivalentes.

ram elaborados três planos para a Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, 2011 e a última versão de 2017.

Os princípios fundantes do SUS aparecem como norteadores da atenção básica e se fazem presentes no texto dos três planos citados, reforçando que a política está orientada pelos princípios de: universalidade; equidade; integralidade; regionalização e hierarquização; territorialização do atendimento; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutivezade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede e participação da comunidade.

Os anos 2000 foram marcados pela expansão da ESF, equipes de Saúde Bucal e pela criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os núcleos, também cumprem papel fundamental na Política de Saúde Mental, pois, sendo a principal porta de entrada no sistema, são seus profissionais que identificam e orientam o tratamento dos pacientes.

O plano de 2006 reforça a noção de saúde abrangente e a centralidade do Saúde da Família para a organização da Atenção Básica. A literatura é consensual ao apontar que a ESF promoveu uma ampliação equitativa do acesso e utilização dos serviços de saúde². Essa aná-

lise é corroborada pela melhoria da situação de saúde durante esses trinta anos de SUS. Observou-se a queda da mortalidade infantil e do número de internações por causas sensíveis à atenção primária. Em 2016 o ESF ultrapassou a marca de 40 mil equipes realizando atendimentos em todo o território brasileiro (Facchini, Tomasi e Dilélio, 2018).

O plano de 2011 busca dar respostas às questões críticas advindas da prática de implementação da política, com a proposição de programas como: o Requalifica UBS (Unidades Básicas de Saúde), que visou a reforma, construção, ampliação e informatização das unidades de saúde; o Programa de melhoria de acesso e da Qualidade, o Programa Mais-Médicos (PMM), que tinha como objetivo aumentar o número de profissionais médicos nas equipes de saúde da família; além do e-SUS com a oferta de prontuários eletrônicos nos municípios, para destacar alguns exemplos. O PMM foi um marco na expansão do acesso à serviços e ações de saúde, pois significou uma importante ação no enfrentamento da carência de profissionais, em número e em formação adequada às necessidades da população brasileira. Foi um dos maiores programas de cooperação Sul-Sul, realizado entre Brasil e Cuba³, para provimento de profissionais para atendimento na saúde básica. O programa

2 Segundo os autores: O crescente acesso da população à ampla rede de serviços foi documentado em três Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio (PNAD) e mais recentemente na Pesquisa Nacional de Saúde. A proporção de pessoas que referiu utilizar a UBS foi de 41,8% em 1998, de 52,4% em 2003, de 56,8% em 2008, alcançando 65,5% em 2013. Quase 90% das UBS contam com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e mais de 70% dispõem de equipes com atendimento em cinco ou mais dias na semana, em dois turnos ou mais, com consulta de enfermagem e curativos (Facchini, Tomasi e Dilélio, 2018: 211).

3 De acordo com informações divulgadas pela OPAS: “Cuba tem o maior número de médicos por mil habitantes do mundo: 7,519 (dado de 2014). O índice é quatro vezes maior do que o do Brasil: 1,852 (dado de 2013). Além disso, Cuba possui ampla experiência no envio de médicos a outros países para trabalhar em diversos setores de saúde, como atenção primária, cirurgias e atendimento de vítimas de desastres naturais.” Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5662:folha-informativa-programa-

contou com a intermediação e apoio técnico da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS). O governo brasileiro ofertava vagas para médicos trabalharem nas UBS com carência de profissionais, primeiro aos médicos brasileiros, depois as vagas não preenchidas eram ofertadas aos médicos estrangeiros.

Tratou-se de provisão emergencial de médicos, no pico do programa eram 18 mil médicos prestando atendimento, provisão que foi combinada com intervenções na melhoria dos serviços e na formação permanente dos médicos. Cerca de 63 milhões de brasileiros foram cobertos pelo PMM. Segundo Facchini, Tomasi e Dilélio:

A presença de profissionais do PMM em 4.058 municípios beneficiou cerca de 63 milhões de pessoas, promovendo a integração das equipes e fortalecendo as ações de saúde, com impacto positivo também na redução de internações por condições sensíveis à AB (2018: 212).

O programa atuou em três eixos: o primeiro foi a melhoria da infraestrutura nos serviços de saúde; o segundo, o provimento emergencial de médicos, tanto brasileiros (formados dentro ou fora do país), quanto estrangeiros (intercambistas individuais ou mobilizados por meio dos acordos com a OPAS). O terceiro eixo foi direcionado à ampliação de vagas nos cursos de medicina e nas residências médicas, com mudança nos currículos de formação para melhorar a qualidade da atenção à saúde⁴.

Um das primeiras medidas do Governo Bolsonaro, foi justamente descontinuar o PMM, que foi substituído pelo Programa Médicos pelo Brasil. Pelas regras do novo pro-

grama, só poderão participar médicos estrangeiros que fizerem a prova de revalidação de seus diplomas no Brasil e forem cadastrados pelo Conselho Regional de Medicina. Bolsonaro enfatizou que o PMM tinha como objetivo formar núcleos de guerrilha no Brasil e alimentar a ditadura cubana, afirmou ainda que se os médicos cubanos fossem “tão bons” teriam salvo a vida do presidente da Venezuela, Hugo Chaves⁵.

Ainda no âmbito da PNAB, é também necessário destacar o papel e a importância do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Enquanto membro de uma equipe multiprofissional, sua presença é uma singularidade da atenção primária brasileira, profissional que cumpre papel fundamental para o sucesso do ESF principalmente nas áreas mais pobres (Morosini; Fonseca; Lima: 2018). A revisão do PNAB em 2017 é feita em meio a uma profunda crise política e econômica. Naquele momento, havia pressão dos gestores municipais para uma revisão do plano que lhes garantisse maior autonomia; um dilema orçamentário colocado pela E.C. 95/16 que congelou os gastos do Governo federal com saúde e educação por 20 anos (como veremos adiante), e um veto político aos processos participativos que sempre marcaram a formulação dos Planos da política nacional de saúde. O texto de 2017 foi pactuado em um mês, justificou-se por ser necessário garantir flexibilidade e atender as especificidades regionais. De acordo com Morosini, Fonseca e Lima:

sua produção foi pouco divulgada oficialmente e sua discussão manteve-se em espaços restritos, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as reuniões entre os técnicos do MS.

-mais-medicos&Itemid=347. Último acesso: 27 janeiro de 2020.

4 Ver: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5662:-folha-informativa-programa-mais-medicos&Itemid=347

5 Ver: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2019/08/01/correcao-ideia-do-mais-medicos-era-formar-nucleos-de-guerrilha-diz-bolsonaro.htm>. Acesso em: 31 jan. 2020.

Em 27 de julho de 2017, o texto preliminar foi apresentado na CIT e encaminhado para consulta pública por dez dias. Apesar do curto prazo, a consulta recebeu mais de 6 mil contribuições, sem que tenham gerado, entretanto, mudanças expressivas no texto original ou tenham sido divulgados os seus resultados. A nova PNAB foi aprovada em 30 de agosto de 2017, pouco mais de um mês após tornar-se oficialmente pública (2018: 14).

No texto de 2017 não há mais referência à participação democrática e, também desaparece a menção à humanização, princípios presentes nas versões anteriores. A Estratégia Saúde da Família não perde centralidade, mas são feitas algumas alterações na organização do programa que podem ir de encontro com os princípios sustentados. Permite-se a redução de ACS por Equipe de Saúde da Família (EqSF) ao mesmo tempo que se permite um aumento de suas atribuições; há descontinuidade das atividades de formação e educação permanente dos profissionais das EsSF. Mas chamamos atenção para um ponto apontado pela análise realizada por Melo, Mendonça, Oliveira e Andrade, que afirmam o seguinte:

Percebe-se, na PNAB mais recente, uma diferenciação das ações e serviços da AB que passam a ser classificadas a partir dos conceitos de ‘padrão essencial’ (ações e procedimentos básicos de acesso e qualidade) e ‘padrão ampliado’ (estratégicos para atingir altos padrões de acesso e qualidade), mesmo com escassez de detalhes. Sobre isso, há que se mencionar o risco de se abrir para uma atenção simplificada e seletiva (2018: 45).

O risco apontado pelos autores refere-se à abertura, com essa definição, da possibilidade de uma inflexão no sentido de se estabelecer uma política de Atenção Básica Primária. Apesar de os princípios norteadores do sistema e próximos à declaração de Alma Ata serem mantidos no texto da portaria, as orientações

práticas de implementação do sistema aproximam-se mais da Declaração de Astana, escrita em comemoração dos 40 anos de Alma-Ata, e que se distancia da primeira ao estreitar a abrangência da concepção de saúde e de justiça social que fundamenta a primeira.

1.2. A Política Nacional de Saúde Mental

A Reforma Psiquiátrica desencadeou um processo de grande relevância à sociedade brasileira contemporânea. Por um lado, contribuiu com os movimentos de redemocratização, haja vista o decorrer dos anos 1970 e 80, marcados pelo fim do período ditatorial e início do movimento de Reforma Sanitária, que culminou na institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, propôs a revisão das práticas psiquiátricas repressivas e invasivas até então predominantes.

Em um contexto de mudanças sociais, políticas, econômicas, técnicas e éticas, a desinstitucionalização — conceito central de tal reforma — correspondeu, segundo Amarante (1995: 494), à extinção dos hospitais psiquiátricos e das técnicas arcaicas de confinamento e tratamento da doença como uma entidade abstrata. Isso tensionou as relações entre grupos defensores da reforma e a psiquiatria “tradicional”, aliada a setores privados mantenedores dos hospícios. Significou, sobretudo, o reconhecimento do paciente como sujeito de direito “em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida” a ser reinserido na sociedade e atuar em sua plena cidadania. Assim, o movimento de desinstitucionalização promoveu a expansão e a garantia dos direitos civis a pessoas antes consideradas loucas — e, por isso, tidas como “não-pessoas” — e possibilitou, sobretudo, que uma “nova psiquiatria” tomasse a saúde mental como seu objeto de estudo e de intervenção, e não mais a doença mental (Birman e Costa, 1984).

É nesse contexto que se promulga a lei nº 10.266, de 6 de abril de 2001, que dispõe so-

bre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e que redefine o modelo assistencial em saúde mental com base em alguns princípios básicos, entre eles: a desinstitucionalização progressiva e a implantação de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); uma concepção de saúde mental que busca lidar com a pessoa "como um todo" e que preconiza o tratamento dos transtornos mentais como uma questão pública – e não meramente individual ou familiar – e em base comunitária, retirando seus portadores do antigo isolamento dos hospitais psiquiátricos; e o reconhecimento das pessoas com transtornos mentais e sofrimento psíquico como sujeitos de direito, anteriormente negado aos reclusos dos asilos e hospitais psiquiátricos.

Tais princípios se apresentam no artigo 2º da referida lei (Brasil, 2001):

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Esse "novo modelo" se opõe a práticas que restringem a atenção à saúde a uma natureza biológica e organicista, que se centram em estratégias terapêuticas focadas no indivíduo retirado de seu contexto familiar e social, que incentivam a tecnificação do ato médico e que consolidam o princípio curativo a ser exercido em meio hospitalar (Amarante, 1998: 11). O fundamento básico da referida lei é possibilitar o tratamento das pessoas com transtornos mentais e usuárias de drogas em seu próprio meio social, inserindo-as em uma rede de apoio formada não só por instituições, mas também por indivíduos e grupos que lhes sejam próximos e familiares.

Outro fundamento da lei é o reconhecimento dessas pessoas como sujeitos de direito e como sujeitos "políticos", isto é, como pessoas que, apesar de seu sofrimento psíquico e social, devem fazer parte das decisões tomadas sobre sua própria vida e seu tratamento. Atualmente, privilegiam-se nos CAPS ações menos voltadas para diagnósticos psiquiátricos (que não deixam de ser importantes) do que para a construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (TPS), que consideram uma gama de fatores sobre a realidade individual, familiar, psíquica, social, econômica e cultural dos usuários dos serviços de saúde mental, além das perspectivas e atividades terapêuticas propostas por sua equipe multidisciplinar. Ainda que cada CAPS seja composto e orientado por abordagens terapêuticas específicas, a complexidade e a multidisciplinaridade, além da participação ativa de seus usuários, marcam a particularidade desse tipo de serviço que, ademais, é público e regidos pelos princípios do SUS.

No entanto, novos horizontes estão sendo traçados para a Saúde Mental brasileira, uma

vez que uma nova Política Nacional de Saúde Mental é proposta com base na Nota Técnica nº 11/2019, publicada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde (Brasil, 2019). A nota se inicia defendendo a construção de uma rede plural de serviços, opondo-se a uma ideia equivocada de que a atual Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) constitui-se, atualmente, de serviços monolíticos. Essa sutil enunciação, que em um primeiro momento vai ao encontro do interesse coletivo (*rede plural*), na verdade, prepara o terreno para o que a nota tem de fundamental: permitir a implementação de serviços privados e que, no período da Reforma Psiquiátrica, foram questionados, tais como os Hospitais Psiquiátricos e as Comunidades Terapêuticas. Ainda trataremos desse tema nesta seção.

Outra consideração importante a ser feita sobre a proposição de uma rede plural é o caráter desses serviços: eles devem oferecer formas de tratamento baseadas em evidências científicas. Mas o que a nota considera como ciência? Ou melhor, quais são os campos do conhecimento por ela reconhecidos como científicos? Aqui há uma nova sutileza, pois os novos serviços implementados pela nota são orientados por abordagens e práticas biomédicas. O rechaço implícito se faz a práticas já aceitas, tais como a psicanálise ou às terapias alternativas e complementares, entre outras, ou ainda as ações de redução de danos, muito comuns no cuidado com usuários de drogas.

A construção de uma rede de assistência segura, eficaz e humanizada é o segundo ponto que destacamos da nota. Ainda que se mantenha o uso do termo *humanização*, característico do SUS, o conceito que lhe é atribuído se altera, uma vez que: 1) adota-se o termo *assistência* como substitutivo a *atenção* ou *apoio*, o que provoca uma sutil mudança de paradigma de ação; 2) introduz-se entre os serviços já existentes tantos outros, como as Comunida-

des Terapêuticas e os Hospitais Psiquiátricos. Lê-se na nota (Brasil, 2019: 3):

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (Serviços):

- CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT)
- Unidade de Acolhimento (adulto e infante-juvenil)
- Enfermarias Especializadas em Hospital Geral
- Hospital Psiquiátrico
- Hospital-Dia
- Atenção Básica
- Urgência e Emergência
- Comunidades Terapêuticas
- Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas.

A mudança se dá pelo deslocamento do preceito da construção de uma rede de apoio institucional e social para os usuários do CAPS para o preceito da internação compulsória, o que, como consequência, retira do indivíduo com transtorno mental ou usuário de drogas o seu estatuto de sujeito “político”, ou seja, como um sujeito de seu próprio projeto terapêutico e que tem voz de decisão sobre os rumos de sua vida.

Nessa nova concepção de rede de assistência, colocam-se todos os serviços como harmônicos e igualitários em importância: “O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutivos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar” (Brasil, 2019: 3-4). Sob o discurso da igualdade, a nota ataca a lei nº 10.2016/2001, que emprega os termos *serviços substitutivos* como parte da proposta de fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos da época de sua publicação. Na realidade, não há igualdade efetiva em um contexto de implementação da Emenda Constitucional nº

95/2016 –que ainda será explorada neste artigo–, que impõe um teto aos gastos públicos, sobretudo com saúde e educação, e de abertura para maiores aportes de verba pública para instituições privadas. O que se observa é o uso do discurso igualitário para desmontar as políticas então vigentes em Saúde Mental.

Por fim, destacamos o foco preventista da nota, principalmente no que se refere à nova política de drogas, que se volta mais à contenção especial e física dos usuários em instituições ambulatoriais e de internação compulsória e à abstinência, assim como a ações ditas educativas que visam a “prevenir” e combater o uso de drogas lícitas e ilícitas entre a população brasileira. Esse tipo de discurso tem forte apelo de senso comum, o que lhe confere legitimidade coletiva. O ataque mais evidente, aqui, se faz às ações de redução de danos.

Vale ressaltar que a Nota Técnica nº 11/2019 não propõe, explicitamente, o desmonte da lei nº 10.216/2001, da Política Nacional de Saúde Mental ou das RAPS, uma vez que enfatiza a proposta de ampliá-la ao oferecer mais possibilidades de serviços aos usuários. Porém, os “novos serviços” agregados à nova Política Nacional de Saúde Mental são permeados, em sua essência, por preceitos e práticas que vão na contramão daqueles preconizados pela política original.

Assim, há uma evidente astúcia na nota: 1) ela não abandona os termos originais (RAPS, humanização, desinstitucionalização, entre outros), mas modifica sutilmente o seu significado; 2) essa modificação é aceitável, pois é quase imperceptível aos olhos da população, uma vez que vai ao encontro de valores e demandas comuns como a ampliação da oferta de tratamentos e serviços, a eficiência da rede (que até recebe um R maiúsculo) e a educação como prevenção de riscos sociais; e 3) a nota introduz novos serviços - o que, a *priori*, beneficia a população como um todo -, mas se trata de serviços que são orientados por práticas bem marcadas por uma perspectiva única, pre-

ventista e biomédica, que se relegitima como verdadeiramente científica.

Portanto, vestida de científica e igualitária, a nova Política Nacional de Saúde Mental provoca o desmonte do sistema a partir dele mesmo, preservando os princípios da equidade, da humanização, da pluralidade e da participação social, porém esvaziando-os de seus significados originais e atribuindo-lhes novos sentidos afeitos ao neoliberalismo.

2. Neoliberalismo e enfrentamentos: a EC 95/2016

A partir da promulgação da Constituição de 1988 se estabeleceu um longo processo de reforma administrativa e de adequação da gestão pública. Foi preciso ajustar a estrutura da administração pública brasileira a um novo modelo de gestão descentralizado e participativo, necessário para a produção das políticas públicas tal como previstas na Constituição. Isso implicou, fundamentalmente, em discutir financiamento e redistribuição de recursos, em criar infraestrutura inexistente em muitos municípios para que fosse viabilizada a implementação de diferentes políticas públicas, e na necessidade de formação e contratação de mão de obra.

Entretanto, os anos 1990 são marcados por uma disputa entre o projeto democrático participativo e o neoliberal. O resultado dessa disputa é a conformação de um Estado híbrido, nele coexistem processos e procedimentos de gestão que competem entre si, pois afeitos a um ou outro projeto, portanto, a racionalidades divergentes entre si. Dessa forma, foram criados conselhos gestores participativos enquanto a gestão de diferentes programas e serviços era terceirizada através da criação de fundações ou da transferência do dever de executar serviços para entidades do terceiro setor. Além dos muitos setores e empresas públicas que foram privatizadas.

O SUS é profundamente marcado por essa lógica híbrida e por um dilema que remete às

diferentes concepções de justiça social sustentadas por esses projetos, que também está no cerne de sua existência. Apesar dos princípios fundantes do sistema, apresentados anteriormente, seu desenho ao mesmo tempo que afirma que a saúde é um direito universal e dever do Estado, permite que serviços de saúde sejam ofertados pelo mercado seguindo a racionalidade neoliberal.

Essa confluência entre os projetos políticos democrático participativo e neoliberal, presentes na lógica que perpassa a organização da administração pública e no cerne da definição do sistema de saúde, colaboram para o fortalecimento de uma constante disputa entre o setor público e os setores suplementares (convênios, planos e seguros de saúde) e privados de saúde, que funcionam em concorrência com o primeiro, além de se beneficiarem de subsídios e transferências de recursos vindas do setor público.

Essas questões continuam na base dos dilemas do sistema, 30 anos depois de sua criação. Delas deriva uma controvérsia normativa e jurídica fundamental, que se estabelece no âmbito da definição de saúde e do direito à saúde no Brasil, e incide diretamente sobre as disputas orçamentárias que se estabeleceram ao longo dos 30 anos de existência do SUS.

A controvérsia jurídica se cria em torno da concepção abrangente de saúde, e todas as interpretações que essa definição pode ensejar. Essa discussão se estende do entendimento dos direitos sociais em si, passando pela obrigatoriedade ou não de sua prestação pelo Estado, até quais serviços prover para garanti-la. Na prática da gestão da política esse entendimento gera diferentes controvérsias presentes, por exemplo, nos casos de judicialização da saúde, nas discussões em torno da capacidade estatal de garantir a prestação dos serviços, e para a projeção e avaliação dos resultados alcançados.

São pelo menos dois desafios dados já no texto constitucional. Há uma diferença extremamente importante entre o direito à saúde

e o direito à educação conforme expressos no texto constitucional. O acesso ao ensino fundamental é um direito subjetivo, a saúde não. Ser um direito subjetivo significa que o indivíduo pode transformar a norma geral contida na Lei em algo que ele possua como próprio. Portanto, o Estado tem a obrigação de garantir a prestação dos serviços que garantem aquele direito, qualquer cidadão pode acionar o Ministério Público para garantir o direito à educação e o gestor responsável pela sua prestação ser juridicamente responsabilizado e punido. Por isso os gargalos do sistema educacional brasileiro estão na educação infantil e, também no ensino médio.

A saúde é entendida dentro dos limites do princípio da reserva do possível, ou seja, seus serviços serão garantidos dentro das possibilidades materiais (recursos humanos e financeiros) para sua promoção. No debate da doutrina jurídica saúde é comumente entendida como um direito programático. Nos termos de Bobbio, trata-se de um gênero de normas que não ordenam, proíbem ou permitem, mas sim que “ordenam, proíbem e permitem num futuro indefinido e sem um prazo de carência claramente definido” (Bobbio, 2004: 72).

Em suma, ao interpretar uma norma como programática retira-se do Estado o dever de cumprir com a garantia do direito, pois o que estamos dizendo é que o direito que a norma determina não tem aplicabilidade imediata, condicionando-o às possibilidades de o Estado garanti-la.

Trata-se de uma fragilidade jurídica que marca profundamente o SUS, e que se traduz em outra fragilidade de caráter prático: o constante subfinanciamento e a relação parasitária com o sistema de saúde suplementar e privado.

Uma das formas de buscar solução para esse problema foi a vinculação de recursos tributários para a saúde. A trajetória percorrida para a garantia de recursos para o SUS foi um longo caminho desde que o repasse de recursos do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social)

para a saúde foi suspenso em 1993. Passou-se pela instituição da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)⁶, pela discussão de diferentes Propostas de Emenda Constitucional (PECs) que buscavam vincular a arrecadação de determinados tributos ao SUS até chegarmos nos anos 2000 à Emenda Constitucional 29 (EC) que vinculou parte do orçamento federal, estadual e municipal ao financiamento da saúde.

Os Estados ficaram obrigados a aplicar em saúde, no mínimo, 12% de sua receita bruta; os municípios, 15% da receita de impostos municipais e a União, o montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. A regulamentação por lei complementar só aconteceu em 2012, por meio da Lei Complementar nº 141. A partir disso o que temos é um aumento dos investimentos em saúde, só para exemplificar entre 2003 e 2015, o gasto federal evoluiu de R\$ 27,2 bilhões para R\$ 99,2 bilhões, mais do que triplicando em termos nominais. Como um dado comparativo e que auxilia a termos dimensão da luta travada para a garantia de recursos para o SUS, vale destacar que vinculação de recursos tributários para a educação data da Constituição de 1934, a Constituição de 1988 definiu que a União nunca aplicaria menos de 18% da arrecadação de impostos na educação. Como vimos, esse mesmo princípio é estendido para a saúde em somente em 2000, inicialmente acompanhando o crescimento do PIB e depois a partir de 2016 passou a estar associada à evolução da arrecadação total. O que até aquele ano significava que 4,41% do orçamento federal iria para a saúde (Mariano, 2017).

Como se essas fragilidades já não bastassem, é possível dizer que o financiamento do

SUS é inviabilizado a médio e longo prazo com a aprovação da EC 95/2016, a emenda do “Teto dos Gastos”. Essa não deveria ser a emenda do “Teto dos Gastos”, mas sim a emenda da “Desvinculação de Recursos”⁷. Pois, o que a emenda efetivamente fez foi alterar a regra de fixação do gasto mínimo na saúde e na educação.

Trata-se, portanto, de uma emenda inconstitucional, porque ela fere o princípio da vedação do retrocesso social, consubstanciada no plano do direito positivo no rol das cláusulas pétreas constitucionais. O princípio do não retrocesso social preconiza que os ganhos sociais garantidos pelo Estado aos seus cidadãos não podem ser posteriormente suprimidos (Mariano, 2017). Assim, políticas como as de distribuição de medicamentos para pacientes com HIV, o Programa Saúde da Família, o SAMU, a Política Nacional de Imunizações, a distribuição de medicamentos, e outros programas não podem (poderiam) ser suprimidos.

Um estudo do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos socioeconômicos - DIEESE, fez uma projeção do teto dos gastos aplicados como se estivesse em vigor nos anos de 2002 a 2015. No caso da educação, com a nova regra, a redução seria de 47% no período. Já com relação às despesas de saúde, a redução seria de 27%. Isso significa, em valores, que a perda na saúde, entre 2002 e 2015, teria sido de R\$ 295,9 bilhões e, na educação, de R\$ 673,6 bilhões, o que corresponderia a um montante total em torno de R\$ 969,5 bilhões que, na lógica do novo regime fiscal já em vigor, seriam expropriados das políticas sociais para remunerar os investimentos dos donos da

6 Ver: <https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf>. Último acesso em: 27 de jan. de 2020.

7 <https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2016/05/24/limites-com-educacao-e-saude-irao-ao-congresso-em-2-semanas-diz-meirelles.htm>. Último acesso em : 27 jan. 2020.

dívida pública brasileira. Já de acordo com um estudo do IPEA, divulgado no início do mês de outubro de 2016, somente o SUS perderá, com o novo regime fiscal, cerca de R\$ 743 bilhões (Mariano, 2017).

A despeito da implementação da EC 95/16, o Brasil vivencia desde 2016 retrocessos nos índices de saúde e em alguns desses serviços, dentre eles o retorno de doenças que já estavam erradicadas e um aumento da mortalidade infantil. A previsão feita por pesquisadores da Fiocruz é a de que teremos um aumento nas doenças crônicas como câncer, diabetes e hipertensão. Alcides Miranda⁸, Prof. da saúde coletiva da UFRGS, afirmou em entrevista recente que esses retrocessos já acontecem em decorrência do histórico subfinanciamento do sistema e de um paulatino desmonte da saúde básica. Com a desvinculação tributária decorrente da EC 95, prevê-se que teremos uma explosão dentre os mais pobres dos sofrimentos e problemas causados por doenças como o diabetes e a hipertensão, pessoas que terão seu quadro clínico agravado por falta de cuidado continuado e de acesso a medicamentos. Já o câncer tende aumentar não só pelo desmonte do trabalho e prevenção e diagnóstico precoce, mas também pela liberação do uso de agrotóxicos.

A EC 95 promove não apenas um sufocamento lento e contínuo do sistema com o corte de verbas, mas também uma mudança na concepção de saúde. Abre-se caminho para que se invista no mercado da doença, com um retorno a um modelo de sistema de saúde biomédico e curativo, pois é o que mais gera lucros para o mercado (doentes, consumidores de exames e serviços voltados para a diagnose

e a venda de medicamentos de uso contínuo). Para isso é fundamental o desmonte da saúde básica, e da Política Nacional de Imunizações. Uma projeção de cenário feita para 2030 trabalha com o retorno da AIDS e de doenças como a hanseníase e a tuberculose.

3. Governo Bolsonaro: discurso e ação

O plano de governo do Presidente Jair Bolsonaro defende valores: a liberdade, a família, um governo decente, moral e fiscal. Sua principal promessa é livrar o Brasil do crime, da corrupção, de ideologias perversas e devolvê-lo aos brasileiros. Quer Bolsonaro reconstruir um Brasil fraterno e humano que estende as mãos para aqueles que caem, porque afinal todos comentem alguns tropeços ao longo da vida. Lê-se logo no início uma menção claramente neoliberal: a liberdade é o caminho da prosperidade, e livrará o país da servidão⁹.

Em seguida, afirma-se que a Constituição é a lei máxima e que ela deve ser respeitada, sublinhando que ela foi desrespeitada pelos últimos 40 anos de totalitarismo do Foro de São Paulo, que mergulhou o país em obscurantismo.

No que se refere a política de saúde pouco é dito. Surgem como temas: o programa Mais Médicos e a necessidade urgente de devolver a liberdade aos irmãos cubanos; garantir um atendimento muito melhor com os mesmos recursos; investir no Prontuário Eletrônico Nacional interligado, fundamental para a qualidade do atendimento; investir na saúde bucal das gestantes, o que diminui o risco de nascimento de prematuros; investir na formação dos agentes de saúde; incluir profissionais de educação física no programa saúde da família para reduzir o sedentarismo e o risco de obesidade e, conseqüentemente, de problemas cardiovasculares.

8 <https://www.sul21.com.br/areazero/2018/07/saude-e-um-valor-social-nao-uma-mercadoria-diz-professor-em-debate-sobre-crise-do-sus/>. Último acesso: 27 de janeiro de 2020.

9 Impossível não notar a clara alusão ao título do livro de Hayek: “O caminho da Servidão”.

Destacamos a passagem em que se propõe o “Credenciamento Universal dos Médicos”, diz o texto:

Toda força de trabalho da saúde poderá ser utilizada pelo SUS, garantindo acesso e evitando a judicialização. Isso permitirá às pessoas maior poder de escolha, compartilhando esforços da área pública com o setor privado. Todo médico brasileiro poderá atender a qualquer plano de saúde.

Tomando como argumento a crescente judicialização da política de saúde, que ocorre essencialmente pela falta de acesso a determinadas formas de tratamentos e medicamentos (Ventura, 2010), propõe-se resolver o problema dizendo que *toda força de trabalho em saúde poderá ser usada pelo SUS*. Porém, é no final do parágrafo que devemos deter nossa atenção, quando o texto afirma: *Todo médico brasileiro poderá atender a qualquer plano de saúde*.

Ou seja, todo médico servidor público poderá atender no setor suplementar e privado, e a área pública “compartilhará” esforços com o setor privado, o que garantirá às pessoas maior poder de escolha. Em outras palavras: são as responsabilidades do setor público que serão transferidas para o setor privado.

O discurso de posse do Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta e sua fala na entrevista ao Programa Roda Viva, trazem mais elementos e ajudam a montar o quebra-cabeças sobre quais seriam as propostas do governo para a saúde.

Em seu discurso de posse, Mandetta inicia fazendo um elogio ao plano de governo do presidente Jair Bolsonaro, plano que segundo ele é um *plano de valores, e não preocupado em proposições práticas*. Destaco suas palavras: “Um candidato que vence as eleições calcado em princípios, em valores, em conduta. Não em detalhamento de programas de governo, *mas em valores e princípios que calam muito fundo na alma do povo brasileiro*” (grifos nossos).

O Ministro afirma que cumprirá a constituição que é a lei máxima, repetindo o que é dito no início do plano de governo de Bolsonaro. Entretanto, segundo ele o que é “infralegal”¹⁰ pode e deve ser discutido, e sublinha:

Não existem verdades absolutas, a não ser as constitucionais. *As infralegais temos e iremos discutir, principalmente o conceito de equidade*. Muitas vezes vemos o conceito de integralidade do nosso sistema de saúde ser rapidamente absorvido à universalidade. Inúmeras ações judiciais argumentam a máxima constitucional e nos dizem que é universal e é integral. O pilar da equidade é relativizado. *A equidade é onde o país deve encontrar a sua racionalidade para fazer mais por quem tem menos, e transformar o desigual em igual. Não será com arroubos de decisões individuais, não respeitando o direito coletivo, que chegaremos a cumprir o nosso tripé*. Portanto, o conceito de equidade deverá ser melhor observado e talvez tratado pelo próxi-

10 Sobre o uso do termo infralegal é possível avariar algumas possibilidades. Juridicamente infralegal remete a ideia da pirâmide de Kelsen, que estabelece uma hierarquia às leis, regras e normas. Essa hierarquia vai da Constituição até as normas infralegais, que devem se submeter aos princípios constitucionais, mas juridicamente não têm o mesmo valor. Seriam normas voltadas para a organização administrativa dos governos no âmbito do executivo, referem-se a decretos, regulamentos, instruções normativas. É estranho que o ministro entenda o debate sobre a equidade do sistema de saúde se dê em um nível infralegal, talvez nesse caso o mais coerente seria dizer infraconstitucional, mesmo que ainda assim sua interpretação jurídica esteja errada. O que importa reter aqui, apesar da confusão, ou não, textual é a ideia que o sujeito se esforça em enunciar: o princípio da equidade não é constitucional.

mo parlamento para que possamos dar luz a um dos sistemas pilares do Sistema Único de Saúde (grifos nossos).

Mandetta atribui ao princípio da equidade inferioridade jurídica. No seu discurso a judicialização aparece como sinal de que há algo errado, como sinal de uma injustiça, que privilegia o indivíduo e relativiza as necessidades do coletivo, ameaçando a equidade. Os princípios da integralidade e da universalidade, basilares do SUS, surgem como responsáveis por abrir brechas para que se tratem injustamente aqueles que têm menos.

Durante entrevista concedida ao Programa Roda Viva da TV Cultura, ao ser questionado sobre o fim das deduções com gastos em saúde no imposto de renda da pessoa física, proposta pelo Ministro Paulo Guedes, e que afetaria diretamente a classe média, Mandetta se esquivava, não responde diretamente à pergunta, mas retoma o debate em torno da equidade, dessa vez enunciando mais claramente os seus sentidos:

É equânime uma pessoa que ganha 100 salários mínimos ter atendimento 100% gratuito no SUS? Vamos quebrar isso em nome da equidade? Quem vai ter 100% de atendimento gratuito no SUS? *Vamos instituir o parâmetro de equidade social por categorias de faixas sociais?* Essa discussão é extremamente importante para esse Congresso, e eu vou provocá-la (grifos nossos).

A seguir Mandetta afirma que levará ao Congresso a proposta de uma “PEC da Equidade”, embate que deve ser encarado “por esse congresso” (o atual). A questão de fundo não enunciada é a da gratuidade do sistema. Ao falar em parâmetro de equidade social por categorias de faixas sociais, Mandetta está afirmando que determinadas parcelas da população, que teriam condições de pagar por um atendimento em saúde, não devem ter atendimento universal e integral garantido pelo sistema público, o que significaria uma injustiça com os

mais pobres. O exemplo utilizado, aquele que ganha mais de 100 salários, desvia a atenção daqueles que serão realmente os mais afetados: a classe média, que além de não poder mais deduzir seus gastos com saúde no imposto de renda, também não terá atendimento gratuito no sistema público, já que pode pagar, e o indicativo é de que as pessoas paguem pelo o que elas puderem pagar.

É importante observar nem em seu discurso de posse, e nem depois no decorrer de seu primeiro ano de gestão no ministério da saúde, o Ministro não esclarece qual seria a população que deve ter direito ao SUS e quais seriam os critérios de corte. Muito menos quais serviços devem ser prestados pelo SUS e quais competem aos setores suplementar e privado.

Como veremos a seguir, os critérios que definem a população que deve ter direito de acesso ao SUS só começam a ficar claros com a publicação da portaria 2.979 em novembro de 2019, que alterou o financiamento da Atenção Básica.

Concomitantemente, há um esforço do Governo em aprovar planos de saúde de baixo custo, com uma cesta mínima de atendimento¹¹ e também de construção de um discurso que visa a responsabilização do indivíduo sobre sua saúde - Mandetta já disse em vários contextos que o incentivo à atividade física como forma de combate a doenças cardiovasculares será um dos pilares de seu mandato.

Recentemente o Ministério da Saúde instituiu através da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019¹² uma reforma na trans-

11 <http://www.analisandomt.com.br/noticia/63089/entidades-e-parlamentares-pressionam-por-nova-lei-dos-planos-de-saude>
<http://fenasaude.org.br/noticias/confira-reportagem-especial-do-jornal-o-globo-e-na-revista-epoca-sobre-propostas-da-fenasaude.html>

12 <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>

ferência de recursos federais aos municípios para atendimento na Atenção Básica¹³. Em 1997 estabeleceu-se o Piso da Atenção Básica (PAB) como regra para a transferência de recursos, o PAB definia que a transferência se daria através do Fundo Nacional de Saúde diretamente para os municípios de forma regular e automática. Ele tinha dois componentes, o PAB fixo e o PAB variável. O primeiro, garantia a transferência de recursos a todos os 5.575 municípios brasileiros com um valor que, dependendo das características socioeconômicas, variava de R\$ 23,00 a R\$28,00 por habitante. O segundo, funcionava como uma forma de estimular nos gestores municipais a atuação do ESF, por isso dependia dos tipos, número de equipes implantadas e composições profissionais previstas.

De acordo com a Portaria 2.979/19 a transferência de recursos fundo a fundo a partir de 2020 se realizará por três modalidades: I - capitação ponderada; II - pagamento por desempenho; e III - incentivo para ações estratégicas.

A capitação ponderada é a modalidade que introduz as principais mudanças. O texto da portaria define que ao invés de a transferência ocorrer a partir do número de habitantes do município, passará a ser definida pela população cadastrada nas ESF e equipes de atenção primária (eAP) e, no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Serão considerados também o perfil dessa população, ou seja, sua vulnerabilidade socioeconômica, o perfil demográfico por faixa etária e a classificação geográfica. No parágrafo único do artigo 10 da portaria, lê-se:

O cálculo que trata o caput será baseado no quantitativo da população cadastrada por eSF e eAP, com atribuição de peso por pessoa, consi-

derando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica.

O artigo seguinte define os limites do cadastro por município, que não pode ultrapassar o número populacional potencial a ser atendido por cada equipe de ESF e eAP cadastrada pelo município, caso ultrapasse, para efeito de cálculo do recurso, serão priorizadas as pessoas cadastradas que atendem aos critérios de vulnerabilidade socioeconômica e perfil demográfico.

São critérios de vulnerabilidade a pessoa estar cadastrada nos programas: Programa Bolsa Família (PBF); Benefício de Prestação Continuada (BPC) e receber benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos¹⁴. Serão priorizadas também pessoas cadastradas com idade até 5 (cinco) anos e com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais. Com relação ao critério geográfico será dado peso maior às populações residentes em áreas rurais. Possíveis irregularidades cadastrais poderão levar a suspensão da transferência do recurso.

Na modalidade de transferência por desempenho serão observados os processos e os resultados em saúde alcançados pelas ESF e eAP. Nesse ponto o texto da portaria é vago, pois os indicadores e as metas que servirão de critério para o monitoramento e avaliação de desempenho, e a forma de cálculo do valor a ser repassado ainda serão definidos pelo Ministério da Saúde.

A terceira modalidade de repasse contemplará o incentivo a ações estratégicas, definidas como atuar sobre as especificidades e priori-

13 <https://pubmed.com.br/ministerio-da-saude-muda-a-maneira-do-financiamento-para-atencao-basica/>

14 O salário mínimo brasileiro em janeiro de 2020 estava estipulado em R\$1.039,00. O equivalente a aproximadamente 246,00 dólares, considerando o valor do câmbio de 29/01/2020. <http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2019-12/salario-minimo-sera-de-r-1039-em-2020>

dades em saúde; sobre os aspectos estruturais das equipes; e sobre a produção em ações estratégicas em saúde. As ações estratégicas contemplam ações como: a ampliação do horário de atendimento das Unidades Básicas de Saúde, ampliação das equipes e atendimento de saúde bucal, ampliação do atendimento para a população ribeirinha e população prisional, programas de saúde na escola, e de academia de saúde. Todas áreas que Mandetta declara como estratégicas para seu mandato em seu discurso de posse.

Os novos critérios de financiamento da Atenção Básica, por um lado, claramente adequam o orçamento do Ministério da Saúde à EC 95/16, por outro lado, colocam em questão não apenas o critério da equidade, constantemente questionado pelo Ministro, mas também a universalidade do direito à saúde no Brasil. Para além das consequências imediatas que os gestores municipais enfrentarão, pois a aplicação desses critérios significará menos recursos para muitos municípios cujo cadastramento está incompleto¹⁵, precisamos indagar sobre os seus sentidos.

15 “Outro problema identificado por analistas é que o financiamento por habitante, via PAB fixo, permite fortalecer uma série de ações que vão muito além da prestação de serviço biomédico na unidade básica de saúde. “A nova proposta dificulta o fortalecimento das visitas domiciliares, prejudica a ação comunitária, o planejamento territorial e a vigilância em saúde”, lista Leonardo Carnut, professor da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), que, junto com Áquilas Mendes, pegou papel e lápis e calculou o quanto isso pode impactar algumas cidades. “Estimamos que, com as mudanças, 78 cidades vão perder dinheiro – nada menos que uma soma de R\$ 417 milhões, ou 62,9% do que receberam em 2018”. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/atencao-primaria-a-sau->

Dois movimentos são graves: delimitar os recursos por população cadastrada e priorizar um determinado perfil populacional estabelecido a partir de critérios definidores (no entendimento do atual governo) de pobreza. Esses dois critérios pervertem a noção de universalidade do sistema de saúde e diminuem estrategicamente a cobertura do SUS, aproximando o seu desenho ao das políticas focalizadas.

Programas focalizados e voltados para o atendimento da população mais pobre costumam fazer uso do cadastramento. É o caso do PBF, usado como um critério de corte para estabelecer quem será ou não beneficiário da política pública de saúde a médio e longo prazo. Na prática, apenas para projetar os efeitos de se implementar tal regra, é preciso considerar que o próprio PBF enfrenta diversos problemas para manter sua base de cadastrados atualizada, problemas que vão desde estabelecer e manter contato com as famílias beneficiárias, até total falta de condições (infraestrutura, equipamentos e acesso à internet) e capacitação técnica dos servidores públicos nos municípios mais pobres.

É possível que justamente esses municípios, que mais precisam dos recursos federais, sejam os maiores prejudicados com a mudança promovida pelo atual governo, pois são eles também os que mais carecem de recursos humanos e infraestrutura para manter um cadastro eletrônico de usuários das unidades básicas de saúde atualizados.

Subjacente a essa mudança também está uma discussão de extrema importância que vem sendo levada a cabo pelas agências internacionais na última década, principalmente pela OMS e pelo Banco Mundial, é a do “sistema universal de saúde” versus “cobertura universal em saúde”.

A ideia da cobertura universal (UHC – Universal Health Coverage), defendida na Declaração de Astana, é a de que os Estados, em parceria com o setor privado, deveriam garantir uma cesta básica de atendimentos em saúde que seja universal. Ou seja, garante-se o atendimento a uma cesta limitada de serviços, definida por faixas de renda. Cria-se uma abordagem para a atenção primária cuja prestação dos serviços passa a ser aliada aos convênios e seguros de saúde em pacotes mínimos.

O significado de cobertura da UHC, como proposto pela OMS e pelo Banco Mundial, prioriza a cobertura financeira, o que não garante o direito universal à saúde e o acesso equitativo a serviços de saúde conforme necessidades. Na concepção de UHC, o direito à saúde restringe-se ao asseguramento de uma cesta limitada de serviços, diferenciada segundo grupos de renda, em uma nova abordagem da APS seletiva que alia seguros privados e pacotes mínimos. A cobertura universal expressa, no setor saúde, as políticas neoliberais de austeridade e ajuste fiscal que reduzem o papel do Estado na garantia de direitos a um mínimo (Giovannella e Rizzotto, 2018: 06).

A portaria analisada soma-se a PNAB 2017, mencionada na primeira seção deste artigo, e ao estabelecer grupos de renda e ações e estratégias - que podem ser um indicativo dos programas e serviços em saúde que comporão a cesta de serviços a ser garantida à população referenciada – reforça o risco de o SUS se transformar em um sistema cuja lógica de funcionamento será dada pelos preceitos da UHC.

Considerações finais

Buscamos através de uma análise bibliográfica e documental demonstrar as inflexões normativo/institucionais e perversões de sentido que atualmente orientam o desmonte da política pública de saúde no Brasil. As reformas que estão sendo implementadas no SUS esvaziam

de sentido os princípios do sistema e as noções de saúde, direito social, cidadania e democracia que estão na sua base.

A construção do SUS foi um processo pactuado entre diferentes grupos de interesse e agendas orientadas por projetos políticos divergentes, resultando em diversas dificuldades para sua institucionalização, no que se refere a garantia de infraestrutura, recursos financeiros e humanos. Entretanto, a batalha central foi a de se estabelecer uma nova cultura em saúde, de legitimar com a população brasileira uma perspectiva integral, comunitária e inclusiva de saúde, superando o modelo biomédico e o dilema medicina curativa x medicina preventiva. Essa foi a luta que esteve na base da PNAB e da Reforma Psiquiátrica.

As ações do atual governo pervertem a noção de justiça social, de cunho liberal-igualitária, que está na base do sistema. É preciso observar que a noção de determinação social da saúde, que foi parâmetro orientador da construção do sistema nos anos 1980, perde espaço para a noção de determinantes sociais da saúde consensuada pelo debate internacional, pelo menos desde a Declaração de Alma-Ata. Ainda assim, pactua-se um sistema cuja integralidade e humanização do atendimento, e a equidade no acesso e o combate às desigualdades em saúde estão em seu cerne.

Os primeiros passos do desmonte são significativos, ataca-se de saída o PMM e a Política Nacional de Saúde Mental. Ambos incomodavam o imaginário de uma sociedade convencida de que era preciso travar uma batalha contra dois inimigos: a ditadura comunista cubana e os perigosos usuários de droga que habitam as ruas e devem ser urgentemente controlados¹⁶. Médicos comunistas ocupando vagas de brasileiros, usuários de droga

16 Ver: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/08/cerco-a-cracolandia-no-centro-de-sp-recrudescer.shtml>

ameaçando a integridade das pessoas nas ruas protegidos por uma política de saúde mental permissiva. Faz-se uso de argumentos moralistas e do medo.

Paradoxalmente, as reformas do desmonte são feitas em nome da eficiência e da igualdade. O pacote neoliberal imposto à sociedade brasileira através da EC 95/16, é o marco de uma inflexão autoritária e do desmonte das políticas públicas. Entretanto, o discurso é o de garantir a eficiência dos gastos públicos, enquanto visa mostrar falaciosamente que é possível “fazer mais com os mesmos recursos”.

Apesar de a EC 95/16 ser mecanismo central da inviabilização do SUS, tão grave quanto, são as mudanças empreendidas nos processos, procedimentos e protocolos de implementação da política como vimos nas portarias analisadas, tanto no âmbito do PNAB como na saúde mental.

Sem que seja necessário atacar aos princípios normativos norteadores do SUS e, portanto, evitando o debate público, estabelecem-se normas e ações que se apresentam como técnicas ou científicas, mas esvaziam esses princípios de seus sentidos, promovendo no cotidiano da política um saber-fazer que instaura uma outra concepção de saúde. Concepção que se refunda a partir do paradigma biomédico, e valorando uma perspectiva hospitalocêntrica, como é o caso da saúde mental, e fundamentalmente privatista.

Inclusive o debate sobre a equidade é velado e manipulado, fazendo crer que os mais pobres são vítimas de um sistema injusto, que os trata da mesma forma que os ricos. O risco? A inviabilização financeira do sistema e sua paulatina transformação em política focalizada justificarão publicamente, em médio prazo, a estruturação de um sistema que se distanciará da Declaração de Alma-Ata e pavimentará o caminho do Brasil para Astana.

Referências bibliográficas

- Almeida, J. M. C. (2019). Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*, 35 (11), 1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>.
- Alvarez, A. P. E., Vieira, A. C. D., & Almeida, F. A. (2019). Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29 (4), 1-17. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290405>.
- Amarante, P. (Org.). (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11 (3), 491-494.
- Birman, J., & Costa, J. F. (1994). *Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária*. En P. Amarante (Org.). *Psiquiatria social e Reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- BRASIL (1986). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- BRASIL (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- BRASIL (2001). *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.
- BRASIL (2006). Ministério da Saúde. *Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Política nacional de atenção básica. Diário Oficial da União. 26 Mar 2006*. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- BRASIL (2017). Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a*

- Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- BRASIL (2016). *Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008*. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas.
- BRASIL (2019a). Ministério da Saúde. *Nota técnica nº 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. Disponível em: <http://mds.gov.br/obid/nova-politica-nacional-de-saude-mental>.
- BRASIL (2019b). *Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017*. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.
- Facchini, L. A., Tomasi, E., & Dilélio, A. S. (2018). Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*. 42 (spe1), 208-223. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s114>.
- Giovannella, L. et al. (2019). De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de Saúde Pública*. 35 (3), 1-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2019000300301&lng=pt&nrm=iso.
- Mariano, C. M. (2017). Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais*. 4 (1), 259-281. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5380/rinc.v4i1.50289>.
- Nunes, M. O. et al. (2019). Reforma e contra-reforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 24 (12), 4489-4498. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>.
- Nunes, E. D. (1992). As Ciências Sociais em Saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. *Saúde e Sociedade*. 1 (1), 59-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901992000100007>.
- Organização Mundial da Saúde - OMS. (1978). *Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde, Alma Ata Declaração de Alma-Ata*. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
- Organização Mundial da Saúde - OMS. (2018). *Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, Astana. Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde: de Alma-Ata rumo à cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável* (versão preliminar sobre consulta). Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5711:declaracao-de-astana-sobre-atencao-primaria-a-saude-de-alma-ata-rumo-a-cobertura-universal-de-saude-e-os-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=0
- Paiva, C. H. A., & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 21 (1), 15-35.
- Ventura, M. et al. (2010). Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*. 20 (1), 77-100. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006>.

Para citar este Artículo de investigación:

Gonçalves De Mario, C. y de Andrade Barbarini, T. (2020). A perversão da agenda da saúde pública brasileira: Da saúde como direito universal à cobertura universal em saúde. *Revista Estado y Políticas Públicas*. Año VIII, Núm. 14, 69-91.

Las amenazas al Sistema Único de Salud en el Brasil: ¡Una agenda de resistencia es necesaria! (2016-2020)

*The threats to Unified Health System in Brazil:
A resistance agenda is necessary!
(2016-2020)*

Por Marco Akerman*, María Cristina Trousdell Franceschini, Patrícia Iacabo*****

Fecha de Recepción: 01 de febrero de 2020.

Fecha de Aceptación: 08 de abril de 2020.

RESUMEN

Los eventos que han asaltado la política brasileña desde 2016 han puesto en peligro al Sistema Único de Salud (SUS) y la democracia brasileña. El 16 de mayo de 2016, comenzó el proceso de *impeachment* de la presidenta de Brasil, Dilma Rouseff. Ahí se inició uno de los períodos más turbulentos en la historia de la joven y frágil democracia brasileña. Este hecho fue interpretado por muchos como un golpe por el parlamento. El SUS no es inmune a todo esto; nunca en su historia había recibido tantos golpes como ahora, y estos amenazan su desmantelamiento. Nuestra investigación se ubica en tres fuentes: (1) literatura

científica (artículos); (2) medios electrónicos; (3) y manifiestos en defensa del SUS, con las palabras clave: “Amenaza al SUS” y “Resistencia al desmantelamiento del SUS” como nuestra lente de búsqueda. Esta búsqueda no fue exhaustiva y si panorámica, pero enfatiza el corazón de la amenaza al desmantelamiento y la naturaleza de las resistencias articuladas por entidades profesionales y movimientos sociales y políticos. Esperamos que este artículo pueda contribuir a futuras investigaciones que quieran enfrentar la pregunta evaluativa que nos atrevemos a preguntar: “¿La fuerza de este movimiento de resistencia ha sido suficiente para evitar el desmantelamiento de las

* Presidente del Centro de Estudios y Documentación de Ciudades Saludables, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Brasil. Correo electrónico: cepedoc@cidadessaudaveis.org.br

** Secretaria Ejecutiva del Centro de Estudios y Documentación de Ciudades Saludables, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Brasil. Correo electrónico: cepedoc@cidadessaudaveis.org.br

*** Investigadora de la Pacto Organizações Regenerativas, São Paulo, Brasil. Correo electrónico: patricia.iacabo@gmail.com

políticas sociales, en general, y del SUS, en particular?". Con la epidemia del coronavirus, aparecen nuevos elementos de análisis que refuerzan la defensa de los sistemas universales de salud.

Palabras clave: Democracia, Sistema Único de Salud, Brasil.

ABSTRACT

Events that have assaulted Brazilian politics since 2016 have endangered the Unified Health System (SUS) and Brazilian democracy. On May 16, 2016, the impeachment process began for the President of Brazil, Dilma Rousseff. Then began one of the most turbulent periods in the history of the young and fragile Brazilian democracy. This fact was interpreted by many as a parliamentary coup. And SUS is not immune to all of this; never in its history has it received so many blows as now, which threaten its dismantling. Our research includes three sources: (1) scientific literature (articles); (2) electronic media; (3) manifests in defense of SUS, with the keywords: "Threat to SUS" and "Resistance to the dismantling of SUS" as our research lenses. This search was not exhaustive but panoramic, and it emphasizes the heart of the threat to the dismantling of SUS and the nature of the resistance articulated by professional entities, as well as social and political movements. We hope this article can contribute to future research that wants to confront the evaluative question that we dare to ask: "The strength of this resistance movement has been sufficient to prevent the dismantling of social policies, in general, and of the SUS, in particular"? With the coronavirus epidemic, new elements of analysis appear to reinforce the defense of universal health systems.

Keywords: *Democracy, Unified Health System, Brazil.*

Introducción: Para anunciar el problema

En el 16 de mayo de 2016, comenzó el proceso de *impeachment* de la presidenta de Brasil, Dilma Rousseff. Ahí se inició uno de los períodos más turbulentos en la historia de la joven y frágil democracia brasileña. Este hecho fue interpretado por muchos como un golpe por el parlamento. Levitsky y Zibblatt refuerzan esta tesis cuando afirman:

Muchos esfuerzos del gobierno para subvertir la democracia son "legales" en el sentido de que son aprobados por la legislatura o aceptados por los tribunales. Incluso pueden ser retratados como esfuerzos para mejorar la democracia, haciendo con que el poder judicial sea más eficiente, al luchar contra la corrupción o limpiar el proceso electoral. Los periódicos todavía publican, pero son comprados o intimidados por la autocensura. Los ciudadanos continúan criticando al gobierno, pero a menudo se enfrentan a impuestos u otros problemas legales. Esto siembra confusión pública. La gente no se da cuenta de inmediato de lo que está pasando. Muchos continúan creyendo que viven bajo una democracia (Levitsky y Zibblatt, 2018: 5-6).

Aun así, Levitsky y Zibblatt:

Con un golpe de estado clásico, como en el Chile de Pinochet, la muerte de una democracia es inmediata y evidente para todos. El palacio presidencial arde. El presidente es asesinado, arrestado o enviado al exilio. La constitución se suspende o se descarta. En el camino electoral, nada de esto sucede. No hay tanques en las calles. Las constituciones y otras instituciones nominalmente democráticas siguen vigentes. La gente todavía vota. Los autócratas elegidos mantienen una apariencia de democracia mientras destripan su sustancia (Levitsky y Zibblatt, 2018: 5).

"No hay salud sin democracia" ha sido la alerta en la literatura crítica de salud pública (Fran-

co *et al.*, 2004; Navarro *et al.*, 2006; Akerman *et al.*, 2019). Libros como: ‘Cómo termina la democracia’ (Runciman, 2018) y ‘Cómo mueren las democracias’ (Levitsky y Ziblatt, 2018) y, en Brasil, ‘¿Democracia en riesgo?’ (Abranches *et al.*, 2019), señalan que hay una crisis de representación, una demonización de la política y de los políticos y retrocesos en relación con los derechos sociales y económicos que parecían estar garantizados. Y el Sistema Único de Salud de Brasil (el adelante SUS) no es inmune a todo esto; nunca en su historia había recibido tantos golpes como ahora, que amenazan su desmantelamiento. Sin embargo, los eventos que han asaltado la política brasileña desde 2016 han puesto en peligro al SUS y la democracia brasileña. Los titulares de los periódicos anuncian esta preocupación:

Chioro advierte: SUS está amenazado¹

El exministro de salud, Arthur Chioro, dice que el recorte en las inversiones públicas sumado a la recesión económica y el trabajo precario dejarán a millones sin asistencia médica.

Y lo mismo se ve en la literatura científica: el artículo *The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience*, de Massuda *et al.* (2018), publicado en el importante periódico BMJ Global Health² anuncia los logros del SUS, todavía alerta para las amenazas sufridas y muestra el ejercicio de resiliencia del Sistema al largo de su existencia. La lucha política para oponerse a este revés no se detiene, y hay signos de resistencia al desmantelamiento del SUS materializado en acciones parlamentarias, eventos, manifiestos, entre

otros, como, por ejemplo, el mensaje impreso en este titular:

Con el SUS amenazado, la resistencia se articula³

Sin un debate con la población, los tomadores de decisión preparan un importante revés en la financiación de la atención primaria. Los parlamentarios, los miembros del consejo y los investigadores se oponen.

El Sistema Único de Salud del Brasil es una fuente de orgullo para los sanitaristas brasileños por su base valorativa y de principios basados en la universalidad, equidad e integridad donde se afirma que “la salud es un derecho de todos y un deber del estado”. Incluso llegamos a decir que el SUS es un logro civilizatorio. El SUS no está consolidado y nunca ha estado. Es una política estatal y no una política de gobierno y ha resistido tenazmente a ataques severos a lo largo de su existencia. La demanda de más recursos financieros para el cumplimiento de sus normas constitucionales y la disputa del imaginario social para la valorización del sector público de salud han sido una obsesión de la lucha política del movimiento social en salud en Brasil. Nuestra contribución sería hacer un poco de “historia caliente” planteando elementos de esta amenaza para el SUS, y qué tipo de resistencia se está articulando.

Hablar de los desafíos del momento actual es “hacer historia caliente”, como escribió la historiadora Juliana Sayuri, en Folha de São Paulo el 13 de agosto de 2017 (Sayuri, 2017). Antes, rechazado por los historiadores, ya que se creía que era necesario dejar pasar el tiempo para garantizar una mirada objetiva a la realidad, ahora la historia del presente que es “hacer historia caliente” comienza a establecerse

1 Ver: <https://www.brasil247.com/brasil/chioro-alerta-o-sus-esta-ameacado>. Acceso en 6 marzo de 2020.

2 Ver: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6035510/>. Acceso en 6 de marzo de 2020.

3 Ver: <https://outraspalavras.net/outrasaude/para-evitar-o-desmonte-do-sus/>. Acceso en 6 de marzo de 2020.

como una línea de investigación entre historiadores. Sin embargo, aquellos que toman este camino, no evitan reconocer el límite de que el historial de la actualidad se compone de "direcciones provisionales".

No somos historiadores ni investigadores en esta línea de la "historia de la actualidad", sólo vamos a seguir la corriente de los historiadores en esta dirección provisional y, pretenciosamente, para indicar "en caliente" cómo el SUS ha sido amenazado y qué resistencias se han organizado. Para esto, establecemos el período 2016-2020 para nuestra investigación:

- 2016 es el año del golpe por el parlamento contra Dilma Rousseff y la entrada en la Presidencia de Michel Temer, quien comienza el desmantelamiento de las políticas sociales con una reforma laboral que hace que las relaciones capital-trabajo sean precarias; y con la promulgación de la "PEC del fin del mundo", una enmienda constitucional que congela el gasto público durante 20 años, ya que el aumento del presupuesto público en la actualidad solo se equivale al aumento en la inflación, que ha sido baja, tal vez sub notificada para algunos productos, lo que indicaría aumentos en el presupuesto público muy por debajo de las necesidades sociales;
- 2019 es el primer año del gobierno de extrema derecha de Jair Bolsonaro que radicaliza las medidas neoliberales en la economía, ataca los derechos, lucha contra la prensa y si sospecha que su familia está involucrada con milicias criminales en Río de Janeiro.
- 2020⁴ es el año de la epidemia de coronavirus en el que se identifica un cambio dis-

cursivo sobre en el SUS por sectores que lo atacaron previamente, llamando esto de un "efecto colateral del coronavirus".

Nuestra investigación se fundamenta en tres fuentes: (1) literatura científica (artículos); (2) medios electrónicos; (3) manifiestos en defensa del SUS, con las palabras clave: "Amenaza al SUS" y "Resistencia al desmantelamiento del SUS" como nuestra lente de búsqueda.

Esta búsqueda no fue exhaustiva y si panorámica, pero enfatiza el corazón de la amenaza del desmantelamiento y la naturaleza de las resistencias articuladas por entidades profesionales, movimientos sociales y políticos. Esperamos que este artículo pueda contribuir a futuras investigaciones que quieran enfrentar la pregunta evaluativa que nos atrevemos a preguntar: "¿La fuerza de este movimiento de resistencia ha sido suficiente para evitar el desmantelamiento de las políticas sociales, en general, y para el SUS, en particular?" Con la epidemia del coronavirus, aparecen nuevos elementos de análisis que refuerzan la defensa de los sistemas universales de salud.

2. ¿Qué dicen los "papers"?

Aunque estamos contribuyendo a una revista científica, nuestra intención aquí es escribir a todos, académicos y no académicos, con un lenguaje simple que pueda circular e informar sobre las amenazas que el SUS ha estado sufriendo en Brasil y las estrategias de resistencia de la sociedad civil, nuestra "historia caliente". Para esta sección del texto, nos dirigimos a la academia que, a pesar de todos los ataques y recortes que ha sufrido, mantiene su compro-

4 Inicialmente, el período definido fue 2016-2019, pero la epidemia de coronavirus en 2020 en Brasil estableció un debate diferente con la defensa del SUS por sectores que nunca

habían valorado esta política pública. La pandemia dejó en claro la necesidad, en todos los países, de un sistema de salud sólido y ágil y que solo el sector público podría responder a esto.

miso con la educación brasileña, con la verdad y con la sociedad.

En la literatura está bien documentado que el SUS nunca se consolidó por completo (Massuda *et al.*, 2018; Paim, 2018; Castro *et al.*, 2019), y una vez que fue implementado en el contexto de las políticas neoliberales, la efectividad de este sistema se ha visto comprometida desde su creación, porque existe una brecha evidente entre un contexto privatista neoliberal y la implementación de políticas públicas.

El SUS fue diseñado en aspectos legales y organizativos, como la descentralización del poder, lo que permitió que el poder político y la responsabilidad administrativa se redirigieran a los niveles estatales y municipales, mediante la transferencia de recursos y atribuciones a estos niveles. La creación de instancias de pactos intergubernamentales tripartitos y bipartitos también representa un acuerdo administrativo innovador dentro del alcance de las políticas públicas. Además de la redirección del poder, la participación comunitaria, uno de los principios fundacionales del SUS, está garantizada mediante la participación en conferencias y consejos (Paim, 2018; Castro *et al.*, 2019).

Además de estos mecanismos, el SUS cuenta con el apoyo de redes de instituciones de enseñanza e investigación y de profesionales que promueven el desarrollo del conocimiento, las habilidades y los valores del SUS en la sociedad (Paim, 2018). Con este marco institucional, legislativo y popular, el SUS se ha desarrollado durante 30 años y tiene un legado del cual, como dijimos al principio, los sanitarios están orgullosos. Pero también es en esta estructura donde encontramos las principales fuentes de amenazas y donde consideramos, paradójicamente, encontrar puntos de resistencia.

La estructura de financiamiento basada en un porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) nunca ha sido suficiente para satisfacer

las necesidades del SUS en términos de implementación, mantenimiento de la red y remuneración de los trabajadores. El sistema siempre ha vivido con fondos insuficientes, siendo el único país del mundo con un sistema de salud universal en el que el gasto es más bajo en comparación con el gasto privado, con el agravante de que el sector privado cubre solo a 1/4 de la población (Paim, 2018; Castro *et al.*, 2019). Pero este contexto financiero se acentuó con la Enmienda Constitucional 95 (EC 95/2016), como una medida de austeridad que congeló el presupuesto público durante veinte años, amenazando el mantenimiento y la expansión del sistema público. Existe la idea de que el SUS no terminará (Paim, 2018), ya que es del interés del mercado que se mantenga como un sistema reducido que sirve a la población más pobre y continúe realizando procedimientos de alto costo para el sector privado. La regulación de los planes de salud populares también va en esta dirección: reduce la demanda de servicios públicos, pero al mantener al usuario con beneficios restringidos, lo lleva a buscar servicios públicos para procedimientos y tratamientos complejos y costosos (Bahia *et al.*, 2016).

En este sentido, el sector privado se ha beneficiado de la existencia del servicio público, en la medida en que está subsidiado por el gobierno a través de incentivos fiscales para las personas con seguro privado que utilizan los procedimientos altamente complejos en el SUS (Massuda *et al.*, 2018). Sin lugar a duda, la principal amenaza para el SUS tal como se concibe en los principios de universalidad, equidad e integralidad es la lógica de un mercado funcional y sin restricciones que elimine el servicio y lo limite a los más pobres. Pero entendemos que, en el contexto actual, después de EC 95/2016, en el que “perdimos” en el pilar legislativo del marco que sustenta al SUS, es necesario dirigir las estrategias de resistencia hacia los pilares institucionales y populares. En este sentido, es esencial la coordinación

permanente entre los Consejos de Salud, las Asociaciones, los Consejos intergubernamentales, las universidades, las fundaciones, los institutos de salud y las escuelas, los profesionales de la salud y los usuarios del SUS. Es necesario construir una agenda en defensa del SUS, con la participación de quienes son el foco de la amenaza y, además, son los puntos de resistencia. Reconocemos que en esta dirección las fuerzas opositoras aún enfrentan los medios de comunicación, las compañías de seguros de salud, el individualismo presente en la sociedad brasileña, la sobrecarga del trabajo de los profesionales de la salud, el uso clientelista de los establecimientos públicos, entre muchos otros obstáculos bien documentados en la literatura (Massuda *et al.*, 2018; Paim, 2018; Castro *et al.*, 2019). Al construir esta agenda, solo reconociendo los logros, pero también las debilidades y obstáculos del sistema único, será posible fortalecer los pilares institucionales y populares del marco del SUS y evitar su desmantelamiento.

3. ¿Qué ha sido anunciado por los medios?

Para este ejercicio, realizamos una búsqueda simple por Google y herramientas de búsqueda en los sitios web de algunos medios brasileños populares (Estadão, Folha de São Paulo, O Globo, Brasil247) usando, además del término “amenaza para SUS” y “amenaza de SUS”, otros términos comúnmente asociados con estas ideas como: “desmantelar”; “destrucción”; “extinción”; “desmantelamiento” y “crisis”. Con respecto a la idea de “resistencia”, ampliamos la búsqueda de términos relacionados como “lucha” y “defensa” del SUS. Nos centramos en las representaciones encontradas en los medios electrónicos en el período 2016 y 2020, sin embargo, teniendo en cuenta que el SUS siempre ha estado en disputa y las discusiones sobre su viabilidad y sostenibilidad no son nuevas.

Los artículos sobre las “amenazas” al SUS han estado presentes en los medios de comunicación desde su constitución en 1988. Estos en general siempre han estado relacionados con cuestiones tales como la (sub) financiación del Sistema, su infraestructura y la calidad de los servicios y la atención prestada, y no han dejado de existir en los últimos cuatro años.

Si las discusiones anteriormente habían girado en torno a formas de financiar el SUS y criticado los mecanismos propuestos por los gobiernos, ahora cuestionan los impactos de las políticas de austeridad implementadas por los gobiernos de Temer (2016-2018) y Bolsonaro (desde enero de 2019) en un sistema que ya era frágil, pero que tiene su historia y un legado a mantener:

“En los últimos 2 años, más de un millón de familias abandonaron los planes de salud y se unieron al sistema único, lo que supone una carga aún mayor para las citas. Se espera que la situación del SUS empeore considerablemente con la enmienda 95 de 2016, que establece un tope para el gasto en salud, educación y asistencia social durante 20 años” (Noticia en Website Brasil247 en 25 de junio de 2018⁵).

“Existen recursos para la salud, pero en Brasil son desproporcionados y están mal asignados”, dice un investigador de Harvard sobre el SUS (Entrevista con el sanitarista Adriano Massuda para el periódico O Globo, 14/07/2019⁶).

5 Ver: <https://www.brasil247.com/brasil/legado-de-lula-maior-sistema-de-saude-do-mundo-esta-sob-ameaca>. Acceso en 6 de marzo de 2020.

6 Ver: <https://oglobo.globo.com/sociedade/recursos-para-saude-existem-mas-no-brasil-eles-sao-desproporcionais-mal-alocados-diz-pesquisador-de-harvard-em-estudo-sobre-sus-23803865>. Acceso en 6 de marzo de 2020.

El principio de universalidad, esencial para el sistema, está amenazado:

El Ministerio de Salud amenaza con tomar más del 50% de los recursos de algunos municipios. Las Unidades Básicas serán financiadas por el número de personas registradas y por “productividad” (Noticia en el sitio web “Otras palabras” el 12/03/2019⁷).

La falta de fondos y el gobierno de Bolsonaro amenazan el legado del SUS:

“Tenemos un sistema de cobertura universal, que es un derecho de ciudadanía para toda la población brasileña y que cubre a todos. Es diferente del modelo de seguridad médico-social anterior a la Constitución de 1988. Pero el SUS hoy sufre de falta de fondos crónica”, critica el representante de los médicos en Río (Noticia en el sitio web Brasil de Fato-RJ, el 31 de agosto de 2019⁸).

Los científicos proyectan un empeoramiento de los indicadores de salud pública en caso de un estancamiento de los recursos para el área (Noticia en la Revista Piauí, el 11/9/2019⁹).

Un punto que destaca (y asusta) en las discusiones actuales es que una de las principales amenazas no es solo las cuestiones de financiamiento, sino una postura de políticas de desmantelamiento, retrocesos en los derechos sociales y claramente anti-SUS: El SUS nunca

ha estado tan amenazado, advierte investigador en Salud Pública:

“Lo que es peor hoy es que creo que, por primera vez, tenemos un Ministro de Salud, declarando anti-SUS. [El gobierno actual] está enviando un mensaje muy claro sobre el comienzo de un desmantelamiento explícito de varias políticas de salud que se estaban implementando y que representaban un avance significativo para la atención de la población” (Entrevista con la investigadora Vera Mendes, de PUC-SP al Periódico GGN el 24 de noviembre de 2017¹⁰).

El reconocido sanitarista brasileño Gastão Wagner advierte sobre el hecho de que el desmantelamiento del SUS ocasiona importantes reveses en los avances duramente ganados en las últimas décadas en la política pública brasileña:

El aumento de la mortalidad en el país está directamente relacionado con los recortes de fondos en el SUS. En una entrevista con APública, el doctor Gastão Wagner, doctor en salud pública y ex presidente de ABRASCO, dice *que la reducción en la esperanza de vida en los últimos cinco años es una consecuencia del techo del gasto público* (Entrevista con el sitio web APública el 14/11/2019¹¹).

Por primera vez, los pilares fundamentales del SUS, como la integralidad, la universalidad, la participación social y el carácter del SUS como sistema público, están amenazados. La medida provisional amenaza la atención primaria de salud estructurada en el SUS constitucional:

7 Ver: <https://outraspalavras.net/direitosouprivilegios/o-que-muda-para-pior-no-financiamento-do-sus/>. Acceso en 6 de marzo de 2020.

8 Ver: <https://www.brasildefatorj.com.br/2018/08/31/internacionalmente-reconhecido-sistema-unico-de-saude-sus-esta-ameacado>. Acceso en 6 de marzo de 2020.

9 Ver: <https://piaui.folha.uol.com.br/falta-de-verbas-e-governo-bolsonaro-ameacam-legado-do-sus/>. Acceso en 6 de marzo de 2020.

10 Ver: <https://jornalgggn.com.br/crise/sus-nunca-esteve-tao-ameacado-alerta-pesquisadora-em-saude-publica/>. Acceso en 6 de marzo de 2020.

11 Ver: <https://apublica.org/2019/11/aumento-de-mortalidade-no-pais-esta-diretamente-ligado-a-corte-de-verbas-no-sus/>. Acceso en 6 de marzo de 2020.

"...los investigadores advierten sobre los riesgos de esta legislación que favorece la transformación de la APS en el SUS en un espacio mercantil de asistencia y los posibles contratiempos para la formación de médicos de atención primaria" (Noticia publicada en el sitio web de la Escuela Nacional de Salud Sergio Arouca – Fiocruz - el 22 de noviembre de 2019¹²).

El principio de participación social en la construcción del SUS también está actualmente bajo ataque. El decreto de "anti-participación ciudadana" amenaza al SUS:

"Lo más importante es entender que el modelo constitutivo y normativo establecido desde 1988 era un híbrido de democracia indirecta y directa. La participación de la población en la construcción de políticas públicas y la toma de decisiones, incluidas las decisiones de asignación de recursos, es lo que hace que esta sociedad tan amplia, múltiple y diversa tenga más y más democracia. El acto de poner en riesgo estas instancias universitarias de participación social no solo afecta la política de salud y todas las demás políticas, sino que afecta el núcleo central de este pacto constituyente de 1988", subraya el vicepresidente de Idisa (Noticia publicada en el sitio web Otras palabras el 16 de abril de 2019¹³).

También se retratan los esfuerzos en los medios de comunicación dentro de la estructura misma del Estado en defensa de los derechos sociales garantizados por la constitución, desafiando las reformas y medidas propuestas por el gobierno, en línea con el tope de gasto, que amenaza la existencia del SUS que impac-

tan directamente en la fábrica de la sociedad brasileña:

Una fiscal federal le dice al Congreso que las reformas de Paulo Guedes (Ministro de la Economía, con un sesgo hiper liberal) aumentan la desigualdad:

En una nota técnica para apoyar el debate entre los diputados federales, la Fiscal Federal para los Derechos de los Ciudadanos, Déborah Duprat, advierte sobre la inconstitucionalidad del paquete de medidas del Ministro de Economía (Noticia en el periódico O Estado de São Paulo el 10 de febrero de 2020¹⁴).

En el campo de la "resistencia", las noticias encontradas en los medios se centran más en la idea de "defender" al SUS y sus principios, y retratan que estos movimientos han comenzado a partir de grupos sociales y entidades de la sociedad civil organizada. También enfatizan que el desmantelamiento del SUS representa una amenaza fundamental para el carácter democrático de la sociedad brasileña y, como tal, debe ser defendido por cuestiones éticas y sociales:

¡SUS no puede morir!

"Necesitamos sumar, calificar, tomar posesión de lo que se define como nuestros derechos básicos, según lo dispuesto en la Constitución Ciudadana de 1988. Tenemos que exigir a las autoridades junto con los consejos de salud, las entidades de la sociedad civil y los movimientos sociales para que no nos quiten una de las mejores políticas de salud del mundo. Luchar por el SUS también es luchar por la democracia. ¡SUS no puede morir! (Revista

12 Ver: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/47700>. Acceso en 6 de marzo de 2020.

13 Ver: <https://outraspalavras.net/outrasaude/o-decreto-anti-participacao-ameaca-o-sus/>. Acceso en 6 de marzo de 2020.

14 Ver: <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/procuradoria-diz-ao-congresso-que-reformas-de-paulo-guedes-aumentam-grave-desigualdade/>. Acceso en 6 de marzo de 2020.

Nacional de Salud, Consejo Nacional de Salud, edición de octubre de 2017¹⁵).

Ex ministros de salud se manifiestan en defensa del SUS:

Seis ex ministros de salud advierten que la “difusión de la imagen de un SUS precario, rehén de los intercambios de partidos políticos, al servicio de intereses privados” tiene como consecuencia el debilitamiento de su “apoyo social” (Noticia publicada en el sitio web Brasil247, en el 6 agosto 2019¹⁶).

Los movimientos populares en SP actúan en defensa del SUS:

“Los manifestantes, que se concentraron en la calle, llevaban carteles con palabras como ‘La salud no es un negocio, es un derecho’, ‘Estoy a favor del SUS y en contra del golpe’ y ‘SUS no es como partido político, pertenece al pueblo brasileño’”(Noticia publicada en el sitio web Brasil247, en el 4 de junio de 2016¹⁷).

La lucha es urgente y Gastão Wagner advierte que esto debe ser para todos nosotros, y no para los sectores relacionados con la salud pública:

“Si la sociedad brasileña no lucha por el SUS en la vida diaria, el sistema estará más amenazado” (Centro de Estudios Estratégicos en Fiocruz, 18 de noviembre de 2019¹⁸).

Si no es por cuestiones ideológicas y sociales, algunos también señalan formas de involucrar a la sociedad en esta defensa, a través del bolsillo:

Sin deducir el impuesto sobre la renta, la clase media estaría más preocupada por el SUS, dice Armínio Fraga (ex ministro de la economía de Brasil). Para los economistas, la reducción de las desigualdades debe ser el foco de las políticas públicas y la inversión social puede fortalecer la democracia (Entrevista para el periódico Folha de São Paulo el 22 de septiembre de 2019¹⁹).

Y las declaraciones siguen resonando en 2019...

Drauzio Varella (medico famoso en la media brasileña) defiende la salud pública: *“sin SUS, es barbarie. A pesar de las dificultades, estamos en una situación incomparable a la de hace 30 años. Debemos defender al SUS y estar orgullosos de su existencia”*, dice el médico (Entrevista publicada en el sitio web Brasil247 el 18 de agosto de 2019²⁰). Finalmente, el titular de una noticia publicada por la revista Carta Capital resume el sentimiento y las preocupaciones de todos aquellos que lucharon, pelearon y continuarán luchando por el SUS:

¿Sobrevivirá el SUS a la era de Bolsonaro? (Noticia publicada en la revista Carta Capital²¹).

15 Ver: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/revistas/RevistaNacionalDeSaude_Ed05_set_out.pdf. Acceso 06 mar 2020.

16 Ver: <https://www.brasil247.com/brasil/ex-ministros-da-saude-se-manifestam-em-defesa-do-sus>. Acceso en 6 de marzo de 2020.

17 Ver: <https://www.brasil247.com/geral/movimentos-populares-fazem-em-sp-ato-em-defesa-do-sus>. Acceso en 6 de marzo de 2020.

18 Ver: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1078>. Acceso en 6 de marzo de 2020.

19 Ver: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/09/sem-deducacao-do-ir-classe-media-se-preocuparia-mais-com-sus-diz-arminio-fraga.shtml>. Acceso en 6 de marzo de 2020.

20 Ver: <https://www.brasil247.com/brasil/drauzio-varella-defende-a-saude-publica-sem-o-sus-e-a-barbarie>. Acceso en 6 de marzo de 2020.

21 Ver: <https://www.cartacapital.com.br/saude/o-sus-sobrevivera-a-era-bolsonaro/>. Acceso en 6 de marzo de 2020.

Y luego llegó la epidemia de coronavirus y, sorprendentemente, se abrieron espacios en la prensa para la defensa del SUS, de la ciencia y para el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria, humana y física provisionada por el Estado. El titular de la materia en el periódico el Globo, apunta a esta nueva consciencia de la valorización del SUS como base de la sociedad brasileña y fundamental para el enfrentamiento de la crisis sanitaria:

El país necesita fijar la ciencia y el SUS como prioridades (Materia publicada en el periódico O Globo en día 30 de marzo de 2020²²).

Vale la pena mencionar dos artículos de colegas sanitarios y uno de una economista del mercado de capitales:

De los sanitarios:

Entre los miles de brasileños que ahora cuelgan de las ventanas para aplaudir al personal de salud, pocos movilizaron su voz y su voto a favor del SUS. Que no sea una pasión pasajera impulsada por el miedo. Todos somos beneficiarios de programas de inmunización, servicios de salud y vigilancia epidemiológica, estrategias de prevención de enfermedades, entre muchas otras misiones que solo un sistema público, con acciones basadas en evidencia científica, puede cumplir. Que esta pandemia deje un legado constructivo a pesar del inmenso dolor. Que cada brasileño comprenda la diferencia entre tener y no tener SUS, sabiendo que su seguridad depende, decisivamente, del grado y la calidad de la inversión pública en salud (Deisy Ventura en la Folha de São Paulo, en 23 de marzo de 2020²³).

Sin embargo, la experiencia de otros países muestra que las medidas radicales de distanciamiento social terminan imponiéndose de manera autoritaria cuando la epidemia está fuera de control. Como tenemos una curva ascendente de nuevos casos y muertes, esta es una medida de emergencia obligatoria, pero aún tenemos la oportunidad de decidir cómo se implementará. Ciertamente, es necesario tener un Estado proactivo, que no se resigne a las estadísticas de casos y muertes, narrando capítulos de la catástrofe mientras espera que la población sea inmunizada naturalmente. Nuestra elección es entre un estado policial judicial que actuará para forzar las pruebas y el distanciamiento social, con suspensión de derechos y la imposición de daños a los más vulnerables, o un estado social y la defensa de los derechos fundamentales, que proporcionarán los medios necesarios para todos, independientemente de su riqueza, pueden ser probados y adoptar un desprendimiento social voluntario. Como ciudadanos, trabajadores de la salud e investigadores, optamos por la segunda opción, ya que valoramos la vida, la salud y el respeto por los derechos humanos (Ricardo Teixeira e Ivan França Junior en la Folha de São Paulo, en 26 de marzo de 2020²⁴).

Y de la economista del mercado de capitales:

La profundización de la globalización puede ser la única solución para hacer que el mundo sea menos vulnerable. Una estrategia a largo plazo para erradicar las pandemias y al mismo tiempo permitir que la economía se reanude es fortalecer la infraestructura de salud, humana y

22 Ver: <https://oglobo.globo.com/opiniaopais-precisa-fixar-ciencia-o-sus-como-prioridades-1-24334088>

23 Ver: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/03/fique-em-casa->

-mas-defenda-o-sus.shtml. Acceso em 31 de marzo de 2020.

24 Ver <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/03/incentivar-o-isolamento-social-significa-valorizar-a-vida-a-saude-e-o-respeito.shtml>. Acceso em 31 de marzo de 2020.

física, de la mayoría de los países, independientemente de su PIB. El retorno social de tener un sistema de salud más adecuado excede su costo financiero (Solange Srour, Economista -Chefe e gestora ARX investimentos en la Folha de São Paulo de 26 de marzo de 2020).

4. ¿Qué vocalizan los manifestos en defensa del SUS?

¡Hay resistencias! Y desde el 2016, hemos escuchado las voces de aquellos descontentos con el golpe por el parlamento de 2016 y el desmantelamiento de las políticas sociales. Aquí hemos seleccionado tres manifestos que demuestran el espíritu en defensa del SUS: (1) la manifestación del Consejo Nacional de Salud, la instancia más alta de deliberación y control social del SUS, que es la voz de los movimientos sociales, entidades profesionales y proveedores de servicios. en salud, en julio de 2016 (CNS, 2016); (2) “Salud y democracia” publicado por la Asociación Brasileña de Salud Pública en febrero de 2018 (ABRASCO, 2018); (3) “Seis ex ministros de salud lanzan un manifiesto en defensa del SUS universal, que sea equitativo, integral y gratuito”, en agosto de 2019 (VIOMUNDO, 2019).

La nota central de los tres manifestos es que “sin democracia, no hay salud”, porque sobre todo son llamados a favor de la democracia en Brasil: “SUS presupone un proyecto de sociedad que se exprese en valores civilizadores, como la igualdad, la justicia social y la democracia” (VIOMUNDO, 2019).

Otro aspecto común y relevante para los tiempos actuales es la tensión que los manifestos hacen con relación a la austeridad fiscal como “pensamiento único” para calmar los mercados:

El intento de ajustar las cuentas públicas siempre es a través de la restricción de los derechos sociales porque los funcionarios del gobierno nunca enfrentan errores en las cuentas públicas a través de la revisión estructural del modelo

económico-fiscal que impone la reforma fiscal, la revisión de las desgravaciones tributarias que se perpetúan sin evaluación de su costo-beneficio y otras medidas que no sean restringir los derechos de los ciudadanos en relación con la seguridad social y la educación (CNS, 2016).

La falta de fondos es otro tema común en este proceso de resistencia, que ha estado presente en la lucha por este sistema de salud universal desde su inicio. Sin embargo, desde 2016, esta resistencia se ha manifestado con vehemencia contra una enmienda constitucional que congela el gasto del presupuesto público durante 20 años:

La magnitud y relevancia de estos logros sin duda habrían sido más expresivos, de mayor alcance y de resultados más profundos, si no hubiera sido por los impases estructurales, que impusieron, a lo largo de esta trayectoria, fuertes límites organizativos y financieros que impidieron la plena realización de sus fundamentos. Esto se expresa claramente al analizar la estructura del financiamiento de la salud. Invertimos alrededor del 9% del PIB en salud, pero de esa cantidad solo el 46% corresponde al gasto público, es decir, la mayoría del gasto en salud carga el presupuesto de las familias y las empresas. Ningún sistema universal tiene inversiones públicas tan bajas como las nuestras, y cuando se agrega a esto una importante exención fiscal cada año, la imagen de la falta de fondos empeora. Es en este contexto que se centra la enmienda constitucional 95, que, al colocar la austeridad como un principio constitucional, congela el gasto durante 20 años y subyuga las necesidades de salud de la población a objetivos fiscales, imponiendo el estado de un sistema no financiado en el SUS, poniendo en riesgo incluso el su supervivencia Esta política de profundizar los recortes en el gasto social, en un contexto de negación de derechos y devaluación de las políticas universales, intensifica los reveses y amenaza con caracterizar erróneamente el SUS. La fragilidad del SUS se

suma al ataque a varias políticas públicas fundamentales en el proceso de salud-enfermedad y en el concepto ampliado de salud que involucra la naturaleza biológica, subjetiva y social de los problemas de salud (VIOMUNDO, 2019).

Vale la pena mencionar que existe otro tema, el de la macrodeterminación en salud, que amplía el concepto de salud, y aparece solo en uno de los manifiestos, el publicado por ABRASCO, que forma parte del "Foro para la Democracia y Salud" que tiene mayoritariamente signatarios académicos:

Por otro lado, este modelo de desarrollo excluyente y fragmentado evita que se priorice la macrodeterminación de la salud, como la vergonzosa situación de saneamiento básico, la contaminación del aire y el agua, el uso de pesticidas no controlados, los accidentes de tránsito, y trabajo, homicidios que cuentan hasta decenas de miles al año, la violencia diaria de los sistemas de transporte urbano masivo, abandono, prejuicio, injusticia generalizada que causa dolor, sufrimiento, enfermedad y muerte (ABRASCO, 2018).

Este sería un tema que trasciende este momento de resistencia, ya que es parte de una lucha permanente y necesaria por parte de los trabajadores de la salud en todo el mundo, que es la disputa sobre el imaginario social de lo que es la salud. Y esto exige un contexto de democracia y no negación de la ciencia que vaya más allá de los límites de la defensa del SUS.

La lucha por la democracia continúa en Brasil, porque, así como sentimos que el SUS está amenazado, también sentimos lo mismo con relación a la democracia brasileña. El último manifiesto se publicó el 27 de febrero de 2020: "Por el respeto del Estado de derecho democrático" (CPT, 2020), en defensa de la democracia después de que el presidente de la república de Brasil convocó una manifestación contra el Congreso y el Tribunal Superior Federal en las redes sociales, en una clara afrenta a los poderes

constituidos. Más de 200 organizaciones de la sociedad civil con una amplia gama de representación de voz fueron signatarias de este manifiesto: niños y jóvenes, movimientos LGBT, movimientos negros, ambientalistas, movimientos de personas sin hogar, movimientos de vivienda, movimientos de los sin tierra, iglesias, pueblos indígenas, derechos humanos, mujeres, ONG, organismos profesionales, etcétera. Pero Brasil tiene ahora una sociedad polarizada que también ha estado haciendo eco en el apoyo de la prensa dominante a las "reformas", como se las llama eufemísticamente, la implementación en el país, de una fuerte ola hiper liberalizante. ¿Se escucharán las manifestaciones de los grupos progresistas? ¿Son efectivas? ¿El gobierno actual cambia de rumbo? Estas preguntas no quieren callar y son fundamentales en nuestra "historia caliente", pero exigirán estudios analíticos más profundos de una "historia fría" que mirará el pasado con una distancia necesaria, pero sin neutralidad.

Conclusiones

¡Sin el SUS es la barbarie! Gonzalo Vecina Neto, importante sanitarista brasileño, anunció en un programa de televisión sobre la epidemia de coronavirus en Brasil. Y parece que estábamos moviendo hacia esto con los recortes en la financiación de un sistema que ya no cuenta con fondos suficientes. Sin embargo, la epidemia de coronavirus en Brasil ha tenido efectos sorprendentes con relación al SUS. Se abrieron espacios en la grande prensa profesional para los trabajadores de la salud que pudieron defender con vehemencia y poder al SUS, así como la proliferación de artículos de economistas y centros de investigación liberales que argumentan que el retorno social de tener un sistema de salud más adecuado excede su costo financiero.

Bill Gates en una “charla TED”²⁵ dijo que luchar contra las epidemias es una guerra y que pensar en entrenar al ejército y equiparlos solo durante la guerra no tendrá ningún efecto sobre el enemigo. El ejército y su equipo tienen que ser entrenados y fortalecidos antes de que aparezca el enemigo y eso presupone una inversión en salud.

Los más ricos parecen haber sentido el golpe y aquí se puede inaugurar una agenda de investigación teniendo la pandemia como línea de base y un monitoreo sistemático de la inversión en salud desde allí, para responder a la pregunta si todo esto es una retórica de miedo o una defensa genuina de un sistema público y gratuito de salud pública.

En este artículo de investigación utilizamos textos académicos y periodísticos para presentar una visión general de las amenazas que ha sufrido el SUS y las estrategias de resistencia que surgieron por parte de diferentes agentes. Aunque se refleja en parte en los textos documentados, no tratamos con la práctica diaria de los trabajadores del SUS. Sin embargo, reconocemos que no hay mayor resistencia que el reconocimiento de los fracasos, la celebración del éxito terapéutico y la defensa permanente de esta política pública que representa el mayor legado de la democracia en Brasil.

Somos partidarios de la defensa del SUS en las esferas de la macro gobernanza y en nuestra micropolítica, entendemos que solo con estrategias multifocales podremos resistir, reflexionar y proceder con acciones para mantener el SUS y sus principios de universalidad, equidad e integralidad. Los autores de este artículo están en línea con este movimiento de resistencia, pero el artículo no tiene la intención de responder a esta pregunta evaluativa con precisión, sino explicitar una de las inten-

ciones de la ola ultraliberal que actualmente afecta a Brasil.

Esperamos que este artículo pueda contribuir a futuras investigaciones que quieran enfrentar la pregunta evaluativa que nos atrevemos a preguntar: “La fuerza de este movimiento de resistencia es suficiente para evitar el desmantelamiento de las políticas sociales, en general, y del SUS, en particular?”

Referencias bibliográficas

- Abrasco (2018). *Manifesto em defesa do SUS – “SAÚDE E DEMOCRACIA: Desafios para o Brasil contemporâneo*. Disponible en <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/movimentos-sociais/manifesto-em-defesa-do-sus-saude-e-democracia-desafios-para-o-brasil-contemporaneo/33154/>
- Akerman, M., Moyses, S. T., Franco de Sá, R. M. T., Mendes, R., Nogueira, J. A. D., Zancan, L., Manoncourt, E. y Wallerstein, N. (2019). Democracy and health promotion. *Health Promotion International*. 34 (1): i1–i3.
- Bahia L., Scheffer, M., Poz, M. D., et al. (2016). Planos privados de saúde com cobertura limitada: a agenda privatizante atualizada no contexto da crise política e econômica do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 32 (12): e00184516.
- Castro, M. C. et al. (2019). Brazil unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*. 394 (10195): 345-356.
- CNS - Conselho Nacional de Saúde. (2016). *Manifesto em defesa do SUS*. Disponible en: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/07/CNS_MANIFESTO_EM_DEFESA_DO_SUS.pdf. Acceso en marzo de 2020.
- CPT – Comissão Pastoral da Terra. (2020). *CPT endossa nota pública pelo respeito ao Estado Democrático de Direito*. Disponible en: <https://cptnacional.org.br/publicacoes/noticias/geral/5107-cpt-endossa-nota-publica-pelo-respeito-ao-estado-democratico-de-direito>. Acceso en marzo de 2020.

25 Ver: https://www.ted.com/talks/bill_gates_the_next_outbreak_we_re_not_ready?language=es. Acceso em 31 de marzo de 2020.

- Franco, Á., Álvarez-Dardet, C. y Ruiz, M. T. (2004). Effect of democracy on health: ecological study. *BMJ Glob Health*. 329, 1421-1423.
- Levitsky, S., Ziblatt, D. (2018). *How Democracies Die*. New York: Crown Publishing.
- Massuda, A., Hone, T., Leles, F.A.G., de Castro, M. C. y Atun, R. (2018). The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health*. 3 (4): e000829.
- Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Quiroga, A., Rodríguez-Sanz, M. et al. (2006). Politics and health outcomes. *The Lancet*. 368, 1033-1037.
- Paim, J. S. (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência e Saúde Coletiva*. 23 (6): 1723-1728.
- Runciman, D. (2018). *How Democracy Ends*. New York: Basic Books.
- Sayuri, J. (2017). Crise política amplia interesse pela chamada história do tempo presente. Ilustríssima. *Folha de São Paulo*. 13 de agosto de 2017.
- Abranches, S. et al. (2019). *Democracia em Risco? 22 ensaios sobre o Brasil hoje*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Viomundo (2019). *Seis ex-ministros da Saúde lançam manifesto em defesa do SUS universal, equânime, integral e gratuito*. Disponible en: <https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/seis-ex-ministros-da-saude-lancam-manifesto-em-defesa-do-sus-universal-equanime-integral-e-gratuito-leia.html>. Acceso en marzo de 2020.

Para citar este Artículo de investigación:

Akerman, M., Trousdell Franceschini, Ma. C. y Iacabo, P. (2020). Las amenazas al Sistema Único de Salud en el Brasil: ¿Una agenda de resistencia es necesaria! (2016-2020). *Revista Estado y Políticas Públicas*. Año VIII, Núm. 14, 93-106.

La sexualidad como lucha política por los cuerpos en el contexto latinoamericano

Sexuality as a political battle for bodies in the Latin American Context

Por Raúl Mercer*, Karina Cimmino** y Carlota Ramírez***

Fecha de Recepción: 01 de febrero de 2020.

Fecha de Aceptación: 08 de marzo de 2020.

RESUMEN

La particular relación existente entre el cuerpo y la política constituye un fenómeno a considerar como proceso histórico atendiendo a sus derivaciones sobre la salud. Quizás no exista situación comparable desde la biopolítica como acontece con las identidades disidentes y particularmente con los cuerpos de las mujeres y sus sexualidades como ámbito de disputa de intereses políticos, religiosos, corporativos, económicos y sociales. Un verdadero bastión de combate. El objetivo de este artículo de investigación es reconocer a los cuerpos de las mujeres como campos de disputa y tensión

de poderes contrapuestos y apropiadores de derechos, presentar un modelo de incidencia política en el campo de la salud aplicado al campo de la salud sexual, la educación sexual integral y el feminismo. Asimismo, es propósito de estas páginas reconocer los diferentes aportes de dicho modelo en la comprensión de las complejidades intervinientes en la lucha y la garantía de los derechos para el ejercicio de la sexualidad como eje constitutivo de la salud. Respecto al abordaje metodológico, se presentará un modelo de incidencia para la formulación de políticas de salud y su aplicación en el campo de la salud sexual y su relación con las

* Médico Pediatra. Magister en Epidemiología por la Universidad de Madison, Estados Unidos. Especialista en Salud Pública. Coordinador del Programa de Ciencias Sociales y Salud del Área de Salud y Desarrollo Humano en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Argentina. Correo electrónico: rmercer@flacso.org.ar

** Licenciada en Ciencias de la Educación por la Universidad de Buenos Aires. Magister en Salud Pública por la Universidad de Buenos Aires. Especialidad en Educación para la Salud (Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Integrante del Programa de Ciencias Sociales y Salud de FLACSO. Correo electrónico: kcimmino@flacso.org.ar

*** Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Diplomada en género y políticas públicas por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Argentina. Correo electrónico: cramirez@flacso.org.ar

tres dimensiones analíticas: 1) sanitaria (basada en fuentes secundarias), 2) educativa (basada en la experiencia ESI en América Latina y una investigación en curso) y 3) participación social (basada en la experiencia del activismo social). Desde el campo sanitario, se contempló la evolución histórica de los programas de salud de la mujer, pasando por la salud sexual y reproductiva hasta la incorporación de la perspectiva de género. Desde el campo educativo, la ESI emerge como campo explicativo de las tensiones asociadas a continuos debates y la generación de barreras para la implementación. Desde la perspectiva social, se analizan las consecuencias y respuestas generadas desde los movimientos feministas en la búsqueda de sociedades más inclusivas y respetuosas de los derechos, en el ejercicio de la sexualidad y las disidencias de género, las libertades para decidir, exigir, y desarrollar de manera autónoma e informada los propios proyectos de vida. La aplicación del modelo de incidencia política permite reconocer las complejidades en juego asociadas con la formulación de políticas vinculadas con la sexualidad y la salud de las mujeres.

Palabras clave: *Políticas de Salud, Políticas de Salud Sexual y Reproductiva, Políticas de Educación Sexual Integral, Feminismos.*

ABSTRACT

The particular relationship between the body and politics constitutes a phenomenon approached as a historical process based on its derivations on health. Perhaps there is no comparable situation from biopolitics as occurs with dissident identities and particularly with the bodies of women and their sexualities as a field of dispute for political, religious, corporate, economic and social interests. A true bastion of combat. The objective of this research article is to recognize women's bodies as fields of dispute and tension of opposing powers and appropriators of rights, to present a model of political incidence in the field of

health applied to the field of sexual health, the comprehensive sex education and feminism. Likewise, it is the purpose of this work to recognize the different contributions of this model in understanding the complexities involved in the fight and the guarantee of rights for the exercise of sexuality as a constitutive axis of health. Regarding the methodological approach, we developed an incidence model for the formulation of health policies and their application in the field of sexual health. We introduce the existing relationships with the three analytical dimensions: 1) health (based on secondary sources), 2) educational (based on the ESI experience in Latin America and an ongoing investigation) and 3) social participation (based on the experience of social activism). From the health field, we analyzed the historical evolution of women's health programs, going through sexual and reproductive health until the incorporation of the gender perspective. From the educational field, ESI emerges as an explanatory field of the tensions associated with continuous debates and the generation of barriers to implementation. From the social perspective, the consequences and responses generated by feminist movements in the search for more inclusive and respectful societies of rights, in the exercise of sexuality and gender dissent, the freedoms to decide, demand, and develop autonomously informed life projects. The application of the advocacy model allows us to recognize the complexities at stake associated with the formulation of policies related to sexuality and women's health.

Keywords: *Health Policies, Sexual and Reproductive Health Policies, Comprehensive Sex Education Policies, Feminisms.*

Introducción

La relación existente entre el cuerpo y la política constituye un fenómeno a considerar como proceso histórico atendiendo a sus derivaciones sobre la salud. Quizás no exista

situación comparable desde la biopolítica tal como acontece con las identidades disidentes y particularmente con los cuerpos de las mujeres y sus sexualidades como ámbito de disputa de intereses políticos, religiosos, corporativos, económicos y sociales. Históricamente el fenómeno de “apropiación” del cuerpo de las mujeres fue producto de posicionamientos culturales y dogmáticos que han expresado, y aún expresan, la avidez de ciertos sectores de la sociedad por perpetuar la hegemonía sobre derechos de los/las demás.

El presente artículo de investigación toma en consideración aquellos aportes desde la intersectorialidad y la interseccionalidad vinculados con los derechos y disidencias sexuales y de género, así como las alternativas para superar aquellas restricciones institucionales, políticas y sociales con miras a garantizar el derecho a la salud. Para ello, hemos apelado a diferentes líneas desarrolladas por integrantes del Programa de Ciencias Sociales y Salud de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Argentina y que evocan algunos aspectos relacionados con las políticas de salud sexual, reproductiva y de género. En esta línea, compartiremos un modelo de incidencia para la formulación de políticas de salud y su relación con tres dimensiones consideradas en el presente trabajo: 1) sanitaria, 2) educativa y 3) participación social.

Este artículo contempla diferentes abordajes y formatos discursivos que responden a los temas elegidos y a las contribuciones disciplinares en cada caso. Desde esta lógica, entendemos que no hay un discurso unívoco y que tanto desde la biología como desde las ciencias sociales hay contribuciones que permiten indagar sobre las derivaciones, vertientes de opinión y construcciones teóricas. Todo ello, reconociendo que ningún enfoque está exento de criticismo y vaciamiento epistémico. Es lo que acontece, por ejemplo, cuando el abordaje biológico es llevado a un extremo bajo la caracterización de “biologicismo” sin dejar de

reconocer que las nuevas formas de entender la biología, inclusive desde el positivismo, tienen algo que aportar. El campo educativo es también un espacio en litigio toda vez que la escuela es cuestionada en su existencia y rol en donde ciertos sectores impulsan transferir la función educativa al ámbito familiar como único espacio generador de valores. Finalmente, y aunque cueste admitirlo en ciertos contextos, el peso de los movimientos sociales se ha constituido en un factor de cambio con presencia y protagonismo creciente que apunta a romper con las diferentes expresiones del paternalismo: el paternalismo eclesástico (viciado de contradicciones y vaciado de argumentaciones), político (como forma de perpetuación del poder y de dominación social) y económico (reconociendo que las demandas y cuestionamientos horadan las bases mismas del neoliberalismo).

Desde el campo sanitario, se contemplará la evolución histórica de los programas de salud de la mujer, pasando por la salud sexual y reproductiva hasta la incorporación de la perspectiva de género. Desde el campo educativo, la educación sexual integral emerge como campo explicativo de las tensiones asociadas a continuos debates y a la generación de barreras para su implementación. Finalmente, y desde la perspectiva social, se analizarán las consecuencias y respuestas generadas desde los movimientos feministas en la búsqueda de sociedades más inclusivas y respetuosas de los derechos, del ejercicio de la sexualidad y las disidencias de género, de las libertades decidir, exigir y para desarrollar de manera autónoma e informada los propios proyectos de vida. En este sentido, son objetivos del presente trabajo:

- Reconocer a los cuerpos de las mujeres como campos de disputa y tensión de poderes contrapuestos y apropiadores de derechos.
- Presentar un modelo de incidencia política en el campo de la salud aplicado al campo

de la salud sexual, la educación sexual integral y el feminismo.

- Reconocer los diferentes aportes de dicho modelo en la comprensión de las complejidades intervinientes en la lucha y la garantía de los derechos para el ejercicio de la sexualidad como eje constitutivo de la salud.

En lo que atañe al abordaje metodológico, se presentará un modelo de incidencia para la formulación de políticas de salud y su aplicación en el campo de la salud sexual y su relación con las tres dimensiones analíticas: 1) sanitaria (basada en fuentes secundarias de información), 2) educativa (basada en la experiencia ESI en América Latina y una investigación en curso sobre una población de docentes de la región) y 3) participación social (basada en la experiencia del activismo social). Por las características del modelo de incidencia y las diferentes dimensiones analíticas consideradas, los enfoques utilizados responden a la especificidad de cada dimensión.

El modelo de incidencia política en salud

Analizando los diferentes mecanismos que intervienen en la formulación de políticas de la salud, revisando la literatura existente y debatiendo sobre las características de dicho proceso en los países de la Región de América Latina, construimos un modelo basado en diferentes criterios y tipologías. De esta manera, identificamos cinco mecanismos posibles que pueden actuar como puntos de partida o "disparadores" para el proceso de formulación de políticas o respuestas del Estado que atienden a contemplar un problema determinado de la salud. Es posible, que el modelo resulte simplista en su visualización gráfica, todo ello atendiendo a la necesidad de reconocer aquellos factores clave que inciden de una u otra manera sobre los procesos de problemati-

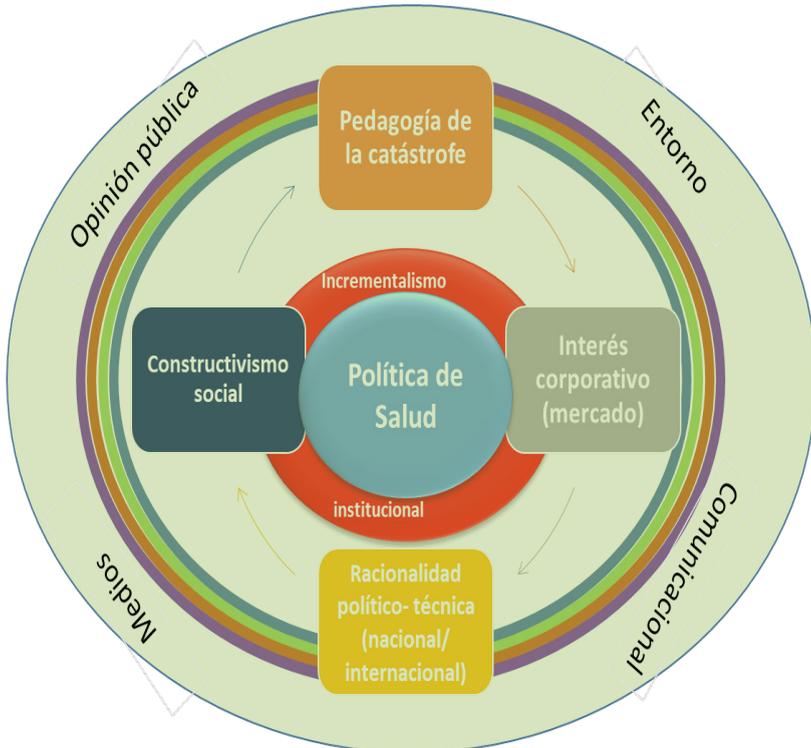
zación, legitimación, construcción de agenda y formulación de respuestas desde el Estado.

Según el presente modelo de incidencia, los procesos que disparan la iniciación de la formulación de una política relacionada con la salud pueden obedecer a los siguientes mecanismos:

- a. Constructivismo social.
- b. Pedagogía de la catástrofe.
- c. Intereses corporativos.
- d. Racionalidad político-técnica.
- e. Incrementalismo institucional.

Todo ello, acontece en un entorno comunicacional en donde los medios de comunicación social y la opinión pública juegan un rol central como determinantes que pueden incidir de manera positiva o negativa sobre el proceso de formulación de una política pública asociada a la salud (ver gráfico I).

Gráfico I:
Modelo de incidencia política en salud



Fuente: Mercer, Meresman, Cimmino y Siede (Elaboración propia, 2016).

a. Constructivismo social: hace referencia al impacto de los movimientos sociales que luchan por la reivindicación de sus derechos y que, para el caso de Argentina, han tenido crecimiento sostenido desde el mismo período de la dictadura cívico-militar (Madres y Abuelas de Plaza de Mayo). Para el caso que nos convoca, los movimientos de lucha por el respeto y la inclusión de los derechos sexuales y reproductivos y las disidencias sexuales y de género también conforman un espacio de reclamos y tensión social en la búsqueda de mayor equidad distributiva (económica, de participación ciudadana, de poder, sanitaria, entre otras).

Los Encuentros Nacionales de Mujeres, el movimiento Ni Una Menos, la Ola Verde del feminismo, los colectivos trans y disidentes, han instalado en la Argentina debates que se han traducido en respuestas políticas del Estado y, en otros casos, han sentado las bases para la generación de espacios de debates, aún no resueltos. Si bien el concepto de constructivismo surge de un aporte del campo educativo, del mismo modo podría apelarse al concepto opuesto de “*destruccionismo social*” representado, en nuestro caso, por aquellos movimientos conservadores basados en criterios dogmáticos que imponen sus visiones y creencias al conjunto de la

sociedad sin considerar el carácter universal de los derechos y la libertad en su ejercicio.

b. Pedagogía de la catástrofe: en algunos casos, los factores de incidencia política en salud están asociados a la ocurrencia de un fenómeno imprevisto de trascendencia social que dispara una serie de respuestas institucionales que pueden derivar en consecuencias no deseadas sobre la salud de las personas (enfermedad, muertes). Ejemplo de esta modalidad lo constituyen todas las formas de violencia de género (incluidos los embarazos en niñas) que han generado una respuesta reactiva masiva de gran parte de la sociedad en el contexto de América Latina para que cada uno de los Estados y sus instituciones respondan con normativas orientadas a erradicar este flagelo.

c. Intereses corporativos: cuando hacemos referencia a corporaciones estamos contemplando organismos constituidos por un interés común (científicos, económicos, profesionales, religiosos, etcétera). En base a sus aspectos constitutivos, las corporaciones pueden tener fines lucrativos o no (algunas veces resulta difícil establecer límites claros). En el caso que nos convoca, para la Iglesia Católica, la figura de la mujer aparece en el imaginario como el símbolo de la desobediencia, la sexualidad, la libertad. El mito de Adán y Eva, con su expulsión del paraíso, marcó el destino fallado de los hombres producto de la tentación ejercida por la mujer. La Iglesia, una institución masculina y patriarcal, ha buscado limitar la autonomía de la mujer confinándola al espacio “sagrado” de la maternidad. En dicho imaginario las mujeres son representadas, no como sujetos autónomos, capaces de tomar decisiones, sino como simples instrumentos de la voluntad de Dios. Aparece cuestionada, cercenada y negada la capacidad de las mujeres como sujetos adultos capaces de tomar decisiones libres y autónomas. Son convocadas para preservar el “valor moral”

de la familia y la salud (Gutiérrez, 2019: 3). En relación a los derechos de las mujeres, particularmente a los derechos sexuales y reproductivos, la intromisión de la Iglesia Católica y, recientemente las iglesias evangélicas (en asociación corporativa con la católica), en la mayoría de los países de la región, en las decisiones políticas en muchos casos ha cercenado la posibilidad de avanzar hacia legislaciones y políticas públicas que habiliten esos derechos.

d. Racionalidad político-técnica: Los avances en los conocimientos científicos, la evaluación del impacto de los programas, las recomendaciones de los organismos del Sistema de Naciones Unidas, los estudios sobre los procesos de formulación e implementación de políticas públicas, han permitido generar un “*corpus*” de conocimiento que, en algunas circunstancias, pueden llegar a permear la voluntad de quienes toman decisiones. Desde esta lógica, algunos autores han formulado modelos que sirvieron de base para caracterizar escenarios más o menos factibles para la formulación de políticas públicas (Pragati, 2016). A modo de ejemplo, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995 sigue siendo el plan más progresivo del mundo para promover la igualdad de género en todo el mundo (WHO, 2020). Veinticinco años después de que 189 países lo afirmaran, nos preguntamos qué progreso se ha logrado al sacar este plan de la retórica para hacerlo finalmente realidad. Dentro de esta línea de análisis, los grupos conservadores o denominados “anti-derechos” han generado sus marcos argumentales basados en ciencia vacía o lo que algunos autores de nominan “epistemología de la ignorancia” que hace referencia a cómo el conocimiento y el no-conocimiento son utilizados como estrategia de dominación. Las condiciones de salud sexual y reproductiva siguen siendo una de las principales causas de mortalidad y

morbilidad para mujeres y niñas. La violencia contra las mujeres y las niñas constituye el modo de abuso de derechos humanos más frecuente en todo el mundo. Aunque la Plataforma de Acción afirma repetidamente en foros internacionales y gubernamentales, las mujeres y las niñas aún enfrentan barreras sociales, políticas y culturales para controlar su sexualidad, salud sexual y reproductiva. Una vez más, se visualizan el modo sobre cómo los contextos políticos restrictivos inciden negativamente sobre las posibilidades de avance en la garantía de los derechos. Afortunadamente, países como la Argentina, Uruguay, México (Ciudad de México), han mostrado logros significativos en el campo de los derechos sexuales y la diversidad género. Esta realidad es contrastante frente a lo que acontece en la gran mayoría de los países de la región. Los desafíos que afectan la plena realización de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS), de persistir la actual situación, ningún país habrá alcanzado completamente la igualdad. En este contexto, las mujeres y las niñas que experimentan múltiples formas de discriminación a lo largo de sus vidas seguirán siendo las más afectadas.

e. Incrementalismo institucional: El incrementalismo es un método de trabajo al agregar a un proyecto usando muchos pequeños cambios progresivos e incrementales hasta derivar en políticas. (Lindblom Ch, 1993). En las políticas públicas, el incrementalismo es el método de cambio mediante el cual se implementan muchos pequeños cambios de política a lo largo del tiempo para crear un cambio de política más amplio y de base amplia. Un ejemplo en nuestro caso, podría estar representado por Plan de Reducción del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (MSAL, ENIA, 2020). Dicho plan es el resultado de un proceso incremental de articulación de sectores y actores sociales (salud, educación, desarrollo social) con la asignación de un

espacio institucional que conjuga voluntad política, asignación de recursos y procesos incrementales orientados a un fin definido.

Para finalizar, recordemos que los mecanismos presentados en este modelo no acontecen en forma aislada, sino que, por el contrario, pueden conjugarse sinérgicamente e interactuar entre sí. A continuación, daremos cuenta de la relación del modelo presentado y su relación con tres dimensiones de análisis consideradas: 1) sanitaria, 2) educativa y 3) participación social.

Resultados

1. Las políticas y programas relacionados con la salud de las mujeres

La situación de salud las mujeres en América Latina ha mostrado diferentes expresiones producto de avances en materia de políticas orientadas a promover derechos civiles, económicos, políticos, sociales y culturales. No obstante, la situación es variable en cada uno de los países en donde los ambientes restrictivos en el ejercicio los derechos muestran un panorama heterogéneo. En líneas generales, podemos decir que se registró un avance progresivo en la participación de la mujer en el mundo del trabajo desde 17 al 60% entre los años 1990 y 2015, respectivamente. El campo de la salud emerge como uno de los aspectos más destacados en materia de gradientes sanitarios de género aún sin resolver.

El análisis de los temas centrales vinculados con la salud de la mujer ha tenido relación con:

–**El embarazo en la adolescencia:** en América Latina y el Caribe muchas mujeres tienen embarazos y son madres, a muy temprana edad, limitando así sus opciones futuras. La región tiene una de las tasas más altas de embarazo adolescente en el mundo. Una de cada cuatro mujeres, entre los 20 y los 24 años, ha tenido un hijo antes de cumplir los 18 años. La maternidad tem-

prana conduce a la deserción escolar, a una participación limitada en el mercado laboral y a la asunción desproporcionada de deberes domésticos y familiares. Entre los 25 y los 64 años, estos patrones ya están plenamente establecidos. Las mujeres dedican 22 horas semanales más que los hombres a los deberes domésticos y 25 horas mensuales más al trabajo en general. En definitiva, las mujeres, a lo largo de su vida, no sólo ganan menos dinero, sino que tienen menos beneficios laborales que los hombres. El sistema de bienestar de la región, basado en la participación en el mercado laboral, deja vulnerables a las mujeres en todas las etapas de su vida, especialmente en la vejez. Además, estos bajos ingresos y beneficios otorgan a las mujeres menos poder de negociación en el hogar, un factor que, probablemente, contribuye a las altas tasas de violencia doméstica en la región (Bando, 2020).

–**Las problemáticas de salud asociadas al proceso reproductivo:** se estima que una de cada dos mujeres que llega al embarazo en América Latina lo hace como resultado de una situación no buscada, no planificada, no deseada y, en casos extremos, como consecuencia de una situación de abuso sexual. El embarazo no deseado o no intencional no está exento de consecuencias negativas sobre la gestante. Desde el conocimiento biomédico, el embarazo implica una situación de cambio en las demandas fisiológicas, orgánicas, energéticas sobre el cuerpo de la gestante. Pero, además, existen ciertos problemas de salud que son exacerbados como consecuencia del embarazo mismo (cáncer, diabetes o enfermedades cardiovasculares). En otros casos, los problemas de salud resultan de la existencia misma del embarazo (como es el caso de la eclampsia, el embarazo ectópico, las complicaciones asociadas a prácticas médicas y quirúrgicas sobre la gestante). Pero acontecen otros cambios menos visibles y menos conocidos que resultan

del intercambio de material genético ajeno dentro del propio cuerpo de la mujer, algo que nunca acontece en un cuerpo masculino con las connotaciones biológicas, fisiológicas y simbólicas que ello implica. Este material genético proveniente del proceso de fecundación (sea de la pareja, de un extraño o producto de una fertilización *in vitro*) implica la conjunción de información genética propia y extraña y la inclusión de dicha neo-información en el cuerpo de la mujer. Acompañando este proceso, se suceden una serie de fenómenos psíquicos y subjetivos que inciden sobre las dinámicas de los cuerpos. En este sentido, existe creciente evidencia de que la sola existencia de un embarazo no intencional o no deseado incide negativamente sobre la salud psíquica y física de la mujer gestante. Este último aspecto es difícil de comprender o internalizar para quienes no pertenecen al mismo sexo, no ceden sus cuerpos para engendrar vida o consideran al embarazo desde la beatitud y la caridad. Es bueno recordar que todas las mujeres han parido a la humanidad y que, biológicamente, es posible la reproducción a partir de fecundar dos óvulos, mientras que dicho fenómeno hoy no es viable a partir de la fecundación de dos espermatozoides entre sí. Estos conocimientos y avances que nos propone la biomedicina tienen profundas implicancias en la biopolítica y en escenarios sobre cómo los procesos de construcción de poder entre géneros ofrecen un presente y un futuro incierto, además de revolucionario y transformador. La mortalidad materna, deja de ser una expresión condicionada por el embarazo sino un conjunto de situaciones de inequidad sanitaria, de injusticia social, de restricción en el ejercicio de los derechos y, en algunos, una forma más de manifestación de violencia de género. Desde el Programa de Ciencias Sociales y Salud de FLACSO Argentina, hemos trabajado durante casi 10 años en una estrategia de promoción de los

derechos, la equidad de género, la interculturalidad y el desarrollo inclusivo en el ámbito de los servicios de salud (maternidades y servicios pediátricos) bajo la denominación del Proyecto “Te Escucho”. Tiene como objetivo reorientar las prácticas discriminatorias y excluyentes en los servicios de salud (FLACSO-UNICEF, 2020).

– **La carga de enfermedad asociada a la condición de ser mujer:** Los esfuerzos mundiales para progresar en la salud de las mujeres en gran medida se centraron en mejorar la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, la carga global de la enfermedad ha cambiado significativamente en las últimas décadas. Actualmente, la mayor carga de muerte y discapacidad entre las mujeres es atribuible a enfermedades no transmisibles (ENT), más notablemente enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias, diabetes, demencia, depresión y trastornos musculoesqueléticos. De allí la importancia de reconocer y asignar recursos adecuados a la prevención, gestión y tratamiento de las ENT en mujeres. Tremendo acercamiento podría reducir la carga de ENT entre las mujeres y también mejorar la sexualidad y salud reproductiva, que comúnmente comparte similares factores de riesgo comportamentales, biológicos, sociales y culturales. Históricamente, la mayor parte de la investigación médica se realizó en hombres y los resultados de tales estudios asumieron ser igualmente aplicables a las mujeres. Se desconocen y a veces se ignoran las diferencias de sexo y, por lo tanto, las disparidades de género en la salud y la enfermedad. Si bien el número de mujeres en estudios está aumentando, la evidencia de diferencias clínicamente significativas entre hombres y las mujeres en todas las áreas de salud y enfermedad son evidentes. Tales diferencias son el resultado de los sesgos de género en los servicios de salud que resultan del esfuerzo diagnóstico y terapéutico diferencial entre hombres y mujeres. La

publicación reciente del libro titulado “Perspectiva de Género en Medicina” (Ruiz Cantero, 2019) pone de manifiesto las diferencias existentes en las prácticas sanitarias para las diferentes especialidades médicas. Desde esta lógica, y desde una perspectiva médica, los cuerpos de las mujeres se comportaron como cuerpos de apropiación simbólica mediante la homologación de saberes. Es así que la perspectiva médico-androcéntrica fue transferida a las mujeres asumiendo que sus comportamientos sanitarios respondían a un mismo fenómeno de construcción del proceso salud-enfermedad-atención. Hoy la realidad nos expone a una realidad totalmente contrapuesta (Gérvas, 2016).

– **Las inequidades tempranas de género:** Algunos estudios revelan que incluso las intervenciones muy tempranas pueden marcar la diferencia. Por ejemplo, se ha demostrado que los programas de educación infantil temprana de alta calidad reducen las tasas de embarazo adolescente entre las niñas. El programa *Abriendo Oportunidades* en Guatemala dirigido a indígenas mayas provenientes de hogares desfavorecidos de entre 8 y 17 años de edad, incluyó interacciones igualmente intensas con modelos a imitar, incluyendo mentores, formación profesional y experiencia laboral. La iniciativa redujo el embarazo adolescente en 12 puntos porcentuales. Además, garantizó que prácticamente todos los participantes permanecieran solteros durante el programa y ayudó a que, al final de este, cerca de la mitad de ellos consiguieran empleo remunerado. Los programas también podrían hacer frente a los estereotipos asociados a sus proyectos profesionales. Recientemente, el Instituto de Niñez y Adolescencia del Uruguay (INAU) realizó un seminario internacional sobre Género en Infancias y Adolescencias reconociendo la importancia de las intervenciones tempranas para la promoción de

equidad de género y sus consecuencias sobre la salud en el largo plazo (INAU, 2020).

–**La fragmentación institucional en el abordaje de la salud de las mujeres.** Es un hecho conocido que las instituciones sanitarias basan su abordaje organizacional en función de preservar la zona de confort de las burocracias sin reconocer la multidimensionalidad del proceso de salud y, mucho menos, la dinámica de los cambios sociales que involucran a esta población. De allí la necesidad de reorientar los modelos organizacionales reconociendo a la salud como un continuo que se va modelando en las diferentes etapas vitales. El enfoque de curso de vida responde de alguna manera a esta perspectiva temporal, integradora y de reconocimiento de los períodos sensibles y de ventanas de oportunidad sobre las cuales intervenir. Un aporte conceptual a esta perspectiva puede ser analizada en profundidad en la publicación realizada por FLACSO Argentina a partir de un *Conversatorio sobre Salud de las Mujeres* (FLACSO, 2019). Este recurso fue concebido desde una perspectiva de curso de vida con miras a contribuir a la generación de una mayor racionalidad político-técnica al momento de tomar decisiones relativas a la salud de las mujeres.

2. Las políticas y programas de educación relacionados con la sexualidad

Tensiones y políticas de educación sexual

Las políticas de educación sexual en el sector educativo son en general resultado de largos y complejos procesos, atravesados por múltiples tensiones. En esta sección se describen y desarrollan algunas de estas tensiones que se ponen en juego a la hora de diseñar e implementar políticas en este campo.

En el imaginario colectivo, el concepto de sexualidad ha estado, y generalmente continúa

estando, asociado a la genitalidad, al sexo y a las prácticas sexuales y, por lo tanto, las políticas en este campo tienen el desafío de problematizar estas concepciones mostrando que la sexualidad es un constructo multidimensional y mucho más amplio y que educar en sexualidad no es “enseñar sexo en la escuela” o “hablar de prácticas sexuales en la escuela”. La sexualidad es todavía generalmente un tema tabú a nivel social, se la asocia al ámbito de lo “privado”, “lo íntimo”, por lo tanto, hacer políticas vinculadas a la educación sexual y posicionar este tema en la esfera pública, implica atravesar y desmitificar en la población en general y en la comunidad educativa estas fuertes barreras de creencias y prejuicios.

Otra de las tensiones, vinculada con la recién mencionada, es la relativa a la separación entre las iglesias (católica, evangélica, etcétera) y el Estado. Apoyándose en la idea de que la sexualidad pertenece a la esfera de lo privado y lo íntimo, las iglesias presentan batalla toda vez que la educación sexual es promovida como política de Estado. Un famoso lema que promueven las iglesias desde hace un par de años para frenar a los gobiernos que se esfuerzan por instalar la ESI en la Región Latinoamericana, y que ilustra esta situación es: “con mis hijos no te metas” (LATFEM, 2018).

En la educación, los cuerpos han estado habitualmente ausentes, han sido cubiertos por los uniformes, silenciados y disciplinados por las normas escolares y los discursos y prácticas pedagógicas cotidianas. Los cuerpos se han educado siempre desde lo no dicho, desde lo implícito, desde el “*currículum oculto*”, pero en pocas y esporádicas experiencias, esta dimensión se ha incorporado desde lo planificado como parte del currículo escolar y las prácticas pedagógicas. De este modo, instalar políticas de educación sexual, en las que el cuerpo debe hacerse presente en la escuela, implica movilizar las estructuras escolares y promover un cambio de paradigma. Como es sabido, los cambios de paradigma no son procesos que se dan automáticamente porque las

leyes y políticas lo propongan, sino que, materializarlos, lleva varios años, incluso décadas.

Otra de las tensiones que atraviesan la instalación de políticas de educación sexual en el ámbito educativo está ligada al reconocimiento de las y los estudiantes como sujetos de derecho, y específicamente como sujetos sexuales. Si bien desde 1989 la Convención sobre los Derechos del Niño, las Niñas y Adolescentes (NNyA) son considerados sujetos de derechos, con derecho a recibir información sobre la sexualidad, con capacidad de opinar y participar en asuntos que les conciernen, y que sus opiniones sean tomadas en cuenta, se visualiza que, tanto en las familias, como en las escuelas, continúa predominando la visión de NNyA como objetos de tutela y protección por parte del mundo adulto. Se alimenta así la idea de que NNyA son inocentes “blancas palomitas” que no pueden, ni deben ser corrompidos por estos temas. Las instituciones Familia y Escuela deben protegerlos.

Históricamente la educación sexual ha estado asociada a la prevención de enfermedades y riesgos para la salud, y, por lo tanto, al campo sanitario y al sector salud. En este sentido, y acorde a los imaginarios colectivos, las prácticas de educación sexual en las escuelas han sido generalmente implementadas por el sector salud, a través de charlas de temas brindadas por profesionales / especialistas del sector, o bien por docentes de biología o ciencias naturales. Todo ello, desde el supuesto que los mismos son los que cuentan con los saberes y competencias necesarios. Instalar políticas de educación sexual en el sector educativo, ha implicado e implica cuestionar estos supuestos sobre “quienes tienen las competencias” para abordar estos temas, sobre “qué tipo de competencias” se requieren para brindar ESI en el sistema escolar, y, por lo tanto, sobre “quienes” están habilitados/as para dicha tarea. Estos supuestos se reflejan en que generalmente, las políticas de educación sexual, han sido impulsadas en mayor medida desde el sector salud en desmedro del propio sector

educativo. Por ejemplo, a través de varias de las leyes promulgadas, tales como la “ley de prevención del VIH/sida”, la “ley de salud reproductiva y procreación responsable”, las “políticas vinculadas a la prevención del embarazo en la adolescencia” y la de “prevención de la violencia de género”, a través de las cuales han incorporado el abordaje de la educación sexual en el ámbito educativo para prevenir estos problemas sanitarios considerados como “flagelos sociales”. ¿Quién puede cuestionar la importancia de dar educación sexual para prevenir el VIH/sida o el embarazo en la adolescencia en la juventud?

Los problemas sanitarios vinculados a la sexualidad en la infancia y adolescencia, se constituyen en una puerta de entrada importante para el desarrollo de las políticas de educación sexual. Si bien esta situación es favorable para incorporar estas políticas en muchos contextos, no está exenta de la impronta y las tensiones que esta situación genera en el sector educativo. En este sentido, en muchos casos, las políticas de educación sexual en el sector educativo en nuestra Región, parecen instalarse con esta “lógica de externalidad /ajenidad del sector educativo”. Se maneja la hipótesis de que, por estos motivos, las mismas han tenido o tienen escaso sentido de pertenencia a este sector. Podría pensarse que esto se traduce en algunas de las dificultades que aún se visualizan también desde la micropolítica, a la hora de implementar este tema en el ámbito de las instituciones escolares.

Por último, es importante visualizar el papel que la academia, la sociedad civil, los distintos movimientos sociales vinculados con los derechos, y especialmente los movimientos feministas (ver más adelante) han tenido y tienen en la implementación de políticas de educación sexual en la Región. Sin embargo, debe reconocerse que muchas veces existen tensiones entre estos colectivos y el Estado a la hora de diseñar e implementar políticas de educación sexual en el sector educativo. Estas tensiones devienen entre otros factores, por las diferencias de lo que cada una de las partes considere desde “lo

ideal” y “lo posible”. Identificar y valorar todas estas tensiones en cada contexto, puede resultar de utilidad a la hora de diseñar, implementar y evaluar políticas de educación sexual.

Un poco de historia, pasado y presente de las políticas de ESI

El surgimiento e implementación de políticas de Educación Sexual Integral (ESI) en el sector educativo, no puede analizarse sin considerar lo acontecido en el contexto de la Región Latinoamericana. En la última década, y sobre todo a partir de la Declaración Ministerial de México Prevenir con Educación del 2008 (México, 2008), se identifican notables avances en las legislaciones de los países que promueven la incorporación de la Educación Sexual Integral en el sistema educativo formal. Casi todos los países de la Región cuentan con alguna normativa (ley, decreto, resolución) que apunta a este objetivo. Según el Estado del Arte de la ESI del 2018 (estudio realizado de forma bianual por el UNFPA desde el 2013 a la fecha) (UNFPA LACRO, 2018), 14 sobre un total de 18 países cuentan con algún programa, iniciativa, orientaciones o plan vinculado a la ESI. La mayor parte de los países consultados incorporan contenidos de ESI en el currículo educativo oficial (61%). En la misma proporción, los países implementan acciones de formación docente en servicio sobre esta temática, sin embargo, señalan que la cobertura y que el grado de avance es generalmente medio o bajo. Si bien existen avances en las formas de entender a la educación integral de la sexualidad e incorporarla en marcos normativos, curriculares y acciones programáticas del sector educativo, es importante señalar que aún resta mucho para que estas acciones tengan el alcance esperado en los países y lleguen a todas las escuelas.

El Informe Mira que te Miro de monitoreo social de los compromisos en materia de derechos sexuales y reproductivos del Consenso de Montevideo del 2017 (IPPF, 2017), incluye en sus indicadores el surgimiento a los grados de

avance de la ESI en los países y muestra resultados coincidentes con esta última afirmación. Si bien en la mayor parte de los países se incorpora la ESI los grados de avance en la implementación de la misma son en general limitados.

Aunque a nivel de cada país existieron procesos internos propios, y distintos actores sociales que han tenido un mayor o menor peso en impulsar estas políticas, en términos generales, se evidencia que las distintas Agencias de Cooperación de Naciones Unidas (UNFPA; UNESCO; ONUSIDA, entre otras.), han sido clave para impulsar esta temática como política pública en la Región. Esto se evidencia a través del desarrollo de múltiples acciones de abogacía e incidencia, elaborado documentos conceptuales y operativos y apoyando a los gobiernos tanto técnica, como financieramente para fomentar su implementación en cada uno de los países.

En general, los países de la Región que han logrado que este tema se instale como política pública, manteniendo continuidad en el tiempo por más de una década, son los que registran avances más notables. Entre ellos se encuentran: la Argentina, Uruguay, Cuba y Colombia. Estos países cuentan con marcos legales, programas de ESI, lineamientos curriculares, materiales didácticos, presupuestos/fondos del gobierno, y realizan acciones de formación docente en servicio y durante la formación de grado. En general, estos programas han considerado la ampliación a escala en sus países. En tres de estos casos (la Argentina, Uruguay y Colombia) cuentan con evaluaciones de sus Programas de ESI. A la vez, todos promueven un enfoque integral de la ESI acordes a las Orientaciones Técnicas Internacionales de ESI basadas en evidencias (Naciones Unidas, 2018). A pesar de estos logros, el grado de avance en la implementación de la ESI en todos ellos, aún no llega a los niveles esperados.

Existen aún múltiples debilidades que muestran los países de la Región para incorporar este tema como política pública, muchas de ellas pueden analizarse considerando las tensiones ex-

plicitadas anteriormente. Esto hace que los programas de ESI sean generalmente frágiles y dependientes de las coyunturas políticas. A la vez, esta situación incide en que las iniciativas sean más permeables a la influencia de grupos conservadores que se oponen a la ESI y que actualmente tienen una fuerte presencia corporativa en la Región. Estos grupos influyen fuertemente para obstaculizar que este tema pueda instalarse como política pública en los países. Difunden ideas erróneas sobre el tema, información falsa sobre lo que hacen los programas de ESI y ejercen fuertes presiones a los gobiernos para desalentar su implementación. En algunos casos, como por ejemplo en Paraguay, estos grupos forman parte de los Ministerios de Educación u ocupan otros puestos de gobierno desde los cuales ejercen su influencia. En este sentido, se destaca que varios países que habían avanzado en ESI, hoy muestran retrocesos significativos como resultado de esta situación. Por lo tanto, es importante considerar la complejidad de esta situación sociopolítica y cultural y ampliar los esfuerzos de abogacía e incidencia para defender los espacios ganados en este campo. En este sentido, se destaca que es muy importante sensibilizar e informar adecuadamente a los distintos actores sociales sobre el significado, características y beneficios de la ESI, como paso inicial para poder instalar estas políticas. La experiencia regional y de la Argentina en particular, demuestra que cuando los docentes, las familias, las y los estudiantes y la sociedad en su conjunto conocen y reciben información clara sobre el significado de la ESI, apoyan, demandan y defienden en mayor medida este tipo de programas. La ESI se reconoce así, como un derecho y como parte del ejercicio de la ciudadanía.

Significados de la Educación Sexual Integral

Históricamente la implementación de la educación sexual en el ámbito educativo ha consistido en trasladar enfoques de otros ámbitos al sector educativo, pero generalmente, sin considerar sus particularidades. En este sentido, es importante

destacar que, a la hora de diseñar e implementar políticas públicas de educación sexual dentro del sector educativo, la mayor parte de los países de la Región Latinoamericana, han seleccionado como marco conceptual y operativo, al enfoque de Educación Sexual Integral. El enfoque de ESI se fue construyendo considerando esta especificidad educativa y como producto de debates multisectoriales sobre el rol de la escuela, del rol docente y del sistema educativo a escala regional y global. La ESI refiere a un proceso educativo, basada en un *currículum*, que permite generar procesos de enseñanza-aprendizaje que abordan aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales vinculados a la sexualidad. Promueve que NNyA adquieran habilidades/competencias, conocimientos, actitudes y valores que les permitan tomar decisiones conscientes, críticas y responsables sobre su salud sexual y reproductiva, impactando en su desarrollo integral, bienestar y dignidad. Parte de un concepto integral y positivo de la sexualidad y, por lo tanto, brinda recursos cognitivos, procedimentales y actitudinales, sobre las distintas dimensiones de la ESI.

Según distintas referencias internacionales y nacionales, la educación sexual integral debe ser: científicamente precisa, gradual, adecuada a cada edad y etapa del desarrollo, con base a un *currículum*, integral, con un enfoque de derechos humanos, de respeto a la diversidad, con base a la igualdad de género, transformativa, relevante en relación con la cultura, adecuada al contexto y capaz de desarrollar las aptitudes necesarias para apoyar elecciones saludables. Debe implementarse en todos los niveles educativos (inicial, primario y secundario). Se considera a la ESI como un derecho en sí misma y, a la vez, habilitadora de otros derechos de NNyA para lograr un desarrollo pleno y ejercer su ciudadanía. Si bien existen algunas diferencias a la hora de denominar a las políticas y programas de Educación Sexual en la Región, en algunos se denomina “Educación Sexual Integral (ESI)”, en otros “Educación Integral para la Sexualidad” o “Educación Integral

de la Sexualidad (EIS)”, en todos los casos comparten gran parte de las características expuestas.

Actualmente existen múltiples evidencias (Naciones Unidas, 2018, UNFPA, 2019), que respaldan la importancia de implementar políticas de ESI en el ámbito educativo. Los estudios realizados demuestran que los buenos programas de ESI tienen efectos positivos sobre la salud, el comportamiento sexual y reproductivo y el desarrollo personal de NNyA y jóvenes; contribuyen a retrasar la edad de la primera relación sexual, a reducir la frecuencia de la actividad sexual y el número de parejas sexuales, a aumentar el uso del condón y los anticonceptivos, así como a disminuir determinados comportamientos sexuales de riesgo. Además de mejorar el conocimiento, la percepción del riesgo, los valores y actitudes, las intenciones y la autoeficacia, fortalecen la comunicación con las familias, otras personas adultas y la pareja sobre temas relativos a la sexualidad. Distintas evaluaciones (ANEP, UNFPA, 2019), (UNSA, 2015) demuestran que la ESI tiene efectos positivos en mejorar el clima en el aula y la escuela, los vínculos entre docentes y estudiantes, favorece la retención escolar y, por lo tanto, aporta a mejorar los resultados y la calidad educativa.

Por otra parte, la ESI es fundamental para brindar herramientas a las/os niñas/os y adolescentes para prevenir el abuso sexual infantil y la violencia de género. Numerosas experiencias muestran como a través de la ESI en las escuelas las chicas o chicos pueden identificar este tipo de situaciones y pedir ayuda a los adultos.

Por estos motivos, podríamos decir que la nula o escasa de implementación de políticas de ESI afecta negativamente estas problemáticas y reduce las posibilidades de garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes a un desarrollo integral, a la salud, los derechos sexuales y reproductivos y a la educación de calidad, entre otros. Sin embargo, a pesar de las múltiples evidencias existentes, el modelo de incidencia de racionalidad político-técnica en el impulso de estas políticas, no siempre es el que prima en nuestra Región, en donde como

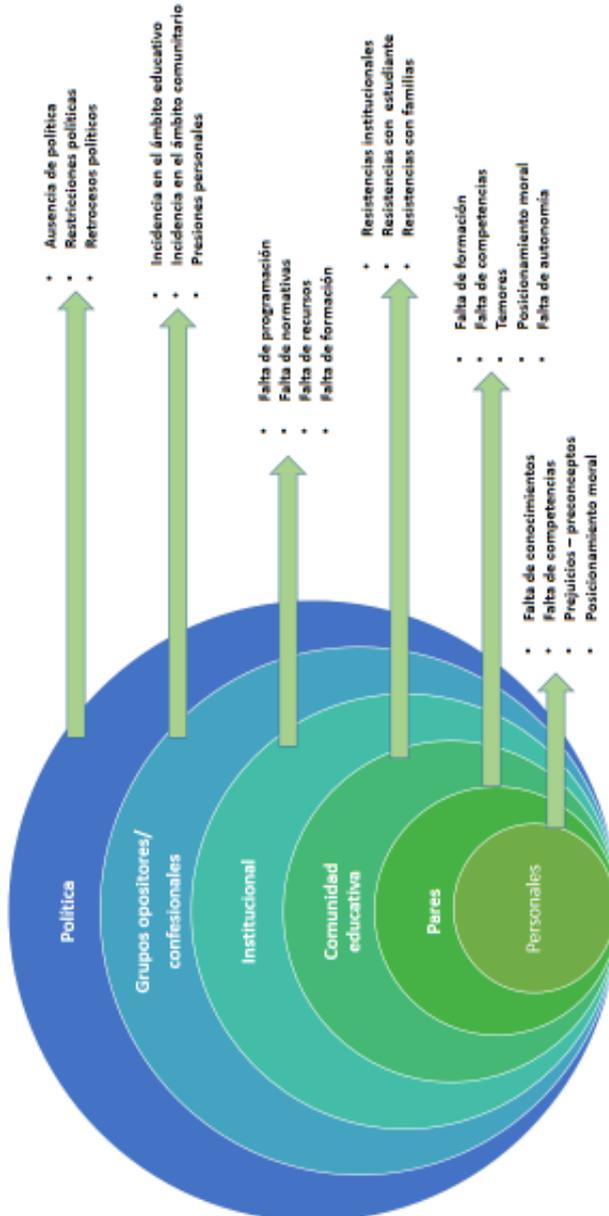
fuera expuesto previamente, los grupos conservadores/opositores a la ESI están ganando progresivamente espacio político.

Barreras y facilitadores para la implementación de las políticas de ESI

En un estudio reciente de FLACSO-UNESCO (Gogna *et al.*, mimeo) basado en una muestra de 113 profesionales del sector educativo involucrados con el tema de 15 países de la región, se ha indagado sobre las barreras y los facilitadores para la implementación de estos programas (ver gráfico II). Los resultados de este coinciden en gran parte con los del último Estado del Arte de la ESI en la Región (UNFA 2018) y con el Informe Mira que te Miro (IPPF 2017), y destacan los siguientes aspectos:

- Las principales barreras para la implementación de la ESI en los países fueron: la falta de políticas de formación docente en ESI (65%), el accionar de los grupos opositores (51%) y, en proporción bastante similar (48%), los aspectos personales (creencias y temores de docentes). En menor proporción, se menciona la ausencia de presupuesto específico y la insuficiencia de presupuesto (44% de los casos).
- Por otra parte, entre los principales aspectos que facilitan la implementación en los países se registra: la existencia de un marco legal (65% de las menciones), la demanda por parte de las y los estudiantes (50%) y la formación docente (44%).
- Al indagar acerca de las estrategias que los participantes del estudio (sean docentes o funcionarios) desarrollan para contrarrestar las barreras, se advirtió la valoración que tienen las instancias formativas. El 82% destacó la participación en cursos de capacitación y 52% indicó la participación en espacios académicos y el 58% indicó la sensibilización de las autoridades.

Gráfico II:
Tipología de barreras/resistencias a la ESI



Fuente: Mercer y Cimmino (Elaboración propia, 2020).

Considerando estos resultados preliminares, se identifica que, si bien los marcos legales y programáticos son facilitadores para implementar la ESI y, considerando que casi todos los países de la región cuentan con algún tipo de sustento legal, estos factores *per se* no garantizan su abordaje en el ámbito educativo. Teniendo en cuenta el desarrollo histórico y las tensiones que atraviesan las políticas en este tema, la formación docente parece ser un factor crucial a la hora de garantizar su puesta en práctica y el déficit en este aspecto se traduce en una de las principales barreras para lograr su implementación efectiva. La misma contribuye tanto para fortalecer las capacidades de las y los docentes para afrontar adecuadamente el accionar de los grupos opositores, como para afrontar sus propias creencias y temores. Por lo tanto, las políticas en ESI deberían fortalecer sus esfuerzos en esta línea a los fines de garantizar este derecho en el sistema educativo.

3. Las mujeres, las políticas y programas como expresión de los movimientos sociales

De las sufragistas a las Madres y Abuelas de Plaza de Mayo

La política argentina tiene una larga tradición de movilización social y está ligado de manera fundacional a la idea misma de la identidad nacional y latinoamericana. Desde la gesta independentista del siglo XIX hasta el rol protagónico de las Madres y Abuelas de Plaza de Mayo en la resistencia a la dictadura, las mujeres han estado presente a lo largo de la historia, aunque la historia oficial se ha ocupado de invisibilizarlas. Sin embargo, desde la recuperación de la democracia, las organizaciones de mujeres han tenido un rol protagónico y su influencia en la arena política es indiscutible. En las últimas cuatro décadas, las mujeres han construido un movimiento de tal magnitud que ha sido capaz de transformar la nueva ola feminista en una verdadera marea. La masivi-

dad y las características rizomáticas de este colectivo que tiene un fuerte anclaje territorial, han reformulado los discursos y las prácticas políticas poniendo en disputa las ideas acerca de la democracia, la ciudadanía y también la salud. Como todo fenómeno social, el análisis del actual movimiento feminista de argentina requiere necesariamente un recorrido que permita situar su desarrollo en el contexto histórico y político nacional y latinoamericano.

En la primera mitad del siglo XX, las demandas feministas se expresaron en la lucha por los derechos civiles llevadas adelante por las sufragistas, los colectivos de mujeres obreras en la lucha por los derechos de las trabajadoras (Palermo, 2008) y las acciones de algunas mujeres que alcanzaron visibilidad por haber sido desafiado los mandatos de la sociedad patriarcal. La conquista del voto femenino en 1947 y la creación de la rama femenina del peronismo habilitaron la participación política de las mujeres dentro de los límites del estado patriarcal, pero de una gran importancia simbólica en la construcción de la ciudadanía femenina. Por otra parte, la figura de Eva Perón y la ruptura del modelo tradicional de primera dama abrieron un nuevo espacio de participación política que permite un acceso al espacio público que había estado antes vedado (Zink, 2008).

Hacia fines de los '60 y los principios de los '70 América Latina vive un proceso de gobiernos dictatoriales y procesos revolucionarios. Las mujeres se sumaron masivamente a las luchas populares integrando organizaciones políticas, gremiales y también a la lucha armada. En una región marcada por un profundo sentimiento anti-imperialista y anti-colonial, el feminismo de la segunda ola, que tuvo su centro en los Estados Unidos fue considerado como una desviación pequeño burguesa. Para las jóvenes que militaban en organizaciones armadas o partidos de izquierda veían en el feminismo un discurso imperialista (Cosse, 2017). Sin embargo, sus prácticas represen-

taban un desafío a las lógicas patriarcales que reservaban a las mujeres un papel secundario.

En esa época, "el feminismo" era feminismo eurocentrista, blanco. Nosotras consideramos que era un feminismo que le hacía el juego al capitalismo y no lo veíamos como un movimiento de liberación. Pero si fuimos mujeres transgresoras, rompimos muchos patrones, cuestionamos los mandatos que se les habían impuesto a nuestras madres, desobedecimos las expectativas de lo que se esperaba de nosotras. En los '70 saltamos de la vida conservadora en la que nos habían criado al abismo, la política, la militancia, los cigarrillos negros, las pastillas anticonceptivas y el aborto. Si bien criticamos al feminismo europeo es cierto que tuvo influencia en nuestras militancias. También tuvimos la influencia de los grandes movimientos populares, sindicales y de la lucha armada. Nos sumamos a ese proceso aportando nuestra mirada sobre el cuerpo, la relación con los varones -que estaba marcada por las diferencias y las desigualdades-, el amor libre, las relaciones fuera del matrimonio. Y ahí sí tomamos ideas del feminismo de Europa, leímos a Simone de Beauvoir. Pero lo que más nos marcó fue la militancia política (Finelli y Ramírez: en prensa).

Durante la dictadura cívico-militar que tomó el poder político en 1976 en la Argentina y llevó adelante una política de terrorismo estatal, fue un grupo de mujeres las primeras en organizarse para desafiarlo. Fue poco después de un año del golpe militar, en 1977, que catorce mujeres determinadas a cumplir con el rol tradicionalmente asignado a la maternidad inauguraron un recorrido que las llevaría a trascender el ámbito familiar para conformar un cuerpo colectivo que se convertiría con los años en un amplio movimiento social.

Partiendo del pensamiento de Elizabeth Jelin (1993), que postula que la ciudadanía es un espacio relacional y conflictivo con el poder que refleja el estado de la lucha acerca de cuáles son los problemas, quiénes son los

actores y cuáles las acciones propuestas, podría postularse que, en la Argentina, el movimiento por los derechos humanos ha sido un espacio privilegiado de lucha por la memoria y por el poder entre la sociedad civil y el Estado. Una lucha en la cual las mujeres han protagonizado un rol central constituyéndose a su vez en una significativa influencia para la formación de una nueva ciudadanía femenina. Para Elizabeth Jelin, lo que movía a estas mujeres a la acción no era una conciencia política sino aquello que ella denomina la lógica del afecto.

El compromiso de la mayoría de ellas no provenía de convencimientos ideológicos explícitos, o de cálculos estratégicos en la lucha antidictatorial. No era una lógica política. No, era una lógica del afecto: mujeres directamente afectadas, -madres, abuela, familiares de víctimas- pidiendo y reclamando por sus parientes desaparecidos, torturados, muertos, encarcelados. [...] Mujeres que, habiendo perdido el miedo, estaban dispuestas a correr cualquier riesgo en pos de un objetivo, privado y personal antes que público o político en la etapa inicial de su acción: saber algo de su hijo/a, recuperar a la víctima. No había aparentemente nada heroico en el comienzo, se trataba de la dramatización, multiplicada y ampliada, del rol femenino de cuidar a la familia con amor y dedicación (1996: 3).

Sin embargo, un aspecto importante de esta respuesta es que implicaba un cuestionamiento profundo a la lógica binaria en la cual se sostiene históricamente el modelo patriarcal, lógica que organiza y legaliza la exclusión y la opresión social en la modernidad. Esta politización de la dicotomía entre público y privado generó a su vez una ruptura en las condiciones subjetivas de subordinación de género en el grupo original de mujeres posibilitando el surgimiento de nuevas identidades femeninas que comenzaron a demandar un papel más activo en su relación con el Estado (Barreiro, 1995). Incapaces de encontrar soluciones

dentro de los marcos del sistema resolvieron descubrir la verdad por sí mismas a través de la acción colectiva. Y en este acto fundacional del grupo, las mujeres-madres, inauguran también nuevas formas de pensar y de hacer política. En ese acto fundacional que les da su nombre las madres y abuelas ocupan la plaza de mayo desafiando los límites —reales y simbólicos— impuestos el Estado terrorista.

Las Madres y las Abuelas se organizaron en el espacio público para hacer ronda ejerciendo en ese acto el derecho ciudadano cuando este derecho no estaba reconocido por el Estado. Y en este rondar desarrollaron nuevas formas de "hacer" política. Muchas de estas nuevas modalidades desarrolladas inicialmente por las madres fueron apropiadas y transformadas por nuevos actores sociales en los procesos democráticos iniciados post dictadura. Los cacerolazos que cuestionaron la legitimidad del gobierno desafiando el estado de sitio, la estrategia participativa y comunitaria de los escarches desarrollados por los HIJOS y más recientemente retomados por las pibas¹, las asambleas como forma de construcción de consensos extraparlamentarios han conformado nuevos espacios de resistencia colectiva que facilitan la enunciación de una nueva retórica de discursos singulares y colectivo acerca de la democracia y la ciudadanía².

1 Las "pibas" es la manera en que se denomina a las nuevas generaciones de adolescentes que se movilizaron masivamente por la legalización del aborto en el año 2018. Fueron quienes sostuvieron la vigilia a lo largo de la noche durante el debate en el congreso. Luciana Peker describe el fenómeno de las nuevas juventudes feministas en su libro *La revolución de las hijas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.

2 Zaldúa, G. (2002). *Los lugares de la resistencia: Piquetes, cacerolazos, escarches y asambleas populares*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Feminismo/s y democracia/s

Con la recuperación democrática en 1983, las mujeres se organizaron en diversas colectivas locales³, estableciendo lazos y articulaciones que a lo largo de los años fueron conformando una extensa red local, regional e internacional. Estas conformaciones rizomáticas de activistas que dio un nuevo impulso y energía al feminismo local reconocía la centralidad de los derechos humanos como eje articulador de sus acciones. Esta definición inicial permitió ubicar las demandas por la justicia de género en el marco de la recuperación democrática y la promoción de una ciudadanía activa e inclusiva.

Una de las primeras agendas del movimiento fue la representación política que se conquistó en 1991 con la ley de cupo femenino que permitió la recomposición de ambas cámaras alcanzando un 24,9% de representantes mujeres en 1995, 30% en 2001 y 36,2% en 2005. La existencia del cupo femenino fue central también durante la reforma constitucional de 1994 que incorporó las convenciones de derechos humanos al plexo constitucional argentino y donde las mujeres se organizaron para disputar su propia agenda. La incorporación del marco de derechos a la constitución nacional fue el puntapié inicial que permitió una transformación masiva de la legislación argentina para adecuarla al marco de los derechos humanos. Una de las principales conquistas del movimiento de mujeres fue la sanción de la Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que fue aprobada después de décadas de resistencia conservadora promovida fundamentalmente por la Iglesia católica⁴.

Presentación en la cátedra de Psicología Preventiva, Universidad de Buenos Aires.

3 Según el lenguaje inclusivo.

4 La Ley Nacional 25.673 establece la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Pro-

Más tarde, este marco normativo se completó con la Ley de Anticoncepción Quirúrgica, que establece el derecho de toda mujer y varón mayor de edad a acceder a esta práctica exigiendo como único requisito su consentimiento informado y, posteriormente, la sanción de la Ley Nacional de Educación Sexual Integral, Matrimonio Igualitario y Ley de Identidad de Género.

De las organizaciones de mujeres al feminismo popular

El fin de las dictaduras a principio de la década del '80 permitió la recuperación de reuniones y articulaciones entre feministas de la región. En 1981 se llevó a cabo el primer encuentro Latinoamericano en Bogotá⁵ y un segundo en Lima en 1983. En junio de 1985 las Naciones Unidas organizaron un encuentro internacional de mujeres para clausurar la década

creación Responsable (PNSSyPR). Esta legislación, largamente esperada propone como objetivos principales, el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, incluyendo información, servicios y métodos anticonceptivos. La normativa establece también la promoción de la autonomía y empoderamiento de las mujeres para la toma de decisiones autónomas e informadas acerca de su salud sexual y reproductiva.

- 5 En el encuentro de Bogotá se decidió la creación del día por la eliminación de la violencia hacia las mujeres el 25 de noviembre en homenaje las hermanas Mirabal, asesinadas por la dictadura de Trujillo. En 1999, la ONU aprobó la resolución 54/134 que declara el 25 de noviembre como Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres invitando a gobiernos, organizaciones internacionales y no gubernamentales a convocar actividades dirigidas a sensibilizar sobre el problema y a reclamar políticas en todos los países para su erradicación.

de la mujer que fue realizado en Nairobi. Las mujeres argentinas que participaron de estos distintos espacios volvieron decididas a repetir los encuentros en el país y en 1986 se realizó el primer Encuentro Nacional de Mujeres. Desde ese momento, se han llevado a cabo de manera autogestionada 34 encuentros nacionales, cada año en una provincia diferente y con una creciente complejidad en su organización debido a la multiplicación de talleres y temáticas. En 2019 la convocatoria reunió en la ciudad de La Plata a más de 100.000 mujeres que después de un debate histórico en más de 100 talleres y conversatorios acordaron cambiar el nombre de los encuentros y proclamarlo: Encuentro plurinacional de *mujeres, lesbianas, travestis, trans y no binaries*.

En este territorio de la ciudad de La Plata después de más de tres décadas de entramado feminista se vuelve impostergable la necesidad de nombrar todas las existencias que componen el Encuentro, sus trayectorias vitales, sus resistencias y sus luchas. En este tiempo hemos ocupado ciudades que cada año se vuelven ágoras donde se concentran las voces que debaten en clave feminista sobre la política, el trabajo, los pueblos originarios, la economía, el cuidado de la tierra, la diversidad corporal, la sexualidad y la lista se vuelve inabarcable, pero es una práctica única que nos ha permitido reconocernos en la pluralidad como mujeres, lesbianas, travestis, trans y no binaries y ser el motor de un movimiento del deseo que desconoce la frontera de las naciones y se reconoce plurinacional y expansivo (Murillo, 2019: 12).

Fue también en los encuentros de Rosario en el año 2003 (XVIII ENM) y en Mendoza en el 2004 (XIX ENM) donde se gestó la Campaña Nacional por el aborto, legal seguro y gratuito que fue lanzada el 28 de mayo de 2005, Día de Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres. A lo largo de estos 15 años, las 300 organizaciones de mujeres que la han desarrollado acciones coordinadas en todo el país bajo

la consigna: "Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir" logrando instalar el derecho a decidir en la agenda pública entendiendo que el aborto es tema de derechos humanos y una deuda de la democracia.

En estos largos años de democracia, el recorrido del feminismo como movimiento social ha producido una redefinición de la democracia, reconceptualizando la práctica política y a los sujetos que la ejercitan. Han develado las relaciones que articulan la violencia contra las mujeres y los cuerpos feminizados con otras formas de violencia que organizan las formas de expropiación capitalista. Desde el surgimiento del movimiento Ni Una Menos, los feminismos devenidos populares han rechazado el discurso de la inseguridad que reclama mayor control del aparato del Estado para construir lógicas de cuidado colectivo como lo expresa la consigna: Nos cuidamos entre nosotras. Los paros de mujeres representan una estrategia política que se apropia de esa herramienta de lucha abriendo una nueva definición del concepto de trabajo y de clase y estableciendo alianzas con otros movimientos sociales.

El paro desborda e integra la cuestión laboral también porque paramos contra las estructuras y los mandatos que hacen posible la valoración del capital. Estos mandatos, de la familia heteropatriarcal a la maternidad obligatoria, de la clandestinidad del aborto a la educación sexista, no son cuestiones meramente culturales e ideológicas. Responden a la imbricación misma del patriarcado, colonialismo y capitalismo [...] En estos sentidos, el paro se convierte en un vector de transversalidad... (Gago, 2019: 23).

La experiencia acumulada a lo largo de los encuentros nacionales, de la campana por el aborto legal seguro y gratuito las asambleas populares y los paros nacionales han construido un tejido que articula las demandas de las mujeres, las trans, travestis, y otras identida-

des disidentes ha sabido instalar la cuestión de género como un tema central en la agenda pública. Como otros ámbitos de la vida social, el campo de la salud también se ha visto atravesado e interpelado por el feminismo. El movimiento devenido en marea ha demostrado su capacidad de de-construir nuevos discursos y prácticas de cuidado solidarias e inclusivas contribuyendo a la producción de salud y disputando al saber médico el sentido de la misma. Es desde esa experiencia colectiva que se interpelan las concepciones hegemónicas en salud, de normalidad y de saber.

Reflexiones finales

El análisis realizado sobre el desarrollo de las políticas vinculadas a la sexualidad desde sus dimensiones sanitaria, educativa y de participación social, permite visualizar las tensiones y procesos complejos y multideterminados que acompañan la instauración de las mismas. Se trata de un campo luchas y desafíos por traspasar a la esfera de lo "público" los silenciados "cuerpos de las mujeres". Hablar de las políticas de salud de las mujeres implica necesariamente visibilizar y hablar de sus cuerpos (físicos y simbólicos), así como las sucesivas contribuciones y evolución de los movimientos feministas, la implicancia histórica de "poner el cuerpo" y "hacer escuchar las voces de las mujeres" en la búsqueda de un desenlace común: la ruptura del poder patriarcal.

El análisis de las políticas sobre la sexualidad en las tres dimensiones seleccionadas permite ver sus interrelaciones a la hora de considerar los procesos de formulación e implementación de políticas públicas. El modelo de incidencia política presentado permite, por ejemplo, visualizar el surgimiento y consolidación de las políticas de educación sexual integral en las cuales las tres dimensiones de análisis han tenido un fuerte peso transformador. A través de la "Racionalidad político técnica" mediante los aportes de las evidencias desde el campo sanitario que muestran la importancia

de abordar este tema para prevenir problemas vinculados a la sexualidad de NNyA considerados de gravedad.

A nivel social, se destaca la perspectiva de la “Pedagogía de la catástrofe” como factor generador de mayor conciencia social en torno a la vulneración de los derechos sexuales, particularmente los de las niñas. Finalmente, el “Constructivismo social” se manifiesta a través de las luchas de los movimientos feministas y su incidencia sobre estas políticas y el “Incrementalismo institucional” mediante la generación de propuestas escalables multisectoriales. Finalmente, la fuerte incidencia de la categoría “Grupos corporativos” permite visualizar, en nuestro caso, los intereses de las iglesias y los grupos conservadores y su accionara permanente toda vez que se quiere instaurar políticas vinculadas con la sexualidad. Todos estos factores suceden en espacio comunicacional que promueve tendencias basadas en sus propias lógicas (de información, de mercado, de intereses sectoriales, etcétera).

Si bien el artículo presenta una perspectiva regional, está centrado principalmente en nuestra experiencia en la Argentina, sin embargo, el marco de análisis puede ser extrapolable a otros países de la región en donde los contextos políticos más o menos restrictivos posibilitan avances o retrocesos en materia del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y las disidencias de género.

El panorama es complejo, pero la realidad muestra que se trata de un camino sin retorno. El movimiento de mujeres es una realidad creciente, tangible e irrefrenable con un poderoso caudal transformador. Rehuir a esta realidad es imposible. El problema subyace en el modo de brindar respuestas sin dilaciones para una proporción significativa de nuestra sociedad cercenada del ejercicio de sus derechos y restringida en sus libertades.

Referencias bibliográficas

- ANEP, UNFPA (2017). *Evaluación del Programa de Educación Sexual en Uruguay. Montevideo. Administración Nacional de Educación Pública / UNFPA*. Disponible en: <https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Presentaci.pdf>
- Bando, R. y Berlinski, S. (2020). *Desigualdad de género en América Latina: Un largo camino por recorrer*. Washington DC: BID. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/ideas-que-cuentan/es/desigualdad-de-genero-en-america-latina-un-largo-camino-por-recorrer/>
- Barreiro, L. y Molina, N. (1995). Igualdad, Democracia y Ciudadanía. *Pre-informe: De Nairobi a Beijing*. Isis Internacional. Núm. 21. Santiago: Ediciones de las Mujeres.
- Cosse, I. (2017). Infidelidades: moral, revolución y sexualidad en las organizaciones de la izquierda armada en la Argentina de los años 70. *Prácticas de oficio*. Vol. 1, Núm. 19, 1-21.
- Finelli, A. y Ramírez, C. (en prensa). Una Cultura de la solidaridad como estrategia de supervivencia. Entrevista a Ex presas políticas. *Revista Soberanía Sanitaria*. S/D.
- FLACSO-UNICEF Argentina (2009). *Proyecto Te Escucho*. Buenos Aires: FLACSO-UNICEF Argentina. Disponible en: <https://www.flacso.org.ar/investigaciones/proyecto-te-escucho/>
- FLACSO Argentina. (2019). *Conversatorio sobre Salud de las Mujeres*. Buenos Aires: FLACSO. Disponible en: <https://www.flacso.org.ar/publicaciones/conversatorio-sobre-salud-de-las-mujeres/>
- Gago, V. (2019). *La potencia feminista o el deseo de cambiarlo todo*. Buenos Aires: Ediciones Tinta Limón.
- Gérvás, J. (2016). *El encarnizamiento médico con las mujeres. 50 intervenciones sanitarias excesivas y cómo evitarlas*. Madrid: Editorial Lince.
- Gogna, M., Cimmino, K., Mercer, R. y Rossi, D. (2020). *Los procesos de formación y transformación en las prácticas de educación sexual integral en contextos restrictivos de América Latina*. Buenos Aires: FLACSO/UNESCO (mimeo).

- Gutiérrez, M. (2019). *Derechos sexuales y reproductivos: el avance de los grupos antiderechos*. Buenos Aires: FUSA - Documento de uso interno.
- INAU (2020). *Género en Infancias y Adolescencias. Cambio Cultural y Políticas Públicas*. Montevideo 4-5 de marzo de 2020. Montevideo: INAU. Disponible en: <http://www.inau.gub.uy/novedades/noticias/item/2863-simposio-internacional-genero-en-infancias-y-adolescencias-cambio-cultural-y-politicas-publicas>
- IPPF (2017). *Mira que te Miro, Informe de Monitoreo Social de los compromisos en derechos sexuales y reproductivos del Consenso de Montevideo*. Montevideo. Disponible en: https://www.miraquetemiro.org/downloads/mira_que_te_miro_resumen_global.pdf
- LATFEM (2018). "Con mis hijos no te metas": la expresión de deseo que choca contra la legalidad. Buenos Aires: (BLOG). Disponible en: <https://latfem.org/mis-hijos-no-te-metas-la-expresion-deseo-choca-la-legalidad/>
- Lindblom, Ch., Woodhouse, E., Edward, J. (1993). *The policy-making process*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH en Latinoamérica y el Caribe (2008). *Declaración Ministerial "Prevenir con Educación" Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH en Latinoamérica y el Caribe*. México. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/declaracion-prevenir-educacion-espanol.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación (2020). *Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/planenia/acerca-del-plan>
- Murillo, E. (2019). *Encuentro Plurinacional de mujeres, lesbianas, travestis, trans y no binarios. Página 12*. 11 de octubre. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/224436-el-34-encuentro-plurinacional-de-mujeres-lesbianas-trans-tra>
- Naciones Unidas (2018). *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad, un enfoque basado en la evidencia*. París: Naciones Unidas. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335>.
- Naciones Unidas (2018). *Bases de la evidencia para la educación integral en sexualidad*. En *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad, un enfoque basado en la evidencia* (pp. 19-34). París: Naciones Unidas.
- Palermo, S. A. (2008). *Trabajo Masculino, ¿protesta femenina? La participación de las mujeres en la gran huelga ferroviaria de 1917*. En Pita et al. *Historia de luchas, resistencias y representaciones. Mujeres en la Argentina, siglos XIX y XX*. (pp. 91-121). Tucumán: EDUNT - Editorial de la Universidad Nacional de Tucumán.
- Peker, L. (2019). *La revolución de las hijas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- Pragati R., Charles J. (2016). Kingdon's "Streams" Model at Thirty: Still Relevant in the 21st Century? *Policy & Politics*. Vol 44 (4) 608-638. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/polp.12168>
- Ruiz Cantero, M. T. (2019). *Monografías 39: Perspectiva de Género en Medicina*. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve. Disponible en: <https://www.esteve.org/activities/perspectiva-de-genero-en-medicina/>
- UNFPA LACRO (2018). *Puesta al Día de la educación integral de la sexualidad en América Latina*. Panamá: mimeo.
- UNFPA (2019). *Evidencias de la Educación Integral de la Sexualidad. Presentación de la Dra. Virginia Camacho, Asesora Regional del UNFPA LACRO*. Panamá: UNFPA.
- UNSA (2015). *Evaluación de acciones de capacitación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral*. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/esi-informe-uns-final.pdf>

- WHO (2020). *Women's health and rights: 25 years of progress?. The Beijing Declaration turns 25 (BLOG)*. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/detail/08-03-2020-women-s-health-and-rights-25-years-of-progress>
- Zaldúa, G. (2002). *Los lugares de la resistencia: Piquetes, cacerolazos, escraches y asambleas populares*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Presentación en la cátedra de Psicología Preventiva, Universidad de Buenos Aires.
- Zink, M. y Di Liscia, Ma. H. (2008). *Gestar una ciudadanía política. La incorporación de las mujeres al Estado peronista, apoyos y resistencias. (1945-1955)*. En Pita et al. *Historia de luchas, resistencias y representaciones. Mujeres en la Argentina, siglos XIX y XX* (pp. 211-231). Tucumán: EDUNT - Editorial de la Universidad Nacional de Tucumán.

Para citar este Artículo de investigación:

Mercer, R., Cimmino, K. y Ramírez, C. (2020). La sexualidad como lucha política por los cuerpos en el contexto latinoamericano. *Revista Estado y Políticas Públicas*. Año VIII, Núm. 14, 107-129.

El rol del derecho internacional de los derechos humanos en las estrategias de incidencia de los movimientos sociales pro-aborto.

Una perspectiva latinoamericana y argentina

The role of international human rights law in the advocacy strategies of pro-abortion social movements. A Latin American and Argentinean perspective

Por **Luciana Wechselblatt***

Fecha de Recepción: 15 de enero de 2020.
Fecha de Aceptación: 13 de marzo de 2020.

RESUMEN

En este artículo de investigación se presentarán los alcances y las limitaciones del marco normativo del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH) respecto al acceso al aborto. En función de esto, se discutirá si este ordenamiento contribuye a avanzar leyes tendientes a la legalización del aborto en los niveles nacionales y si, por lo tanto, las campañas deberían adoptarlo para apoyar sus estrategias nacionales de incidencia en miras a lograr leyes de liberalización. Para ilustrar esto, el artículo analizará el contexto latinoamericano y la experiencia de la Argentina como un caso de estudio de reforma legal hacia el acceso irrestricto al aborto con límite gestacional,

y su resultado hasta el momento, que fue el rechazo del proyecto tratado en el 2018. Esta sección incluirá también un recorrido de los antecedentes legales en dicho país, su aplicación y evolución, así como también el rol de los movimientos sociales.

Palabras clave: Aborto, Terminación Voluntaria del Embarazo, Derechos Humanos, Derecho Internacional, Movimientos Sociales, América Latina, Argentina.

ABSTRACT

This paper will present the contributions and the limitations of the international human rights law framework regarding access to abortion. From this perspective, the study will dis-

* Abogada por la Universidad de Buenos Aires. Magíster en Derecho Internacional, con orientación en derechos humanos y protección de grupos vulnerables, por del Instituto de Altos Estudios Internacionales y de Desarrollo de Ginebra, Suiza. Correo electrónico: luciana.wechselblatt@graduateinstitute.ch

cuss if this legal system advances national laws to liberalize abortion and, as a consequence, if national campaigns should adopt it to support their advocacy strategies towards the liberalization. To illustrate this, the article will consider the Latin American context and the experience of Argentina as a case study of legal reform towards the total liberalization of abortion with a gestational limit, and the outcome so far, which was the rejection of the bill that was debated in 2018. This section will also include an analysis of the legal background of the country, its application and evolution as well as the role of the social movements.

Keywords: *Abortion, Voluntary Termination of Pregnancy, Human Rights, International Law, Social Movements, Latin America, Argentina.*

Introducción

Desde la segunda ola feminista –impulsada a partir de los años ‘60– en adelante, ha habido un desarrollo de los derechos de las mujeres y una creciente lucha por la igualdad de género. Tras la emergencia de estos fenómenos, acentuados aún más en el siglo XXI, las agendas de derechos humanos tanto a nivel internacional como regional y nacional han ido adoptando y desarrollando líneas de trabajo a este respecto. En particular, se han impulsado campañas que abogan por la incorporación de la perspectiva de género (o *gender mainstreaming*), la cual fomenta la transversalización de dicha perspectiva al analizar y promover todo tipo normas y políticas de derechos humanos¹. Asimismo, otras vertientes de trabajo se han enfocado en la protección de derechos específicos que per-

tenecen concretamente a las mujeres² como grupo y que se pueden ver en peligro, por ejemplo, mediante prácticas existentes que las afecten desproporcionadamente³. Dentro de la gama de derechos específicos de la mujer, se encuentran los derechos sexuales y reproductivos, y en este subgrupo se debe subrayar el derecho al acceso a un aborto legal, seguro y gratuito⁴, sobre el cual se hará foco a lo largo del presente artículo.

2 Al referirse a las mujeres en el transcurso de este artículo de investigación, se pretende abarcar también niñas y adolescentes, a menos que se haga una distinción al respecto. El artículo también reconoce las identidades de género autopercebidas y disidentes, sin embargo, no se referirá a este grupo por no ser el objeto de investigación.

3 Algunas de estas prácticas están vinculadas a la discriminación y violencia basada en género, la trata de personas y esclavitud moderna, entre otras, todas ellas afectando de manera particular a las mujeres: su dignidad, su integridad física y personal, su derecho a la igualdad, entre otras. Más información relevante en *Women's Rights are Human Rights*, texto publicado por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH), 2014, disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HR-PUB-14-2.pdf>

4 En pleno reconocimiento de los derechos del colectivo LGBTIQ+, este artículo destaca que dar a luz es un atributo de toda persona gestante, tales como las personas trans y no binarias. No obstante, sin desconocer que los derechos de las mujeres y del colectivo LGBTIQ+ son aliados, este estudio se enfocará en el aborto principalmente como un derecho de las mujeres. Igualmente, este estudio utilizará lenguaje sensible al género y evitará las generalizaciones en masculino, salvo que sean estrictamente necesarias para facilitar la lectura.

1 La página de ONU Mujer contiene nociones básicas sobre incorporación de la perspectiva de género. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/osagi/gendermainstreaming.htm>

Este estudio se propone analizar el desarrollo del derecho internacional de los derechos humanos (en adelante, DIDH) en cuanto a la temática del aborto. Para lograrlo, se observarán las convenciones y tratados relevantes de protección de derechos humanos y, por sobre todo, el rol de los mecanismos de seguimiento e implementación de dichos instrumentos. Sumado a esto, se mostrará la relevancia de las agencias especializadas tales como la Organización Mundial para la Salud (OMS) y otros mecanismos de las Naciones Unidas que operan por fuera de las convenciones de derechos humanos y que aportan a la temática. Se dará también un pantallazo del sistema regional de protección de estos derechos, presentando interpretaciones de los instrumentos vigentes y exhibiendo casos vinculados al tema de interés, que aportan información relativa al contexto latinoamericano.

Inserto en este contexto global y regional, se tomará primordialmente la experiencia argentina en miras a la legalización del aborto dado que ofrece valiosos aportes desde distintos puntos de vista. El caso argentino presenta una robusta presencia de movimientos sociales, que ofrece una posible contribución de elaboración legal con un enfoque ascendente (*bottom-up approach*)⁵ desde las bases, así como también captura una interesante interacción entre la ley y la sociedad. Asimismo, la situación en la Argentina permite ver la experiencia de un país donde se le confiere suma importancia a los derechos humanos y que, simultáneamente, está enmarcado en una región donde la liberalización del aborto resulta

un gran desafío. En el año 2018 fue la primera vez que un proyecto de ley de aborto fue tratado ante el Congreso nacional, luego de más de una década de presentar proyectos. Tras un debate parlamentario abierto y participativo que involucró distintos actores (congresistas, personas expertas de distintas disciplinas y la sociedad civil), la Cámara de Diputados aprobó el proyecto de ley y poco después la Cámara de Senadores lo rechazó, en ambos casos por diferencias muy ajustadas. El año 2020 podría ofrecer nuevamente la posibilidad de debatir el proyecto de ley, renovando la importancia de hacer un análisis de la situación a la luz del ordenamiento jurídico internacional.

A lo largo de las siguientes líneas, este artículo se propondrá: identificar cuál es el posicionamiento del DIDH en relación al aborto para así comprender sus contribuciones y limitaciones en pos de la liberalización; ofrecer razones que expliquen por qué el DIDH se presenta de la manera que lo hace en relación a la temática; así las cosas, entender el rol que el DIDH puede ocupar en el marco de los movimientos sociales pro-aborto cuyo objetivo es el de impulsar leyes de liberalización total o acceso irrestricto al aborto en el primer trimestre de embarazo, como fue el caso de la Argentina.

El panorama general a nivel internacional

El DIDH ha experimentado un vínculo complejo con los derechos de las mujeres (Sedacca, 2017) en general y con la cuestión del aborto en particular. El DIDH ha recibido críticas feministas que puntualizaron que la participación de las mujeres fue sumamente limitada (Banda y MacKinnon, 2006)⁶ cuando emer-

5 Esta posición refiere al poder de movimientos localizados y de comunidades en la elaboración de la ley. Algunos académicos sostienen que los derechos humanos emanan de los movimientos sociales y de las luchas políticas realizadas por personas “ordinarias” (Rajagopal, 2002).

6 Se recomienda su lectura para quienes tengan un interés en el sistema regional africano de protección de derechos humanos y su enfoque de género.

gieron los derechos humanos y, como resultado, éstos se encuentran predominantemente orientados a los hombres desde su creación y en su implementación (Dembour, 2018). Adicionalmente, estas críticas también han resaltado que la clásica división binaria del DIDH entre la esfera pública y privada (Rajagopal, 2003) ha perjudicado históricamente a las mujeres, debido a que “la opresión de las mujeres se encuentra mayormente situada en el contexto privado” (Brems, 1997) el cual, en los inicios, quedó por fuera del campo de aplicación de los derechos humanos.

Otro aspecto relevante a considerar es que, en estadios posteriores, el DIDH fue desarrollando una tendencia a (sobre)cargar a las autoridades públicas con responsabilidades (acciones afirmativas) que, de manera aparente, únicamente podían ser asumidas por los Estados (Tomuschat, 2008). Los Comités de tratados —encargados del monitoreo de instrumentos de protección de derechos humanos a nivel internacional— reflejan claros ejemplos de esto, dado que usualmente atribuyen casi exclusivamente a los Estados, ya sea por medio de sus Observaciones Generales⁷ u Observaciones Finales⁸, el deber de modificar las situaciones que resulten violatorias de de-

rechos humanos dentro de sus jurisdicciones. Para ilustrar esta afirmación, se puede tomar el caso del Comité encargado de la supervisión del cumplimiento de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), pues al interpretar la CEDAW, el Comité requirió que todos sus Estados parte modifiquen los patrones sociales y culturales que estereotipan y crean roles de género adoptando un nítido enfoque vertical descendente (Tomuschat, 2008) —denominado *top-down* en inglés— que parte del plano supranacional y busca imponer obligaciones a los Estados, que luego recaerán sobre la sociedad. La idoneidad de este enfoque es discutible, y será problematizada con mayor profundidad más adelante, sobre todo considerando que la cultura no solamente se crea de manera vertical desde el Estado hacia la sociedad, sino que la presencia y poder de determinados grupos y organizaciones de base son claras fuentes creadoras y modificadoras de patrones culturales.

En lo que respecta al aborto, tal como se ha identificado doctrinariamente “el alcance con el que el derecho internacional debe proteger al no-nacido, y por lo tanto permitir o prohibir el aborto, estuvo sujeto a un significativo debate durante la redacción de las provisiones sobre el derecho a la vida en varios instrumentos internacionales” (Mitra, 2017). Esto sucedió al redactar los instrumentos internacionales de derechos humanos más conocidos, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), la Declaración de los Derechos del Niño (DDN) y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), para dar algunos ejemplos (Mitra, 2017).

En las etapas de negociación de estos instrumentos, tanto internacionales como regionales, llegar a un acuerdo respecto a la protección de la vida previa al nacimiento resultó ser sumamente complejo. Para ese entonces,

7 Según la página oficial del ACNUDH, “Cada Comité de tratado publica su interpretación de las provisiones de sus respectivos tratados de derechos humanos en la forma de “Observaciones generales” o “Comentarios Generales”. Más información en: <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/TBGeneralComments.aspx>

8 Según la página oficial del ACNUDH, “El comité examina cada informe y expresa sus preocupaciones y recomendaciones al Estado Parte en forma de “observaciones finales”. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/HRBodies/CCPR/Pages/CCPRIndex.aspx>

algunos países criminalizaban de manera absoluta el aborto mientras que otros ya lo habían permitido en ciertas circunstancias. Por lo tanto, el resultado de las negociaciones fue que las cláusulas que pudieran tener relación con el aborto permanecieran suficientemente generales e indefinidas para así lograr mayor consenso, una amplia ratificación y evitar conflictos entre los ordenamientos jurídicos domésticos y las obligaciones internacionales (Wicks, 2017). De esta manera, la redacción de los instrumentos fundacionales del DIDH revela una práctica en la que se relegó la cuestión al margen de apreciación de los Estados y así se “pospuso la resolución de esta temática para instancias posteriores” (Wicks, 2017).

Naturalmente, esta vaguedad del DIDH respecto al aborto en tanto que práctica y derecho generó las condiciones para que surjan sustanciales vacíos legales que luego serían colmados principalmente por los mecanismos convencionales, en particular, los ya mencionados Comités de las Naciones Unidas de seguimiento de tratados. Estos Comités, al decidir comunicaciones individuales (casos particulares) y al realizar Observaciones Finales y Generales, han ido definiendo el alcance de determinados derechos y obligaciones en conexión al aborto, y en líneas generales, la labor de los Comités promovió su acceso en circunstancias determinadas. Sumado a la actividad de los Comités de tratados, se puede identificar el trabajo de las agencias especializadas y de los expertos independientes de las Naciones Unidas, los cuales también contribuyeron en proveer estándares relacionados con la temática. A continuación, se enunciará una selección de instrumentos jurídicos de carácter internacional que han referido al aborto desde diversos ángulos.

En la Observación General Nro. 22 (2016) sobre derechos sexuales y reproductivos⁹, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) aludió extensivamente al aborto y reconoció la intrínseca relación entre los DESC y los derechos civiles y políticos, y aún más en esta materia. Asimismo, el Comité DESC manifestó en los párrafos 35 y 36 de dicha Observación General que los Estados deben combatir todos los estereotipos discriminatorios basados en el género, siguiendo el ya mencionado enfoque vertical descendente de derechos humanos. Otro ejemplo es la Recomendación General Nro. 30 (2013) del Comité CEDAW, sobre las mujeres en la prevención de conflictos y en situaciones de conflicto y posteriores a conflictos¹⁰, en donde dicho Comité recomendó, en varios pasajes, que los Estados partes debían proveer el acceso a servicios de aborto seguro y prevenir embarazos forzados producto de violencia basada en género en zonas afectadas por conflictos. También se encuentra el Comité de los Derechos del Niño que en su Observación General Nro. 4 (2003), sección cuarta, respecto a la información, desarrollo de aptitudes, asesoramiento y servicios de salud, indicó que: “Los Estados Partes deben adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas, y prestar apoyo a los padres

9 Observación general Núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/GC/22, 2 de mayo de 2016.

10 Recomendación general núm. 30 sobre las mujeres en la prevención de conflictos y en situaciones de conflicto y posteriores a conflictos, 1 de noviembre de 2013.

de las adolescentes"¹¹. En lo relativo a las Observaciones Finales de los distintos Comités, los resultados de los recientes exámenes periódicos de los Estados bajo revisión también han incluido referencias a la terminación voluntaria del embarazo. Tal fue el caso del Comité de Derechos Humanos (CDH) que monitorea el cumplimiento del PIDCP, que ha recomendado a varios países la descriminalización del aborto así como su acceso bajo ciertas circunstancias¹² y ha expresado su preocupación por las legislaciones restrictivas cuyo resultado es el incremento de abortos inseguros y el potencial encarcelamiento de las mujeres, aún para los casos de abortos espontáneos¹³.

Si bien sólo se ha esbozado un número limitado de instrumentos y recomendaciones emitidas por los Comités de monitoreo de tratados, el trabajo de los mecanismos extraconvencionales de las Naciones Unidas deberían ser mencionados dado que también han contribuido a reforzar la postura a nivel internacional respecto a esta temática. En ese sentido, el Relator Especial sobre la tortura y otros

tratos o penas crueles, inhumanas y degradantes, ha emitido un informe en el que concluyó que los Estados debían realizar acciones afirmativas tendientes a reformar las legislaciones restrictivas sobre el aborto y garantizar el tratamiento inmediato e incondicional a personas que precisen cuidados médicos de emergencia, incluso si son resultado de abortos ilegales¹⁴. En la misma línea, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, indicó que negar el acceso al aborto perjudica los derechos de las niñas y adolescentes y resaltó la importancia de descriminalizar la práctica¹⁵. Por su parte, la OMS elaboró una definición integral de salud¹⁶ que incluye su aspecto psicológico y que fue utilizada, tal como será indicado *ut infra*, por los grupos activistas para justificar el acceso al aborto ampliando vastamente el entendimiento de las causales permitidas. Asimismo, la OMS emitió guías relacionadas con temáticas de salud, entre las cuales están incluidas recomendaciones para el manejo médico del aborto (OMS, 2019).

A la luz de todo ello, resulta notable el trabajo que hasta el momento han realizado los mecanismos internacionales, los expertos independientes y las agencias especializadas de las Naciones Unidas. Con el paso del tiempo, han tomado la postura de que, en ciertos casos, la negativa a practicar un aborto acarrea la violación de derechos humanos. Según las

11 Observación General No. 4, Comité de los Derechos Niño, La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, U.N. Doc. CRC/GC/2003/4 (2003). Párrafo 31. Disponible en: <http://hrlibrary.umn.edu/crc/spanish/Sgeneralcomment4.html>

12 Por ejemplo, en 2018 el Comité de Derechos Humanos refirió a la terminación voluntaria del embarazo en 10 de 16 países analizados a través de las Observaciones Finales: Belice, Guinea, República Democrática Popular Lao, Sudán, Gambia, Liberia, Argelia, El Salvador, Líbano y Guatemala.

13 Observaciones Finales del séptimo informe periódico de El Salvador, CCPR/C/SLV/CO/7, para. 15. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/pdfid/5af484d84.pdf>

14 Relator Especial sobre *La tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. Al HRC/31/57, 5 de enero de 2016.

15 Informe del Relator Especial sobre *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. A/HRC/32/32 (4 April 2016) at 92 and 113 (b).

16 Constitución de la OMS. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

interpretaciones de estos órganos, el aborto no se establece como un derecho autónomo sino que al decidirse casos de acceso al aborto, su reconocimiento se encuentra principalmente justificado en conexión con otros derechos¹⁷ como es el de no someter a una mujer embarazada a tratos crueles, inhumanos o degradantes (incluso tortura), la prohibición de la discriminación, el derecho a la salud, el derecho a la vida, entre otros. Como resultado, hay un reconocimiento implícito del derecho al aborto en circunstancias específicas.

Caso de estudio de los órganos de tratados: El Comité de Derechos Humanos

La Observación General Nro. 36¹⁸ (OG36) sobre el derecho a la vida, se trata del instrumento de interpretación general más reciente que ha emitido el CDH y que hace referencia de manera directa a la cuestión de la terminación del embarazo. La OG36 reemplaza las antiguas Observaciones Generales Nro. 6¹⁹ y Nro. 14²⁰, que fueron adoptadas previamen-

te por el mismo órgano. A diferencia de las anteriores, cuyo entendimiento de derecho a la vida era más limitado, la OG36 se presenta como una herramienta legal comprehensiva y que abarca distintas facetas del derecho a la vida. El instrumento se muestra en línea con la creciente sofisticación y desarrollo progresivo de los derechos humanos. Asimismo, en el enfoque de la OG36 subyace la premisa del derecho a la vida en dignidad²¹ conectando directamente ambas nociones.

En su extenso párrafo 8²², habiendo sido uno de los pasajes más controvertidos del instrumento, se aborda la cuestión del aborto desde una posición en favor de los derechos de las mujeres. Si bien el aborto no es concebido como un derecho independiente, la OG36 fomenta el acceso a ciertas prácticas de terminación voluntaria del embarazo en distintos grados según las circunstancias. La redacción de la OG36 refleja el uso cuidadoso del lenguaje, dado que el nivel de obligación recomendado a los Estados varía según qué tipo de situación se aborde, utilizando los verbos “puede” o “debe” según corresponda. El párrafo 8 comienza aseverando que “Aunque los Estados partes pueden adoptar medidas para regular la interrupción voluntaria del embarazo, estas no se deben traducir en la violación del derecho a la vida de la mujer o la niña embarazada, ni de

17 Para más información, por favor consultar: Molly Joyce, *The Human Rights Aspects of Abortion*, (16 Hibernian L.J. 27, 2017) que trata sobre la dependencia que tiene el aborto con otros derechos.

18 Observación general Núm. 36 sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo al derecho a la vida. CCPR/C/GC/36, 30 de octubre de 2018.

19 Observación General Núm. 6, Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, Artículo 6 - Derecho a la vida, 16º período de sesiones, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 at 143 (1982).

20 Observación General Núm. 14. El derecho a la vida (artículo 6). 23º período de sesiones (1984).

21 Surge de la nota: “El comentario general envió un mensaje fuerte contra la interpretación reducida del derecho a la vida, tal como es apropiado en un mundo globalizado, y subrayó el derecho a la vida con dignidad”. Disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=23797&LangID=E>

22 La OG36 traducida a los seis idiomas oficiales de las Naciones Unidas se encuentra disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR/C/GC/36&Lang=en

los demás derechos que se les reconocen en el Pacto". Esta afirmación, refuerza la importancia de la vida de la mujer, así como reconoce la conexión entre la interrupción voluntaria del embarazo con la protección de otros derechos humanos. Otra recomendación que el CDH indica es que: "Los Estados partes deben proporcionar un acceso seguro, legal y efectivo al aborto cuando la vida y la salud de la mujer o la niña embarazada corran peligro, o cuando llevar el embarazo a término causaría dolores o sufrimientos considerables a la mujer o la niña embarazada, especialmente si el embarazo es consecuencia de una violación o incesto, o si no es viable." A pesar de que la noción de "aborto legal" se encuentra presente, siempre se halla matizada y restringida por las circunstancias clásicamente aceptadas, y aunque aparezca la variable ligada a los dolores o sufrimientos considerables de la mujer, esta mención es muy vaga. Seguido de esto, el párrafo continúa "Además, los Estados partes no pueden regular el embarazo o el aborto en todos los demás supuestos de manera contraria a su deber de velar por que las mujeres y las niñas no tengan que recurrir a abortos peligrosos, y deberían revisar en consecuencia la legislación pertinente". Esta recomendación reconoce la gran cantidad de abortos ocurridos en la clandestinidad como una fuente de riesgo a la salud y vida de las mujeres, y por lo tanto, invita a la reforma legal aunque la obligatoriedad sea débil. También en esta línea, el CDH indica que los Estados "no deberían adoptar medidas tales como (...) la aplicación de sanciones penales a mujeres y niñas que se sometían a un aborto" desalentando el uso del sistema penal para regular el aborto. Estas recomendaciones seleccionadas para el análisis no reflejan aspectos novedosos a nivel internacional, sin embargo, su inclusión en la OG36 reafirma y actualiza la tendencia.

Respecto al impacto de la OG36 en la sociedad civil, ONGs líderes en la temática

derechos sexuales y reproductivos²³ interpretaron y consideraron que la redacción de la OG36 indica que el aborto es un derecho humano. Desde su punto de vista, el CDH promueve el establecimiento y acceso al aborto legal dado que lo define como un derecho fundamental. Por lo tanto, se espera que los movimientos sociales y las ONG tanto a nivel internacional, regional como local vayan a utilizar el instrumento como una robusta herramienta que fomenta "el cabildeo, el litigio, la investigación"²⁴. Como contracara, grupos opositores al aborto como derecho, podrían hacer uso de la misma redacción para indicar que no se ha establecido un derecho explícito al aborto legal para las circunstancias que queden por fuera de las indicadas en el párrafo 8 de la OG36.

De esta manera, la OG36 aporta nuevamente un enfoque matizado, que trata de acercar a los dos polos que usualmente se dan en torno a este debate: al proveer un nivel de detalle mayor en esta temática, refuerza la tendencia de indicar que una serie de circunstancias pueden implicar que se conceda el acceso al aborto; al limitarse a eso, debido a la falta de consenso en el plano internacional, un alto grado de margen de maniobra queda en cabeza de los Estados para la regulación. De esta manera, la adopción de un enfoque balanceado ofrece una herramienta sólida y prácticamente indiscutible, que podrá hacer ceder contextos normativos extremos, tales como legislaciones de prohibición total de acceso al aborto. Sin

23 Por ejemplo, el "Centro por los Derechos Reproductivos" (CDR), la organización que defendió a la señora Mellet en el conocido caso contra Irlanda ante el CDH.

24 Sitio oficial del Centro de Derechos Reproductivos, "Un Human Rights Committee Asserts that Access to Abortion and Prevention of Maternal Mortality are Human Rights", 31 de octubre de 2018.

embargo, resigna la posibilidad de proveer cimientos firmes que permitan la promoción de leyes de acceso irrestricto al aborto durante el primer trimestre de gestación, como a las que apuntaría actualmente el activismo en varios países de América Latina.

Conclusión de la sección

Este recorrido, descrito escuetamente, buscó echar luz respecto a la posición del DIDH sobre la temática del aborto y los distintos escenarios de terminación voluntaria del embarazo. Asimismo, reveló que el enfoque del DIDH evita zanjar acabadamente la cuestión a nivel internacional. Esta sección también puso en cuestionamiento la idea existente de que el DIDH sea una herramienta indisputable para la promoción de leyes de liberalización total del aborto, como derecho autónomo, durante el primer trimestre de embarazo. El hecho de que el DIDH fue ambiguo desde los inicios y optó por diferir la decisión respecto al aborto a los Estados, permitió darle contexto al análisis del ordenamiento internacional. Posteriormente, el DIDH –por medio de sus distintos mecanismos de técnicos expertos– abandonó su rol netamente pasivo y, a través de distintos instrumentos, empezó a ligar la negativa en el acceso al aborto con distintas violaciones de derechos humanos, evolucionando en la noción de derechos humanos que circulan frecuentemente entre quienes apoyan leyes de liberalización.

Sin embargo, tal como será desarrollado a través de la exposición del contexto regional y del caso particular de la Argentina, este cambio de rol gradual no resulta enteramente suficiente para utilizar el DIDH como herramienta que, de manera inequívoca, se considere que habilita las condiciones para avanzar leyes de liberación total en el acceso al aborto en los primeros meses de embarazo. Teniendo en mente estas consideraciones, un aspecto relevante a discutir es en qué medida el estado actual de situación a nivel internacio-

nal realiza aportes sustanciales para fomentar campañas nacionales para leyes de este tipo, y de qué otros recursos se han valido y deberán seguir valiéndose los movimientos que las promueven para respaldar sus estrategias de cabildeo en miras a la obtención de leyes de liberalización.

El contexto regional de América Latina

Los Estados partes que componen el sistema interamericano se encuentran caracterizados por, a diferencia de otras regiones, la abrumadora falta de legalización del aborto (y aún más, bajo toda circunstancia durante los primeros meses de gestación). Lo han afirmado ONGs de derechos de las mujeres, indicando que “Las leyes y políticas públicas de salud reproductiva en América Latina y el Caribe son restrictivas, especialmente, en relación al aborto y al acceso a la anticoncepción de emergencia” (Women’s Link Worldwide, 2017). Existen algunos países en los que la regulación del aborto es por medio de la criminalización y se admiten causales de no-punibilidad (que a veces varían) tales como la Argentina, Brasil, Colombia, y recientemente Chile²⁵. También hay países, como El Salvador, Nicaragua, Haití y Honduras, entre otros, que aún presentan un ordenamiento legal de absoluta prohibición del aborto. Por último, ciertos casos limitados, son los de países o entidades subnacionales en cuyo ordenamiento jurídico el aborto se encuentra totalmente despenalizado y regulado, como Uruguay, Cuba y Ciudad de México, entre los ejemplos más salientes.

Dejando de lado las legislaciones nacionales de los distintos países que componen el

25 Diario *El País*. “Chile da un paso histórico y despenaliza el aborto en tres supuestos. El país sale del grupo de países que persiguen las interrupciones del embarazo en todas las circunstancias”, 22 de agosto de 2017.

sistema interamericano, existen instrumentos regionales relevantes que ameritan ser analizados, tales como la Convención Americana de Derechos Humanos (CADH). La CADH, en lo que respecta a la temática del aborto, posee incidencia en la región dado que indica cómo se entiende en el sistema el derecho a la vida y en particular el inicio de la misma, por medio de su Artículo 4. Esta norma establece que “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción” (CADH, 1978). La redacción de este Artículo puede conducir a interpretaciones que resulten en un obstáculo adicional proveniente del sistema regional hacia la legalización del aborto a nivel nacional, por considerar que el inicio de la vida se entiende únicamente desde la concepción. En efecto, aquellas personas o grupos que se oponen al aborto irrestricto en el primer trimestre de gestación, suelen utilizar esta norma como apoyo legal para justificar su posición, optando por tomar una interpretación restrictiva de su redacción y otorgándole al no-nacido una protección del derecho a la vida de manera casi absoluta (De Jesús, 2011). Sin embargo, tal como fue ya descrito por numerosos trabajos doctrinarios, la fórmula “en general”, se trata de una técnica legislativa que acepta que otros entendimientos del inicio de la vida sean posibles, sin contravenir la letra de la norma (Wicks, 2017). En otros términos, replicándose la lógica del DIDH, el sistema regional permite la coexistencia de lo prescripto en este Artículo con legislaciones nacionales donde el aborto es posible.

En esa línea, en noviembre de 2012, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CtIDH) resolvió el caso *Artavia Murillo v. Costa Rica* y así dispuso definitivamente las dudas respecto a la interpretación del Artículo 4. El caso trataba de una fertilización in vitro y cubrió la temática del derecho a la vida de los embriones. En efecto, CtIDH siguió el

precedente ‘Baby Boy’²⁶ de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), y confirmó que el Artículo 4 (1) no podía entenderse en su versión más restringida. En su lugar, indicó que había una práctica generalizada asociada con el principio gradual e incremental –en vez de absoluto– de protección de la vida pre-natal²⁷. De esta manera, la CtIDH abordó la cuestión del inicio de la vida, y al interpretar el Artículo 4 (1) proveyó una interpretación autoritativa sobre su significado y alcance.

Respecto a contiendas directamente relacionadas con el aborto, con anterioridad ya se habían resuelto ante la CIDH algunos casos por medio de soluciones amistosas, por ejemplo, el de *Paulina Ramírez v. México* (2007). La peticionante –menor de edad– alegó haber sido víctima de una violación sexual de la cual resultó embarazada, y posteriormente enfrentó obstáculos por parte de las autoridades estatales mexicanas para ejercer su derecho a interrumpir dicho embarazo según lo establecido por ley²⁸. En la solución amistosa, el Estado se allanó a sus demandas, asumió compromisos y reconoció responsabilidades.

26 Los Estados Unidos de América, Caso 2141, ‘Baby Boy’, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Res. No. 23/81, OAS/Ser.L/VIII.52, doc. 48 (1981), disponible en: <https://www.womenslinkworldwide.org/en/files/2908/gjo-icmhr-23812141-en-pdf.pdf>

27 Caso *Artavia Murillo y otros* (“Fecundación In Vitro”) vs. Costa Rica (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas). Serie C No. 257. Sentencia de 28 de noviembre de 2012.

28 Informe N° 21/07, Petición 161-02, Solución Amistosa, *Paulina del Carmen Ramírez Jacinto v. México*, 9 de marzo de 2007. Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/annualrep/2007sp/Mexico161.02sp.htm>

En 2010, otro asunto decidido por la CIDH fue el de *Amelia v. Nicaragua* (o MC 43-10)²⁹ quien solicitó una medida cautelar que fue otorgada. El caso trató de una mujer a la cual se le negó, en razón de su embarazo, la atención médica necesaria para tratar el cáncer que padecía dado que el tratamiento provocaría un aborto. La CIDH solicitó al Estado de Nicaragua que adopte las medidas necesarias para asegurar que la beneficiaria tenga acceso a la atención médica que sea necesaria. Dentro del plazo otorgado para responder, el Estado de Nicaragua informó a la CIDH que se había iniciado el tratamiento. Si bien dicho tratamiento no incluyó practicar el aborto que Amelia había solicitado, llevarlo adelante acarrearía la terminación del embarazo –por medio de un aborto espontáneo– a los 7 meses de gestación (*Women's Link Worldwide*, 2017).

En relación a la CtIDH, se puede nombrar el caso *B. v. El Salvador*³⁰ sobre medidas provisionales que previamente había sido conocido por la CIDH. El feto era anencefálico y, frente al ordenamiento jurídico del país que contaba con una prohibición total del acceso al aborto, la CtIDH en los puntos resolutivo del caso decidió conceder “las medidas provisionales a favor de B, a fin de garantizar la debida protección de su derecho a la vida y a la integridad personal” y marcó que se deben “evitar daños que pudiesen llegar a ser irreparables a los derechos a la vida y la integridad personal y a la salud de la señora B”.

29 Ver *Medidas Cautelares otorgadas por la CIDH durante el año 2010*. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/cautelares.asp>

30 Corte Interamericana de Derechos Humanos el 28 de mayo de 2013. *Medidas provisionales en el caso B. v. El Salvador*. Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/medidas/B_se_01.pdf

También respecto a El Salvador, recientemente la CIDH ha presentado ante la CtIDH el caso *Manuela*, el cual “se refiere a una serie de violaciones en el marco del proceso penal que culminó con la condena por el delito de homicidio agravado a la víctima del caso, en el marco del contexto conocido en El Salvador sobre criminalización del aborto”³¹. El caso *Manuela* encarna la situación de muchas otras mujeres en dicho país, producto de su legislación sumamente restrictiva.

Luego de esbozar este breve pantallazo regional, puede notarse que el sistema interamericano ha avanzado hacia una interpretación más moderada del Artículo 4 de la CADH, y ha comenzado gradualmente a contemplar y balancear los derechos de las mujeres a la hora de decidir sobre los casos. Si bien su nivel de progreso se encuentra limitado y ciertamente coartado por interpretaciones restrictivas o parciales del ordenamiento regional, lo cierto es que aun así el sistema interamericano ha permitido el acceso a derechos fundamentales a mujeres que presentaban casos de extrema necesidad y que de otra manera los Estados no lo hubieran aceptado. Sin embargo, se debe notar que, mismo en casos extremos como los esbozados, la decisión de la CIDH o la CtIDH fue la de “garantizar sólo la atención médica necesaria o adecuada para la mujer (...) sin realizar un pronunciamiento acerca del tema de fondo que es la penalización del aborto” (*Women's Link Worldwide*, 2017) lo cual es preocupante. Asimismo, el hecho de que estos casos hayan sido resueltos por medio de soluciones amistosas, medidas cautelares y provisionales, ha contribuido a evitar que el sistema regional se posicione de manera más

31 CIDH presenta caso sobre El Salvador a la Corte IDH, 10 de octubre de 2019. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2019/255.asp>

general y exhaustiva respecto a la temática y a que, en vez de eso, decida de forma tangencial.

Por otra parte, el hecho de que el sistema interamericano esté compuesto por países que se encuentran aún en etapas muy incipientes de avance de normativas pro-aborto tiene sus consecuencias. Esto se puede contrastar con el sistema europeo de protección de derechos humanos, el cual ha servido para empujar la creación de condiciones necesarias –a través del llamado “consenso europeo” (Wicks, 2017)– para la legalización del aborto en la región, como fue el caso de Irlanda. En ese sentido, la evidencia muestra que los progresos en derechos humanos han sido mayores donde las instituciones de derechos humanos regionales son fuertes (Leach, 2017) y poseen posiciones más firmes, y esto es aplicable –en oposición– al caso latinoamericano respecto a la temática bajo análisis, donde la cuestión da lugar a intensas polémicas y desacuerdos, y donde el sistema regional no se encuentra capacitado para ejercer este tipo de rol.

La experiencia nacional en la Argentina

Esta sección presentará el marco normativo relativo al aborto en la Argentina y su evolución a través del tiempo, cuyo resultado se tradujo en un debate nacional sin precedentes sobre el derecho al aborto legal en el país en el año 2018.

Marco normativo

En la Argentina, la regulación del aborto tiene lugar a través del Código Penal, en su Artículo 86, inciso segundo, que está ubicado dentro del título de “Crímenes contra la vida” y se encuentra vigente desde el año 1921. Esta enmienda al Código Penal incluyó una serie de causales, sumamente limitadas, en las que el aborto no es punible: violación y riesgo en la vida o la salud de la persona embarazada. Sin embargo, el servicio de salud no fue puesto a disposición para que estos supuestos de

aborto permisible se puedan llevar a cabo en la práctica (Bergallo, 2014). A la falta de disponibilidad del servicio adecuado, se le sumaron las múltiples y variadas prácticas dañinas en el seno de las instituciones públicas, que resultaron en la instalación de grandes obstáculos *de facto* en el acceso al aborto bajo las causales indicadas: el abuso de la objeción de conciencia por parte de los trabajadores de la salud, el uso desmedido de la judicialización desde las instituciones médicas que buscaba generar efectos dilatorios en el acceso, el uso de los requisitos estipulados por los protocolos sanitarios para generar demoras, la discriminación y los discursos moralizadores por parte de los agentes de la salud, los casos de violación del secreto profesional, la influencia de la iglesia en el gobierno nacional, provincial y local (CELS, 2018a) y los déficits de información que generaron la distorsión de la percepción que tenían las mujeres respecto al aborto (Erdman y Cook, 2020), entre otras. También las mujeres fueron disuadidas de solicitar un aborto debido a que el riesgo de persecución penal, mismo bajo los supuestos aceptados, aún permanecía. De esta manera, la emergencia de causales de no-punibilidad se vio eclipsada por la inaccesibilidad a las mismas, sumergiendo a la Argentina en una “prohibición informal” que echó por tierra la ley formal y estableció en su lugar un “veto moral” (Bergallo, 2014). A pesar de ello, los abortos ocurrían más allá de su criminalización, su idea de inmoralidad y de la falta de infraestructura sanitaria correspondiente. Este contexto acarreó a una serie de consecuencias seriamente perjudiciales para las mujeres.

Para comenzar, se puede puntualizar que ubicar al aborto fuera de la regulación pública lo confinó a la clandestinidad. Esto generó dos efectos igualmente nocivos: la estigmatización y la desigualdad. Respecto a la primera, si bien la ley y su aplicación falló en disuadir a las mujeres en su deseo de abortar, la criminalización como norma y la clandestinidad como

práctica contribuyeron a generar estigma y trauma. Sobre la segunda, por haber privatizado la práctica, el acceso de cada mujer a un aborto seguro pasó a depender de sus medios sociales, culturales y, sobre todo, de sus recursos económicos. Por lo tanto, el aborto pasó a ser privilegio de clase con el que contaba sólo una sección de la población que podía costear el servicio ofrecido por una red de proveedores privados. Además, al ser esta red clandestina, operaba sin la interferencia del Estado y sin importar la razón por la cual se realizara el aborto. Por lo tanto, este negocio ofrecía la posibilidad que *de facto* cualquier mujer con recursos pudiera practicarse un aborto irrestricto en términos de causales. Asimismo, este panorama también contribuyó a la creación de un incentivo económico para quienes lo ofrecían en el marco de un mercado ilegal, lo cual significó un obstáculo adicional para la legalización (Sedacca, 2017) y una continua corrupción del sistema (Htun, 2009). Una alternativa a esto, fue que la mujer embarazada entrara en contacto con las llamadas “redes de rescate” (CELS, 2018b) o de socorro, que se trataban de grupos militantes que apoyaban a las mujeres con menos recursos a acceder a un aborto con su apoyo (esta actividad será discutida con mayor detalle posteriormente). A falta de recursos o de red de rescate, para todo el resto de las mujeres, cabía solamente la gestación y/o maternidad forzada o el aborto en condiciones de mayor peligro. Otra consecuencia que debe ser resaltada respecto a la criminalización es que toda mujer que quisiera terminar su embarazo producto de una violación, aún corría el riesgo de ser castigada (debido a la inaplicabilidad práctica de los supuestos aceptados por el Código Penal). Por lo tanto, si bien la ley no disuadió a la mujer a abortar, sí generó un efecto disuasivo en relación a la denuncia de la violencia sexual, perpetuando así la cultura de la violación. Como consecuencia, la mujer (o mismo niña) perdía su estatus de víctima del delito de violencia

sexual y el perpetrador no sería perseguido penalmente, creando condiciones de impunidad. Por último, este contexto podía (y aún puede) conducir a la aguda distorsión en la percepción del rol de las mujeres e incluso de las niñas en la sociedad, confinándolas a la maternidad y a la provisión de cuidados, lo cual refleja claros estereotipos de género.

La descripción de esta serie de consecuencias prácticas (no exhaustivas) junto al sistema normativo imperante, buscan reflejar las bases sobre las cuales se apoya el caso argentino – que posee grandes parecidos con otros países latinoamericanos– en relación a la temática del aborto y sus principales desafíos.

Evolución del contexto normativo y el rol de los movimientos sociales

Con la reforma constitucional de 1994, el ordenamiento legal argentino pasó a un nuevo estadio en materia de derechos humanos. La incorporación de distintos instrumentos internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional hizo que los magistrados y magistradas pudieran corroborar que las provisiones internacionales estén siendo debidamente aplicadas y que el derecho interno sea consistente con esos estándares. La reforma tuvo su impacto en la temática dado que el plexo normativo internacional de derechos humanos pasó a incorporarse de manera directa en el derecho interno (sistema monista³²) y esto implicó que los magistrados lo interpreten y apliquen al conocer los casos particulares.

32 Según la definición más elemental, se trata de una “Concepción doctrinal según la cual el derecho interno y el derecho internacional son manifestaciones de un mismo orden jurídico”. Definición extraída de la enciclopedia jurídica en línea, disponible en: <http://www.enciclopedia-juridica.com/d/monismo/mo-nismo.htm>

Este *momentum* también sirvió para "forjar lazos entre grupos feministas durante la lucha en la reforma constitucional de 1994, lo cual creó una base organizacional para el activismo" (Htun, 2003). En este marco, los movimientos sociales desarrollaron distintas estrategias apuntando a encontrar maneras de superar las dificultades legales y prácticas en el acceso al aborto y sus peores consecuencias ya descritas anteriormente. Estas estrategias variaron en términos de duración, niveles de institucionalización, objetivos y escalas (Ruibal y Anderson, 2018). Entre ellas, se pueden mencionar: primero, alentar la movilización política (lobby) buscando involucrar a los funcionarios para que se comprometan a reducir la mortalidad causada por abortos inseguros (Bergallo, 2014); segundo, la estrategia de provisión de servicios de aborto, para saldar la falta de implementación efectiva en los hospitales públicos (Bergallo, 2014); tercero, la organización de manifestaciones en la vía pública, la coordinación de debates e investigaciones sobre la temática y la consiguiente difusión de esas ideas en los medios de comunicación (Htun, 2003); cuarto, abogar por proyectos de ley de aborto desde el año 2007, los cuales nunca fueron discutidos en sesiones plenarias hasta el 2018; y quinto, el inicio de litigios judiciales relacionados con el Artículo 86 del Código Penal.

Las dos últimas tácticas, también llamadas "movilización legal", son ejemplos de convergencia entre las acciones de los movimientos sociales y los reclamos legales (Ruibal, 2015). En América Latina, tras el restablecimiento de las democracias, las organizaciones sociales desarrollaron estrategias de incidencia en las que utilizaron el discurso constitucional y de derechos humanos para sustentar sus reclamos colectivos (Ruibal, 2015). En ese marco, el litigio estratégico, sumado al reclamo por la legalización del aborto, dieron origen a procesos de movilización legal feminista. Para lograr esta movilización, las organizaciones de la so-

cialidad civil resultaron clave dado que aportaron (y aportan) en la promoción y protección de derechos humanos y proveyeron medios y conocimientos técnicos fundamentales para la judicialización (Ruibal, 2015). El resultado de los litigios fue la consistente aceptación de los magistrados en aplicar la norma subvertida del Código Penal, legitimando así su valor formal y fomentando la redacción de guías para la provisión de abortos legítimos a ser adoptados por los Ministerios de Salud.

Por otra parte, la táctica de provisión de servicio –no siendo estrictamente una estrategia legal– amerita algunas reflexiones. Esta línea fue desarrollada por ONGs que tienen por objetivo proveer información relevante sobre educación sexual y reproductiva, así como hacer el aborto seguro y accesible en la práctica a toda mujer que tuviera embarazos no deseados a través de redes de socorro. Dichas organizaciones, pertenecientes a la militancia feminista argentina, buscaron hacer frente a la prohibición informal vigente y compensar el acceso desigual. Como forma de validar su labor, dichas redes desestimaron la interpretación hegemónica de la legislación vigente y desarrollaron una interpretación autónoma de las causales aceptadas del Código Penal, utilizando estratégicamente el entendimiento comprensivo de la concepción de la "salud" y las guías de la OMS (CELS, 2018b). De esta manera, el activismo encontró la forma de reconocer el aborto bajo toda circunstancia basando su práctica en la interpretación de varios instrumentos internacionales y reflejando su intención de recurrir a un lenguaje de derechos para justificar su accionar. En última instancia, el trabajo de terreno realizado por las organizaciones, en distintos espacios y de diversas maneras, impactó en la remoción del aborto de la clandestinidad completa para pasar a ubicarlo en un espacio semi-público (Ruibal y Anderson, 2018).

Desde el otro extremo en esta puja, no se debe desestimar el hecho de que "Parte de la

genialidad de los derechos es que cualquier persona puede usarlos para hacer reclamos en nombre de cualquier individuo” (Correa y Petchesky, 1994) y esto también originó un discurso reaccionario, usualmente de corte conservador o religioso, que pretendió usar el lenguaje de derechos humanos a los fines de evitar el avance hacia leyes de liberalización del aborto. Esto muestra que la retórica de derechos permeó en distintos segmentos de la sociedad y que fue utilizada también en oposición al aborto, usualmente, dándole la forma de derechos naturales, a la familia, a la vida del no-nacido (Correa y Petchesky, 1994), entre otros. La modalidad de dichos movimientos fue la de “modernizar” su lenguaje y apropiarse selectivamente de la terminología utilizada a nivel internacional para reforzar sus propias razones (Pizzarossa, 2018). Desde un punto de vista más macro, este fenómeno también tuvo lugar en el resto de los países de la región. Tal como lo ha indicado la doctrina desde hace varias décadas, los grupos latinoamericanos activistas anti-aborto han tratado de mantener que “el derecho a la vida desde la concepción es la realización lógica de las normas internacionales de derechos humanos” (Htun, 2003) buscando también utilizar este ordenamiento a su favor.

A pesar de esta pugna discursiva y de la mencionada proliferación de discursos de derechos humanos con intereses contrapuestos, el activismo de los derechos de las mujeres se hizo camino y produjo un profundo impacto en términos de legitimación de la práctica, a través de sus distintas estrategias de incidencia anteriormente mencionadas, lo cual contribuyó a crear las condiciones para debatir el proyecto legislativo.

La sentencia judicial clave

Basándose en este recorrido, y haciendo foco nuevamente en el campo jurídico, la sentencia ‘F. A. L.’ fue un paso decisivo en la Argentina hacia el acceso efectivo al aborto. A grandes

rasgos, el caso trató del aborto no punible en favor de una joven que fue violada por un familiar a los 15 años y que buscaba interrumpir su embarazo en un hospital público. El peso del fallo decidido por la Corte Suprema de Justicia (CSJN) –que data del 2012– radica en varios elementos vinculados al derecho internacional. Primero, la CSJN refutó la alegada incompatibilidad entre la protección del derecho a la vida bajo la CADH y las causales justificadas de aborto bajo el Artículo 86 del Código Penal basándose en el caso Baby Boy, que fue mencionado precedentemente. Segundo, a través de la sentencia ‘F. A. L.’, la CSJN mostró el funcionamiento del control de convencionalidad³³ dado que al interpretar la legislación aplicable en materia de aborto, ésta recurrió a instrumentos internacionales como la CEDAW, la DUDH, la CDN así como también la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar La Violencia Contra La Mujer. Tercero, la CSJN también refirió a derecho blando (o *soft law*), en particular a decisiones de casos individuales del CDH, Observaciones Finales y Observaciones Generales. Al hacerlo, la CSJN buscó asegurar el cumplimiento de las obligaciones internacionales de la Argentina.

En relación al aborto y su acceso, es dable destacar que la CSJN indicó, en el considerando 25 de la sentencia, que el Estado debía “poner a disposición, de quien solicita la práctica, las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarlo a cabo de manera rápida, accesible y segura” sin cargar desproporcionadamente a las mujeres, y llamando a distintas instituciones involucradas a realizar acciones

33 El control de convencionalidad se refiere al ejercicio técnico de interpretación que se realiza, en este caso a nivel judicial, para verificar si los Estados son consistentes con lo exigido por las normas internacionales que han ratificado.

concretas tendientes a lograrlo (Pou Giménez, 2019). De esta manera, la CSJN acogió el enfoque de la "proceduralización" (Bergallo, 2014) que ya había emergido en la Argentina desde el 2000, hacia el restablecimiento efectivo del Artículo 86, inciso 2, del Código Penal. No obstante, este abordaje procedimental presenta ciertas fragilidades en términos de jerarquía legal, riesgos en la implementación y fácil anulación, entre otras dificultades. Además, esta forma de abordar la temática continuamente evita abocarse a la parte sustantiva o de fondo, y tratar de manera directa el derecho que subyace en las excepciones de punibilidad del Código Penal. Por lo tanto, y en vistas de las limitaciones del litigio y el enfoque procedimental adoptado, la lucha de los movimientos sociales y la militancia feminista por el aborto legal hizo mayor hincapié en el proyecto de ley nacional, tornándose en el nuevo objetivo.

2018: El proyecto de ley de aborto y el debate

La "Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito"³⁴ no solamente contribuyó a que se dé a conocer el fallo 'F. A. L.' de la CSJN (Tarducci, 2018) sino que también presentó múltiples "proyectos de ley para despenalizar y legalizar el aborto en 2007, 2010, 2012, 2014, logrando que el último, presentado el 5 de marzo de 2018 llegara a discutirse en ambas Cámaras" (Tarducci, 2018). El tratamiento del proyecto fue acompañado por un movimiento popular sin precedentes, que había tomado nuevas dimensiones desde alrededor del año 2003 por agrupaciones como "La Campaña", "Encuentro

Nacional de Mujeres"³⁵ y "Ni una menos"³⁶, que surgió posteriormente (solo para nombrar algunas de las más conocidas). Además de los movimientos de mujeres se involucraron las disidencias, por lo que las agrupaciones apoyaban el derecho al aborto, los derechos de las mujeres en sentido amplio y los derechos del colectivo LGBTIQ+ y la diversidad sexual. Concretamente, el proyecto de ley presentado proponía pasar del modelo de descriminalización parcial en base a supuestos específicos y limitados a un modelo combinado en el que durante las primeras 14 semanas de gestación (incluyendo la catorceava) se podía acceder al aborto de manera electiva, bajo solicitud, sin necesidad de expresión de causales y, una vez cumplido este lapso, sólo se podía solicitar interrupción del embarazo por la mujer (o persona gestante) bajo circunstancias limitadas, tales como el riesgo en la salud o vida, la inviabilidad del feto en la vida extra-uterina o la violación³⁷.

Entre el mes de abril y agosto de 2018, el Congreso argentino dio lugar a un debate abierto sobre el aborto que incluyó la participación de cientos de expositores y expositoras que realizaron presentaciones antes del tratamiento del proyecto en cada Cámara. Congresistas pertenecientes al mismo partido político se dividieron según su visión en esta temática, entre quienes defendían y rechazaban el proyecto de ley. En contraste, emergieron alianzas inter-partidarias donde congresistas pertenecientes a líneas políticas diferentes se unieron porque presentaban afinidad en su posición

34 Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, sitio oficial. Más información disponible en: <http://www.abortolegal.com.ar/about/>

35 Encuentro Nacional de Mujeres, sitio oficial: <http://encuentrodemujeres.com.ar/>

36 Ni Una Menos, sitio oficial: <http://niunamenos.org.ar/quienes-somos/carta-organica/>

37 Senado, sitio oficial. Proyecto de ley de aborto disponible en: <https://www.senado.gov.ar/micrositios/ive/4>

respecto al aborto. Un ejemplo emblemático en el recinto de diputados fue la alianza sorora multipartidaria³⁸. Mientras que esto sucedía, organizaciones de la sociedad civil con trayectoria en defensa de derechos de las mujeres, realizaron acciones de monitoreo de las exposiciones a través de informes que luego difundieron (ELA, REDAAS, CEDES, 2018). Estos reportes compilaron y sistematizaron los argumentos más relevantes expuestos por quienes participaron en el debate abierto. Haciendo foco en los argumentos jurídicos, tanto las personas expertas que apoyaban el proyecto como las que lo criticaban, se basaron primordialmente en los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por la Argentina y en la Constitución Nacional para defender su postura.

Las justificaciones de quienes se oponían al proyecto de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), sostuvieron la importancia de la protección de la vida desde la concepción, basándose en la CADH; criticaron la constitucionalidad del mencionado fallo 'F. A. L.'; sostuvieron que el DIDH tiene el deber de proteger a la parte más débil y vulnerable, en este caso la vida pre-natal; y enfatizaron la falta de reconocimiento del derecho al aborto legal por parte del DIDH y la consiguiente falta de obligación a nivel internacional de instalar dicha práctica (ELA, REDAAS, CEDES, 2018), entre los argumentos más salientes. Desde el otro extremo de los fundamentos, participaron prominentes juristas³⁹ que esgrir-

mieron argumentos de apoyo a la ley de IVE, enfocándose en que dicha práctica no incumplía los estándares internacionales del DIDH y que dicho ordenamiento no representaba un impedimento para la aprobación del proyecto de ley de ese tipo. Para fundamentar sus dichos, los juristas indicaron que no sólo el DIDH no suponía una dificultad para la adopción de la ley sino que también, numerosos Comités de las Naciones Unidas, tales como el Comité CEDAW, y el Comité DESC, felicitaron a los Estados parte que modificaron sus ordenamientos jurídicos en esta dirección, por ejemplo, como sucedió en Uruguay. La recopilación de los argumentos de ambos lados refleja que la cuestión de los derechos humanos fue usada para defender ambas posiciones, aun siendo antagónicas. Esto se entiende, al menos en parte, retomando las ideas ya esbozadas respecto a cómo el discurso de derechos humanos permeó en distintos sectores de la sociedad, sean éstos progresistas o conservadores. Desde un punto de vista del DIDH en particular, sí se puede afirmar que los tratados internacionales fueron usados, debido a su nivel de vaguedad y abstracción ya enunciados, casi indistintamente, para justificar cualquier posición. Por otra parte, los trabajos más precisos, desarrollados por los Comités de tratados y otros mecanismos internacionales, fueron únicamente presentados como formas de justificar el avance del proyecto de IVE debido a que una vez que el DIDH fue entrando en detalle y sofisticándose, se inclinó por desalentar la criminalización del aborto y promover su aceptación bajo ciertas causales, tal como se ha explicado.

38 Diario *Página 12*. "El grupo de l@s sororas". 17 de junio de 2018. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/122195-el-grupo-de-l-s-sororas>

39 Como Mónica Pinto, profesora de DIDH and ex-Decana de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires. Exposición completa disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=mW6xnSPE2g0>;

y Fabián Salvioli, profesor de DIDH y ex miembro del Comité de las Naciones Unidas de Derechos Humanos. Exposición completa disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=MlfBhle3trws>

Respecto al debate parlamentario en la Argentina, como es de público conocimiento, la ley no fue aprobada en el 2018. El proyecto de ley obtuvo media sanción el 14 de junio en la Cámara de Diputados por una diferencia ajustada (129 votos a favor - 125 votos en contra) y se rechazó el 8 de agosto del mismo año en la Cámara de Senadores, también por poca diferencia (38 votos en contra - 31 votos a favor).

Tal como se desprende del desarrollo de esta sección, los resultados ajustados en las Cámaras son también el producto del intenso trabajo de incidencia del activismo. De la misma manera que resultó importante remarcar el rol de la militancia y organizaciones pro-elección en la Argentina, es igualmente relevante puntualizar aquel de los grupos conservadores, con especial impacto a nivel provincial, que contribuyeron a que la Cámara Alta rechace el proyecto por una diferencia de tan solo 7 votos, contrarrestando así la iniciativa de reforma legislativa.

Últimos avances y comentarios de cierre de la sección

La aspiración de conquistar los derechos de las mujeres y avanzar en su empoderamiento sigue vigente en la sociedad, por consiguiente, en mayo de 2019 fue presentado un nuevo proyecto de ley de IVE ante el Congreso Nacional. Debido a que el 2019 fue un año electoral en la Argentina, los y las votantes –primordialmente las mujeres y la juventud– reclamaron a los candidatos presidenciales tomar una posición respecto a esta temática, de cara a un potencial debate legislativo. Hasta tanto eso suceda, se debe notar que han habido vaivenes en el mes de noviembre de 2019 en relación al avance por parte de la Secretaría de Salud de un protocolo actualizado de interrupción legal del embarazo, que buscaba incorporar elementos que ampliarían el acce-

so al aborto⁴⁰. Puesto que dicha iniciativa fue derogada, el –en ese entonces– Secretario de Salud renunció a su cargo de manera inmediata, justo antes de la terminación del mandato del gobierno⁴¹ de turno.

Una vez acontecido el cambio de liderazgo político, a mediados de diciembre de 2019 se retomó y adoptó el protocolo de flexibilización del aborto no punible bajo las causales ya previstas por la ley⁴². Al ser un protocolo, persiste el abordaje procedimental y sus mencionados puntos más débiles. Aun así, dicho instrumento fue adoptado y viene a traer un progreso en pos de la liberalización en el acceso al aborto dado que aporta claridad. Por último, a principios de marzo del 2020, el presidente anunció que volvería a enviar a la Cámara de Diputados el nuevo proyecto del aborto, que se espera entre a la agenda parlamentaria nuevamente en el futuro cercano⁴³.

Consideraciones finales

Este artículo de investigación se propuso llevar a cabo un análisis del plano internacional en materia de aborto, analizando el progreso y las limitaciones del DIDH a medida que fue evolucionando. Como se pudo vislumbrar, los instrumentos internacionales vinculantes permanecieron silenciosos respecto a la temática

40 Diario *Clarín*, "Aborto: qué cambios propone el nuevo protocolo de interrupción legal del embarazo", 20 de noviembre de 2019.

41 Diario *Clarín*, "El Gobierno oficializó la renuncia de Adolfo Rubinstein en Salud", 26 de noviembre de 2019.

42 Diario *Clarín*, "Cómo es el nuevo protocolo de aborto no punible". 13 de diciembre de 2019.

43 Diario *Política Argentina*, "Aborto 2020: cuándo entraría el proyecto al Congreso y cuál sería su itinerario legislativo", 5 de marzo de 2020.

en los orígenes y el trabajo realizado por los mecanismos de derechos humanos convencionales y extra-convencionales contribuyeron a facilitar el acceso al aborto bajo ciertas circunstancias, a través de sus instrumentos interpretativos. El análisis sobre el derecho internacional mostró que las circunstancias para que haya aborto legal son limitadas: mayormente vinculadas con derechos específicos tales como la prohibición del trato inhumano y degradante, la no discriminación y la vida y salud de la mujer. Tal como fue detectado por los mismos movimientos sociales en la Argentina, el marco de la salud pública, a pesar de ser persuasivo y de adecuarse al “lenguaje usado internacionalmente por organizaciones influyentes como las agencias de Naciones Unidas, un posible defecto de usarlo solo es que no deja mucho espacio para argumentar por el derecho de abortar cuando los riesgos para la salud de las mujeres no son altos” (Sutton y Borland, 2013). En ese sentido, esta investigación mostró que el derecho internacional tampoco optó por un enfoque de empoderamiento y autonomía reproductiva de las mujeres en relación a que ellas sean las dueñas de sus cuerpos y capaces de decidir sus proyectos de vida en vista de sus circunstancias. Dicho de otra manera, puesto que el DIDH se pronunció respecto al aborto de manera limitada y adoptó un punto de vista de salud reproductiva y no de libertad reproductiva, al momento se ha ganado sólo la mitad de la batalla (Wicks, 2017).

Por su parte, la sección sobre el sistema regional demostró que Latinoamérica se encuentra ciertamente atrasada, si se toma como punto de avance la liberalización del aborto y su acceso en condiciones seguras y de igualdad. En la región, la interpretación adecuada de la CADH ya ha sido aclarada de manera jurisprudencial, pero eso no quita que los movimientos opositores al aborto sigan interpretando dicha normativa según su conveniencia. Asimismo, la casuística relevante al tema to-

avía es limitada y en los casos resueltos, aun presentando extrema gravedad, la CIDH y CtIDH evitaron decir explícitamente que se debía proveer el acceso al aborto en vinculación con los derechos que sí fueron reconocidos a las peticionantes.

Por su parte, la experiencia nacional de la Argentina reflejó un camino –no lineal– hacia el efectivo acceso en las causales formalmente indicadas de aborto no punible y, como aspiración, hacia la legalización del aborto. En la experiencia local, el proyecto de ley de 2018 no se aprobó y las razones del fracaso en la aprobación de la ley son variadas, pero este estudio se propuso encontrar la respuesta a la luz del sistema del DIDH.

Estas últimas líneas se enfocarán en responder las siguientes preguntas tras haber llevado a cabo el precedente recorrido, a saber: ¿Cuál es el rol del DIDH en las estrategias de incidencia de los movimientos sociales pro-aborto? ¿Cuáles fueron, hasta la actualidad, los aportes del DIDH y qué limitaciones aún presenta? ¿Y por qué dicho ordenamiento ha adoptado esta postura respecto a la temática?

En el caso de la Argentina, ya se ha visto que el DIDH fue usado por activistas para fomentar la interpretación amplia de la noción de salud basándose en el entendimiento de la OMS y así proveer un sustento legal a una actividad –la provisión del servicio– que no era formalmente aceptable bajo el marco normativo prevaleciente. Sin embargo, se debe distinguir entre su uso para una actividad que iba por canales alternativos a los oficiales y su uso para el fomento de un proyecto de ley nacional de un país. Mientras que servía para proveer cierto nivel de legitimidad a los grupos de provisión de servicios y a algunas prácticas hospitalarias, su potencial se perdía al verse volcado en los canales formales y generalizados de acceso al aborto. Esto sirve para ejemplificar la idea recientemente esbozada de que el carácter ambiguo del DIDH produce una disminución de parte de su impacto a nivel local.

En cuanto al debate sobre el proyecto de ley de IVE en el 2018, este estudio detectó que quienes participaron en el mismo, apoyando y oponiéndose a la iniciativa del aborto restringido en el primer trimestre de gestación, acudieron al DIDH para defender sus posiciones. De tal manera, se vio recreada la puja discursiva entre movimientos antagónicos a la que se hizo alusión precedentemente. En ese sentido, los grupos conservadores y religiosos utilizaron en su discurso moral nociones de derechos humanos (yendo más allá del plano legal) a los fines de legitimar su posición. A pesar de que este uso del DIDH es erróneo y debe ser puntualizado y desenmascarado, el hecho de que esta utilización sea posible, también da cuenta de la fragilidad de este marco normativo y muestra que la traducción del lenguaje global del DIDH acarrea fricciones y distorsiones en los debates nacionales, y más aún en el contexto político de un debate parlamentario.

A pesar de estos ejemplos derivados del caso de estudio, lo cierto es que también hay otras experiencias nacionales que muestran distintas perspectivas. Por ejemplo, el cambio constitucional en Irlanda –haciendo uso del *referéndum*– resultó en la posibilidad de regular el aborto sin contravenir la constitución irlandesa⁴⁴ donde el activismo y el lenguaje de derechos jugó un papel importante, sumado al entorno regional favorable. Adicionalmente, en contextos nacionales sumamente restrictivos, como lo son El Salvador y Nicaragua, lugares de donde se mencionaron casos y que presentan una prohibición absoluta en el acceso al aborto, los movimientos sociales ciertamente pueden beneficiarse de la normativa del DIDH para promover, cuanto menos, los

pasos mínimos en términos de liberalización del aborto bajo ciertas causales, contando con un ordenamiento legal internacional sólido para hacerlo.

En los ejemplos recientemente mencionados, así como en el caso de estudio, el DIDH fue (y es) en efecto utilizado como una herramienta de incidencia y campaña debido a que, en esencia, el DIDH posee un gran poder emancipador. No obstante, su contribución va variando según a qué tipo de ley se esté apuntando. Si se trata de una ley que pretende incluir niveles mínimos de liberalización, el DIDH es una herramienta ciertamente útil. En contraste, el caso de la Argentina muestra que el derecho internacional presenta claras restricciones. Ignorar las limitaciones del DIDH debería ser desaconsejado, dado que, de ser así, los movimientos fracasarían en hacer frente a dichas restricciones y convertir al DIDH en una herramienta de cambio que también alcance los derechos y autonomía de las mujeres.

Cabe notar también que cada instrumento internacional, Observaciones Finales, comunicaciones individuales y Observaciones Generales, usualmente involucra abortos en casos graves. Mientras que tales casos son más proclives a generar compasión, estos inevitablemente limitan el éxito en cuestionar las restricciones al aborto en un sentido más general (Sedacca, 2017). Como consecuencia, este enfoque corre el riesgo de dar lugar al imperialismo moral y a descuidar las necesidades de las mujeres quienes, por ejemplo, habiendo tenido sexo consensuado, también tienen razones económicas o un conflicto con sus parejas –sólo por nombrar algunas razones– para terminar sus embarazos (Sedacca, 2017). Más aún, esta perspectiva puede perpetuar la idea de que los abortos son sólo aceptables si emanan de “buenas razones”, generando una lógica subyacente de sólo permitir “abortos compasivos” (Htun, 2003). Esta posición también corre el riesgo de descartar la posibilidad de

44 BBC News, 16 March 2018. Irish abortion referendum: Ireland overturns abortion ban. Disponible en: <https://www.bbc.com/news/world-europe-44256152>

realizar un aborto sin evaluación externa del todo, de parte de los proveedores de la salud (Sedacca, 2017) o de la sociedad en general, donde en última instancia el cuerpo de la mujer sigue siendo intervenido. En otros términos, se relega la posibilidad solicitar un aborto sin invocar razones que deban ser examinadas por otra persona que ponga en tela de juicio el criterio de la mujer que busca interrumpir su embarazo no deseado. Es desde esta posición que los opositores al aborto —a pesar de no hacerlo desde una perspectiva estrictamente legal— pueden interpretar el DIDH como una herramienta que no necesariamente promueve la IVE con causales irrestrictas. Así las cosas, la gran superposición que hay entre el DIDH y valores expresados por el catolicismo se hace visible al analizar cómo el DIDH está enmarcado, dado que dicho marco facilita la construcción del derecho a la vida del no-nacido (Sedacca, 2017) y contribuye a reforzar el rol de la mujer como persona destinada a brindar cuidado y a la maternidad. Como resultado, una clara debilidad del DIDH es que, debido a la dinámica subyacente, éste no provee fundamentos sólidos que permitan pasar de una perspectiva de protección de la salud de la mujer (que, en el mejor de los casos, puede conciliarse con los valores religiosos) a la emancipación de su cuerpo.

Del análisis precedente se desprende que, a nivel internacional, el acceso al aborto se reconoce como implicación necesaria de otros derechos presentes en tratados y que los Estados ya no pueden pretender tener una libertad total para regular el aborto (Mitra, 2017). En consecuencia, el DIDH está efectivamente reduciendo el ámbito de libertad de los Estados en sus regulaciones referidas al aborto y a la IVE, indicándoles primordialmente que: 1) una prohibición total viola el ordenamiento del DIDH y que, por consiguiente, el acceso debe ser provisto bajo ciertas circunstancias, 2) que la práctica no debe ser criminalizada y 3) que se deben reducir los abortos en con-

diciones de peligro para la mujer (en clandestinidad) y la desigualdad que esto conlleva, apuntando a disminuir el sufrimiento de las mujeres embarazadas. Este es el punto hasta el cual llegó el DIDH al momento.

Vinculado a las razones que explican la posición actual del DIDH (que se ha podido capturar en este artículo, aunque la misma no sea monolítica), éstas se relacionan con que pasar a una perspectiva de autonomía reproductiva a nivel internacional podría derivar en intrusión excesiva en cuestiones internas sensibles de los Estados⁴⁵ dado que esta problemática se encuentra profundamente anclada en cada sociedad y cada comunidad a través de su cultura, moral y sistema de creencias. Y, en el estado actual de situación, esto hasta podría ser desalentado por el riesgo de deslegitimar el proyecto de DIDH en general⁴⁶. Aún más, si se argumentara que hay una tendencia emergente a nivel internacional que se inclina por la legalización del aborto, ciertos cambios recientes no pueden ser desestimados, incluso los que provienen de países occidentales. Por ejemplo, se pueden considerar los casos de las legislaciones de Alabama y Arkansas⁴⁷ en los Estados Unidos, que establecieron marcos normativos sumamente restrictivos en esta materia; también se encuentra el caso de Es-

45 En línea con el entendimiento del Artículo 2.7. de la Carta de Naciones Unidas.

46 Más debate actualizado sobre la sobre-expansión del DIDH puede ser encontrado en: Hust Hannum, *Rescuing Human Rights*, (Cambridge University Press, 2019).

47 New York Times, *Abortion Bans: 9 States Have Passed Bills to Limit the Procedure This Year*, May 29, 2019. Disponible en: <https://www.nytimes.com/interactive/2019/us/abortion-laws-states.html>

pañá⁴⁸, donde los cambios legales recientes apuntaron a hacer el aborto menos accesible. Estos casos reflejan un camino inconsistente por parte de las entidades nacionales y subnacionales respecto al aborto⁴⁹. Asimismo, en los supuestos en que el aborto ya se encuentra legalizado, hay una recurrencia en tener que justificarlo dado que se suele poner bajo cuestionamiento en ocasiones o cíclicamente. Además, en caso de encontrarse legalizado, aún subsiste la necesidad de velar porque las condiciones habilitantes estén dadas para que el derecho esté garantizado en la práctica y evitar denegaciones arbitrarias.

A modo de conclusión, se puede afirmar que los cambios que se producen en relación a este tema usualmente suceden a nivel microscópico y que un enfoque de abajo hacia arriba o ascendente (*bottom-up approach*) es el más adecuado para regular este tópico, en vez del enfoque vertical o descendente (*top-down approach*) por parte del DIDH hacia los Estados. Si bien la importancia del enfoque internacional no se desmerece, sí se afirma que el derecho internacional no se encuentra en la actualidad suficientemente preparado para dar este salto. Distinto es, hablar de lo internacional desde un punto de vista de sistema de alianzas de activismo que exceden las fronteras. En cambio, tratándose desde el punto de vista del derecho internacional, en esta materia y en casi todas las cuestiones sensibles (seguridad, familia, cultura, entre otras), existe

una reticencia hacia un enfoque descendente, donde las cuestiones sean reguladas internacionalmente, para luego ser aceptadas por los Estados. Por el contrario, el enfoque *bottom-up* resulta el predilecto en estos casos dado que las decisiones fluyen desde lo micro hacia lo macro y los Estados así retienen su soberanía.

Tal como lo ha indicado la doctrina, "el derecho internacional se ha posicionado principalmente reactivo, en lugar de proactivo" (Wicks, 2017), por lo tanto, necesariamente a través de los movimientos sociales, se podrá trascender varias de las características más salientes del DIDH "*mainstream*" o predominante (Rajagopal, 2003) que, tal como fue mencionado, han sido criticadas por haber perjudicado a las mujeres desde sus inicios debido a sus cimientos patriarcales. Partiendo de esa idea, si el DIDH no puede ser el precursor de la legalización total del aborto con límites gestacionales, las sociedades deben generar tal cambio cultural y simbólico, y el DIDH deberá acompañarlo, una vez ocurrido.

Anteriormente, el espacio dado a las legislaturas nacionales era "más problemático por la tendencia a que las voces de las mujeres sean silenciadas o sub-representadas" (Sedacca, 2017). Es decir, las mujeres no habitaban el espacio público y, por consiguiente, también eran excluidas de los roles de toma de decisión. Sin embargo, la experiencia en la Argentina y de otros países de la región está mostrando un fenómeno diferente. Luego del fin de las dictaduras que sufrieron los países latinoamericanos, se dio lugar al fortalecimiento de la sociedad civil y a la presencia e influencia de los movimientos sociales y del activismo, los cuales además están levantando las voces de las mujeres y están logrando influir la agenda política.

Tal como afirman activistas feministas, "Escuchar a las mujeres es la llave para honrar su moral y personería legal —esto es, su derecho a la autodeterminación. Esto significa tratarlas como actores principales y agentes de

48 RTVE (Radio y Televisión Española). Más información sobre la normativa legal en España sobre aborto:

<http://www.rtve.es/noticias/20190208/numero-abortos-bajado-espana-desde-implementacion-actual-ley-plazos/1880920.shtml>

49 RTVE. Favor de visitar el mapa mundial en tema de aborto para más información:

<http://www.rtve.es/noticias/20180530/mapa-del-aborto-mundo/1741461.shtml>

decisión en asuntos de reproducción y sexualidad— como sujetos, no meramente objetos, y como fines, no solo medios, en políticas de población y planificación familiar” (Correa y Petchesky, 1994). En vistas de lo anterior, los movimientos sociales y de mujeres —desde enfoques de cambio cultural y perspectivas de género de avanzada— deberán establecer alianzas con otros actores relevantes, como con forjadores y forjadoras de políticas públicas, mecanismos de rendición de cuentas y el sector de la salud para poder propulsar el cambio (Correa y Petchesky, 1994) y tal combinación es superadora. Esta alianza de distintos participantes, donde el DIDH es una herramienta dentro de las diversas variables, es la más capacitada para lograr reformas legales hacia el aborto sin invocar causales, y esto puede servir como una contribución nacional hacia los sistemas regionales e internacionales en promover un camino hacia el aborto legal basado en la libertad y autonomía reproductiva de la mujer, ganando así el resto de la batalla.

Referencias bibliográficas

- Banda, F. & MacKinnon, C. A. (2006). *Sex, Gender, and International Law*. En *Proceedings of the Annual Meeting (American Society of International Law)* (pp. 243-248). Washington, DC: American Society of International Law.
- Bergallo, P. (2014). *The Struggle Against Informal Rules on Abortion*. Rebecca J. Cook, Joanna N. Erdman, y Bernard M. Dickens, *Abortion law in transnational perspective: cases and controversies*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Brems, E. (1997). Enemies or Allies-Feminism and Cultural Relativism as Dissident Voices en Human Rights Discourse. *Human Rights Quarterly*. 19, 136-164.
- CELS (2018a). *Informe conjunto remitido al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) de las Naciones Unidas para la cuarta evaluación periódica del país*. Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/acceso-al-aborto-en-la-argentina/>
- CELS (2018b). *Aborto legal: argumentos, legislación y jurisprudencia*. Publicación del Centro de Estudios Legales y Sociales. Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/aborto-legal-argumentos-legislacion-y-jurisprudencia/>
- Correa, S. & Petchesky, R. (1994). *Reproductive and sexual rights: a feminist perspective*. En *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights* (134-147). Boston: Harvard School of Public Health.
- De Jesús, L. M. (2011). La Convención Americana sobre Derechos Humanos: piedra angular del derecho a la vida del no nacido en Latinoamérica y el Caribe. *Revista Internacional de Derechos Humanos*. (1), 109-138.
- Dembour, M. (2018). *Critiques*. En D. Moeckli, S. Shah y S. Sivakumaran (Eds.). *International Human Rights Law* (41-59). Oxford: Oxford University Press.
- ELA, REDAAS, CEDES (2018). *Monitoreo del debate sobre legalización del aborto en Argentina*. Informe en web de ELA y REDAAS. Disponible en:
- Monitoreo del debate sobre legalización del aborto en Argentina - Informe: <http://www.ela.org.ar/a2/index.cfm?muestra&codcontenido=3087&plcontempl=43&aplicacion=app187&cnl=15&opc=49>
- Erdman, J. N. & Cook, R. J. (2020). Decriminalization of abortion—A human rights imperative. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 62, 11-24.
- Htun, M. N., Htun, M., & Mala, H. (2003). *Sex and the state: abortion, divorce, and the family under Latin American dictatorships and democracies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Leach, P. (2017). *The continuing utility of international human rights mechanisms? EJIL: Talk!* Blog of the European Journal of International Law.

- Mitra, A. (2017). We're Always Going to Argue about Abortion: International Law's Changing Attitudes towards Abortion. *New Zealand Women's Law Journal*. 1, 142-181.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Tratamiento médico del aborto*. Ginebra: OMS.
- Pizzarossa, L. B. (2018). Here to Stay: The Evolution of Sexual and Reproductive Health and Rights in International Human Rights Law. *Laws*. 7, 1-17.
- Pou Giménez, F. (2019). *La sentencia F.A.L. y la despenalización por indicaciones: una encrucijada en el tratamiento jurídico del aborto en América Latina*. En L. Clérico y P. Gaido (Dir.) y G. Arballo (Coord.). En *La Corte y sus presidencias en La Corte y sus presidencias* (en prensa). Buenos Aires: Editorial Ad Hoc.
- Rajagopal, B. (2002). International law and social movements: challenges of theorizing resistance. *Columbia Journal of Transnational Law*. 41, 397-433.
- Rajagopal, B. (2003). *Recoding resistance: Social movements and the challenge to international law*. En *International Law from Below: Development, Social Movements and Third World Resistance* (pp. 233-271). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ruibal, A. M. (2015). Movilización y contra-movilización legal: Propuesta para su análisis en América Latina. *Política y gobierno*. 22 (1), 175-198.
- Ruibal, A. & Fernández Anderson, C. (2018). Legal obstacles and social change: strategies of the abortion rights movement in Argentina. *Politics, Groups, and Identities*, 1-16.
- Sedacca, N. (2017). Abortion in Latin America in International Perspective: Limitations and Potentials of the Use of Human Rights Law to Challenge Restrictions, *Berkeley Journal of Gender L. & Justice*, Summer. 32, 109-136.
- Stammers, N. (2009). *Human rights and social movements*. London, UK: Pluto Press.
- Sutton, B. & Borland, E. (2013). Framing abortion rights in Argentina's Encuentros Nacionales de Mujeres. *Feminist studies*. 39 (1), 194-234.
- Tarducci, M. (2018). Escenas claves de la lucha por el derecho al aborto en Argentina. *Salud colectiva*. 14, 425-432.
- Tomuschat, C. (2008). *Human rights: between idealism and realism*. Oxford: OUP Oxford.
- Wicks, E. (2017). *International Trends in the Recognition of Abortion Rights*. En *Towards Convergence in International Human Rights Law* (pp. 103-130). Leiden: Brill Nijhoff.
- Women's Link Worldwide. (2017). *Guía para proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres ante el sistema interamericano*. En *Women's Link Worldwide* (pp 1-98). Disponible en: <https://www.womenslinkworldwide.org/files/3041/guia-para-protector-los-derechos-sexuales-ante-el-sistema-interamericano.pdf>

Para citar este Artículo de investigación:

Wechselblatt, L. (2020). El rol del derecho internacional de los derechos humanos en las estrategias de incidencia de los movimientos sociales pro-aborto. Una perspectiva latinoamericana y argentina. *Revista Estado y Políticas Públicas*. Año VIII, Núm. 14, 131-154.

Caracterización del Sistema de Salud Argentino.¹

Debate en el contexto Latinoamericano

Characterization of the Argentine Health Care System.

A debate under the Latin American context

Por Daniel Maceira*

Fecha de Recepción: 01 de febrero de 2020.

Fecha de Aceptación: 15 de abril de 2020.

RESUMEN

La asociación entre la inversión sanitaria y sus frutos en el mantenimiento de la salud, la reducción de la enfermedad y el sostenimiento de un modelo de cuidado eficaz, equitativo y de calidad se enfrenta a menudo con realidades que superan el espacio estricto del sistema de salud. Los costos crecientes, la expansión de la cobertura y las perspectivas de universalización requieren atender

con especial atención los temas de diseño, financiamiento y gobernanza de los sistemas de salud. El objetivo del presente artículo de investigación es analizar los modos de financiamiento del sistema del sistema de salud argentino actual e identificar sus fortalezas y desafíos en el contexto de otros sistemas de salud latinoamericanos, proveyendo algunas herramientas para el diagnóstico y la discusión de alternativas de política. La

* Ph.D. en Economía por la Boston University. Profesor de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires. Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Investigador Independiente de la Carrera de Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Miembro del Executive Board, Health Systems Global. Correo electrónico: danielmaceira@cedes.org

1 Este documento es producto del convenio de cooperación entre el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y la Fundación Preservar Salud, y forma parte de la agenda de trabajo que el autor mantiene como Investigador Independiente del CONICET. Se agradece la colaboración de Valeria Iñarra y Natalia Espínola en la elaboración de este documento. Las opiniones vertidas son de exclusiva responsabilidad del autor y no representan necesariamente las de las instituciones mencionadas.

metodología de estudio es descriptiva, basada en el análisis de información de fuentes oficiales y documentos de la Argentina y una serie de países latinoamericanos incorporados en el análisis. En el financiamiento del sistema de salud argentino intervienen fuentes diversas, desde impuestos y tasas recogidas por tesoros nacionales, provinciales y municipales, hasta una parte significativa alimentada por contribuciones de la seguridad social, a su vez que el sistema de seguros prepagos se nutre de pagos directos de los hogares. A pesar de los logros en términos de extensión de la cobertura, subsisten actualmente ineficiencias asignativas con consecuencias en la equidad global del sistema. La construcción de un modelo de cobertura universal implica tender hacia una homogenización de reglas que faciliten la mejor asignación de recursos, potenciando la calidad de los servicios brindados y la equidad en su acceso. La persistencia del modelo fragmentado requiere converger hacia una serie de consensos básicos, que hagan del enunciado de la garantía del acceso a la salud una realidad observable para cualquier habitante del país.

Palabras clave: Sistema de Salud Argentino, Financiación de la Atención de la Salud, Reformas en Sistemas de Salud.

ABSTRACT

The association between investment in health care and its results in terms of population's health maintenance and reduction of diseases while keeping an effective and equitable model of care, is frequently influenced by issues that exceed the health system itself. Increasing costs, coverage expansion requirements and the perspectives of universalization of care bring special attention to aspects related to the design, financing and governance of the system. The goal of the article is to analyze how financing mechanisms in the Argentine health care system currently work, identifying their strengths and challenges in the context of other Latin American health systems, providing tools for a diagnostic and the discussion of policy alternatives. Descriptive, based on

the analysis of existent official sources of information and academic production in Argentina and the Latin American region. In the financing of the Argentine health care system participates an array of sources, from direct and indirect taxes, collected by national, provincial and municipal treasuries, as well as payroll tax contributions and direct out of pocket disbursements. Despite clear achievements in terms of coverage, allocative inefficiencies persist, affecting the equitable access to care. Building a consistent model of universal health coverage implies a plan of harmonization of rules directed to improve resource allocation, positively affecting equitable access and quality. A persistent fragmented system demands the convergence to a set of basic consensuses that facilitates that the formal announcement of "health for all" becomes a reality for every single inhabitant of the country.

Keywords: Argentine Health System, Healthcare Financing, Health System Reforms.

Introducción

Incorporar a la agenda de política pública la temática del financiamiento de la atención de la salud ha sido un objetivo desafiante desde la perspectiva sectorial. La correlación entre la inversión sanitaria y sus frutos en el mantenimiento de la salud, la reducción de la enfermedad y el sostenimiento de un modelo de cuidado eficaz, equitativo y de calidad se enfrenta con realidades que superan el espacio estricto del sistema de salud. Normalmente, la agenda de política pública no encuentra en la temática de la atención de la salud un objetivo prioritario. Ello es en parte debido al éxito de los espacios de protección financiera, que hacen que los gastos de bolsillo en salud sean percibidos como relativamente menores que en otras latitudes. También son producto de la poca "capacidad de voz" de los sectores más perjudicados con el estadio actual del sistema, y su limitada injerencia en la definición de prioridades y agendas de trabajo sectorial. Sin embargo, tres argumentos permiten vislumbrar una profundización del debate sanitario a futuro.

El primero de ellos es el incremento de los costos de operación del sistema, tanto debido a la tecnología y medicamentos utilizados —nuevos o en proceso de incorporación—, como a la mayor demanda de cuidados de una población con perfiles demográficos y epidemiológicos más avanzados. Como correlato de ello, la creciente judicialización de la medicina expone las limitaciones actuales del modelo sanitario argentino.

En segundo lugar, la identificación explícita de derechos ocurrida durante los últimos años tiene su correlato en un compromiso institucional por garantizar espacios de cobertura que no se encontraban formalmente incorporados. Esta identificación empodera a la población y también fomenta un debate acerca de cómo asignar los recursos sociales de un modo más eficaz. La presencia de fondos provenientes de los tesoros provinciales y el aporte desde el mundo del trabajo proveen la mayoría de los requerimientos de financiamiento del sector, los que se encuentran expuestos a las limitaciones de regulación y gestión de todos los actores, públicos y privados, que constituyen el sistema. La multiplicidad de estos actores participantes hace que la tradicional puja distributiva se potencie, requiriendo nuevos esfuerzos para la identificación y acuerdo de objetivos de largo plazo. Un sistema de salud fragmentado y procíclico, convalida la división social y tiende a perpetuarla. Una parte de él provee atención y confort, y puede, incluso, inducir la demanda por tratamientos y procedimientos no necesariamente eficaces y, aun así, cubrir la satisfacción de sus demandantes. Otra parte del sistema absorbe el riesgo sanitario y financiero, procurando, con menos recursos, atender necesidades, muchas veces no identificadas, de personas sin capacidad económica propia, con consecuencias más graves que las que se hubieran afrontado con diagnósticos y atención oportunos. La gobernanza de un sistema de salud exige conocer la existencia de ambas realidades, en el marco del derecho universal y socialmente aceptado a la protección de la salud, más allá de la capacidad de financiamiento no igualitaria.

La gobernanza también implica reconocer que se debe garantizar una gestión adecuada de los recursos, que permita converger a una cobertura para todas las personas. Dicho de otro modo, la gestión de la salud y de la enfermedad implica una estrategia de financiamiento, gestión y prestación de recursos basada en un esquema de aseguramiento social, con un marco regulatorio que la respalde y un marco de gobernabilidad que posibilite el seguimiento y el consenso.

En relación al tercer argumento, el debate internacional sobre acceso universal, renovado con fuerza desde foros globales y multilaterales desde hace aproximadamente una década, se traduce en el país en la posibilidad de converger a un modelo de cobertura universal en salud. En cualquier caso, el modo de implementar este espacio de cobertura social colectiva aun no cuenta con un formato definido y, por tanto, requiere de una hoja de ruta que permita establecer objetivos estratégicos y metas de mediano plazo.

Las tendencias generales muestran que, si bien el país ha avanzado en reducir sus indicadores de morbi-mortalidad tradicionales y ha aumentado su esperanza de vida, las brechas entre grupos sociales aun no se han reducido sensiblemente. Ello coloca el desempeño sectorial por debajo de las expectativas, en comparación con otros países de ingresos similares.

El objetivo del presente artículo de investigación es analizar los modos de financiamiento del sistema del sistema de salud argentino actual, e identificar sus fortalezas y desafíos. A su vez, el análisis comparado de otros sistemas de salud de la región de América Latina y el Caribe y algunos procesos de reforma recientes pretende echar luz sobre los “cuellos de botella” existentes y las herramientas exitosas utilizadas, colocando el debate de la situación argentina en el contexto regional. Se espera, partir de los resultados de este estudio, brindar algunas herramientas para el diagnóstico y el diálogo de alternativas de política.

Marco Teórico

El sistema de salud argentino tiene una estructura mixta, descentralizada, apoyada en mecanismos de protección financiera solventados fuertemente desde el mundo del trabajo, y donde la prestación de sus servicios descansa en prestadores públicos y privados, segmentados en cuanto a su población natural de atención. La literatura internacional sobre protección financiera en salud establece la necesidad de identificar los mecanismos desplegados por un sistema nacional para alcanzar la cobertura eficaz de las necesidades sanitarias sin exponer a las familias a *shocks* financieramente catastróficos o empobrecedores (Wagstaff *et al.*, 2002, Xu *et al.*, 2003). El planteo inicial considera que los mecanismos de protección financiera pueden estar vinculados a conductas sanitarias preventivas, ahorradoras de exposición a la enfermedad y su consecuente impacto sobre el gasto en salud, a través de espacios de ahorro individual (auto aseguramiento) o descansando en esquemas de protección institucional (Lustig, 2001). Sus correlatos en el análisis regional pueden encontrarse en Baeza y Packard (2006) y posteriormente en Knaul *et al.* (2012).

Dentro de este último grupo —protección social institucional—, los países han desarrollado variantes, ya sea descansando en espacios públicos de cobertura universal financiados por impuestos, o a través de estructuras de seguro social, organizadas mediante retenciones al trabajador/a y su empleador/a. Estos sistemas son particularmente frecuentes en América Latina, con menor o mayor nivel de incidencia en su cobertura, dependiendo del peso del empleo formal en el país.

En este espacio de análisis, se presume que los sistemas de salud deben contar con un marco regulatorio único y robusto, que facilite el control de sus acciones, y fuentes de financiamiento variadas que permitan una estrategia sostenible de acción. Por otra parte, la función de aseguramiento debiera ser única o coordinada, con el objeto de minimizar los riesgos de cobertura de derechos diferenciales por

grupo social, típico de esquemas segmentados de atención. Más allá de ello, se promueve la multiplicidad de instituciones administradoras de recursos, a fin de favorecer la competencia, y brindar oportunidades de gestión de programas específicos por grupos sociales².

La solidaridad y la equidad del sistema no descansa en quién provee el servicio —más allá de las obvias necesidades de control regulatorio—. Son las fuentes de financiamiento las que remiten a la cobertura universal como sinónimo de equidad, promoviendo la menor participación del gasto directo de bolsillo, y a lo cual la función de gestión le brinda el contexto de eficiencia asignativa.

Son estos parámetros de análisis los que guían el desarrollo de las próximas secciones, a fin de abordar el tratamiento del modelo de salud argentino, sus fortalezas y limitaciones. La metodología de estudio es descriptiva, con una búsqueda exhaustiva de información en varias fuentes oficiales de datos, entre las que se encuentran los Ministerios de Salud y de Economía, la Superintendencia de Servicios de Salud, la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) y la Administración Nacional de la Seguridad Social (Anses). Complementariamente, se utilizó información censal, provista por el INDEC, y otras reparticiones provinciales para ajustar valores de gasto a precios constantes a lo largo del tiempo. Para el resto de los países de América Latina y el Caribe presentados en este informe, se han revisado los datos provistos por los organismos equivalentes en cada caso, junto a la bibliografía de otros estudios previos sobre el tema.

2 Para una discusión en detalle de cada función y su interacción dentro de un modelo de un sistema de salud, ver Maceira (2001).

1. Características generales del sistema de salud en la Argentina

En el financiamiento del sistema intervienen fuentes variadas de alimentación del plan de salud nacional, que se extienden desde impuestos y tasas recogidas por los tesoros nacionales, provinciales y municipales, hasta una parte significativa asociada con contribuciones de la seguridad social (beneficiarios/as y sus empleadores/as). El sistema de seguros prepagos, por su parte, se nutre de pagos directos o compensaciones de los hogares, más allá de los abonos de bolsillo en consultas, copagos, etcétera.

Las características del sistema de aseguramiento hacen del caso argentino un esquema particularmente complejo en comparación con otros modelos, con incidencia en la generación de ineficiencias asignativas y con consecuencias en la equidad global del conjunto. A diferencia de otras naciones, el modelo federal nacional brinda gran autonomía a las provincias (y en algunos casos, incluso a los municipios), para establecer la estrategia de cuidados de la salud de sus habitantes. Ello implica que las profundas diferencias en la distribución del ingreso se trasladan directamente al cuidado de la salud, a través de la atención de los grupos de por sí más expuestos, que son aquellos que recurren a la cobertura pública como fuente principal de cuidado (Maceira, 2018b).

En la medida que ello sucede, las posibilidades de implementar un diseño de protección financiera homogéneo a lo largo del país se reducen a las transferencias, eventuales o planificadas, de recursos desde el Estado Nacional. Los planes de cobertura pública así diseñados se implementan a través de gestiones ministeriales descentralizadas por provincia (y por secretarías de salud municipal en Buenos Aires y Córdoba, fundamentalmente), dando lugar a la atención de la población en establecimientos de propiedad subnacional. El Consejo Federal de Salud (COFESA), bajo la órbita del Ministerio Nacional, tiene bajo su responsabilidad coordinar las agendas provinciales.

En paralelo, opera un esquema de protección financiera dependiente de las instituciones de seguridad social. Estas se encuentran, a su vez, abiertas en tres grupos: el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), dependiente del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP); las veinticuatro Obras Sociales Provinciales (OSPr) dependientes del empleo público de las burocracias de cada provincia, y las aproximadamente trescientas Obras Sociales Nacionales (OSN), dependientes normativamente de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), que define el contenido y precio del Programa Médico Obligatorio (PMO), organizadas originariamente por rama de actividad económica y actualmente en continuo proceso de cambio a partir de la libertad de opción de sus beneficiarios.

La SSS tiene a su cargo el Sistema Único de Reintegro (SUR) para el financiamiento de las intervenciones de alto costo del total de las OSN, constituyendo uno de los elementos de redistribución y equidad transversal entre instituciones. El SUR forma parte de un espacio de asignación de fondos más amplio, el Fondo Solidario de Redistribución (FSR), que tiene como fin el subsidio de las OSN relativamente más pobres, asociadas con la capacidad contributiva de sus beneficiarias/os³. En la mayoría de los casos, la prestación de servicios de las Obras Sociales descansa en un abanico de profesionales, sanatorios y hospitales mayoritariamente privados, y en menor medida públicos, mediante convenios directos o gestionados por instituciones intermedias de cada provincia (Colegios Médicos, Asociaciones de Clínicas y Sanatorios, etcétera).

Aproximadamente un tercio de la población descansa en la cobertura pública, mientras un 10% aproximadamente contrata seguros privados. El 57% restante exhibe pertenencia a alguno de los bloques alternativos

3 Para un análisis en detalle del Sistema Único de Reintegro (SUR), ver Maceira (2018a).

de seguridad social, sobresaliendo las OSN, con más del 34% de la población, las OSPr con el 14%, y el PAMI, con proporciones entre el 7 y 8% del total, fundamentalmente personas mayores de 65 años.

La Tabla 1 brinda una fotografía del financiamiento sectorial al año 2015, a través de la participación de sus diferentes actores. De cada cien pesos invertidos en salud en la Argentina, casi 78,4% corresponde a contribuciones de sistemas solidarios, tanto públicos como de seguridad social, en tanto el 21,6% restante se atribuye al pago privado directo, ya sea mediante pagos de bolsillo (copagos, consultas directas, medicamentos, etcétera) o por desembolsos para costear seguros prepagos de salud, en proporciones muy similares (51,8% y 48,2%, respectivamente).

El gasto público o de seguridad social, a su vez, se divide en dos: la atención pública, con un 32,3% de los desembolsos, en tanto que Obras Sociales, el INSSJP y las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo (ART) —con características de aportes similares a las Obras Sociales, pero con objetivos específicos diferenciados— que representan en conjunto el 46,1% del total nacional.

Del total del gasto público, sólo un 20,5% corresponde a erogaciones del gobierno nacional, en tanto que las provincias, en su conjunto, asumen el 62,6%, dejando a municipios una carga relativa del 16,9%. Estos porcentajes se mantienen relativamente constantes si se los compara con el 2009, cuando el gobierno federal participaba con un 18%, en tanto los municipios lo hacían con el 14%.

Tabla 1
Financiamiento de la Salud en la Argentina por fuente - Año: 2015
(en pesos corrientes, dólares y %)

Agente	Miliones de \$ (2015)	Millones de USD (2015) ^a	% del Total	Participación en el PBI
Gasto Total en Salud	546.501	41.910	100,0%	9,3%
Gasto Público y Seguridad Social en Salud	428.492	32.860	78,4%	7,3%
<i>Atención Pública de la Salud</i>	176.313	13.521	32,3%	3,0%
– Nacional	36.210	2.777	20,5%	0,6%
– Provincial	110.390	8.465	62,6%	1,9%
– Municipal	29.713	2.279	16,9%	0,5%
<i>Seguridad Social</i>	252.179	19.339	46,1%	4,3%
– OSN	122.710	9.410	48,7%	2,1%
– INSSJP	61.450	4.712	24,4%	1,0%
– OSPr	54.618	4.188	21,7%	0,9%
– ART ^b	13.401	1.028	5,3%	0,2%
<i>Gasto Privado de los Hogares en Salud</i>	118.009	9.050	21,6%	2,0%
– Gasto de bolsillo	61.134	4.688	51,8%	1,0%

- EMP ^c	56.875	4.362	48,2%	1,0%
--------------------	--------	-------	-------	------

a. Tipo de cambio oficial al 31/12/2015 en base al Banco Central de la República Argentina (BCRA).
 b. Aseguradoras de Riesgos del Trabajo.
 c. Empresas de Medicina Prepaga.

Fuente: Elaboración propia en base a Sec. de Política Económica del Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas, Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGHo) 2012-2013, Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) y Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT).

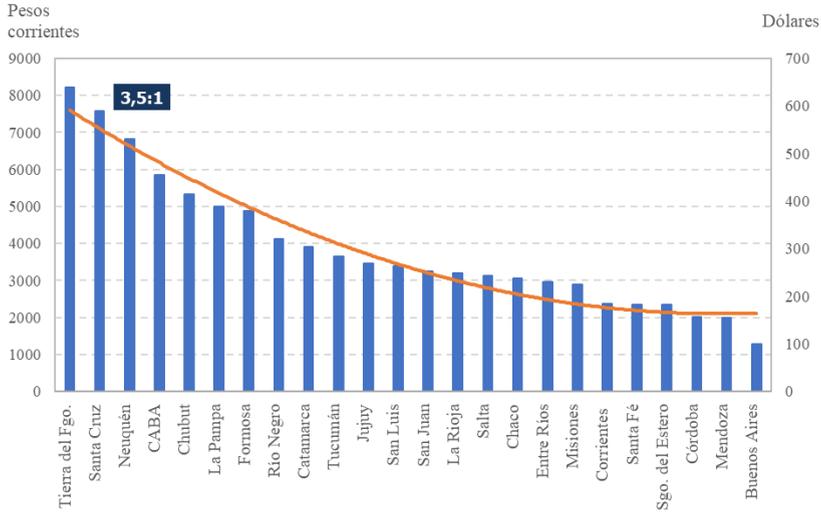
La seguridad social expone un contraste significativo: el PAMI detenta una contribución del 24,4%, exactamente la mitad que aquella de la totalidad de las trescientas OSN reunidas (48,7% del total de los fondos solidarios) y 2,7% por encima de las veinticuatro OSPr sumadas. Las ART contribuyen con 5,3%, correspondiente a la proporción del gasto del sector vinculado a la prestación de servicios de salud. En total, el 9,3% del producto bruto interno se destina a salud, con amplia incidencia de los sectores público y social, probablemente uno de los más altos de la región latinoamericana.

2. Subsistema Público

La presencia de un gasto público provincial elevado no remite a desembolsos homogéneos entre jurisdicciones (Figura 1). Se observó que el gasto *per cápita* en provincias patagónicas es

mayor al promedio nacional, y superior en tres veces y media al de aquellas de menor gasto relativo, comparando valores extremos (Tierra del Fuego y Santiago del Estero). Las provincias con espacios de descentralización explícita del gasto en salud a nivel municipal se encuentran en el extremo más bajo de la figura, en tanto debe agregarse el desembolso sub-provincial. Ello motiva que Buenos Aries, Córdoba, Santa Fe, y en alguna proporción Mendoza, fueran superadas por el resto de las estructuras políticas argentinas. Sin embargo, esta brecha se ha reducido sensiblemente en los últimos años. Información de 2009 mostraba que la dispersión en el gasto *per cápita* representaba una relación de 9,4:1 entre provincias extremas, mientras en 2015 fue de 3,5:1. Las diferencias pueden ser vistas como una mayor inversión relativa en salud de las provincias menos favorecidas económicamente.

Figura 1
Gasto en salud *per cápita*, por provincia - 2015



Nota: 3,5; 1 Tasa Tierra del Fuego / Santiago del Estero. (Córdoba, Mendoza y Buenos Aires cuentan complementariamente con gasto municipal en Salud). Tipo de cambio oficial al 31/12/2015 en base al Banco Central de la República Argentina (BCRA).

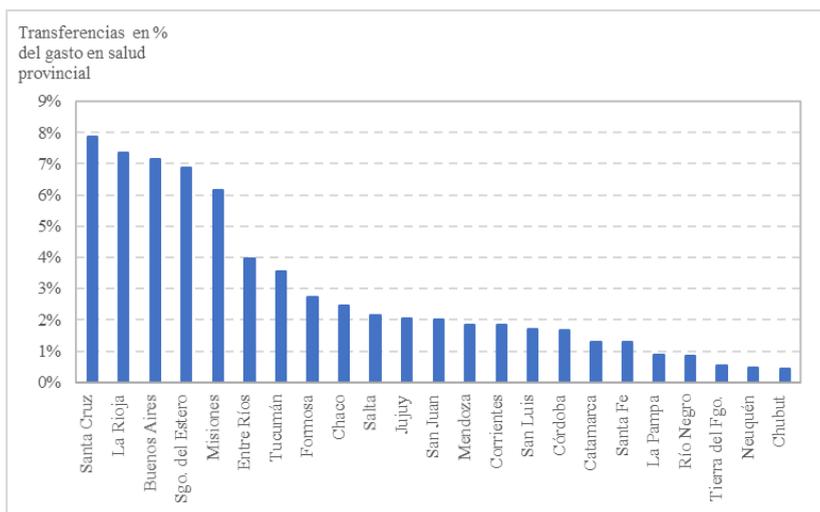
Fuente: Elaboración propia en base a Información Fiscal Provincial y Municipal del Ministerio de Economía y datos de población estimados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

Dadas estas brechas entre provincias, se comprende que la construcción de equidad en salud requiere de un esfuerzo federal que nivele diferencias, a la vez que permita abrir un debate sobre las condiciones bajo las cuales se aplica la idea de descentralización como objetivo político en el contexto del espacio de administración pública.

La Figura 2 presenta un indicador que permite medir la capacidad del poder federal de

amortiguar tales brechas: el porcentaje de los recursos federales transferidos a los gobiernos provinciales, medido en términos del gasto público provincial en el sector. En 2015, Santa Cruz ha sido la mayor beneficiada, seguida por provincias de mayor necesidad relativa, ya sea por sus niveles de pobreza (La Rioja, Santiago del Estero, Misiones) o por factores de escala poblacional (Buenos Aires).

Figura 2
Transferencias nacionales en Salud, por provincia - 2015
(en % del Gasto en Salud Provincial)



Nota: Se excluye CABA ya que recibe como parte de las transferencias gastos administrativos correspondientes a los programas centralizados en su jurisdicción (personal, insumos, etcétera), a fin de evitar distorsiones.

Fuente: Elaboración propia en base a Secretaría de Política Económica y DNCFP – Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas.

Ello brinda dos consideraciones parciales: la independencia (y exposición) de los modelos provinciales de salud a sus capacidades de resolución y la caída de la participación federal, en tanto los porcentajes de incidencia de nación se redujeron del 6% al 2,8% aproximadamente en los últimos seis años. Los contenidos de estas transferencias exhiben que el 60% corresponde a recursos sin uso específico, lo que refiere a la discrecionalidad de los mecanismos de traspaso, seguido por fondos asociados con el cuidado de la madre y el niño (16,7%), y salud social y comunitaria (9,1%).

3. Subsistema de Seguridad Social

Dentro del subsistema de seguridad social, se propone brindar una mirada de las caracterís-

ticas generales de los tres grandes bloques de aseguramiento: PAMI, OSN y OSPr, identificando algunas de sus condiciones salientes y su tránsito en el tiempo.

La Tabla 2 ofrece la evolución por provincia de la población a cargo de los esquemas de cobertura social formal en conjunto con las empresas de medicina prepaga (EMP). Los valores se expresan en porcentaje del total de residentes, con fuente en los sucesivos censos nacionales (1991, 2001 y 2010) realizados por el INDEC. La última columna indica la evolución temporal de dicha cobertura formal entre los dos extremos de los veinte años expuestos. El ordenamiento de las provincias está dado por la columna de cobertura formal para el 2010.

Tabla 2:
Evolución de la población con cobertura de Salud, por provincia - Períodos
1991; 2001; 2010
(en % del total)

Provincia	Población con cobertura de salud (%)			Variación intercensal (%)
	1991	2001	2010 ^a	1991-2010
Santa Cruz	76,95	70,77	83,06	7,94
CABA	80,31	73,82	82,34	2,52
Tierra del Fuego	69,20	69,93	78,50	13,44
Chubut	67,39	60,45	72,71	7,89
Santa Fe	70,97	58,03	68,30	-3,77
La Pampa	64,79	54,52	67,72	4,52
Córdoba	62,22	54,24	67,11	7,86
Río Negro	61,17	50,05	65,58	7,20
Neuquén	59,74	51,26	65,27	9,26
Buenos Aires	63,28	51,21	64,63	2,14
Entre Ríos	61,48	51,34	64,28	4,55
Tucumán	64,66	51,78	63,55	-1,72
Mendoza	57,83	49,42	63,03	8,99
La Rioja	66,01	59,17	61,87	-6,27
Catamarca	63,21	54,95	60,88	-3,68
San Luis	62,39	48,38	60,36	-3,26
Misiones	50,18	42,17	56,39	12,37
San Juan	59,14	47,03	56,02	-5,27
Jujuy	55,99	45,84	54,76	-2,20
Salta	51,31	39,58	52,38	2,09
Corrientes	51,58	37,89	51,63	0,09
Santiago del Estero	44,64	36,34	44,06	-1,30
Formosa	42,74	34,19	43,11	0,87
Chaco	47,84	34,49	42,07	-12,06

Censo 2010 Incluye toda la población con cobertura de obras sociales, prepagas y programas o planes estatales de salud.

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 1991; Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

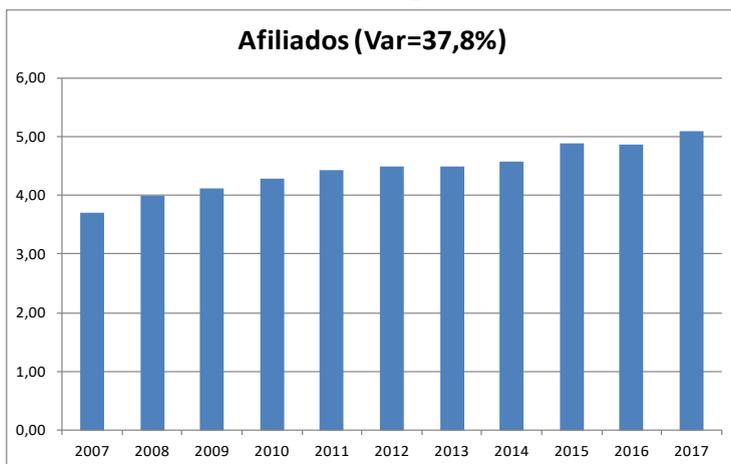
Claramente se observa un patrón geográfico prevalente: las provincias patagónicas y del área pampeana se ubican en la cima de la tabla, con Santa Cruz y CABA encabezando el nivel de cobertura formal, que supera el 80%. En el otro extremo, las provincias del Noreste (Corrientes, Misiones, Santiago del Estero, Chaco y Formosa) junto a Salta, ofrecen un escenario de menor protección formal, inferior en general al 50% de la población, aunque con un piso de 42%. Este análisis complementa la información previa: provincias relativamente más pobres cuentan con menores recursos públicos, al tiempo que un porcentaje mayor de su población depende de tales fondos para atender la salud. Por su parte, la concurrencia del gobierno nacional procura compensar diferencias de financiamiento, aunque la escala de esas contribuciones no involucra proporciones significativas de la brecha existente.

4. El Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI)

El 80% de los beneficiarios del PAMI supera los 65 años. Su población se constituye originalmente por todas aquellas personas que, habiendo trabajado en relación de dependencia, deben —o deciden— abandonar su Obra Social de origen al momento jubilatorio. Se agregan a ellos, los menores y dependientes de este grupo, y los ex combatientes de Malvinas sin cobertura alternativa.

La evolución de la cobertura del PAMI refleja los cambios en el reconocimiento de derechos sociales dentro del sistema sanitario y de la sociedad argentina en su conjunto. La Figura 3 permite mostrar el incremento en su escala de atención, atribuible a la incorporación de nuevos contingentes al espacio de garantía de cobertura de salud, particularmente mujeres sin empleo formal y con trayectoria de trabajo en el hogar, como también de los/as trabajadoras/es informales receptores/as de planes sociales que alcanzan la edad jubilatoria.

Figura 3
Evolución de afiliados a PAMI - 2007-2017
(en millones de personas)



Fuente: Maceira (2018d).

Este movimiento hacia un aun mayor protagonismo del PAMI en el sistema de salud se vio acompañado parcialmente por un crecimiento de recursos de la Administración Federal de Ingresos Públicos (vía aportes de los trabajadores activos) correspondientes al 78% de sus ingresos, complementado por transferencias de la ANSES —correspondientes a las contribuciones de los mismos pasivos—, en un 18%.

Un desafío de origen del PAMI es la falta de oportunidades para desplegar programas de prevención eficaces para la tercera edad. Ello ocurre en tanto parte de su población beneficiaria no dependía institucionalmente de su influencia en años previos, al tiempo que muchas OSN no cuentan con incentivos para desarrollar acciones preventivas utilizando recursos propios, en la medida que, al tiempo de recuperar la inversión de estos esfuerzos, sus beneficiarios/as constituyen parte del padrón del PAMI (Maceira y Olaviaga, 2011).

5. Las Obras Sociales Nacionales

La cobertura de las OSNs se distribuye en unas trescientas instituciones, con escala, ingreso promedio y capacidad de resolución diferenciada. En ocasiones, sus servicios se reali-

zan mediante prestadores propios, pero en su mayoría utilizan estructuras de redes de prestadores (clínicas, sanatorios y profesionales de la salud) a lo largo del país. Su papel dentro del sistema sanitario argentino es el de gestionar los recursos provenientes de aportes patronales y contribuciones salariales, definiendo estrategias para lograr la cobertura del PMO, identificando redes de servicios, ejerciendo la coordinación entre prestadores, diseñando mecanismos de pago y reembolso.

Los montos de ingreso promedio y la escala poblacional hacen de este subsector un caso paradigmático de protección financiera. En él conviven obras sociales de gran escala poblacional, salarios promedio relativamente altos y gran capacidad de cobertura, con otras de pequeña escala, niveles reducidos de contribución por cápita, que descansan en los mecanismos de subsidio gestionados por la SSS.

La Tabla 3 refleja las brechas de escala y recursos disponibles para el período 2016. La matriz organiza a las obras sociales en el eje horizontal en función de su monto distribuido por persona y por tamaño. Cada celda, por tanto, resume el número de OSN localizadas en ese contexto de tamaño e ingreso promedio.

Tabla 3
Matriz de OSN por cantidad de beneficiarios e ingreso por afiliado de la OSN - 2016

		Monto distribuido por afiliado a las OSN, año 2016 (miles de pesos)			
		Bajo Hasta 4.6	Medio bajo 4.6 hasta 9.3	Medio alto 9.3 hasta 25.6	Alto Mas de 25.6
Obras sociales	Minúsculas Hasta 1000 beneficiarios	Cant. OS: 2 Beneficiarios: 914 Monto/cotizante prom.: 3.2	Cant. OS: 4 Beneficiarios: 1874 Monto/cotizante prom.: 6.6	Cant. OS: 5 Beneficiarios: 2095 Monto/cotizante prom.: 9.3	Cant. OS: 16 Beneficiarios: 8312 Monto/cotizante prom.: 17.6
	Pequeñas 1001 hasta 10000 beneficiarios	Cant. OS: 15 Beneficiarios: 76020 Monto/cotizante prom.: 2.01	Cant. OS: 39 Beneficiarios: 220256 Monto/cotizante prom.: 5.9	Cant. OS: 24 Beneficiarios: 110471 Monto/cotizante prom.: 9	Cant. OS: 28 Beneficiarios: 114774 Monto/cotizante prom.: 20.7
	Intermedias 10001 hasta 100000 beneficiarios	Cant. OS: 6 Beneficiarios: 144177 Monto/cotizante prom.:	Cant. OS: 57 Beneficiarios: 1997703 Monto/cotizante prom.: 5.7	Cant. OS: 35 Beneficiarios: 1184557 Monto/cotizante prom.: 8.97	Cant. OS: 19 Beneficiarios: 672159 Monto/cotizante prom.: 14.6
	Grandes Más de 100000 beneficiarios	Cant. OS: 1 Beneficiarios: 1048537 Monto/cotizante prom.: 2.8	Cant. OS: 21 Beneficiarios: 6394483 Monto/cotizante prom.: 6.07	Cant. OS: 8 Beneficiarios: 1691784 Monto/cotizante prom.: 9.7	Cant. OS: 7 Beneficiarios: 1790970 Monto/cotizante prom.: 16.6

Nota: PAMI tiene 5081359 de beneficiario y un monto por beneficiario de 12.81

Monto por cotizante promedio en miles de pesos corrientes.

Fuente: Elaboración propia en base a SSS y AFIP.

En el extremo sudeste de la matriz se ubican las siete obras sociales de mayor escala y contribución promedio, reuniendo entre ellas aproximadamente 1,8 millones de personas y 16,6 mil pesos de aportes promedio por año. En el otro extremo, se ubican dos OSN con 914 personas cubiertas entre ambas, y 3,2 mil pesos anuales de aporte por cada una de ellas. Claramente, la posibilidad de brindar satisfacción al mismo PMO es limitada, lo que desafía la posibilidad de proponer un espacio equitativo de protección financiera. La convivencia de tan variado nivel de instituciones refleja la necesidad de una discusión sobre los alcances de cada una y la necesidad de aprendizaje cruzado.

Desde esta perspectiva, las OSN de mayor envergadura y/o más eficaces en el cumplimiento de la atención de la salud establecida por el PMO debieran liderar, en conjunto con la Superintendencia de Servicios de Salud, un mecanismo de construcción de consensos para la mejora colectiva de este subsector, y su convergencia a un modelo de salud más integrado (Maceira, 2018c).

Los principios de protección financiera en salud proponen alternativas de mejoras en eficiencia a través del logro escalas poblacionales relevantes para el sostenimiento y la ampliación de cobertura. Una agenda viable para el sector debe mantener la solidaridad existente del modelo actual, con mayor inversión en la gestión de escala poblacional, dentro de una

construcción generada por la articulación del mundo del trabajo y de la salud.

En la actualidad, las primeras veinte OSN nuclean el 56% de la cobertura total del subsistema, en tanto que las siguientes 280 contribuyen con el 44% restante. El listado lo encabeza la Obra Social de Empleados de Comercio, con el 12,8% de los beneficiarios, manteniendo su liderazgo desde antes de 1997, cuando esta primera medición fue realizada. Lo escolta la Obra Social de los Peones Rurales, con el 6,8%, manteniendo también su incidencia relativa en el sector a lo largo del tiempo. Dentro de este *ranking* de las primeras veinte OSN, conviven instituciones tradicionales, con otras cuya evolución ha sido particularmente rápida durante la última década. Dentro de este segundo bloque se destacan la presencia de las Obras Sociales de Petroleros y Trabajadores de Casas Particulares, junto con aquellas de Trabajadores de la Actividad del turf y comisarios navales. Su presencia en esta grilla responde a realidades diferentes: el crecimiento de la actividad económica potenció el mayor alcance de la primera, en tanto que la dignificación del trabajo doméstico facilitó el surgimiento de la segunda. Las instituciones relacionadas con el personal del turf y comisarios navales reflejan un fenómeno asociado con la libre elección de obras sociales, iniciado en la década de los '90: el descontento con la atención de la institución de origen dio lugar al traspaso a otras, en ocasiones sostenidas con convenios de gestión con empresas de medicina prepaga.

6. Las Obras Sociales Provinciales

Estas instituciones reflejan la relevancia del empleo público en cada jurisdicción, tanto en términos de población total beneficiaria, como particularmente, en el peso porcentual de su cobertura sobre los/as habitantes totales para cada caso. A diferencia de las OSN, el PAMI y las empresas prepagas, las OSPr no se encuentran sujetas a la regulación de la SSS, y no

tienen obligación, por tanto, de cumplir con el Programa Médico Obligatorio. En la medida que sus aportes y contribuciones se encuentran atados a las rentas de la provincia, en ocasiones su operatoria también se ve influida por la capacidad de gestión de la burocracia pública de cada caso. Es frecuente encontrar, sin embargo, OSPr que toman el PMO y otras regulaciones de la SSS como parámetros para su funcionamiento, incluso superando las exigencias de cobertura que se desprenden de esta normativa.

Las OSPr se nuclean en la Confederación de Obras Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA), institución intermedia con creciente influencia para la coordinación de políticas.

La Tabla 4 presenta la cobertura de cada OSPr para el período 2014 y su peso en la población total, estimada por INDEC para 2015 en función del Censo Nacional del 2010. Las provincias fueron ordenadas a partir de la segunda columna, que indica el total de beneficiarios de cada institución, quedando registrada en la última columna su participación en el total provincial.

Tabla 4
Cobertura obras sociales, provinciales, y participación porcentual, por jurisdicción

Provincia	Beneficiarios OSP 2014	Población estimada 2015	Afiliados a OSP/Pob. Total
Buenos Aires	1.934.467	16.659.931	11,6%
Mendoza	770.048	1.885.551	40,8%
Córdoba	550.572	3.567.654	15,4%
Santa Fé	536.061	3.397.532	15,8%
Tucumán	310.801	1.592.878	19,5%
Entre Ríos	266.331	1.321.415	20,2%
Salta	260.615	1.333.365	19,5%
CABA	260.000	3.054.267	8,5%
Chaco	242.518	1.143.201	21,2%
Neuquén	201.500	619.745	32,5%
Misiones	177.851	1.189.446	15,0%
Jujuy	172.390	727.780	23,7%
Santiago del Estero	166.144	928.097	17,9%
Catamarca	163.104	396.895	41,1%
San Juan	134.326	738.959	18,2%
Corrientes	132.871	1.070.283	12,4%
Río Negro	127.814	698.874	18,3%
La Rioja	125.700	367.728	34,2%
Chubut	123.487	566.922	21,8%
Santa Cruz	115.000	320.469	35,9%
Formosa	110.761	579.250	19,1%
La Pampa	84.057	343.056	24,5%
San Luis	79.840	476.351	16,8%
Tierra del Fuego	49.412	152.317	32,4%
Total	7.095.670	43.131.966	16,5%

Fuente: elaboración propia en base a Canale, S. et al. (2016)

La población total que descansa en estas instituciones supera los siete millones de personas, aproximadamente un 16,5% del total nacional en ese período. La provincia de Buenos Aires encabeza con el IOMA la lista de jurisdicciones, con 1,94 millones de beneficiarios/as, lo que representa 11,6% de los bonaerenses. La OSEP de Mendoza se ubica en segundo lugar, con 770 mil afiliados/as, en tanto que Córdoba se encuentra en el tercer lugar con 536 mil personas. La escala poblacional de cada provincia incide en este ordenamiento, por lo que se han resaltado los casos provinciales de mayor incidencia de su OSPr en el total. Desde esta perspectiva, Catamarca en-

cabeza la lista con 41,1% de su población dependiente de su OS, seguida por Mendoza. En tercer y cuarto lugar se ubican Santa Cruz y La Rioja, con 35,9% y 34,2%, respectivamente.

La información disponible sobre gastos por beneficiario y por OSPr, presentada para un grupo de provincias seleccionadas se obtuvo de la Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias y refleja las erogaciones en seguridad social, la que fue ponderada por la población de cada OSPr. Los mismos expresan elementos ya identificados en secciones anteriores: mayor capacidad de gasto de las provincias patagónicas y de la región centro, menor nivel de

gasto promedio de las jurisdicciones del norte y aquellas que descansan en ámbitos sub-provinciales de erogación de recursos, y una relación entre extremos de 5:1 aproximadamente. Esta tasa resulta inferior a la encontrada entre ministerios provinciales al tomar como denominador la población total, aunque es relativamente menos regresiva si se opta por la población sin cobertura en el denominador del cálculo.

7. Sistemas de salud de América Latina y el Caribe: tendencias de reformas

Para contextualizar la realidad del sistema argentino en el marco de otros sistemas regionales, se presenta a continuación, una caracterización de los mismos, así como una breve descripción de las reformas recientes en base a las discusiones y objetivos de las últimas décadas en torno al sector salud.

Analizando las reformas desde la perspectiva de los instrumentos utilizados, se observa un grupo de herramientas frecuentes en la implementación regional: la descentralización en la gestión, la nominalidad de usuarios, la definición explícita de intervenciones, la puesta en práctica de programas asociados a grupos priorizados, y la aplicación de pagos vinculados a desempeño. Estas herramientas tienen como trasfondo común la decisión de favorecer la gobernabilidad y la transparencia del sector por diferentes razones. La definición de paquetes de servicios explícitos y la nominalidad identifican obligatoriedad de cumplimiento de cobertura, lo que puede traducirse en un mecanismo de publicitar derechos, hacerlos homogéneos y generar mecanismos de control. La priorización de sectores específicos de la población, en todo o en parte, orienta las acciones clave en poblaciones materno-infantiles principalmente.

Por su parte, la descentralización promueve la distribución de recursos en niveles sub-nacionales, aspirando a democratizar el uso de recursos y lograr mayor *accountability*, aunque demandando mayor capacidad de gestión. El

tercer instrumento, el mecanismo de pago asociado a desempeño, genera incentivos a la separación de funciones y facilita la asociación entre desembolsos y prestaciones.

Los programas específicos en población materno-infantil forman parte de los modelos sanitarios regionales, en algunos casos bajo el paraguas de Seguros Nacionales, con metas explícitas para este grupo poblacional. Mientras tanto, la inclusión de paquetes definidos de intervenciones gana protagonismo, separando los modelos vinculados principalmente con subsidios a la oferta pública de aquellos mixtos.

En paralelo, los modelos de aseguramiento público o social se apoyan en pagos asociados a desempeño, diferenciados de los presupuestos fijos puros que sostienen a hospitales y centros de salud estatal.

Si bien los esfuerzos de nominalización con paquetes definidos sugieren mejoras en la cobertura (Uruguay, Bolivia) y en la reducción de la brecha de equidad (Nicaragua y México), tampoco pueden considerarse aisladamente de otros factores. Garantías insuficientes o desarticuladas de las necesidades prevalentes de la población priorizada pueden contribuir en ineficiencia en la asignación de recursos, con escaso impacto en la equidad.

Finalmente, la descentralización de los sistemas de salud, en ocasiones visto como una herramienta idónea para mejorar el impacto de los recursos invertidos en el sector, requiere de grandes desarrollos en capacidad local de gestión. La aplicación y profundización de medidas de cambio organizacional en los sistemas de salud de la región durante los últimos veinte años nos permite identificar tres modelos generales de gestión. El primero de ellos procura avanzar en un esquema de cobertura universal de salud desde esquemas de subsidios a la oferta, en los cuales un sistema público protagónico cubre las funciones de regulación, financiamiento y aseguramiento, estableciendo tácitamente las garantías de derechos que se traducen en prestaciones en establecimientos

dependientes de la esfera estatal. Ello se verifica en las naciones del Caribe inglés, que heredaron el modelo de atención desde su estructura colonial, pero también se encuentra en modelos como el de Brasil y el de Costa Rica.

En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) ofrece un modo de financiamiento basado en rentas generales y una definición estratégica de prioridades y tareas a nivel central, que descentraliza acciones a nivel estadual y departamental, utilizando para ello prestadores públicos propios y proveedores privados contratados. Si bien la cobertura alcanzada es significativa, las diferencias regionales conllevan a la presencia de seguros privados por fuera del SUS.

Costa Rica, por su parte, logra un modelo de cobertura universal mediante la combinación de esfuerzos del Ministerio de Salud, a cargo de la regulación del sistema, en tanto que una red de médicos de familia funciona como contención sanitaria con enfoque de geo-referenciamiento. La atención de segundo y tercer nivel descansa en los prestadores hospitalarios estatales dependientes funcionalmente de la Caja Costarricense de Seguridad Social. De este modo, y a diferencia de otras naciones de la región, los recursos impositivos y de retenciones salariales y patronales se asignan para que las dos instituciones (Ministerio y Seguridad Social) distribuyan tareas dentro del sistema para cubrir igualmente a toda la población.

Los modelos de subsidio a la oferta fueron desafiados durante los años noventa, aduciendo ineficiencias en la asignación de recursos, y proponiendo en su lugar esquemas de aseguramiento social que tuvieran como fin la cobertura de paquetes específicos de servicios. Estos mecanismos de subsidio a la demanda contaron con la incorporación del sector privado y de la seguridad social como prestadores del subsistema público.

En ocasiones, el objetivo fue determinar grupos sociales y prestaciones priorizadas, como sucedió con el primer seguro materno-infantil de Bolivia, o con los modelos de

complementación público-ONGs en algunas naciones de América Central, orientados a proveer cuidados preventivos y atención ambulatoria en zonas pobres y/o rurales.

Estos modelos debieron enfrentarse con grandes desafíos de sustentabilidad financiera: en la medida que sus fuentes de financiamiento descansaban en créditos externos, su implementación contaba con un período finito a partir del cual se volvía a la situación inicial. Asimismo, el subsidio puro a la demanda muestra incentivos a la selección adversa de pacientes con cuadros sanitarios más complejos, lo que redundaba en desprotección financiera a mediano plazo.

Del aprendizaje sobre las ventajas y desafíos de los modelos de subsidio a la oferta y a la demanda, se observan dos grandes líneas de reforma sectorial. La primera de ellas propuso mantener el modelo segmentado tradicional de los sistemas de salud latinoamericanos (en subsistemas públicos, privados y de seguridad social, para diferentes grupos de ingreso), mientras que otros propusieron avanzar en la construcción de Seguros Nacionales de Salud. Dentro del primer grupo se encuentran los casos de la Argentina y México, con el Plan Nacer (y el posterior Programa Sumar), y el Seguro Popular, respectivamente. En ambos casos el espacio de intervención fue el subsistema público, de modo de implementar sobre el financiamiento histórico de infraestructura estatal (hospitales y centros de atención primaria), mecanismos de premios por desempeño, asociado con metas o trazadoras de cumplimiento. La articulación entre estos programas y el sistema público se asienta en compromisos de gestión entre el ministerio central y los niveles subnacionales, orientados por la atención de la demanda en diversas líneas de cuidado y cumplimiento de funciones esenciales de salud pública.

Por su parte, la trayectoria de seguros nacionales de salud muestra los procesos de aprendizaje en términos de política sanitaria regional. En todos los casos, se procuró au-

mentar la cobertura e incorporar niveles de coordinación entre el esquema tradicional público con los espacios contributivos dependientes del mundo del trabajo, teniendo como meta implícita la convergencia a un modelo integrado de seguridad social.

El caso chileno fue pionero en combinar esquemas de subsidio a la oferta mediante la estructura pública tradicional, con subsidios a la demanda, organizados a partir de seguros sociales y privados. El Ministerio de Salud es la autoridad sanitaria, a cargo de la rectoría del sistema, y la fijación de políticas. Asimismo, la Superintendencia de Salud controla a las ISAPRES —seguros privados— y al FONASA —el Fondo Nacional de Salud—, y fiscaliza a los prestadores de servicios. El sistema público de salud se financia con aportes impositivos del tesoro nacional, tributos municipales y comunales. El sistema de seguridad social FONASA, y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), cuentan con la cotización obligatoria de la población trabajadora en relación de dependencia. Los/as trabajadores/as activos y pasivos que cotizan al sistema de salud lo hacen al Fondo Nacional de Salud (FONASA), en cuyo caso la atención se concentra en el sistema público, o tienen como destino una Institución de Salud Previsional. Los indigentes y no cotizantes forman parte del FONASA, mediante una contribución del Estado, que garantiza el piso común de atención (Gattini *et al.*, 2010). Durante la última década, el sistema de salud chileno ha incorporado legislación orientada a formalizar un Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES) que da protección financiera, oportunidad, acceso y Calidad en un conjunto de 66 (originalmente 25) patologías priorizados de la salud, en un plan universal de Salud (ex AUGE), recibiendo incentivos por cumplimiento (Bitrán *et al.*, 2004).

La reforma inicial del sistema de salud de Colombia permitió la incorporación de conceptos clave para la discusión de las iniciativas de cambio en la organización sanitaria de Amé-

rica Latina, reforzando la creación de un modo de aseguramiento social en base a un paquete explícito de servicios, el Plan Obligatorio de Salud (POS). Este modelo se coordina con una estructura de subsidio a la oferta, encabezada por un esquema tradicional público descentralizado (Guerrero *et al.*, 2011, Florez *et al.*, 2008). Financiado por contribuciones salariales y patronales de trabajadores formales, el esquema de seguridad social contaba con dos modalidades: el régimen contributivo y el subsidiado, este último receptor de una canasta reducida (POS-S) de servicios. Las contribuciones previsionales son recibidas por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), entidades privadas que administran los fondos de los contribuyentes que las eligen, depositando en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) las diferencias entre los aportes y las primas que financian el POS-contributivo de los aportantes (Castaño Tamayo *et al.*, 2001). El régimen subsidiado, orientado a la población de menores recursos, opera con base en un subsidio cruzado del régimen contributivo a lo que se suman fondos fiscales procedentes de impuestos generales. Fallas en el diseño de los incentivos entre el ente asegurador, las gerencadoras privadas y los prestadores públicos y privados, como también en las limitaciones del POS llevaron a una profunda judicialización del sistema, desencadenando un proceso de reajustes aun no concluido, dirigido a mancomunar recursos de la seguridad social.

Del mismo modo que el caso colombiano refleja un aprendizaje sobre la reforma chilena original, en 2008 se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay, que incluye enseñanzas de los dos anteriores. Basado en el Seguro Nacional de Salud (SNS) como resultado de un proceso iniciado en el año 2005, el objetivo estratégico de la reforma fue reducir la segmentación del modelo, que impedía la coordinación eficiente de recursos. En la actualidad, el SNS es administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública (MSP), con un

Directorio de trabajadores, usuarios y prestadores. El SNS se conforma a partir del Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social (ex Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad, DISSE), con financiamiento del Fondo Nacional de Salud (FONASA), originados en aportes salariales y patronales. Quedan incluidos en el FONASA los trabajadores privados y públicos del sector formal, y sus dependientes hasta los 18 años. Los contribuyentes eligen una institución administradora y reciben prestaciones contratadas por las mismas en la red del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Estas instituciones administradoras son la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) para el caso de servicios públicos, o alguna de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), como prestadores integrales. Las IAMCs son mutuales sin fines de lucro, con capacidad prestacional propia o contratando clínicas, sanatorios o profesionales del sector privado. La JUNASA como administrador del SNS, establece contratos de gestión con los prestadores integrales, abonando una “cuota salud” por beneficiario a la institución pública o privada elegida por el aportante. Dicha cuota se encuentra compuesta por dos componentes: una capita común, fijada por el JUNASA, corregida por sexo y edad de los beneficiarios, y un premio por cumplimiento de metas asistenciales (Aran *et al.*, 2011, OPS, 2009). Los aportes públicos impositivos y surgidos de contribuciones obligatorias, financian también el Fondo Nacional de Recursos (FNR), institución encargada de regular y administrar los recursos para los tratamientos de alta complejidad de la totalidad del sistema de salud uruguayo. La prestación de estos se efectúa en instituciones de medicina altamente especializadas (IMAE), públicas o privadas

8. Marco de Análisis sobre Políticas, Conductas e Incentivos

Pensar una estrategia de cambio sectorial en un contexto como el que brinda el sistema de salud argentino requiere generar espacios

de construcción de consensos en base a un plan de acción de mediano plazo. Como fuera mencionado en párrafos previos, la estructura de descentralización del subsistema público nacional no cuenta con paralelismos en los modelos regionales, incluso con aquellos con estructuras federales de gobierno.

La descentralización de fondos para su gestión subnacional, como ocurre en Brasil, México, Chile o Colombia (los dos primeros, de estructura federativa; los segundos, con modelos unitarios) no son replicables en el modelo local. A diferencia de ellos, en la Argentina la independencia provincial para regular, financiar y establecer pautas de aseguramiento excede lo observado en otros países. Por ello, el diseño de un plan federal necesita de un Consejo Federal de Salud activo, con una hoja de ruta clara sobre los roles a ser desempeñados por el Ministerio federal hacia futuro.

Por su parte, el esquema de garantías de derechos a ser respetados por los seguros sociales en la Argentina es extremadamente amplia y en ocasiones pobremente reglamentada para su aplicación. Estas características separan al caso argentino de otros con paquetes de servicios más reducidos (Colombia, Chile), o reglamentaciones más estrictas para su implementación (Chile, Uruguay). Con la única excepción de Uruguay, no existe en la región latinoamericana un sistema solidario tan extendido basado en el empleo formal, aunque también fuertemente desconcentrado entre instituciones. Ello requiere de una autoridad supervisora que brinde pautas comunes para orientar no sólo el gasto y el uso de tecnologías, sino también que provea un marco de normas que impulse cambios en el comportamiento de prescripción y consumo de servicios de salud.

Asimismo, el protagonismo del sector privado en el modelo argentino, fundamentalmente en la prestación de servicios de salud, es muy marcada, requiriendo su participación en cualquier modelo de cambio a futuro. La falta de prestadores propios —con excepciones— en

la provisión de servicios de Obras Sociales y empresas de medicina privada lleva al desarrollo de complejos y cambiantes mecanismos de pago entre gerenciadores y prestadores.

La multiplicidad de escenarios provinciales, con disponibilidades diversas de recursos humanos y tecnologías, impulsa la proliferación de arreglos contractuales, donde diferentes poderes de negociación disparan un abanico de situaciones, incluso al interior de una misma provincia. Las capacidades de negociación de instituciones de gran escala a nivel nacional (PAMI, Obras Sociales Nacionales de alcance federal y número de beneficiarios/as significativos) o provincial (las Obras Sociales específicas de cada jurisdicción) cuentan con destacada experiencia en gestión. Ello genera espacios de contratación claramente diferentes a aquellas otras instituciones de menor escala y/o ingreso promedio, impidiendo que un mismo paquete de servicios sea efectivamente brindado de modo homogéneo entre grupos con distinta cobertura. Incluso, las capacidades de cada entidad gerenciadora (Obra Social o prepaga) para gestionar los gastos vinculados con la alta complejidad son extremadamente diferenciadas, con ahorros o pérdidas de eficiencia asignativa significativas, dependiendo del caso bajo observación.

En algunos países, donde el esquema de cobertura universal descansa en modelos protagónicos de oferta pública (Costa Rica, Brasil), la tensión en la cobertura de las enfermedades de alto costo recae en la capacidad estatal de gasto. En otros modelos, se procura concentrar la compra de estos servicios en entidades únicas, avanzando en esquemas de aseguramiento social con prestación privada o mixta (como es el caso del Fondo Nacional de Recursos en Uruguay, o el FONASA en Chile). La institución con características similares en nuestro país es el Sistema Único de Reintegros de la seguridad social nacional, cuyo espacio de injerencia se limita al 35% de la población con cobertura formal. Dicho de otro modo, la convergencia hacia un modelo más

equitativo y eficaz en la asignación de recursos en nuestro país implica un esfuerzo de coordinación mayor que sus pares regionales. Sin embargo, y a diferencia de la mayoría de ellos, parte de un piso de recursos y garantías no equiparable, que supera en algunos casos las pautas establecidas en naciones desarrolladas.

El debate sobre potenciales líneas de trabajo en pos de una reforma sectorial, se propone considerar la existencia de los siguientes espacios de intervención (Maceira, 2014):

- Sobre las condiciones básicas en las cuales opera el sistema de salud (los determinantes sociales de la salud, tales como niveles de ingreso y su distribución, acceso a servicios de agua y saneamiento, polución ambiental, acceso a educación formal y las brechas entre grupos sociales);
- Sobre la estructura del sistema (las instituciones y actores participantes en el funcionamiento del sector: hospitales y sanatorios, médicos y otros trabajadores de la salud, seguros privados y sociales, asociaciones médicas y de clínicas y sanatorios, colegios y sindicatos de trabajadores, productores de tecnologías y medicamentos, organismos internacionales, etcétera);
- Sobre las conductas o acciones de aquellos actores que operan dentro del sistema: patrones de prevención y conductas saludables de la población, mecanismos de pago, estructuras de contratos entre gerenciadores y prestadores, descuentos en medicamentos, velocidad de incorporación de cambio tecnológico, espacios de inducción de demanda, perfiles de consumo y prevención de la población, etcétera.
- Sobre el marco de consenso entre los tres poderes públicos para establecer responsabilidades y alcances de cada subsistema en función de los recursos disponibles y la población a cargo de cada uno.

Dados ciertos determinantes sociales, el sistema de salud, organizado según el esquema de cada país, genera conductas y vínculos entre sus actores, dando como resultado un vector de indicadores sanitarios. El mismo puede ser visto tanto en términos de la salud poblacional (esperanza de vida, tasa de mortalidad infantil, etcétera), como del sistema sanitario (tasas de vacunación, cantidad de consultas/año por habitante, equidad en acceso a servicios o medicamentos, tasa de embarazo adolescente, etcétera). Observados los resultados de salud alcanzados por el sistema, la autoridad sanitaria pública decide influir sobre estos distintos espacios (condiciones básicas, estructura, conducta), a fin de modificar los indicadores de desempeño sectorial. Estas intervenciones, tienen a su vez tres modos de acción: a través de normas y regulaciones, mediante decisiones de financiamiento, y/o por el desarrollo de espacios de producción/prestación de bienes y servicios en salud.

Una política regulatoria tiene como fin establecer pautas a partir de las cuales ordenar el funcionamiento del sistema, enviando señales a los distintos actores intervinientes. A modo de ejemplo, regular el emplazado de un plan urbano permite establecer reglas sobre las condiciones básicas del sistema de salud, a fin de evitar polución de distintos tipos. Por otra parte, la certificación de establecimientos sanatoriales o de productos farmacéuticos opera sobre el espacio de la estructura, definiendo quienes participan del funcionamiento sectorial. Alternativamente, el Estado puede influir normativamente en las conductas, al incorporar, por ejemplo, nuevas prestaciones en el plan obligatorio de salud de la seguridad social. Este mismo análisis puede aplicarse en el modo de intervención a través del financiamiento: ampliar la red de agua potable con proveedores del Estado (sobre las condiciones básicas), involucrarse en la compra mediante licitación de medicamentos para la atención de necesidades del primer nivel de atención (sobre la estructura),

o implementar un plan de ingresos condicionados a cuidados de salud (sobre la conducta).

Finalmente, la función de producción/prestación directa podría ser capaz de brindar educación pública a la población, operando sobre los determinantes sociales, a fin de inculcar hábitos saludables; o ampliar la red de centros de atención primaria y hospitales, facilitando el acceso a quienes no cuentan con recursos económicos para hacerlo. La creación de una oficina de evaluación de tecnologías sanitarias cumpliría el papel de generar conocimiento a fin de orientar las conductas de prestación y utilización de los participantes del sistema de salud. Desde esta perspectiva, los espacios de intervención estatal en el sistema de salud pueden considerarse como un conjunto de herramientas de diferente naturaleza, agrupadas en nueve vectores de acción del Estado.

Cuál de estas alternativas de intervención es aquella más efectiva y se ajusta a las necesidades de un país en un momento determinado, depende no sólo de los recursos disponibles, sino también de la capacidad institucional del gobierno para fijar reglas dentro del mapa de actores sectoriales. El *policy making process* del sector, por tanto, influye y es influido por los espacios de gobernabilidad, facilitando (o no) el alineamiento de intereses, y generando (o no) espacios de cooperación para alcanzar acuerdos básicos sobre objetivos sociales y modos de alcanzarlos.

En un país donde la participación del gasto público del ministerio nacional es relativamente baja (en comparación con sus pares provinciales), el desafío de gobernanza es particularmente elevado. Un marco regulatorio sólido, con protocolos que definen explícitamente derechos y prestaciones, constituye una herramienta imprescindible para la equidad sectorial y para la eficiencia asignativa. Desvíos de esta pauta normativa disparan señales equívocas a la población, a los prestadores y financiadores del sistema, como así también a las instituciones legislativas y judiciales que

participan en el proceso de identificación y tratamiento de la garantía de derechos⁴.

Conclusiones

El modelo público de salud descentralizado que se observa en la Argentina no es un producto derivado necesariamente de su condición federal. Con el fin de evitar la dispersión de las capacidades normativas y de aseguramiento, se requiere de esfuerzos de coordinación e instituciones con poder de convergencia de distintas autoridades sanitarias. Se espera un esquema de cobertura uniforme, que no traduzca diferencias de ingreso entre jurisdicciones en brechas de acceso y capacidad de resolución. La presencia del Consejo Federal de Salud (COFESA) dentro de la órbita del Ministerio Nacional demanda entonces ser fortalecida y complementada por mecanismos de financiamiento que faciliten esa convergencia a un modelo único de salud.

Particularmente, las instituciones nacionales deben profundizar la homogenización de pautas y reglas de comportamiento para los servicios de salud, protocolizando procesos, fortaleciendo no sólo a los centros de salud, sino al vínculo entre promotores/as, centros de primer nivel y referencia a niveles superiores, con pautas planificadas de acceso y derivación. Sobre estos espacios es donde la autoridad nacional necesita coordinar su capacidad de apoyo técnico y logístico con las autoridades provinciales.

Los esfuerzos de nominalización de la población a cargo del subsistema público, la definición de pautas de geo-referenciamiento de

pacientes y el establecimiento de metas prescricionales a partir de las cuales se establecen mecanismos de seguimiento e incentivos por cumplimiento, constituyen parte del menú de opciones de política implementadas en la región. Ellas han tendido éxito parcial en los casos de Uruguay y Chile, cada uno de ellos con características idiosincráticas de aplicación.

La utilización de recursos existentes en el sector, a partir de la reorientación de las conductas de sus actores, constituye probablemente uno de los mayores desafíos tanto a nivel macro sectorial, como meso —en el funcionamiento de redes por líneas de cuidado— y también de microgestión —a nivel de hospitales y centros de salud—.

Particularmente compleja es la coordinación entre los programas específicos por grupo poblacional o de enfermedad (materno-infantiles, salud adolescente, salud sexual y procreación responsable, enfermedades transmisibles y/o no transmisibles) con los servicios de primer y segundo nivel de atención. La seguridad social no se encuentra exenta de estos desafíos. Las brechas de coordinación existentes entre las obras sociales provinciales y los ministerios de salud de la misma jurisdicción impiden en gran parte de las jurisdicciones argentinas, poder aprovechar la amplia red de prestadores públicos y privados dependientes del conjunto de ambas instituciones. Sin embargo, en la mayoría de los casos tal coordinación estratégica no se verifica, segmentando el acceso y aumentando las brechas de cuidado.

La experiencia de Costa Rica, donde el Ministerio de Salud nacional y la Caja Costarricense de Seguridad Social trabajan conjuntamente en la definición del modelo prestacional, puede servir de ejemplo para la acción de las provincias. Ello facilita la atención igualitaria y promueve la reinversión de recursos provenientes tanto de la esfera impositiva como de las contribuciones salariales y patronales.

Tales parámetros de coordinación de acciones sanitarias —aunque definidos en base a

4 Dentro de este marco, el concepto de protección financiera de los hogares y la reducción del gasto financieramente catastrófico y empobrecedor ganó durante años la discusión académica en todo el mundo (Lustig, 2001; Wagstaff y Van Doorslaer, 2002; Xu *et al.*, 2003, entre otros), con estudios y aplicaciones particularmente significativas en América Latina (Baeza *et al.*, 2006; Knaul *et al.*, 2012).

las características de cada provincia— pueden ser incorporados como insumos para un plan de cobertura ampliada, con perfiles de atención definidos y garantías de derecho homogéneas entre subsistemas.

Por su parte, las instituciones nacionales de la seguridad social muestran algunas fortalezas y otros espacios de análisis, que diferencian su funcionamiento con respecto a las estructuras eminentemente públicas (Ministerios/Secretarías y Obras Sociales Provinciales).

Como fortaleza común, todas estas instituciones cuentan con un espacio normativo común —la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)— con capacidad de seguimiento, tanto de los fondos asignados y la gestión de reintegros del SUR, como en la definición de garantías de derechos —el Programa Médico Obligatorio— y de los subsidios cruzados surgidos de su implementación —el Fondo Solidario de Redistribución—. La SSS puede ser vista no sólo como un mecanismo de control, sino como una plataforma de generación de normativas que orienten los patrones de prescripción y consumo de bienes y servicios de salud, al tiempo que facilite la definición de umbrales de calidad en los establecimientos prestadores asociados con las Obras Sociales Nacionales.

Como elementos para el diseño de una agenda sectorial en el área de seguridad social, se resaltan cuatro elementos: (i) la apoyatura de la SSS en la definición de reglas que faciliten la gestión, particularmente en términos de evaluación de tecnologías sanitarias; (ii) la construcción de redes de prestadores en el primer nivel que permitan un uso eficaz de recursos, mediante políticas de prevención y detección temprana de enfermedades crónicas; (iii) el continuo perfeccionamiento del Sistema Único de Reintegros, como modo de reducir el impacto de enfermedades financieramente catastróficas sobre las familias y las instituciones de la seguridad social, a cargo de la gestión de recursos; y (iv) la identificación de barreras de escala en el funcionamiento de múltiples insti-

tuciones de seguridad social —sin comparación en el ámbito latinoamericano—.

El contraste de estos elementos en la agenda latinoamericana de reformas sanitarias, también permiten extraer enseñanzas para el caso argentino. Entre ellos se encuentra el mecanismo de implementación de garantías explícitas en Chile o la experiencia del Fondo Nacional de Recursos de Uruguay, que permite analizar otros mecanismos de cobertura de las enfermedades de alto costo, buscando también una generalización desde el subsistema de Obras Sociales Nacionales.

En otro orden, la reforma uruguaya muestra algunos de los logros y desafíos de combinar instituciones de seguridad social. Tal es el caso del esquema de transferencias de recursos desde el FONASA (la institución clave de la seguridad social) y las mutuales (paralelo de nuestras obras sociales), mediante capitas corregidas por sexo y edad, complementadas con premios por desempeño en el alcance de metas, lo que favorece la competencia entre instituciones en término de gestión de recursos.

Desde una mirada sistémica, los mecanismos de protección en el sector sanitario se encuentran ante un desafío creciente: cómo sostener/aumentar los niveles de cobertura y calidad sin arriesgar su sustentabilidad financiera, al tiempo que no se transfieran a los/as usuarios/os mediante pagos de bolsillo (copagos, etcétera) los costos adicionales de esta dinámica. Dentro de este contexto, y a la luz de la renovada importancia que toman estas iniciativas en el ámbito nacional, se hace particularmente relevante avanzar en un debate informado sobre los objetivos y alcances de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) (Maceira *et al.*, 2017).

La política de protección financiera sostenida en el tiempo presente en la Argentina, poco comparable con otros países, requiere de esfuerzos adicionales para promover mayor eficiencia distributiva y amerita decisiones que potencien la acción regulatoria de la SSS,

permitiendo una mayor calidad gerencial entre las instituciones supervisadas. Ello incluye emitir señales a todos los actores sectoriales para que orienten la asignación de recursos y promuevan prácticas prescriptivas que aporten a la gobernanza del sistema como un todo.

Más allá de ello, la presencia de brechas entre Obras Sociales —en términos de cantidad y riesgo de la población a cargo, como de aportes promedio por afiliado/a— sugiere una agenda de trabajo futura, dada las limitaciones actuales de la información disponible. Ello permitirá perfeccionar la información existente y lograr mayor profundidad en el estudio de los indicadores de desempeño (prevalencia de enfermedades catastróficas y niveles de riesgo relativo de cada institución). Estos tienen como fin identificar “cuellos de botella” en los mecanismos actuales de facturación, aceptación de cargos y reintegros.

Asimismo, se debe abordar desde una mirada de protección financiera las capacidades relativas de cobertura del mismo PMO por diferentes instituciones de seguridad social, que afectan la eficiencia del sistema en los modos de gestionar compras de insumos y contratación de prestadores. La presencia de instituciones con limitadas cantidades de beneficiarios, tanto por jurisdicción y a nivel nacional, convoca a un espacio de debate intra-sector para identificar mecanismos de partenariatado, fusiones y/o asociaciones cooperativas entre obras sociales, que faciliten la gestión de recursos y fortalezca la misión solidaria de la seguridad social, contemplando las particularidades jurídicas de cada caso. Desde allí será posible el diálogo entre las instituciones de la seguridad social caracterizadas por su capacidad de fijación de reglas en financiamiento, aseguramiento y gestión de recursos. Tal diálogo debe potenciarse, incorporando en ese intercambio a referentes sanitarios nacionales y provinciales del sector público. De esta interacción podrá avanzarse en un plan consistente de convergencia a mayor cobertura bajo parámetros de priorización socialmente aceptados.

Una asignatura pendiente en cualquier esquema de cambio sectorial es la definición del papel a ser llamado a cubrir por el PAMI. Esta institución constituye la primera fuente de recursos del sistema, dependiendo de ella la mayoría de los prestadores públicos y privados del país. Su amplio poder de incidencia puede influir en la dirección a ser tomada por la organización del sistema de salud en su conjunto. Este poder, por otra parte, incorpora un significativo riesgo sanitario, derivado del tipo de población a su cargo. Desarticularlo, según algunas opiniones, llevaría a una distribución de pacientes con mayor demanda potencial del sistema entre las obras sociales que conformen el modelo de seguridad social futuro. Por otra parte, sin embargo, se debilita la posibilidad de un espacio de gestión con impacto directo en la prestación de servicios.

Referencias bibliográficas

- Aran, D. & Laca, H. (2011). Sistema de salud de Uruguay. *Salud pública de México*. 53, 265-274.
- Baeza, C. y T. Packard, (2006). *Beyond survival. Protecting household from health shocks in Latin America*. Washington: Standford University Press - The World Bank.
- Canale, S., De Ponti, H. & Monteferrario, M. (2016). Obras sociales provinciales: indicadores de consumo y gasto en atención médica. *Documentos y aportes en administración pública y gestión estatal*. 16 (26), 225-250.
- Castañón Tamayo, R. A., Giedion, U., & Morales Sánchez, L. G. (2001). *Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud*. Serie Financiamiento del Desarrollo Núm.108. Santiago de Chile: Cepal.
- Bitrán y Asociados (2004). *Métodos de pago para el Plan AUGE y para las demás atenciones financiadas por el sistema público de salud en Chile*. Santiago de Chile: MINSAL.
- Flórez, C. E., Giedion, U. y Pardo, R. (2008). *Financiamiento de la salud y gasto de los hogares en salud. El Gasto Catastrófico y Empobrecedor*

- en salud en Colombia. Bogotá: CEDE, Facultad de Economía Universidad de Los Andes.
- Gattini, C. & Álvarez Leiva, J. (2010). Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile. *Serie Técnica de Análisis de Situación-PWR CHII/11/HA/01*. Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V. & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud pública de México*. 53, 144-155.
- Knaul, F., Wong, R. & Arreola-Ornelas, H., Eds. (2012). *Financing health in Latin America. Vol. 1. Household spending and impoverishment. Global Equity Initiative*, Harvard University. Massachusetts: Harvard University Press
- Lustig, N. C. (Ed.). (2010). *Shielding the poor: Social protection in the developing world*. Washington D.C. Brookings Institution Press.
- Maceira, D. (2001). *Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social. Serie Iniciativas Latinoamericanas (Harvard School of Public Health, Partnerships for Health Reform, Pan American Health Organization, USAid), Edición Especial 3*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Maceira, D. (2008). *Descentralización y equidad en el Sistema de Salud Argentino*. Buenos Aires: CEDES.
- Maceira, D. (2014). Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina. *Documento de Trabajo CEDES* (122). Buenos Aires: CEDES. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4284>
- Maceira, D. (2018a). Cobertura de Enfermedades de Alto Costo, y el Accionar del Sistema Único de Reembolso en Argentina. Pautas para un análisis de equidad asignativa. *Documento de Trabajo* 128. Buenos Aires: CEDES.
- Maceira, D. (2018b). Morfología del Sistema de Salud Argentino. Descentralización, Financiamiento y Gobernanza. *Documento de Trabajo, CEDES-Preservar Salud*. Buenos Aires: CEDES. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4460>
- Maceira, D. (2018c). Evolución de la Protección Financiera en el Sistema de Salud Argentino. El Papel de la Seguridad Social. *Documento de Trabajo, CEDES-Preservar Salud*. Buenos Aires: CEDES. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4461>
- Maceira, D. y Espínola, N. (2017). Garantía de Derechos, Protección Financiera y el Papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Aportes para el Caso Argentino. *Documento de Trabajo CEDES-Preservar Salud*. Buenos Aires: CEDES. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4459>
- Maceira, D. & Olaviaga, S. (2011). Mapa de actores del sector oncológico en la Argentina. *Revista de Salud Pública*. 15 (1), 17-28.
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Perfil del Sistema de Salud de la República Oriental del Uruguay: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Wagstaff, A. & Doorslaer, E. V. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health economics*. 12 (11), 921-933.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J. & Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The lancet*. 362 (9378), 111-117.

Para citar este Artículo de investigación:

Maceira, D. (2020). Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. *Revista Estado y Políticas Públicas*. Año VIII, Núm. 14, 155-179.

Políticas regionales en medicamentos y la construcción de soberanía en salud (2009-2019)

Regional medicines policies and the construction of health sovereignty (2009-2019)

Por María Belén Herrero* y Jorgelina Loza**

Fecha de Recepción: 19 de septiembre de 2019.

Fecha de Aprobación: 24 de marzo de 2020.

RESUMEN

Desde el enfoque del derecho a la salud el medicamento es ante todo un bien social y, en consecuencia, su accesibilidad por todos los habitantes es una cuestión de equidad y justicia social. En este escenario los Estados devienen en actores centrales para garantizar el derecho al acceso a los medicamentos por parte de la población. Frente a las presiones de la industria hacia los gobiernos, los organismos regionales han devenido en un actor central, para fortalecer los instrumentos de

negociación. Esto los convierte en un jugador clave para posicionar temas en la agenda. Este artículo de investigación busca, por un lado, describir las iniciativas en torno al acceso a medicamentos en el nivel regional, para el período 2009-2019. Por el otro lado, se propone analizar en qué medida estas forman parte de una agenda innovadora en materia de salud a nivel regional, con un foco en el derecho a la salud y la soberanía sanitaria. Se llevó a cabo un estudio cualitativo, basado en datos primarios y secundarios. Se realizaron entrevistas a

* Doctora en Ciencias Sociales por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas / Área de Relaciones Internacionales de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Correo electrónico: bherrero@flacso.org.ar

** Doctora en Ciencias Sociales por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas / Instituto de Investigaciones “Gino Germani” de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Correo electrónico: jorgelinaloza@yahoo.com.ar

referentes del campo de la salud tanto regional como nacional, representantes de distintos sectores como el Estado, la sociedad civil, la investigación y la academia. Las políticas en medicamentos impulsadas a nivel regional en los últimos años han visibilizado las diferencias de precios al interior de la región, constituyéndose en estrategias para avanzar en la reducción de asimetrías entre los países de la región y en el fortalecimiento de sus estrategias de compra, en pos de una soberanía en materia de salud. Además, estas iniciativas han contribuido a posicionar la temática de acceso a medicamentos en la agenda sanitaria regional, desde el enfoque del derecho a la salud. Los organismos regionales han devenido en un actor central de la política exterior, y con creciente relevancia en la agenda de la salud internacional. Las políticas regionales de acceso a los medicamentos pueden ser una estrategia para el fortalecimiento de la soberanía sanitaria, tanto a nivel regional como global. Asimismo, el rol que ejercen los organismos regionales en los distintos niveles de intervención puede favorecer el surgimiento y consolidación de iniciativas que contribuyan al ejercicio de la salud como un derecho.

Palabras clave: *Medicamentos, Derecho a la Salud, Políticas Públicas, Integración Regional, América del Sur.*

ABSTRACT

From the approach to the right to health, medicine is first and foremost a social good and, consequently, its accessibility for all inhabitants is a matter of equity and social justice. In this scenario, the States become central actors to guarantee the right to access to medicines for the population. However, while the drug is a fundamental public good, it is also a product subject to the rules of the pharmaceutical industry. In the matter of the industry pressures towards governments, regional organizations have become a central actor, to strengthen negotiation instruments. This makes them a

key player to position issues on the agenda, as is the case of policies for access to medication. On one hand, this paper describes the initiatives around access to medicines at the regional level, from 2009 to 2019. On the other hand, it is proposed to analyse to what extent these form part of an innovative health agenda at the regional level, with a focus on health and sovereignty. A qualitative study was carried out, based on primary and secondary data. Interviews were conducted with referents from the field of both regional and national health, representatives from different sectors such as the State, civil society, research and academia. Regional policies on medicines promoted in recent years have made visible the differences in prices between countries of the region, becoming strategies to advance towards the reduction of asymmetries and towards the strengthening of purchasing strategies, from in a position of health sovereignty. Also, these initiatives have contributed to position the issue of access to medicines in the regional health agenda, from the focus of the right to health. Regional organizations have become a central actor in foreign policy, and with increasing relevance in the international health agenda. Regional policies for access to medicines can be a strategy towards strengthening health sovereignty, both regionally and globally. Likewise, the role of regional organizations in the different levels of intervention can favour the emergence and consolidation of initiatives that contribute to the exercise of health as a right.

Keywords: *Medicines, Right to Health, Public Politics, Regional Integration, South America.*

Introducción

Si bien se han registrado avances en las Américas en materia de salud, persisten desigualdades y diferencias en la situación de salud que reflejan inequidades sociales persistentes: los países con peores situaciones socioeconómica

presentan peores estados de salud (OPS, 2012; OMS, 2009). Esta situación se reproduce al interior de los mismos, donde las personas con condiciones socioeconómicas más precarias tienen menos recursos para hacer cambios en su modo de vida y menor acceso a servicios de salud de calidad, incluidos los medicamentos esenciales, lo que impacta de manera diferencial sobre su estado de salud (OPS, 2012). Una buena salud mejora las condiciones de vida, mientras que las mejores condiciones de vida contribuyen a la buena salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS), el gasto en medicamentos representa una proporción importante de los costos de salud en los países en desarrollo y, por lo tanto, el acceso al tratamiento depende en gran medida de la disponibilidad de medicamentos asequibles (OMS, 2011). Asimismo, la falta de medicamentos no sólo impacta en el estado de salud de la población, sino que los altos costos de los mismos son una causa importante de empobrecimiento de los hogares (OMS, 2011).

A escala mundial, el consumo de medicamentos está distribuido de manera desigual. En los países de bajos ingresos, el gasto farmacéutico total representó alrededor del 30% del gasto sanitario total (rango 7,7% a 62,9%). En 1999, los países de ingresos altos representaban el 16% de la población mundial, pero consumían el 80% del total de los medicamentos comercializados. Los países de ingreso medio representaban el 45% de la población mundial y consumían el 5,9%, mientras que los países de bajos ingresos representaban el 40% de la población mundial y consumían el 2,9% de los medicamentos comercializados (OMS, 2011).

En América Latina, se estima que aproximadamente el 35% del gasto de los hogares se destina a la salud, y la cifra es proporcionalmente mayor en la población pobre y correspondiendo mayoritariamente a gasto de bolsillo (Acuña *et al.*, 2014). Por su parte, la

ocurrencia de gastos catastróficos implica la reducción del consumo de otros productos tales como alimentos, ropa y educación de los niños (Acuña *et al.*, 2014). Se estima que un tercio de la población del mundo en desarrollo es incapaz de recibir o comprar medicamentos esenciales de forma regular. Esto depende de algunos factores: selección racional y uso de medicamentos; precios asequibles; financiamiento sostenible; sistemas fiables de salud y suministro (OMS, 2004). De éstos, el segundo factor, precios asequibles, es el más afectado por la globalización.

Si partimos de compartir un concepto básico, respecto de la salud como un derecho, el medicamento deja de ser una mercancía para constituirse en un bien social y, en consecuencia, su accesibilidad para todos los habitantes se asume como una cuestión de equidad, justicia social y que hace al derecho a la salud. Sin embargo, mientras que la droga es un bien público fundamental, también es un producto sujeto a las reglas del mercado de la industria farmacéutica (ORAS-CONHU, 2009). Esta contradicción fundamental genera tensiones y conflictos sobre las patentes y la propiedad intelectual, la producción pública, las licencias, los acuerdos comerciales, las restricciones al uso de los genéricos y los precios (ORAS-CONHU, 2009). Además de establecer barreras de acceso a los medicamentos, reproduce las desigualdades sociales, profundiza las inequidades en salud, aumenta costos sociales de enfermedades y genera más muertes evitables.

Aunque están sometidos a una fuerte presión del mercado, es decir a intereses de diferentes actores que influyen en todas las fases de su ciclo de vida, los medicamentos son parte fundamental del proceso de la atención en salud; y su acceso, del derecho fundamental a la vida. El costo y la demanda creciente, la complejidad del comercio a nivel nacional e internacional, los derechos de propiedad intelectual y la necesidad de una regulación que garantice la seguridad del producto, crean un

escenario dinámico que impone desafíos constantes a los países, en pos de asegurar el acceso a medicamentos de calidad y su uso racional.

Por otra parte, el aumento de las enfermedades crónicas y la presencia persistente de enfermedades infecciosas requieren que los países se encaminen a encontrar opciones de tratamientos más rentables y acciones más eficientes para garantizar el acceso. Entre estas últimas, se precisan estrategias innovadoras para mejorar el acceso a los medicamentos y fortalecer los sistemas de salud, con nuevas perspectivas que tomen distancia de las intervenciones fragmentadas y verticales (Emmerick, 2015).

Una vida mejor y una buena salud son elementos esenciales para la calidad de la vida cívica, la paz, la seguridad y la gobernanza. Es por ello que en un mundo globalizado y con constantes cambios en las relaciones de poder y la concentración de los intereses, el problema del acceso a los medicamentos requiere de respuestas en todos sus niveles (nacional, regional y global), lo que implica no sólo un desafío para los países, sino también para los distintos bloques regionales. Entre los temas que involucran la agenda de medicamentos, es posible observar los mecanismos de fijación de precios y la competencia, los precios diferenciados, estrategias de búsqueda y transparencia de la información sobre precios, la sustitución terapéutica, promoción de la competencia, políticas de genéricos, importaciones paralelas o licencias obligatorias, incentivo a las producciones públicas y a las compras conjuntas. Todas estas estrategias deben estar orientadas a garantizar la asequibilidad o acceso equitativo a un producto, y las organizaciones regionales desempeñan un papel clave en los diferentes niveles del proceso de políticas.

Este artículo de investigación parte de sostener como hipótesis que las políticas de acceso a medicamentos por parte de los organismos regionales pueden favorecer el surgimiento de una agenda regional con un en-

foque en el derecho a la salud, a la vez que constituirse en una herramienta en pos de la soberanía sanitaria. Asimismo, el rol y el efecto de presión que se ejerce en los distintos niveles de intervención pueden favorecer el surgimiento y consolidación de iniciativas que contribuyan al ejercicio de la salud como un derecho. En este marco, los organismos regionales devienen en actores centrales no sólo de la política exterior, sino también de la agenda de salud internacional.

Para el seguimiento de la hipótesis planteada, este trabajo retoma la experiencia del Consejo de Salud de la Unión de Naciones Suramericanas (en adelante, UNASUR) por su rol activo en materia de acceso a medicamentos y la impronta innovadora que ha planteado el bloque en torno a esta problemática en la agenda de salud regional. Este artículo busca, por un lado, describir las iniciativas en torno al acceso a medicamentos en el nivel regional. Por el otro lado, se propone analizar en qué medida estas forman parte de una agenda innovadora en materia de salud a nivel regional, con un foco en el derecho a la salud y la soberanía sanitaria.

El estudio se basó en un enfoque metodológico cualitativo, para el cual se aplicaron técnicas de recolección de información secundaria –análisis bibliográfico y de documentos oficiales– y de construcción de información primaria. Para este último punto, se retomaron los resultados de una investigación llevada a cabo en el año 2014 y 2015 para analizar las políticas de medicamentos impulsadas por este bloque¹. Durante esa investigación se realizaron entrevistas a referentes del campo de

1 El documento fue escrito con el apoyo del UK Economic and Social Research Council (ESRC), Grant Ref. ES/L005336/1, otorgado a Nicola Yeates y The Open University (<http://www.open.ac.uk/socialsciences/prari/>). El documento no refleja necesariamente las

la salud tanto regional como nacional (específicamente en Bolivia y Paraguay), representantes de distintos sectores como el Estado, la sociedad civil, la investigación y la academia. La muestra de entrevistas fue seleccionada a través del método bola de nieve. La investigación se centró en sus opiniones respecto de UNASUR, sus compromisos, políticas y prácticas vinculadas a la reducción de la pobreza y el derecho a la salud. Las entrevistas se analizaron a través de técnicas cualitativas y se trabajó en diferentes niveles: el nivel nacional, el regional y el global de las políticas de salud de UNASUR (específicamente, aquellas relacionadas con el acceso a la atención médica y a los medicamentos). Posteriormente, se realizaron entrevistas entre 2017 y 2019 para actualizar la información disponible. Se analizó el proceso de integración regional de UNASUR en relación con el acceso a los medicamentos, para el período 2009-2019, por dos razones principales: en primer lugar, debido a que el acceso inadecuado a los medicamentos constituye uno de los determinantes sociales de proceso salud-enfermedad y están siendo objeto de numerosas políticas regionales en materia de salud, desarrollo social y economía de la salud. En segundo lugar, porque es preciso discutir si las acciones de los bloques regionales como UNASUR, en materia de medicamentos, constituyen mecanismos innovadores no sólo de integración regional en salud, sino, de una nueva agenda de salud regional con un foco en la soberanía sanitaria y el derecho a la salud.

Esperamos que este artículo de investigación pueda servir de base a la discusión acerca del rol de los organismos regionales en la agenda de salud internacional y de cómo las políticas regionales pueden devenir en estrategias para ampliar los márgenes de la salud como un derecho, a la vez que contribuir a

fortalecer una mayor autonomía regional en el delineamiento e implementación de políticas sanitarias. Entendemos que esas políticas sanitarias deben estar basadas en las necesidades y capacidades locales, en pos de las mejoras en la calidad de vida de la población, en particular en relación al acceso a los medicamentos. En este sentido, buscamos contribuir a una comprensión más amplia del papel de las organizaciones regionales en términos del acceso a los medicamentos y del desarrollo de la diplomacia regional de salud para mejorar esa accesibilidad.

Políticas sociales y de salud: miradas innovadoras en la región

Como es sabido, en América Latina el neoliberalismo, con sus políticas centradas en el mercado y en la expansión del capitalismo, dio lugar a un mayor protagonismo de las agencias de ayuda internacionales, las instituciones financieras, las economías controladas por el Estado y las promesas de las economías abiertas (Riggirozzi y Tussie, 2012). Desde esta perspectiva se entendió a América Latina como parte de un sistema *americanizado*, que miraba al Norte y que postulaba el regionalismo a través los vínculos con la economía del otro hemisferio (Grugel, 1996). El regionalismo era visto como manifestaciones de órdenes mundiales, concebidas por la política hegemónica y modeladas por la necesidad de los países de participar eficazmente en la actividad global del mercado. La construcción regional se concibió como un proyecto fundamentalmente comercial.

A inicios del siglo XXI, el panorama regional fue volviéndose cada vez más complejo, desafiando la noción de regionalismo y la gobernanza liberal liderada por los Estados Unidos. Con base en el principio de nuevas alianzas, los nuevos líderes progresistas comenzaron a redefinir los contornos de la gobernanza regional. En este contexto, América del Sur se convirtió en una plataforma para el

opiniones de ESRC, Yeates o The Open University.

surgimiento de un regionalismo que incorporaría las dimensiones normativas de una nueva era e iría más allá de los patrones marcados por los Estados Unidos sobre integración comercial. El regionalismo "abierto", propio de la economía neoliberal y liderado por los Estados Unidos, perdió fuerza y dinamismo y se enfrentó con la re-emergencia gradual de nuevos nacionalismos en la región. En este proceso se fue produciendo una re-politización de la región que posibilitó el surgimiento de nuevas organizaciones políticas y proyectos regionales donde los Estados, los movimientos sociales y líderes comenzaron a interactuar construyendo un nuevo espacio regional (Franco y Di Filippo, 1999). En este escenario, se fueron redefiniendo los marcos de la gobernanza regional, y cada proyecto fue entrando en medio de conflictos y contradicciones, en visiones sustancialmente divergentes acerca de qué es el regionalismo y para qué sirve.

Más allá del énfasis comercial que impulsan los proyectos de integración regional, ese nuevo contexto político-económico en América Latina abrió espacio para la emergencia de nuevas articulaciones de políticas regionales que reclamaban, e incluso re-inventaron, principios de solidaridad y colectivismo regional que difieren fuertemente de anteriores proyectos regionalistas.

Las barreras de acceso a la atención médica y capacidad de adquirir los medicamentos se profundizaron, a la vez que aumentaba el gasto de bolsillo en salud, impactando más fuertemente en los sectores de la población de menos recursos (Laurell, 1993). En un contexto de aumento de las desigualdades sociales, inequidades en salud y la expansión de sectores excluidos de la población, la política social y la salud se convirtieron en una bandera para la mayoría los países de la región.

Esto, en términos de regionalismo, implicó dirigir la mirada hacia una agenda social a partir de un nuevo consenso regional que sostenía que los problemas sociales también

deben afrontarse a escala transnacional. Los organismos regionales se convirtieron entonces en actores privilegiados y la integración regional en una herramienta para la soberanía. La definición de distintas iniciativas de salud desde los organismos regionales de América del Sur da cuenta de este "giro social" en la economía política regional. Este contexto va a ser clave para entender por qué la salud comienza a ocupar un lugar privilegiado de la agenda de integración regional, convirtiéndose en el motor de las políticas sociales.

Pero la presencia de la salud en la agenda regional no es nueva. De hecho, cada uno de los procesos regionales, en las distintas etapas, delimitaron la salud como un área estratégica para la cooperación entre los países miembros. La Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA) y la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC) aprobaron agendas estratégicas con objetivos comunes en salud. Comunidad del Caribe (CARICOM), Mercado Común del Sur (MERCOSUR), Sistema de Integración Centroamericana (SICA) y UNASUR crearon grupos de trabajo y consejos ministeriales dedicados a la salud: el Consejo de Desarrollo Humano y Social, la Reunión de Ministros de Salud y Subgrupo de Trabajo (SGT11), el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) y el Consejo Sudamericano de Salud (CSS), respectivamente (Teixeira, 2007). La Comisión Andina (CAN) y CARICOM avanzaron más en la institucionalización de sus instancias dedicadas a la salud con la conformación del Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU) y de la Agencia Caribeña de Salud Pública (CARPHA), instituciones permanentes y con sede propia.

Finalmente, si bien la creación de una empresa transnacional de productos farmacéuticos y un centro regulador de medicamentos todavía son propuestas no implementadas de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América - Tratado de Comercio de

los Pueblos (ALBA-TCP), que ha impulsado iniciativas en esta dirección, muestran la importancia de la salud para este proceso de integración regional. Son distintas las formas de institucionalización y distintos los niveles de consolidación de cada uno de los proyectos de integración, pero lo destacable es que todos los procesos regionales poseen instancias dedicadas al tema de la salud. ORAS-CONHU, CARPHA y COMISCA tienen sede permanente. Inaugurada más de una década después de la creación del COMISCA, su secretaría ejecutiva está ubicada en El Salvador. UNASUR contaba con el ISAGS, instituto con sede en Brasil que fue creado por resolución del Consejo Sudamericano de Salud y cerrado en 2019. En el MERCOSUR hubo el intento de crear una instancia de salud permanente en 2008, el Observatorio de Sistemas de Salud.

En lo que respecta al Consejo Sudamericano de Salud de la UNASUR, el proceso de conformación es muy interesante y su estructura muestra aspectos innovadores en la agenda de salud regional, con un enfoque en el derecho a la salud. Este consejo fue el segundo consejo en ser creado en UNASUR, en 2009, como un espacio desde el cual construir la integración en salud y enfrentar los desafíos del escenario global (Coitiño, 2013; Herrero y Loza, 2017). La posibilidad de consolidar una postura regional en la escala global explica por qué para UNASUR se vuelve esencial el trabajo en salud como una herramienta hacia un desarrollo autosustentable. La posición de los países de UNASUR en relación a la salud se consolidó desde el Consejo de Salud como una causa regional ante la influencia externa y las acciones de los donantes y los organismos internacionales. Distanciándose de las posturas asumidas por proyectos regionales anteriores, UNASUR plantea acciones en salud desde un enfoque de políticas sociales, enmarcado, en sus inicios, en un contexto político y económico diferente. El Consejo de Salud de UNASUR representa, desde su creación, una

de las áreas más dinámicas de cooperación regional del bloque. Ha tomado como bandera el derecho a la salud y la promoción de sistemas de salud universales aparece como uno de sus objetivos principales.

A lo largo de las entrevistas realizadas en el marco de esta investigación, quedó manifiesta una cuestión de identidad regional donde UNASUR parecía extender la causa “dependencia o integración” también al campo de la salud. La importancia de la salud en las políticas regionales fue resaltada por varios entrevistados. Incluso la mayoría de los entrevistados, representantes de los distintos sectores reconocieron que hay un discurso muy fuerte en la región en torno a la salud como derecho (una de las principales banderas de UNASUR). Se destacó el hecho de que el Consejo de Salud haya sido el segundo en constituirse desde la creación de UNASUR, una semana después de la firma del acuerdo de UNASUR en Brasilia. Así, el Consejo de Salud de la UNASUR se convirtió en un sitio donde las nuevas prácticas redefinieron la cooperación regional con un propósito social.

El hecho concreto es que cuando crearon la UNASUR, crearon la estructura y los dos primeros consejos que fueron creados fue el Consejo de Defensa, y el segundo fue el Consejo de Salud. Porque el área de salud ya tenía un trabajo en la gestión de muchos años. Primero por la OPS, después por el MERCOSUR, después por el tratado de la cuenta amazónica. Salud ya tenía un trabajo interpaís, bueno, malo, pero se había hecho un trabajo. Como ya existía una masa en movimiento fue ordenado como Consejo de Salud de UNASUR (AL02, entrevista personal, 2015)².

2 En este trabajo respetaremos el anonimato de los y las entrevistados/as ya mencionados, reproduciendo la codificación original de entrevistas propuesta por el proyecto en el que

El Consejo de Salud de UNASUR está compuesto por los ministros de salud de los doce Estados miembros del bloque regional. La estructura del grupo está integrada por un comité coordinador en el que participan representantes de todos los ministerios, cinco Grupos Técnicos (en adelante, GT) y seis Redes Estructurantes. En 2010, el Consejo de Salud estableció un plan de trabajo bajo el nombre de Agenda Sudamericana de Salud, plasmada luego en el Plan de Trabajo Quinquenal 2010-2015. El Plan Quinquenal presentó los ejes de trabajo que guiarían las acciones de los GT y del Consejo en general: 1) Vigilancia y respuesta en salud; 2) Desarrollo de Sistemas de Salud Universal; 3) Acceso universal a medicamentos; 4) Promoción de la salud y acciones sobre los determinantes sociales; 5) Desarrollo de recursos humanos en salud.

El Plan Quinquenal operacionalizaba objetivos sobre los que se han trabajado acuerdos, a la vez que reflejaba las prioridades definidas por los ministros de Salud de los países del bloque y los GT. Cada GT contaría luego con presupuesto asignado que puede destinarse a proyectos específicos como el que este trabajo analiza, el Banco de Precios de Medicamentos. Un pilar fundamental del Consejo de Salud de UNASUR sería el ISAGS, inaugurado en julio de 2011. Se trató de un centro de investigación estratégica que busca hacer disponible para la toma de decisiones, evidencia relevante para la gestión en salud. ISAGS promovía la formación de recursos humanos a partir del intercambio y la gestión de conocimiento.

Además de reunir representantes nacionales para la construcción de una posición regional, el Consejo de Salud ha mostrado avances en la negociación dentro de los foros multilaterales a los que se ha llevado un posicionamiento regional. Estas acciones muestra-

ron la capacidad del Consejo de generar las condiciones para el desarrollo de una nueva diplomacia global en salud y fortaleciendo la toma de decisiones geopolíticas en el escenario internacional (Riggiozzi, 2012; Herrero y Loza, 2017). La formulación de una postura regional para las negociaciones políticas en los foros globales es el aspecto más destacado por los y las especialistas consultados en nuestro trabajo de campo. Desde 2010 el Consejo de Salud de UNASUR ha participado de la Asamblea Mundial en Salud, estableciendo un marco histórico para la representación de la región en el escenario de la salud global (Faria, Giovanella y Bermúdez, 2015).

Los posicionamientos que los representantes del Consejo de Salud llevaban a la escena global eran producto de un largo proceso de trabajo previo que tiene lugar en reuniones presenciales y virtuales. Los encuentros presenciales del Consejo de Salud tenían lugar en sus reuniones ordinarias (realizadas en los primeros semestres de cada año, usualmente en abril) y extraordinarias, así como en los encuentros de su Comité Coordinador. Hasta julio de 2015 y desde su creación, el Consejo de Salud de UNASUR realizó ocho reuniones ordinarias (Faria, Giovanella y Bermúdez, 2015). Las reuniones de los Grupos de Trabajo y las promovidas por ISAGS, así como los encuentros que se producían entre representantes nacionales en eventos internacionales, también funcionaban como espacios para la discusión sobre los temas alrededor de los cuales se elaboraron los posicionamientos regionales a llevar, por ejemplo, a la Asamblea Mundial de la Salud.

Los posicionamientos en tanto bloque eran percibidos por los países como herramientas fundamentales para la negociación en la escena global. El trabajo de campo realizado nos permitió observar que, para los países, la oportunidad de postular una posición como bloque era asociada a la posibilidad de ser tenidos en cuenta en las discusiones sobre salud

la investigación se ha enmarcado (PRARI/ESRC).

global (Herrero y Loza, 2017). Uno de nuestros entrevistados, que había trabajado en el Ministerio de Salud de Bolivia, sostuvo que: “No es lo mismo ir sólo a la Asamblea General de la OMS que ir como miembro de un bloque político regional” (BO06, entrevista personal, 2015). Esta percepción apareció de forma frecuente en nuestros informantes, que observaron que el valor agregado de UNASUR refiere a la reducción de las asimetrías entre los países al habilitar un mayor poder de negociación.

Por ejemplo, en este caso Colombia tiene una preocupación nacional de desabastecimientos de medicamentos esenciales, lo lleva al foro regional planteando que esto podría abrirse en varios países de la región... porque los sistemas más o menos de la región están pasando por ese tema, esa etapa como esa. Entonces la reunión de ministros toma el tema y lo primero que hace, se elabora una declaración, con la intención de en el mediano plazo de generar una discusión en los niveles que tengan que discutirse (AL07, entrevista personal, 2015).

El campo de la salud se constituyó para UNASUR como un espacio de integración regional a la vez que un marco para la promoción de derechos desde un enfoque de universalidad y equidad. Mientras que los organismos regionales tradicionales u organismos multilaterales han seguido una estrategia para abordar la salud, pero se han centrado en una enfermedad por la enfermedad (Harman, 2011), UNASUR promueve un movimiento hacia la cooperación horizontal y las políticas transversales. En este contexto, las políticas de UNASUR vinculadas al acceso a la salud buscaban no abordar enfermedad por enfermedad según modelo tradicional (Herrero y Loza, 2017). Incluso aun cuando eran incipientes, el bloque buscó generar iniciativas para desempaquetar los determinantes sociales de la salud, la promoción de las escuelas de salud pública

y los sistemas universales de salud (Giovannella, 2015).

El primer valor agregado es que lo que se adopta viene de la mano de la decisión de los países, no de la decisión de organismos internacionales. Los países terminan asumiendo posiciones más políticas (...). La diferencia con UNASUR que le interesa debatir el Sistema Único de Salud, la política en general, debatir el tema de la salud internacional como política y, al mismo tiempo, debatir cuáles son los determinantes epidemiológicos, de una epidemia cuáles son los factores que llevan a que una epidemia o una patología o un evento, deba ser tomado como un hecho obligado de intervención (AL04, entrevista personal, 2015).

De este modo, al desafío sanitarista y redistributivo, UNASUR agregó el desafío político diseñando estrategias regionales en pos de un mejor acceso a medicinas mediante negociaciones internacionales en bloque y mejoramiento de la capacidad humana e industrial en Sudamérica.

Acceso a medicamentos, integración regional y derecho a la salud

En el escenario internacional, las propuestas e iniciativas relativas a la distribución de medicamentos cuentan con una larga historia. La Asamblea Mundial de Salud emitió la resolución WHA 28.66 en 1975, en la que reconoce la necesidad de trabajar para el diseño de políticas dirigidas a la producción y distribución de medicamentos, que pudieran cubrir necesidades concretas de las personas. Se determinaba en la resolución que los Estados recibirían asistencia técnica de la OMS para la implementación de políticas farmacéuticas nacionales que incluyeran investigación, reglamentación, gerencia y vigilancia de medicamentos. También se apoyaría a los países en la selección y adquisición de medicamentos considerados esenciales, a un costo razonable y que cumplieran estándares de calidad. Oliveira resume

la situación muy claramente: “Este evento y el mandato conferido a la OMS por la citada resolución marcan la entrada del medicamento en la agenda internacional de la salud pública, reconociendo su importancia como un insumo esencial para las acciones de salud pública” (2008: 5). El auge de la investigación en la industria farmacéutica desde mediados del siglo XX favoreció la incorporación de un amplio espectro de medicamentos a la práctica médica y sanitaria, generando enormes ganancias para la industria y la inclusión del gasto en las agendas domésticas. En ese entonces, la preocupación radicaba en la producción de medicamentos confiables, de calidad y accesibles a la población.

Esta etapa abrió una discusión profunda y sostenida hasta el presente, respecto de estrategias de intervención para la ampliación del uso de medicamentos en la población. Comenzaron a debatirse las políticas nacionales de medicamentos, siempre bajo la asesoría de la OMS. Los avances técnicos y políticos en materia de medicamentos caracterizaron a las décadas siguientes. A fines del siglo XX, las políticas de medicamentos se reorganizaron en torno a la aparición de la epidemia del VIH: emergieron los programas de VIH dependientes de los Estados y se ampliaron las acciones por la provisión de medicamentos. Brasil quedó instalado desde entonces como un caso paradigmático en el proceso de lucha por el acceso a medicamentos y su reconocimiento como un derecho humano. El Programa Nacional de VIH de Brasil implementó el acceso universal y gratuito a todos los medicamentos necesarios al tratamiento de la infección por el VIH y sus consecuencias en 1996. Además de la reducción de la prevalencia y las muertes por VIH en la población, esta política produjo efectos directos en la industria farmacéutica, ya que bajaron los precios de los medicamentos (Olivera, 2008).

Con relación al acceso a los medicamentos, Velásquez *et al.* (2006) resaltan la defini-

ción expuesta en la Declaración de la Conferencia Ministerial de Doha de la Organización Mundial del Comercio (OMC), firmada en noviembre de 2001, a través de la cual se reconoce “que los medicamentos no son sólo una mercadería más y deben ser diferenciados de las otras invenciones con la finalidad de proteger la salud pública” (Velásquez *et al.*, 2006: 89). Esta definición marca un punto decisivo en la discusión sobre el acceso a la salud pública, ya que separa a los servicios de salud y, en especial, a los productos farmacéuticos, de otros asuntos comerciales.

Podemos coincidir con Hunt y Khosla (2008) cuando afirman que las políticas nacionales de medicamentos funcionan como pautas para la acción, en tanto enmarcan las acciones de la industria farmacéutica privada y demás agentes públicos. Así, las políticas nacionales de medicamentos establecen pautas para el intercambio con pares a la vez que construyen una base de entendimiento regional o transnacional. Las primeras intervenciones nacionales sobre medicamentos instalaron la promoción del acceso a los mismos y su uso racional. La importancia de estos avances radica en que a la gravedad del acceso a los medicamentos y del gasto en medicamentos se suma la variación de precios entre países. Ambos factores reproducen y profundizan las inequidades existentes. Es por ello que se han producido diversos avances en materia de acceso a medicamentos, desde los distintos organismos regionales de integración. Destacamos acciones precedentes a las de UNASUR de organismos como el ORAS CONHU, MERCOSUR o ALBA en torno a la reducción de las barreras para la compra conjunta, el establecimiento de Bancos de Precios, Observatorios, iniciativas en torno a políticas de genéricos y producción pública de medicamentos (ORAS CONHU, 2009; Tobar y Sanchez, s/f). En nuestro trabajo de campo surgieron las referencias a esos antecedentes, no sin críticas a la superposición de esfuerzos:

Todas persiguen lo mismo. MERCOSUR quiere hacer una política de acceso a medicamentos. UNASUR está luchando con el tema de falsificación, espurios y etiquetado de medicamentos y todo lo que es acceso y observatorio de precios. ORAS CONHU está avanzando un poco más, porque ya hemos visto el observatorio de precios. Entonces llega un momento en que yo creo, y siempre lo hemos visto así desde el 2011, que todos deberíamos unirnos. Porque estábamos en el tema de promoción ética, ORAS CONHU lo ha hecho y UNASUR está avanzando en eso; uso racional de medicamentos, el ALBA tiene la política de medicamentos en la cual hemos participado activamente y en sus ejes son los mismos ¿no? Entonces todo nos lleva al tema de acceso (BO04).

W: Todas persiguen lo mismo. MERCOSUR quiere hacer una política de acceso a medicamentos. UNASUR está luchando con el tema de falsificación, espurios y etiquetado de medicamentos y todo lo que es acceso y observatorio de precios. ORAS CONHU está avanzando un poco más, porque ya hemos visto el observatorio de precios y hemos, pero lo mismo. Entonces llega un momento en que yo creo y siempre lo hemos visto así desde el 2011, que todos deberíamos unirnos, porque estábamos en el tema de promoción ética, ORAS CONHU lo ha hecho, UNASUR está avanzando en eso, uso racional de medicamentos, el ALBA tiene la política de medicamentos en la cual hemos participado activamente y en sus ejes son los mismos ¿no? Entonces todo nos lleva al tema de acceso.

UNASUR ha ido desarrollando redes temáticas regionales y grupos de trabajo basados en países del bloque, impulsando iniciativas de trabajo conjunto entre los países miembros, conduciendo y diseminando investigaciones específicas para profesionales de la salud y tomadores de decisión; apoyando la vigilancia en salud y, además, liderando estrategias regionales para la producción y comercialización de

medicamentos (Riggirozzi y Yeates, 2015; Yeates y Riggirozzi, 2015; Herrero y Loza, 2017). UNASUR ha desarrollado un área específica de trabajo en la temática de medicamentos, en particular a través del Grupo Técnico de Acceso Universal a Medicamentos (GAUMU).

Las páginas siguientes se centran en la creación de un Banco de Precios de Medicamentos con alcance regional, promovido por UNASUR. Se trata de uno de los proyectos centrales del Consejo de Salud, que cuenta con partidas presupuestarias propias y con objetivos vinculados a la investigación y la cooperación intrabloque.

Política regional en medicamentos: ¿una herramienta de soberanía en salud?

El primer posicionamiento que la UNASUR llevó y defendió como bloque a la Organización Mundial de la Salud (OMS) estuvo vinculado a los derechos de propiedad intelectual sobre el acceso a medicamentos, denunciando el monopolio que ejercen las empresas farmacéuticas especialmente en la definición de precios. Una de sus primeras acciones consistió en la presentación del posicionamiento del bloque acerca de los precios de medicamentos y las acciones monopólicas de los grandes laboratorios, en el marco del encuentro de la OMS en 2010 (Riggirozzi, 2014; Faria, Giovanella y Bermúdez, 2015). En 2010, se presentaron otras dos resoluciones de posicionamiento regional, relacionadas con el tema de los medicamentos y el tema se mantuvo como una constante en las resoluciones siguientes que presentó UNASUR como bloque en las ediciones de la Asamblea Mundial de Salud.

En 2009, un año más tarde de la creación del UNASUR y el Consejo de Salud, se había conformado el Grupo Técnico de Acceso Universal a Medicamentos (en adelante, GAUMU) a través del Acuerdo CSS 01/09, con el objetivo de discutir políticas regionales en el tema. El trabajo del Grupo se concen-

traba en la coordinación de las capacidades productivas de los países y en la promoción de la investigación y la producción de medicamentos. También se propuso trabajar en políticas de precios y en la mejora de la selección y el uso racional de los insumos, en vistas a la reducción de las barreras al acceso universal a través del intercambio de información. Un objetivo central del GAUMU era el desarrollo de una propuesta para una política sudamericana de acceso universal a medicamentos, considerando las capacidades productivas existentes que serían mapeadas y a partir de acuerdos sobre las necesidades de los países del bloque.

El GAUMU es responsable del proyecto de creación de un Banco de Medicamentos para el bloque regional, iniciativa que se plasmó en la resolución 09/2009 de la UNASUR firmada en Guayaquil, que explícitamente reconocía la existencia de barreras que impiden el acceso a medicamentos a amplios sectores de la población. Dicha resolución afirmaba que: “El acceso a medicamentos e insumos estratégicos son parte esencial del derecho a la salud, un derecho fundamental de todo ser humano y requisito esencial que debe ser garantizado por los gobiernos” (UNASUR, 2009: 1). Más adelante, la Resolución 9/2009 de UNASUR ha sido criticada en tanto no explicita objetivos específicos, aunque plantea la inequidad existente en el acceso a medicamentos en los países de la región, así como su relevancia en el camino al derecho a la salud (Kingah y Ooms, 2015).

En la Resolución 40 del año 2012, el Consejo de Ministros de UNASUR da cuenta de la aprobación de dos proyectos vinculados a la iniciativa del GAUMU, en el marco de los fondos destinados a las Iniciativas Comunes. Las propuestas habían sido elevadas por el Grupo Técnico y el Consejo de Salud al Consejo de Delegados, para ser luego presentadas ante el Consejo de Ministros que aprobó su financiación. La Resolución 40/2012 afirma destinar fondos por USD 300.000 a un

mapeo de capacidades regionales de producción de medicamentos y poco más de USD 100.000 a la creación del Banco de Precios de Medicamentos (UNASUR, 2012). Por su parte, el informe de UNASUR sobre el estado de situación de estas iniciativas desarrollado en 2013, menciona que los proyectos aun no habían iniciado y detalla una reducción presupuestaria para el mapeo (ahora a cargo del ISAGS) y un aumento de presupuesto de un 50% para el Banco (UNASUR, 2013). En mayo de 2014, durante la séptima reunión del GAUMU desarrollada en Buenos Aires, se discutieron los proyectos vinculados a Iniciativas Comunes, incluyendo la base de datos de precios de medicamentos y el mapeo de las capacidades productivas regionales. ISAGS y GAUMU se comprometieron a liderar estas iniciativas. El proyecto de mapeo de precios y capacidades productivas iniciaba con un diagnóstico de las políticas de medicamentos desarrolladas por bloques regionales como MERCOSUR, CAN, CARICOM y ALBA. El análisis de iniciativas regionales y subregionales buscaba servir para sostener decisiones estratégicas sobre medicamentos y mejorar así los sistemas nacionales de salud y el acceso a la salud de las poblaciones. En uno de los boletines semanales de ISAGS del 2016, se publica la búsqueda de un equipo de consultores que lleven adelante el mapeo de capacidades de producción de alimentos (ISAGS, 2016).

El Banco de Precios de Medicamentos representa una iniciativa concreta de políticas regionales sobre medicamentos. Por sobre todas sus acciones, busca asegurar el acceso equitativo a medicamentos que tengan calidad y eficacia asegurada, a la vez que intenta promover el uso racional de los mismos.

Eso nos permite ver, por ejemplo, que se yo, el medicamento X, Perú lo ha adquirido más barato o Bolivia lo ha adquirido; entonces qué hacer, qué mecanismos, cómo compramos con ellos, cómo adquirimos, cómo intercambiamos

medicamentos. (...) Entonces, cómo fortaleces a los otros países y de qué manera te beneficia (BO04).

La iniciativa fue saludada por los gobiernos integrantes del bloque regional, dando muestras de una postura compartida en torno a los precios que los países pagan por los insumos que compran. Las opiniones recuperadas coinciden con la percepción que recogimos en nuestro trabajo de campo acerca del valor de UNASUR como un proyecto político, que instala una manera de entender la realidad regional y la forma de intervenir en ella. El Banco de Precios de Medicamentos se planteó como objetivo central la generación de una lista de referencia de precios de medicamentos para los países que integran el bloque regional. Tener un claro mapa de los precios que los Estados pagan por los medicamentos les permitiría fortalecer su capacidad negociadora con los grandes laboratorios en los procesos de adquisición de medicamentos. La utilidad de la información compartida y uniforme se entiende en consonancia con las impresiones de los ministros de Salud que presentaron la iniciativa del Banco, con fuertes críticas a la fijación de precios que realizan los laboratorios a nivel internacional. En 2015, el ministro de Salud de la Argentina, Daniel Gollan, afirmó que los costos que los Estados pagan en medicamentos son fijados de manera discrecional, teniendo en cuenta la capacidad de pago de los países y el nivel de emergencia.

Estas opiniones fueron vertidas en un taller realizado en agosto de 2015 en Buenos Aires. El taller fue organizado por el ISAGS y el GAUMU, con la presencia de delegaciones de diez países miembro del bloque además del secretario general, Ernesto Samper, y la consultora técnica sobre el Complejo Industrial y Regulación, Mónica Sutton. En el encuentro se debatieron propuestas para la construcción de la red de intercambio de información relativa a las compras de medicamentos. Además de

asegurar el acceso a medicamentos seguros y de calidad para las poblaciones de los países de UNASUR, se buscó establecer herramientas que faciliten la toma de decisiones.

El proyecto del Banco de Precios de Medicamentos estipula que la herramienta virtual a consolidar estará destinada a compartir información intergubernamental sobre compras de medicamentos. El listado de fármacos se desprenderá de las necesidades de los Estados participantes y, en etapas posteriores, se buscará aumentar el listado de medicamentos. Más allá de la creación de esta base de datos, lo que se buscará analizar es la capacidad pública y privada de producción de medicamentos en la región. En última instancia, se espera que el Banco de Precios de Medicamentos sea uno de los primeros pasos hacia la consolidación de una política regional de medicamentos que garantice su accesibilidad, cuidando la calidad y seguridad de los mismos.

Algunos avances importantes de esta iniciativa mostraron el sostenimiento de la voluntad de consolidar una política regional de compra de medicamentos. En noviembre de 2016, el Secretario General presentó el primer listado conteniendo treinta y cuatro medicamentos, esperando ampliar en los meses siguientes esa nómina a sesenta medicamentos. Este listado permitiría a los países miembros realizar acuerdos de compra conjunta y economizar recursos nacionales. Además, la base de datos del Banco de Precios de Medicamentos se presentó como una herramienta pública que permitiría a los ciudadanos consultar los precios a los cuales se les está vendiendo las medicinas (Nodal, 17/11/2016). La actual directora del ISAGS, Carina Vance, mencionó también en una entrevista de septiembre de 2016 que estaba en marcha la planificación de una compra conjunta de medicamentos para VIH y Hepatitis C, los cuales implicaban altos costos para cada uno de los países (Redacción Médica, 12/09/2016).

El Banco de Precios de Medicamentos de UNASUR aparecía como una estrategia centrada en la resistencia coordinada y activa hacia la fijación de precios de las empresas farmacéuticas, a la vez que busca tener un panorama claro de las capacidades productivas de la región en esta materia. Se esperaba que la información compartida permitiera a los países evitar discriminaciones en el establecimiento de precios y disminuir las asimetrías entre las empresas y los Estados, aun cuando las negociaciones se siguieran realizando de forma nacional antes que regional. La iniciativa de UNASUR en el tema de medicamentos parte de su base regional y busca impactar en los escenarios nacionales, mientras que la consolidación de su posicionamiento ante organismos internacionales confirma la capacidad de UNASUR de incidir en la diplomacia global.

En el caso por ejemplo de los medicamentos. Vuelvo al tema del desabastecimiento de Colombia. UNASUR fue a la asamblea a plantear que había que hacer algo, por ejemplo. Entonces la intención es llevarlo al escenario global para que de ahí surja una instrucción [...]. Entonces cuando llega arriba en el escenario global baja otra vez en términos de mandato. Entonces la OMS resuelve que para eso hay que mandar a los Estados a desarrollar mejorar las políticas de protección de los medicamentos esenciales. Entonces claro, los mandatos no son en ningún caso, ni de lo regional, ni de lo global obligatorios, porque ni UNASUR ni el sistema global tienen muchas veces herramientas de actuación para poder hacer cumplir mandatos, pero sin embargo eso van bajando en los distintos niveles en forma de planes de trabajo o planes regionales o mecanismos que proponen ciertas herramientas, y que promueven la cooperación tanto técnica como entre país... (AL07, entrevista personal, 2015).

Las iniciativas de UNASUR en Salud muestran que el bloque elaboraba las cuestiones relativas a medicamentos desde sus principios funda-

mentales, el derecho a la salud y el acceso universal. Partiendo de considerar a las barreras en el acceso a medicamentos como uno de los determinantes sociales de la salud, UNASUR ha propuesto algunos cambios estructurales vinculados a la soberanía en salud en la región y cuestionando esferas tradicionales de poder vinculadas a la industria farmacéutica. En el nivel global, observamos que UNASUR contribuyó a la construcción de una nueva forma de diplomacia en salud. Como ya lo mencionamos, uno de los primeros posicionamientos de UNASUR ante la OMS estaba vinculado con el impacto de los derechos de propiedad intelectual y las posiciones monopólicas en la industria farmacéutica en relación con la fijación de precios y los genéricos (Riggirozzi, 2014). Otra manifestación de acción colectiva se refleja en el compromiso de UNASUR de no comprar en la región medicamentos cuyos precios superaran los márgenes establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (en adelante, OPS) como una forma de prevenir que los intereses comerciales cobren ventaja de las situaciones de pánico e incertidumbre que generan las epidemias (Riggirozzi, 2014; Herrero y Tussie, 2015). Sin embargo, el punto más débil de este proceso refiere a la implantación de estrategias en el nivel nacional, ya que al no ser vinculantes las resoluciones de UNASUR no se ven reflejadas en cambios concretos o en políticas nacionales.

Yo creo que UNASUR les cuesta bastante reunirse. UNASUR es mucho más social, mucho más político, mucho más defiende los derechos, ¿no? ORAS CONHU es más técnico, hace normas, MERCOSUR también, MERCOSUR tiene su debilidad, pero también te hace normas. Entonces esa es la gran diferencia, es más técnico lo otro, ¿no?, pese que UNASUR también podría hacer normas, está en su plan hacer normas, pero es mucho más defensa de los derechos, defensa del acceso, defensa, ¿no? Entonces las normas son su base, y creo que

ahí se enriquecería bastante (BO04, entrevista personal, 2014).

En el análisis de la construcción de posicionamientos y resoluciones de UNASUR es posible ver los tres niveles en los que operaba este organismo y en los que se promovía también la emergencia, difusión e implementación de normas: nacional, regional y global. Las políticas regionales de salud también se difunden y reconstruyen del nivel nacional al regional, y viceversa, en un proceso de dos vías. El nivel regional de gobernabilidad actuaba como una bisagra que permitía la presentación coordinada de iniciativas mundiales. Esto es fundamental en términos de diplomacia sanitaria y el proceso de política regional. Una vez que las iniciativas surgían, algunas de ellas eran llevadas a la esfera mundial con el objetivo de promover temas específicos en la agenda internacional de salud. Al hacerlo, la UNASUR buscaba asegurar una voz en la salud mundial y obtener prominencia política en términos de diplomacia de la salud. Lograr una voz en la diplomacia global era central puesto que permitía la construcción de la identidad. En el tema de medicamentos, es posible observar el ciclo de normas y políticas que se desarrolla al interior de la región, desde la emergencia de resoluciones hasta la internalización de modificaciones en los sistemas nacionales de salud, lo cual contribuye a la construcción de una diplomacia regional de la salud. En el nivel regional, las acciones de UNASUR buscaban reducir las asimetrías entre los países que integran el bloque, fortaleciendo las capacidades productivas en la región y mejorando el acceso. La intervención de UNASUR en el tema del acceso a los medicamentos es un ejemplo de un tema que ha sido bien elaborado a partir de su base regional y es una de las intervenciones que confirman el papel de los nuevos organismos regionales en el desarrollo de normas en la escena global.

-E: Bien, ¿y cuál es la principal ventaja entonces que tiene UNASUR, a diferencia quizás a otros bloques, o que podría tener? ¿Cuál es ese potencial?

-W: Su mandato ante OMS. Su representatividad ante la OMS. La fuerza que tiene en el tema social, en el tema de defensa, ahí ya no eres ORAS CONHU, no eres nada, ahí te vas UNASUR, OMS y peleas por lo que quieras (BO04, entrevista personal, 2014).

La coordinación regional a nivel de circulación de información, pero la escasez de acciones conjuntas definidas a partir de esos datos, da muestras de las características propias de UNASUR y que pueden observarse en el funcionamiento del Consejo de Salud. Nuestro análisis documental y las entrevistas realizadas confirmaron el bajo grado de institucionalización existente en UNASUR. Tal como describimos algunas páginas atrás, el Consejo de Salud se basa en su Comité Coordinador y los Grupos Técnicos, que trabajan en el proceso de diseño y aprobación de las iniciativas que se presentan ante los Jefes de Estado. El proceso consistía entonces en instalar un tema, como el de los precios de los medicamentos y crear un espacio en el cual debatir alternativas. Las resoluciones que el Consejo de Salud lograba definir no eran vinculantes ante los escenarios nacionales de los países participantes. Sin embargo, estas resoluciones otorgaban visibilidad a las asimetrías que enfrentaban los países y planteaban propuestas para lidiar con ellas. Los Jefes de Estado firmaban su adhesión a acuerdos que permitía a los ministerios de Salud mover la agenda a nivel nacional, a la vez que incrementaban su poder de negociación dentro de las burocracias nacionales y el escenario internacional.

[Mapeo de precios de medicamentos] Son iniciativas que por más de que tengan un componente comercial muy fuerte, son iniciativas políticas que tienen o por lo menos se persigue lograr un mayor acceso o que la población ten-

ga un mejor y mayor acceso a reducir sus gastos. [...] Y son cosas que van marcando una visibilidad, un reconocimiento y eso en la medida que se vaya reconociendo obviamente son más tomadas en consideración en los niveles nacionales. Sabemos que es una estructura no supranacional definitivamente, no tiene el carácter normativo, pero sí tiene un rol político muy importante (PY02, entrevista personal, 2014). Donde se dio un cambio enorme es en la reglamentación en la parte de medicamentos. Todo lo que se hizo en la región obligó a Paraguay a ajustarse a los estándares de calidad. Entonces muchas empresas entraron en esto de las buenas prácticas. Antes nuestros laboratorios no se ajustaban a esto, pero sin embargo cuando se empezó a trabajar a través de MERCOSUR, UNASUR, entonces también para que se vendan los medicamentos y para que se puedan circular en la región, tenían que ajustarse a estas normas de calidad. Y en eso se dio un cambio muy grande (PY09, entrevista personal, 2014).

También se observaba una referencia fuerte al nivel nacional al intercambiar experiencias exitosas entre los países miembro o destacar el camino recorrido por alguno de ellos. ISAGS, por ejemplo, ha destacado la experiencia de Brasil y Perú en el desarrollo de sus propios bancos de medicamentos, así como el sistema de compras gubernamentales de Ecuador denominado “subasta inversa” (ISAGS, 2016).

...como el caso de unas acciones directas de los organismos de integración regional, no tiene por qué llegar al punto de negociación global para empezar a ejecutar acciones; ejemplo el Banco de Precios de Medicamentos (...) sobre eso los decisores de política van a tener que tomar decisiones, ese producto regional o esa acción regional, baja del ministerio en la persona de los directores de medicamentos de los que elaboran las compras públicas, etcétera, que van a tomar decisiones de por ejemplo, el dejar de comparar al proveedor que le compran, negociar de otra manera con los proveedores

de compras y distribuir un fondo más común, conjunto con países, recurrir a licitación o X cosas, pero van a tomar decisiones que van a impactar directamente, pero lo toman los países (AL07, entrevista personal, 2015).

Como hemos podido observar, en la cooperación entre países y los procesos de integración regional, la región fortalece y amplía su capacidad para negociar y defender sus intereses en espacios multilaterales frente al mercado y otras organizaciones internacionales y transnacionales, lo que genera una mayor autonomía de los países que pertenecen al proceso (Teixeira, 2007). Esto en materia de medicamentos es fundamental, no sólo por la importancia del acceso a los medicamentos en tanto derecho, sino porque pueden constituir un facilitador para ampliar los márgenes de las políticas en salud y fortalecer la integración regional en relación con la influencia de estos actores. De esta forma, como sostiene Teixeira (2007), este ejercicio de la soberanía, tanto de forma individual por parte de cada uno de los países que pertenecen al proceso de integración regional, como a nivel regional, desde el accionar de los organismos regionales, aumenta la capacidad de esos países para definir, con menos influencia externa, sus políticas de salud. Así, se incrementa el grado de soberanía sanitaria interna de los Estados Nacionales y el de la región en su conjunto, sobre todo para el accionar en el escenario global.

La salud también es, en sí misma, un campo privilegiado para construir soberanía externa, ya que sostiene espacios multilaterales continentales y globales para la negociación y el ejercicio de la soberanía, que otras áreas sociales no tienen. Así, estos procesos de integración regional con un foco en las políticas sociales y la soberanía sanitaria regional, fortalecen también las soberanías sanitarias nacionales de sus países miembros. Este doble ejercicio de la soberanía sanitaria interna y externa, establece un mecanismo de resistencia desde la región

a medida que refuerza la independencia y la autonomía en salud de los Estados para definir sus propias políticas (Teixeira, 2017).

Si bien UNASUR tuvo políticas muy recientes, considerando el período de conformación, observamos que los dos principales campos de acción de la soberanía sanitaria regional en ese bloque fueron el ejercicio de la diplomacia sanitaria en espacios multilaterales y el acceso a medicamentos. Esto confirma nuestra hipótesis inicial en cuanto a que los organismos regionales devienen en actores centrales no sólo de la política exterior, sino también de la agenda de salud internacional, y que el rol y el efecto de presión que ejercen en los distintos niveles de intervención pueden favorecer el surgimiento y consolidación de iniciativas que contribuyan al ejercicio de la salud como un derecho. En este marco, las políticas de acceso a medicamentos por parte de los organismos regionales, fortalecen el surgimiento de una agenda regional con un enfoque en el derecho a la salud, a la vez que se consolidan como una herramienta en pos de la soberanía sanitaria.

Conclusiones

Junto con el cambiante proceso de globalización, la agenda internacional de salud se ha vuelto cada vez más completa y compleja. Aunque la globalización parece desafiar las distinciones tradicionales entre los asuntos nacionales y los asuntos exteriores, el papel de los Estados soberanos sigue siendo central (Herrero, 2017). Los mercados y el comercio siguen de hecho fuertemente controlados por el mundo desarrollado, cuya influencia es visible en el mapa geopolítico de la salud internacional, donde las relaciones entre los Estados y las acciones de la diplomacia y la cooperación en salud se convirtieron en nudos críticos. Esto contribuye al surgimiento de un nuevo marco para la integración regional en salud, prácticas y métodos regionales innovadores y la implementación de nuevas estrategias para abordar las políticas regionales de salud. El re-

gionalismo representa hoy un conglomerado de proyectos comerciales, políticos y sociales que giran en torno a nuevos principios de solidaridad y autonomía regional y son una oportunidad para sincronizar la inclusión de políticas a múltiples escalas.

La constitución de la UNASUR se dio en un contexto muy particular de la región e implicó un nuevo espacio para la deliberación y la aplicación de políticas que comenzaron a surgir como alternativas al viejo regionalismo y como críticas al neoliberalismo y sus consecuencias en los países de la región. UNASUR surgió de la necesidad de recuperar la región y abrazó la solidaridad global, en lugar de la gobernanza liberal global y de las políticas económicas impulsadas por el mercado. En este sentido, lo que hizo a UNASUR particularmente interesante fue, en primer lugar, su visión del regionalismo y de la integración que construye a partir de acuerdos preexistentes (comerciales), específicamente el MERCOSUR y la Comunidad Andina, pero fortaleciendo nuevas áreas de la cooperación regional, más allá del comercio. El surgimiento de UNASUR constituyó entonces un caso interesante de estudio para analizar los cambios en la forma y el contenido de la gobernanza regional, producto de la nueva coyuntura política-económica y social en la región (Herrero y Tussie, 2015).

Los nuevos horizontes políticos de los países de América del Sur seguramente tendrán un fuerte impacto en la visión que los bloques de la región construyan y en la implementación de las iniciativas como las que describimos en este trabajo. Hasta aquí, la experiencia de UNASUR nos ha mostrado que el campo de la salud está ganando espacio propio en la región latinoamericana, y ello propició la posibilidad de reflexionar y construir nuevos conocimientos para la acción e incluso para generar políticas. Muchas de ellas marcan una ruptura con el campo tradicional de la salud internacional. Las nuevas estructuras se propusieron profundizar las relaciones intra-

regionales y persiguieron una nueva cooperación interregional sur-sur, que intentó incorporar parte de ese paradigma. Efectivamente, los organismos regionales como UNASUR, en tanto bloques políticos, han adquirido un rol fundamental en materia de políticas sociales, y ejercen un peso importante en la agenda de salud internacional. No sólo por la relevancia que tiene la salud en el escenario global, sino por la capacidad que tienen los bloques de incidir y empujar temas a las agendas políticas de decisión desde y hacia los distintos niveles. En el campo de los medicamentos, creando diversos mecanismos y estrategias en múltiples direcciones o sentidos de acción para ello.

Con el proyecto de creación de un Banco de Precios de Medicamentos, los países de UNASUR marcaron un fuerte posicionamiento en el escenario global, enmarcando sus acciones en la búsqueda del derecho a la salud para sus poblaciones. Si bien se trata de una tendencia que ha ido creciendo en la historia reciente, la iniciativa del mapeo de las capacidades productivas y la creación de la base de datos de precios de medicamentos podrían haber dado lugar al fortalecimiento de las industrias locales, así como a la posibilidad de negociación de los países en bloque ante la hegemonía del campo farmacéutico. Aun desde un presente que no deja seguridades sobre el futuro de la región, es posible afirmar que proyectos como los que aquí analizamos no pasarán desapercibidos para los sistemas de salud de los países de América del Sur.

Referencias bibliográficas

- Acuña, C., Marin, N., Mendoza, A., Emmerick, I.C.M., Luiza, V. L., Azeredo, T. B. (2014). Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 35 (2): 128-35.
- Coitiño, A. (2014). *Análisis del fenómeno de los procesos regionales de integración en salud como actores emergentes de la diplomacia de la salud global: el caso UNASUR*. Washington D.C.: Informe PLSI.
- Emmerick, I., Vera, L., Bastos Camacho, L., Vielle-Valentin, C. y Ross-Degnan, D. (2015). Barriers in household access to medicines for chronic conditions in three Latin American countries. *International Journal for Equity in Health*. Vol.14, 1-14.
- Faria, M., Giovanella L., y Bermúdez, L. (2015). A UNASUL na Assembleia Mundial da Saúde: Posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano. *Saúde Debate*. Vol. 39, Núm. 107, 920-934.
- Franco, R. y Di Filippo, A. (1999). (Comps.). *Las dimensiones sociales de la integración regional en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Giovanella, L. (Ed.). (2015). *Atención primaria de salud en Suramérica*. Rio de Janeiro: ISAGS-UNASUR. Disponible en: <http://isags-una-sur.org/wp-content/uploads/2018/06/libro-isags-aps-suramerica.pdf>
- Gollan, D. (2015). *El medicamento y la especulación financiera*. Buenos Aires: La Página S.A. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-280093-2015-08-25.html>
- Grugel, J. (1996). *Latin America and the remaking of the Americas*. En A. Gamble and A. Payne (Eds.). *Regionalism and World Order* (pp. 131-167). London: Macmillan.
- Harman, S. (2017). *Global health governance*. Abingdon, Oxon: Routledge.
- Herrero, M. B. y Tussie, D. (2015). UNASUR Health: A quiet revolution in health diplomacy in South America. *Global Social Policy*. 15 (3), 261-277.
- Herrero M. B. (2017) Moving towards a South-South International Health: Debts and challenges in the regional health agenda. *Revista Ciencia e Saude Coletiva*, 22 (7): 2169: 2174. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320170027&lng=pt&nrm=iso

- <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.03072017>
- Herrero, M. B. y Loza, J. (2017). Building a regional health agenda: A rights-based approach to health in South America. *Global Public Health*. DOI: 10.1080/17441692.2017.1308536
- Hunt, P. y Khosla, R. (2008). The right to medicines. *Sur International Journal on Human Rights*. Vol. 5, Núm. 8, 99-115.
- ISAGS (2016). *Boletín semanal del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. 24 de junio de 2016*. Disponible en: <http://www.isags-unasur.org/boletins.php?lg=2>
- ISAGS (2016b). *Inspira 2030*. Núm. 3, octubre de 2016. Disponible en: http://www.isags-unasur.org/it_informe.php?ev=3475&lg=2
- Kingah, S. y Ooms, G. (2015). *Global constitutionalism in global health governance and regional responses: exploring African and Latin American compulsory license regimes*. Open University, Milton Keynes, UK (2015). [PRARI Working Paper 15-3] Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a9f7f6e5274a0f6c00004e/32_Global_constitutionalism_in_global_health.pdf
- Laurell, A. C. (1993). La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud. *Saude soc*. Vol. 2, Núm. 2, 21-84. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901993000200003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901993000200003>.
- Oliveira, M. A., Osório-de-Castro, C. G. S. y Bermudez, J. A. Z. (2007). *Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Oliveira, M. A. (2008). *El medicamento en la agenda política global: de la regulación sanitaria al acceso universal*. Programa de Líderes en Salud Internacional Edmundo Granda Ugalde, Organización Panamericana de la Salud. Whashington: OPS.
- ORAS-CONHU (2009). *Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos / Organismo Andino de Salud. Convenio Hipólito Unanue - Política Andina de Medicamentos*. Lima: ORAS CONHU.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) - Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *The World Medicines Situation*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2012). *Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de país*. Washington, D.C: OPS.
- Riggirozzi P. (2012). Acción colectiva y diplomacia de UNASUR Salud: La construcción regional a través de políticas sociales. *Documento de trabajo Núm. 63*. Buenos Aires: FLACSO Argentina.
- Riggirozzi, P. (2014). Regionalism through social policy: Collective action and health diplomacy in South America. *Economy and Society*. 43(3): 432-454.
- Riggirozzi, P. y Tussie, D. (Eds.). (2012). *The Rise of Post-Hegemonic Regionalism: The Case of Latin America*. Dordrecht: Springer.
- Riggirozzi, P. y Yeates, N. (2015). Locating regional health Policy: institutions, politics and practices. *Global Social Policy*. 15 (3): 212-228.
- Teixeira, M. F. (2017). O Conselho de Saúde da UNASUL e os desafios para a construção de soberania sanitária. *Tesis doctoral presentada ante la Fundação Oswaldo Cruz, Brasil*.
- Tobar, F. (2012). *Breve historia del sistema argentino de salud*. En O. Garay. (Coord.). *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*, (pp. 1-19). Buenos Aires. La Editorial La Ley.
- Tobar, F. y Sánchez, D. (s/f). *El impacto de las políticas de medicamentos genéricos sobre el mercado de medicamentos en tres países de MERCOSUR*. Madrid. Fundación Carolina/Cealci. Disponible en: <https://www.fundacioncaro>

lina.es/wp-content/uploads/2014/07/Avance_Investigacion_12.pdf

UNASUR (2009). *Resolución 09/2009*. Disponible en: http://www.isags-unasur.org/it_biblioteca.php?cat=1&lg=2&bb=441

UNASUR (2012). *Resolución 40/2012*. Disponible en: [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/1/bb\[563\]ling\[1\]anx\[1677\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/1/bb[563]ling[1]anx[1677].pdf).

UNASUR (2013). *Estado de situación Fondo de Iniciativas Comunes*. Disponible en: <http://www.unasursg.org/es/acciones-en-salud>

Velásquez, G., Correa, C. y Balasubramaniam, T. (2006). *La OMS al frente de la lucha por el acceso a los medicamentos: el debate sobre los derechos de propiedad intelectual y la salud pública (89-106)*. En J. A. Z. Bermúdez y M. A. Oliveira (Eds.), *La propiedad intelectual en el contexto del acuerdo de la OMC sobre los ADPIC: desafíos para la salud pública* (pp. 89-106). Rio de Janeiro: Centro de Políticas Farmacéuticas (NAF)/ENSP/FIOCRUZ.

Yeates, N. y Riggirozzi, P. (2015). Global social regionalism: Regional Organizations as drivers of social policy change. *Trabajo presentado en International Sociological Association RC19 Annual Conference, University of Bath, 26-28th August 2015*.

el-banco-suramericano-de-precios-de-medicamentos/

Redacción Médica, septiembre de 2016: “Se viene compra conjunta de medicinas para VIH y hepatitis C”. Disponible en <http://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/se-viene-compra-conjunta-de-medicinas-para-vih-y-hepatitis-c-88607>.

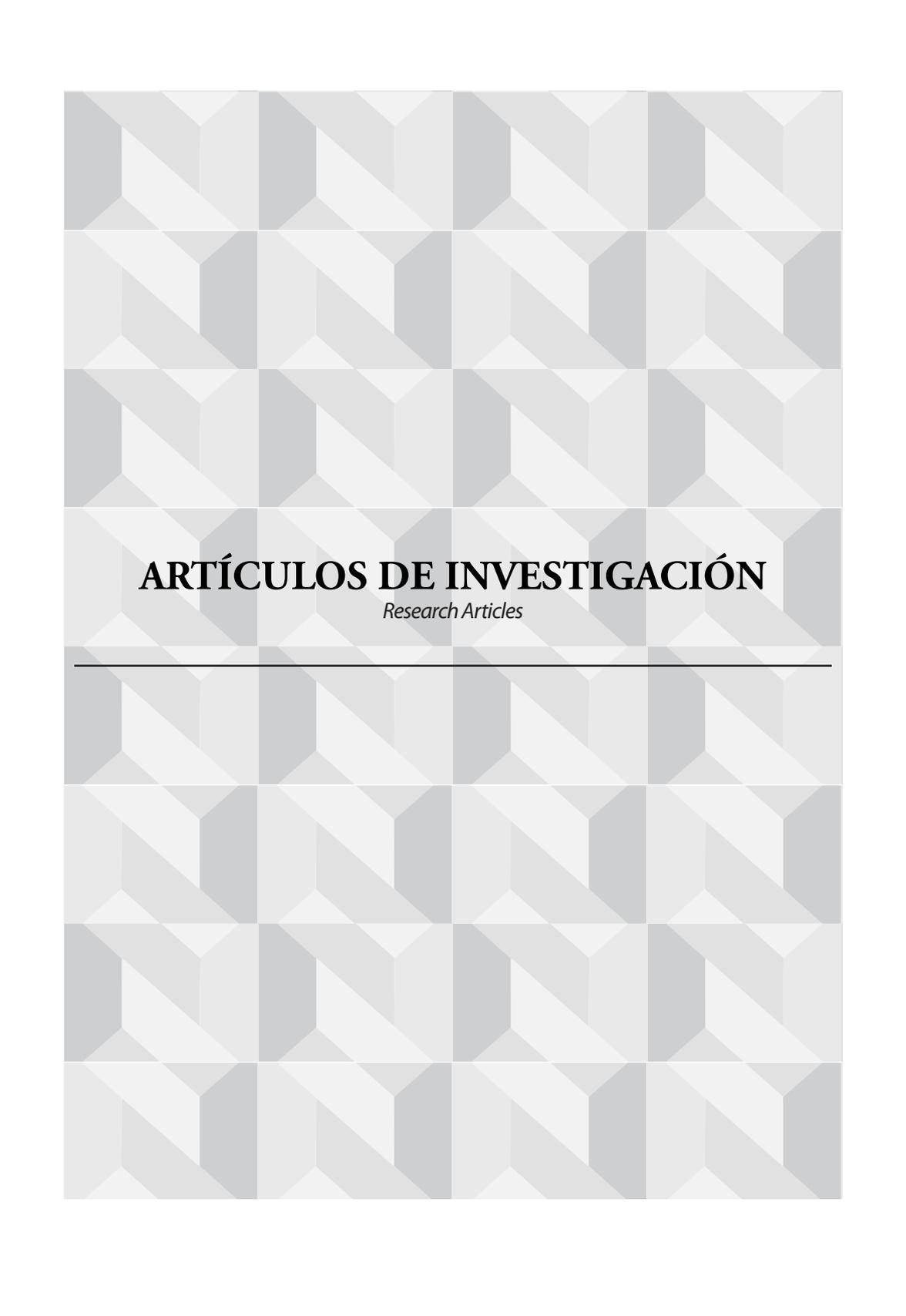
Para citar este Artículo de investigación:

Herrero, Ma. B. y Loza, J. (2020). Políticas regionales en medicamentos y la construcción de soberanía en salud (2009-2019). *Revista Estado y Políticas Públicas*. Año VIII, Núm. 14, 181-200.

Notas

Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 28 de agosto de 2015: “Ponen en marcha proyecto para la creación del Banco de Precios para Medicamentos de la UNASUR”. Disponible en http://www.msal.gob.ar/prensa/index.php?option=com_content&view=article&id=2817:ponen-en-marcha-proyecto-para-la-creacion-del-banco-de-precios-para-medicamentos-de-la-unasur&catid=6:destacados-slide2817

Nodal, noviembre de 2016: “El secretario general de la UNASUR presentó el Banco Suramericano de Precios de Medicamentos”. Disponible en <http://www.nodal.am/2016/11/el-secretario-general-de-la-unasur-presento->



ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Research Articles

Finanzas Públicas Intergubernamentales. Análisis de la Teoría Monetaria Moderna (TMM) para considerar los principales problemas del caso argentino¹

*Intergovernmental Public Finances.
Analysis of Modern Money Theory (TMM) to consider
the main problems of the Argentine case*

Por Alcides Bazza*

Fecha de Recepción: 31 de enero de 2020.

Fecha de Aceptación: 14 de abril de 2020.

RESUMEN

Los problemas sobre las transferencias fiscales nacionales y la deuda pública provincial en la Argentina han generado extensos debates teóricos. En especial, hacia mediados de la década de los ochenta, cuando se acentuó el proceso descentralizador de las funciones de gasto público hacia las provincias en contraste con una mayor centralización de los ingresos tributarios en el nivel nacional de gobierno.

La progresiva dependencia financiera provincial sobre los recursos nacionales para afrontar sus necesidades fiscales motivó amplias discusiones respecto al diseño jurídico que debía plantearse para solucionar los desequilibrios presupuestarios verticales. Sin embargo, gran parte de las propuestas sugeridas no han sido instrumentadas en el marco normativo vigente. Una manifestación de ello se da, por un lado, con el *laberinto* de la coparticipación y,

* Doctor en Ciencia Política por la Universidad Nacional de Rosario. Abogado por la Universidad Católica de Santa Fe. Integrante del Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales del Litoral. Correo electrónico: alcidesbazza@fcjs.unl.edu.ar

1 Una versión preliminar fue presentada en el Congreso Nacional de Ciencia Política, realizado por la Sociedad Argentina de Análisis Político en la Universidad Nacional de San Martín, Provincia de Buenos Aires, el 17 de julio de 2019. El autor agradece sin implicar los comentarios de Arturo Claudio Laguado Duca, Horacio Cao, Maximiliano Rey y otros participantes. También, a Víctor Ramiro Fernández por su atenta lectura, y a tres evaluadores anónimos por sus observaciones y comentarios.

por otro lado, con las dificultades en la implementación del Régimen Federal de Responsabilidad Fiscal. El presente artículo se propone indagar una interpretación teórica alternativa de esta problemática, en base a los aportes de la Teoría Monetaria Moderna.

Palabras clave: Federalismo Fiscal, Teoría Monetaria Moderna, Coparticipación Federal, Argentina.

ABSTRACT

In Argentina, the problems of the intergovernmental public finances related to federal government transfers and provincial public debt have generated broad debates in the national literature. Indeed, when both the process of public spending decentralization to the provinces and the revenue centralization to the federal government have been accentuated since the mid-1980s. These processes caused a deep financial damage in the provincial accounts motivating strong controversies about what normative regulation must be applied in order to resolve vertical fiscal disequilibrium. However, none of the suggested proposals in the last decades has come into effect. One manifestation of that is, on the one hand, the subsistence of the *labyrinth* of the Tax Sharing's Legislation (coparticipación). On the other hand, with the difficulties in implementing the Federal Regime of Fiscal Responsibility. This article aims to investigate an alternative theoretical interpretation of this problem, based on the contributions of Modern Money Theory.

Keywords: *Fiscal Federalism, Modern Money Theory, Tax Sharing System, Argentina.*

Introducción

Los problemas que se plantean en torno a las transferencias fiscales nacionales y la deuda pública provincial en la Argentina han generado extensos debates en la literatura nacional. En especial, hacia mediados de la década de los ochenta, cuando se acentuó el proceso des-

centralizador de las funciones de gasto público hacia las provincias en contraste con una mayor centralización nacional de los ingresos tributarios. La progresiva dependencia financiera provincial sobre los recursos nacionales para afrontar sus necesidades fiscales motivó amplias discusiones respecto al diseño regulatorio que debía plantearse para solucionar los desequilibrios presupuestarios verticales. Sin embargo, gran parte de las propuestas sugeridas no han sido instrumentadas en el marco normativo vigente. Una manifestación de ello se da, por un lado, con el *laberinto*² de la coparticipación que rige actualmente en claro incumplimiento de la reforma constitucional del año 1994. Por otro lado, con las dificultades en la implementación del Régimen Federal de Responsabilidad Fiscal (Melamud & Rozenwurcel, 2018).

La mayor parte de los análisis que abordaron los problemas fiscales intergubernamentales se han enfocado en las ineficiencias de la legislación impositiva. Desde la *escuela normativa* del federalismo fiscal se sostiene la necesidad de crear un sistema coparticipable único bajo el control del gobierno nacional, para evitar la existencia de múltiples canales de transferencias, como así también para atender a las funciones macroeconómicas de estabilización y distribución (Haggard & Webb, 2004; López Murphy, 1996; Piffano, 2007). En contraposición, los exponentes de la *escuela positiva* promueven la descentralización absoluta de los ingresos fiscales en los gobiernos provinciales, para cumplir con el principio de la correspondencia fiscal y garantizar una mayor responsabilidad política (Porto, 2003b, 2005; Rezk, 1998, 2000)

2 Expresión primeramente utilizada por Richard Bird (1993) y divulgada en documentos de varios expertos nacionales, como Berteau & Garat y Casas (Berteau & Garat, 2002; Casas, 1996).

Más allá de esas diferencias, este trabajo sostiene como hipótesis que la escuela *normativa y positiva* del federalismo fiscal comparten un mismo punto de vista respecto a las restricciones fiscales para financiar el gasto público. Al tomar el principio de las finanzas sanas (*sound finance*) como presupuesto teórico de sus análisis, advierten los problemas que un tamaño muy grande del sector público puede provocar sobre la macroeconomía y/o sobre la competitividad. A estos fines, las recomendaciones sugeridas consisten en establecer estrictas reglas para limitar el nivel de gasto y endeudamiento público, como así también, en reducir la carga tributaria directa e indirecta sobre las actividades productivas. Sobre esta base, la coordinación de competencias tributarias intergubernamentales es muy conflictiva ya que la distribución de los recursos fiscales es considerada como un juego de suma cero. En este juego, alguno de sus jugadores (presidente, gobernadores) ganan y otros, necesariamente, pierden. Por lo tanto, la renuencia de los gobernantes al esfuerzo fiscal se derivaría de irresponsabilidades políticas e institucionales.

En contraste con estos enfoques, el artículo se propone avanzar en una interpretación alternativa en base a los aportes de la Teoría Monetaria Moderna (TMM). En particular, sobre dos de sus elementos principales³: el dinero *Cartalista* y el principio de las finanzas funcionales. A partir del primer elemento se entiende que los impuestos no son un medio de financiamiento del gasto público en los Estados con soberanía monetaria, sino que

su principal función consiste en garantizar la demanda de la moneda de curso legal. Por su parte, el segundo elemento reconoce que las finanzas públicas están al servicio de la economía y su regulación debe orientarse a alcanzar el pleno empleo. Por lo tanto, la política fiscal del gobierno debe ser juzgada por sus resultados y no por un conjunto de reglas *a priori* de balance presupuestario, como lo sugiere el enfoque de las finanzas sanas (Lerner, 1943). Esta perspectiva de análisis es de suma relevancia para considerar las finanzas intergubernamentales, y los aportes en este punto aún son incipientes (He & Jia, 2019).

Debido a que el Estado nacional controla la política monetaria, nunca puede perder en la distribución intergubernamental de los recursos fiscales. Sin embargo, la restricción presupuestaria rige para los niveles subnacionales, y la sustentabilidad de sus finanzas puede deteriorarse significativamente cuando el gobierno nacional se auto-induce a reducir transferencias fiscales, o bien, su nivel de gasto directo a las provincias. Un análisis detenido sobre el caso argentino es pertinente no solo para indagar los problemas que se presentaron sobre sus finanzas intergubernamentales desde la década de los ochenta, donde tuvieron lugar regímenes monetarios diversos –como la Convertibilidad, tipos de cambio múltiples, libre flotación, episodios de fragmentación monetaria–, sino para analizar la crítica coyuntura económica y sanitaria actual que amplía las necesidades financieras de todos los niveles de gobierno. Este punto de partida será clave para comprender los problemas que se plantean en relación con: i- las transferencias nacionales; ii- la deuda pública provincial en moneda extranjera; y iii- la federalización de la política monetaria.

Para abordar lo expuesto, el trabajo se organiza en tres secciones. En la primera se desarrolla un análisis detenido sobre la regulación normativa vigente –en materia monetaria, crediticia y fiscal– entre nación y provincias

3 Además del dinero *Cartalista* y el principio de las finanzas funcionales, otros elementos que considera la Teoría Monetaria Moderna se relacionan con el dinero endógeno y un Programa de Empleador de Último Recurso –*Employer of Last Resort Program* (ELR)– o Garantía de Empleo –*Job Guarantee* (JG)– (Vernengo & Pérez Caldentey, 2019, p. 1).

para observar las restricciones financieras que se presentan sobre estas últimas, y la relevancia que las transferencias nacionales tienen en su financiamiento. La segunda sección hace referencia al análisis teórico, por un lado, de las discusiones dadas entre referentes académicos nacionales que se agrupan bajo la escuela *normativa* y *positiva* del federalismo fiscal, con la intención de considerar sus principales diferencias y similitudes en sus presupuestos analíticos. Por otro lado, para introducir el análisis de la TMM y reconocer los aportes de dos elementos claves: el dinero *Cartalista* y el principio de las finanzas funcionales. Sobre la base de esos aportes, la tercera y última sección analiza una interpretación alternativa sobre los problemas de las finanzas intergubernamentales en el caso argentino. El trabajo cierra con unas conclusiones finales.

1. La regulación de las finanzas intergubernamentales

El ordenamiento jurídico argentino, desde su organización constitucional y legislativa, establece facultades y restricciones hacia los niveles subnacionales de gobierno en lo que respecta a los recursos de financiamiento. El conocimiento de estas restricciones permite, por un lado, identificar la relevancia que las transferencias coparticipables tienen en el financiamiento provincial. Por otro lado, y dado el funcionamiento de este régimen en la experiencia argentina, demanda profundizar en los consensos existentes acerca del origen y causas de sus principales problemas. Se procederá al análisis de estos dos aspectos.

Las restricciones son absolutas cuando se trata de la política monetaria, que fue delegada por las provincias a la nación⁴. Hay una mayor

flexibilidad respecto a la política financiera, en particular luego de la reforma constitucional del año 1994, con la incorporación del artículo 124 –que permite el endeudamiento externo–. Sin embargo, con la sanción del Régimen Federal de Responsabilidad Fiscal (RFRF) a partir de la Ley N° 25.917, se detallaron reglas numéricas que limitan el endeudamiento provincial, y se ratifica la prohibición a la Provincias para emitir títulos sustitutos de la moneda de curso legal en todo el territorio del país. La aplicación de esta ley fue suspendida en el año 2009 con motivo de la crisis internacional, y recuperó nuevamente su vigencia en el año 2017, cuando nación y provincias suscribieron un nuevo Consenso Fiscal. En consecuencia, los gobiernos provinciales tienen mayores atribuciones respecto a la política fiscal, estrictamente sobre los recursos tributarios. No obstante, debido al particular sistema de coordinación fiscal que rige en nuestro país, la recaudación por tributos propios provinciales tiene una preponderancia menor respecto a las transferencias nacionales.

La adherencia de nuestro país a un sistema coparticipable hace que la mecánica del régimen se estructure con la figura de una ley-convenio, que sanciona el Congreso de la Nación y que, para su aplicación efectiva en las provincias, debe ser adherida por cada legislatura provincial. En función de esta mecánica, las provincias adquieren, por un lado, el derecho de participar en la distribución de los tributos nacionales; por otro lado, asumen, por sí y por las municipalidades de sus respectivas jurisdicciones, la obligación de no sancionar impuestos locales análogos a los coparticipados –salvo las excepciones expresas que contempla la ley de coparticipación– (Spisso, 2007). El incum-

4 Esto se deriva art. 75, inc. 11 y 126 de la Constitución Nacional, y del art. 30 de la Carta Orgánica del Banco Central. Para una interpretación constitucional y legislativa so-

bre la delegación de la política monetaria al Estado nacional, y sobre la restricción de las Provincias y Municipios a emitir moneda, ver: Buscaglia, 2000; Dalla Via, 2000.

plimiento de esta obligación da lugar a sanciones por parte de la nación que no sólo suponen la suspensión de ingresos coparticipables, sino que facultan al contribuyente a exigir la repetición de la doble tributación.

La ley-convenio materializada en el régimen de coparticipación plantea una serie de conflictos en lo referente a i- los tributos que integrarán la masa coparticipable; ii- la distribución primaria –respecto a los porcentajes que le corresponden a nación y a las provincias–; y, iii- la distribución secundaria –entre las provincias– (Porto, 1999: 11). Pese a las dificultades que se plantean para definir estos tres grandes temas, la importancia de este esquema radica en que los porcentajes de transferencias se definen sobre la base de criterios objetivos y subjetivos de reparto y, a su vez, se remiten automáticamente. Esto garantiza una disponibilidad permanente de los fondos por

las provincias, que los reciben sin los condicionamientos que plantean las coyunturas económicas y políticas.

En nuestro país, el régimen coparticipable tiene sus inicios en el año 1935 y, con significativas modificaciones, se mantiene en vigencia a través de la regulación dispuesta en la Ley Nº 23.548/1988 que se fue prorrogando a lo largo de estos años. Con la reforma constitucional del año 1994, la ley-convenio adquirió rango constitucional en el inciso 2º del artículo 75. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en otros países de la región –como el caso de Brasil–, sólo se establecieron principios marcos. Esto, como se verá, permitió la existencia simultánea de diversos acuerdos, pactos y leyes especiales que introdujeron importantes modificaciones al régimen general de la Ley Nº 23.548 (ver tabla 1).

Tabla 1:
Regulación de las finanzas públicas intergubernamentales en la Argentina

Política monetaria	Art. 75, inc. 11 y art. 126 de la CN.; y art. 30 de la Ley Nº 24.144 (Carta Orgánica del Banco Central).
Política financiera	Art. 124 CN; y Régimen Federal de Responsabilidad Fiscal (Ley Nº 25.917/2004).
Política tributaria	Ley Nº 23.548/1988 y demás leyes coparticipables. Junto a los incisos 2 y 3, del art. 75 de la CN, y el Consenso fiscal suscripto en octubre de 2017.

Fuente: Elaboración propia.

Paralelamente a las transferencias nacionales coparticipables⁵, también existen las transfe-

rencias presupuestarias. En orden de importancia, estas últimas ocupan un segundo lugar respecto a las primeras debido a que son trans-

5 Además de las transferencias previstas en el régimen de la Ley Nº 23.548, se incluyen las correspondientes a las siguientes leyes: 26.075 de financiamiento educativo; 24.049 de transferencia de servicios; 24.699 y 23.966 (art. 30) del impuesto sobre bienes personales; 23.906 de Impuesto sobre activos; 23.966 (art 5º punto 2) del impuesto al valor agre-

gado (IVA); 23.966 y 24.699, para obras de infraestructura, vialidad provincial y el Fondo Especial de Desarrollo Eléctrico del Interior; 24.464 de FO.NA.VI.; 24.065 del Régimen de energía eléctrica; el Fondo compensador de desequilibrios; y, 24.977 del Régimen Simplificado.

ferencias que el Estado Nacional impulsa para promover objetivos de política específicos, que reflejan sus estrategias de integración territorial. Por lo tanto, están supeditadas a recursos del tesoro nacional que no dependen de los impuestos coparticipados. Esta característica implica que este tipo de transferencias varíe sustancialmente en función de las coyunturas económicas –vinculadas a los períodos de crecimiento o recesión de la actividad– y políticas –supeditadas a decisiones gubernamentales, que pueden cambiar de acuerdo a los objetivos y prioridades de las autoridades de turno–.

Con esta breve descripción sobre la regulación de las finanzas públicas que rige en la Argentina se puede observar con claridad las restricciones monetarias y financieras sobre las provincias, como así también, la importancia que adquieren las transferencias coparticipables como fuente de sus recursos. Esto muestra la necesidad de un buen funcionamiento del esquema coparticipable en sus aspectos medulares –definición de la masa coparticipable y de los criterios de distribución primaria y secundaria–. Sin embargo, como es sabido, este régimen presenta serios problemas cuyo origen se remonta a varias décadas atrás.

Como puede observarse detalladamente en el trabajo de Alberto Porto (2003a: 31-34), el régimen coparticipable alcanzó su madurez y perfeccionamiento con la sanción de la Ley N° 20.221 del año 1973. Esto se reflejó, entre otras cuestiones, con el establecimiento de un sistema único para distribuir todos los impuestos que hasta ese momento se coparticipaban, lo que unificó y simplificó el régimen. Y, como aspecto medular, un aumento sustancial de la participación provincial a expensas de la participación del gobierno nacional, lo que se tradujo en: una revisión de los porcentajes de participación a asignar en la distribución primaria de la masa coparticipable; una revisión

de los porcentajes de distribución secundaria⁶; en la ampliación de los impuestos nacionales sujetos a la coparticipación; la creación del Fondo de Desarrollo Regional para financiar obras de infraestructura; entre otras reformas.

Sin embargo, este esquema se modificó notablemente desde comienzos de la década de los ochenta, con la reforma tributaria de las Leyes N° 22.293 y 22.294. La reforma de 1980 sustituyó la recaudación proveniente de ciertos tributos (Contribuciones Patronales para Seguridad Social y Viviendas; diversos impuestos y aportes específicos, la mayoría de ellos con afectación específica a la realización de gastos del gobierno nacional) por la mayor recaudación del Impuesto al Valor Agregado, en razón de la ampliación de su base imponible y la elevación de su alícuota (Porto, 2003a: 40; Vázquez, 2007: 9-10). A su vez, para asegurar que los gastos del gobierno nacional pudieran seguir desenvolviéndose adecuadamente en las finalidades de Seguridad Social y Viviendas, se estableció un mecanismo automático y rápido de aporte a los mismos, mediante la afectación de fondos provenientes de la recaudación impositiva del Régimen de Coparticipación Federal. Se trataba de una pre-coparticipación que no tenía límite superior en cuanto al gasto nacional a financiar.

Como factor adicional, ampliamente abordado en la academia, se procedió a la delegación de importantes funciones que se encontraban a cargo del gobierno nacional a los niveles provinciales, como salud, educación y determinados servicios públicos (Azpiazu, Bonfiglio & Nahón, 2008; Cetrángolo & Gatto, 2002: 7-10). Estas reformas dieron comienzo a la desarticulación del régimen coparticipable

6 Se establecieron por primera vez criterios objetivos de reparto de manera explícita, de la siguiente manera: 65% por población, 25% por brecha de desarrollo, y 10% por dispersión de población.

y marcaron un sustancial retroceso respecto del perfeccionamiento que se había alcanzado con la Ley N° 20.221. La reforma repercutió perjudicialmente en las finanzas provinciales, ya que las provincias se vieron obligadas a aumentar su gasto para financiar las nuevas funciones. En simultáneo, desde el punto de vista del régimen de coparticipación federal de impuestos, se modificó drásticamente la distribución primaria que significó una pérdida importante para los gobiernos provinciales. Como consecuencia:

el régimen de coparticipación federal entró en una grave crisis con dos efectos importantes. Por un lado, fue perdiendo significación en el total de fondos transferidos desde la Nación hacia las Provincias. Las pérdidas tuvieron que ser compensadas con Aportes del Tesoro Nacional (ATN), de asignación discrecional por el gobierno Nacional [...] Por otro lado, llevó a las partes (Nación-Provincias y Provincias entre sí) a posiciones irreconciliables que hicieron que el régimen caducara el 31-12-1984 (Porto, 2003a: 41).

Este esquema fue parcialmente subsanado con la Ley N° 23.548 del año 1988 que, pese a su carácter provisorio, sigue teniendo vigencia en la actualidad con un claro incumplimiento del mandato constitucional establecido por la convención constituyente del año 1994, cuando en la disposición transitoria sexta encomendó a que nación y provincias elaboren una nueva ley-convenio dentro de un plazo de dos años. Este incumplimiento condujo a la existencia paralela de una gran cantidad de acuerdos, compromisos y pactos fiscales que progresivamente han detraído recursos de la masa coparticipable en perjuicio de las transferencias automáticas que reciben las provincias. Esta situación, sumada a las restricciones normativas que las provincias tienen para acceder al crédito público, amenaza seriamente su sustentabilidad financiera y ha sido objeto

de múltiples debates y contiendas políticas y judiciales.

En épocas de bonanza económica, las transferencias presupuestarias funcionan como un importante amortiguador de los conflictos que la progresiva disminución de la masa coparticipable fue generando a lo largo de las últimas décadas. En particular, las transferencias presupuestarias de capital, que se destinan al financiamiento de la inversión pública. Sin embargo, la discusión vuelve a reflotar cuando se toman decisiones de ajuste fiscal a nivel nacional y, en consecuencia, las transferencias presupuestarias tienen una disminución considerable. Durante estas etapas, a su vez, suelen impulsarse pactos fiscales entre nación y provincias tendientes a exigir disciplina fiscal sobre estas últimas en sus niveles de gasto, como así también, reducción de sus impuestos propios.

Afortunadamente, existe un consenso general entre la literatura especializada acerca del momento histórico donde se desarticula el régimen de coparticipación, como así también, sobre el importante desarrollo que había alcanzado este régimen a lo largo de sus cuatro décadas de vigencia⁷. Esto permite afirmar, entre otras cuestiones, tres aspectos fundamentales: i- que el esquema del régimen coparticipable funciona, en particular, para países con una forma federal de Estado; ii- la garantía de este régimen sobre la preservación de las autonomías provinciales pese a una fuerte centralización de la recaudación impositiva en el gobierno nacional; iii- las medidas de política fiscal que comenzaron a desarticular el régimen. Sin embargo, como se verá en la próxima sección, las dificultades aparecen cuando

7 Sobre el tema, pueden consultarse los trabajos de: Basualdo, Arceo, González & Mendizábal, 2010: 2-3; Cao, 2009: 123-124; Cetrángolo & Gatto 2002: 3; Fernández, 1999: 37-42; Piffano, 2004: 86-90, entre muchos otros.

se buscan establecer relaciones de causalidad teóricas sobre el problema.

2. Aspectos teóricos sobre las relaciones fiscales intergubernamentales

Como se hizo referencia en la sección anterior, los consensos existentes respecto a los momentos de perfeccionamiento y desarticulación del régimen coparticipable en Argentina no fueron acompañados de acuerdos a nivel teórico respecto a las restricciones y formas de regulación de las finanzas entre distintos niveles de gobierno. Esto amerita, por un lado, el análisis sobre las escuelas dominantes del federalismo fiscal, con la indagación de sus diferencias y presupuestos compartidos. Por otro lado, la consideración de la Teoría Monetaria Moderna, como enfoque alternativo de las finanzas públicas, que provee interesantes insumos para considerar las relaciones fiscales intergubernamentales. A continuación, se hará mención a estos enfoques.

2.1- La escuela positiva y normativa del federalismo fiscal

Durante las últimas décadas, la discusión teórica en materia de federalismo fiscal se dio entre la *escuela positiva* y la *escuela normativa*. El debate giró en torno a las ventajas y desventajas de la descentralización fiscal en general, y de la descentralización tributaria en particular. En base al aporte pionero de Charles Tiebout (1956, 1961) y de los principales referentes de la Escuela de la Elección Pública⁸, quie-

nes pregonaron los beneficios de una mayor descentralización fiscal destacan su relevancia para garantizar el principio de *correspondencia fiscal*, y facilitar “un escenario de *accountability* (clara percepción de la imputabilidad) de las decisiones fiscales de los gobiernos, evitando el fenómeno de ilusión fiscal” (Porto, 2003b: 8). Este aspecto se considera esencial para evitar un sistema de transferencias nacionales que fomente un fenómeno tipo *enfermedad holandesa* en los gobiernos subnacionales (Capello & Figueras, 2007), actitudes que relajen sus esfuerzos para recaudar impuestos propios (Artana, *et al.*, 2013; Artana, *et al.*, 2012), o bien, un aumento progresivo de su gasto público (Acosta & Loza, 2001). A su vez, la descentralización es entendida como un aspecto clave para promover la competencia interestatal y garantizar la eficiencia en las decisiones colectivas de los gestores públicos. La amenaza de que los contribuyentes “voten con los pies”, es decir, que se desplacen a otras jurisdicciones cuando la proporción entre los bienes públicos que reciben y la carga fiscal que tributan sea más favorable, obliga a los gestores locales a tomar decisiones públicas más eficientes (Porto & Porto, 2000; Remmer & Wibbels, 2000).

Las bondades de la descentralización son matizadas por la *escuela normativa*, donde se advierte que la competencia tributaria puede resultar dañina. En base a la contribución originaria de Richard Musgrave (1959) y su continuación en Prud’homme (1995), Tanzi (1996), Oates (1999, 2001), entre otros, se reconoce una tendencia a que las jurisdicciones disminuyan su gasto público, afectando la provisión óptima de los bienes y servicios

8 Fundamentalmente, el reconocido trabajo de Brennan y Buchanan (1980), donde se plantean los perjuicios de la expansión del tamaño del sector público (Leviatán estatal) cuando no hay una separación estricta entre las funciones de ingresos y gastos. En ese sentido, diversos trabajos se orientan a acreditar el efecto distorsivo de las transferencias nacionales a los

niveles subnacionales, lo que en la literatura se conoce como el *flypaper-effect* (Dougan & Kenyon, 1988; Gramlich, 1977; Logan, 1986; Quigley & Smolensky, 1992; Winer, 1983).

públicos, para no elevar su carga impositiva (Zodrow & Mieszkowski, 1986). El temor a perder inversores y contribuyentes locales induciría a los respectivos gobiernos a fijar niveles subóptimos en los presupuestos provinciales y municipales⁹. Los perjuicios de la competencia tributaria se agravan en el caso de países con fuertes asimetrías territoriales, ya que la descentralización fiscal o un sistema de transferencias fiscales nacionales estrictamente devolutivo induce a una migración de los contribuyentes desde las jurisdicciones más pobres a las más ricas (Porto, 1999: 5-8).

En razón de los problemas mencionados, se reconoce la importancia de centralizar la recaudación tributaria en el gobierno nacional—sobre los impuestos a los ingresos y al consumo— a los fines de cumplir con funciones redistributivas a través de transferencias que atenúen los desequilibrios horizontales (Piffano *et al.*, 1998). En estrecha vinculación, también se plantea la necesidad de centralizar en el gobierno nacional el manejo de la política monetaria y cambiaria para atender a los objetivos de estabilización macroeconómica, ante la necesidad de hacer más eficaz la coordinación política interjurisdiccional en momentos coyunturales donde se manifiestan los problemas del ciclo (Artana & López Murphy, 1997; López Murphy, 1996).

Sin desconocer la diversidad de autores que pueden agruparse en una y otra perspectiva de las finanzas públicas para analizar el caso argentino, y sus diferencias respecto a la conveniencia de la descentralización fiscal¹⁰, pueden observarse similitudes respecto a un presupuesto teórico que sustenta sus análisis. Este presupuesto se vincula con las finanzas

sanas (*sound finance*), y esto queda en evidencia al observar que sus máximos exponentes, James Buchanan y Richard Musgrave, toman como padre intelectual a Knut Wicksell en la consideración de las finanzas públicas (Hansjürgens, 2000). En particular, su análisis sobre *A New Principle of Just Taxation* (1958) donde plantea la teoría del beneficio como criterio para organizar la tributación del Estado, y establece un criterio de unanimidad para aprobar las decisiones políticas que impliquen un aumento del nivel de gasto público o de la carga tributaria. Es decir, se apunta a contener la expansión del tamaño del sector público y, a estos fines, se establece una mayoría especial para hacer efectivas sus decisiones, denominada como la *regla de la unanimidad*.

Por lo tanto, ambas escuelas conciben a los impuestos como la principal fuente de financiamiento del gasto público. Un aumento en la expansión del gasto obliga a aumentar impuestos—que contraen la demanda agregada al disminuir el consumo y la inversión—; o bien, a incrementar el endeudamiento—que influirá en un aumento de la tasa de interés—; o a optar por la monetización del déficit fiscal, donde se señala su impacto inflacionario. Para evitar estas distorsiones sobre el crecimiento y la estabilidad macroeconómica, el eje de sus análisis consiste en establecer estrictas reglas que contribuyan a la disciplina fiscal para todos los niveles de gobierno (Alesina & Perotti, 1996). En consecuencia, el sector público debe instrumentar un sistema de detracción de la moneda al sector privado, y asignar eficientemente el producto de lo recaudado, para evitar problemas macroeconómicos y/o de competitividad:

un tamaño muy grande del Sector Público puede ser un peligro para la libertad de las personas y para la protección de sus patrimonios. Además, puede generar problemas macroeconómicos—si su financiamiento es deficitario—y/o de competitividad—si impone una carga alta, di-

9 Este efecto se denomina *race to the bottom* (“carrera hacia el fondo”). Sobre el tema, consultar: Oates, 2001.

10 Para un desarrollo detenido, consultar: Piffano, 2004b.

recta e indirecta, sobre las actividades productivas —”. A su vez, “Si el gobierno de un tamaño dado está muy centralizado también puede ser una amenaza para la libertad de las personas y de sus bienes y puede afectar la eficiencia económica al apartar la oferta de bienes públicos de las preferencias de las comunidades locales. La falta de autonomía local conduce a un menor control de los burócratas y políticos por parte de la ciudadanía. Tanto en las dimensiones económicas como en las extraeconómicas de estos temas hay fuerzas que actúan en sentidos opuestos y que hace que aparezcan varios *trade offs* de difícil solución (Porto, 2004: 5-6).

Bajo estos presupuestos teóricos, diferentes referentes de la literatura nacional han entendido que la desarticulación del régimen coparticipable argentino se debió a decisiones tomadas por gobiernos de facto, que afectaron la vía normal de decisión democrática —por medio del Congreso—, con la intención manifiesta de centralizar el poder nacional en detrimento de la mayor participación provincial. Esta sería la razón del carácter incompleto del proceso de descentralización que se llevó adelante sólo desde las funciones de gasto público. La cuestión no logra resolverse con el regreso a la democracia, donde se dice que “el Congreso nacional no estuvo a la altura de las circunstancias como en otros momentos, para poner freno a los abusos impuestos por los gobiernos de facto” (Porto, 2003a: 46). El problema se plantea en el carácter unilateral y discrecional de un gobierno no democrático que utilizó una maniobra de descentralización de gastos para gobernar coercitivamente sobre las provincias. En similar razonamiento, es interesante lo que expresa Horacio Piffano:

el régimen instituido por la Ley N° 20.221 muy rápidamente pierde relevancia [...] Tanta bondad del gobierno central en ceder participación en la [distribución] primaria, rápidamente impuso a la Nación una restricción financiera aguda que el gobierno federal debió resolver

por dos mecanismos que en los años setenta terminaron distorsionando el acuerdo federal (2004: 87).

Los mecanismos que alude el autor fueron la aplicación de derechos de exportación (retenciones) —como impuesto no coparticipable de uso frecuente en los períodos posteriores a las devaluaciones—, y, primordialmente, las transferencias presupuestarias financiadas con adelantos del Banco Central de la República Argentina. Esta vía de financiamiento de carácter discrecional del gobierno nacional, considerada también como impuesto “inflacionario” (Piffano, 2004a: 88), habría incentivado a las provincias hacia una irresponsabilidad fiscal. Por esa razón, las principales propuestas para terminar con el *federalismo coercitivo*, que tiene inicio durante ese período y se consolida en las décadas posteriores, se orientan a fomentar el establecimiento de reglas de largo plazo que se fundamenten en criterios técnicos específicos, y pongan una barrera constitucional y legal a los actos discrecionales de los hacedores de política.

La imposibilidad de poner en vigencia esas reglas se relaciona, de una u otra forma, con aspectos políticos e institucionales. Por un lado, quienes defienden la necesidad de cierta centralización de los recursos fiscales, plantean las ineficiencias vinculadas con problemas de acción colectiva y de representación (relación principal-agente)¹¹. Entre este grupo de autores se destacan los aportes de Pablo Sanguinetti, Mariano Tommasi, Sebastián Saiegh, entre otros, quienes observan las deficiencias que se presentan debido a debilidades en las instituciones fiscales, por ejemplo, al observar menor disciplina fiscal en provincias donde el partido político del ejecutivo provincial difiere respecto del ejecutivo nacional (Gordin,

11 Derivados del enfoque de la Nueva Economía Institucional (Hagen & Eichengreen, 1996; North, 1990).

2004); también, cuando no hay continuidad electoral en la gestión de los gobernadores provinciales (Jones, Sanguinetti, & Tommasi, 2000); o ante la ausencia de transparencia y cumplimiento de procedimientos presupuestarios (Saiegh & Tommasi, 1999; Sanguinetti & Tommasi, 1997).

Por otro lado, se planteó que la ineficiencia radicaría en que Argentina inició el proceso de descentralización fiscal con una delegación de funciones de gasto y no avanzó hacia una devolución. Se remarca que la delegación de funciones implica el uso de la relación principal-agente para constituir contratos mediante los cuales el principal (el gobierno central) designa agentes (gobiernos provinciales) para actuar en su nombre y que, bajo esta mecánica, los gobiernos subnacionales son responsables ante su director y no ante los contribuyentes o residentes locales (Porto & Porto, 2000; Rezk, 1998: 208). Acudiendo a los modelos fiscales de elección pública, plantean que la delegación de funciones sin devolución atenta contra una debida autonomía financiera (Rezk, 2000). Esto obstaculiza escenarios de *accountability* y genera distintas consecuencias, como por ejemplo, actitudes rentísticas y autoritarias en provincias con menor población, que se ven beneficiadas con mayores transferencias nacionales en relación con las demás, por la representación que tienen en el Congreso de la Nación (Gervasoni, 2010, 2011: 85-88).

No obstante, la pregunta que queda pendiente en estos análisis es: ¿por qué las deficiencias políticas e institucionales emergieron durante el gobierno de facto del año 1976, y se mantuvieron durante las décadas siguientes? Si los mismos autores reconocen las bondades del régimen coparticipable con anterioridad a ese período, ¿cuáles serían las causas que afectaron los cambios en la conducta de los hacedores de política? Esta pregunta cobra relevancia cuando se puede observar que desde el año 1983 existen gobiernos democráticos en la Argentina. Estos interrogantes motiva-

ron a que este trabajo ponga en cuestión las mencionadas escuelas del federalismo fiscal, y que indague un análisis conceptual alternativo sobre la forma de financiamiento del sector público en general y de los niveles provinciales en particular.

2.2- Los aportes de la Teoría Monetaria Moderna (TMM).

La TMM se ha consolidado como una escuela teórica derivada de algunos aspectos de la economía poskeynesiana, principalmente asociada con el trabajo de Hyman Minsky y su discípulo L. Randall Wray. Actualmente, tiene una incidencia directa en la política norteamericana, en los sectores más progresistas del Partido Demócrata, a través de Stephanie Kelton como asesora económica del senador Bernie Sanders (Águila, 2019: 5-6). Entre sus elementos principales se destacan el dinero *Cartalista*, el principio de las finanzas funcionales, el dinero endógeno y la idea del Estado como empleador de último recurso – *Employer of Last Resort Program* (ELR) –, ahora conocido como programa de garantía de empleo – *Job Guarantee* (JG) –. Este apartado se centrará en los dos primeros elementos, con la especificación de las particularidades que se presentan para su aplicación en los países en vías de desarrollo, y destacará su relevancia para observar las relaciones fiscales intergubernamentales.

La teoría *Cartalista* del dinero emerge para cuestionar el enfoque neoclásico de la moneda. En este último, la moneda es entendida como un simple medio de intercambio, con valor intrínseco, cuya función es reducir los costos de transacción inherentes al trueque. Específicamente, aquellos costos que resultan de la ausencia de una “doble coincidencia de deseos”¹². La necesidad de superar estos obstá-

12 Kiyotaki y Moore hacen referencia a un ejemplo clásico que da Knut Wicksell, y es el caso en donde existen tres tipos de agen-

culos para que los agentes del mercado puedan maximizar su utilidad, habría demandado la utilización de metales preciosos –en razón de sus particulares características, como su durabilidad, portabilidad y divisibilidad (oro, plata, etcétera)– para facilitar el intercambio (Menger, 1892). Por lo tanto, la moneda es entendida como una creación del mercado, cuya función central sólo consiste en lubricar los procesos de intercambio, sin ninguna incidencia en la economía real¹³.

A los fines de refutar esta concepción, denominada como *Metalista* por Charles Goodhart (1998), la TMM considera los pioneros aportes de Georg Friedrich Knapp (1924), Alfred Innes (1913), J. M. Keynes (1930), y Abba Lerner (1947). A su vez, trabajos provenientes de otras disciplinas, como la antropología, la numismática y la historia, que indagaron sobre el origen del dinero¹⁴. Más recientemente, los desarrollos se profundizaron con los aportes de Ingham (2004) y Wray (1998, 2014), entre otros. Apelando al estudio de antiguas civilizaciones –como la Mesopotamia asiática, el Antiguo Egipto, o Europa del

norte durante la Edad Media–, identifican que en los diversos instrumentos monetarios existentes subyacía, antes que un medio de intercambio, una forma de gestionar relaciones de deuda social entre una autoridad y la sociedad civil (Tcherneva, 2016: 3-4). Es decir, quienes controlaban los instrumentos monetarios detentaban de una autoridad –política, religiosa, económica– para establecer imposiciones diversas, como diezmos, multas, penas¹⁵, aranceles, etc.; y el instrumento monetario se utilizaba para fijar la unidad de cuenta y las condiciones en que la deuda debía saldarse. Estos fueron los mecanismos claves para la creación de la moneda y los instrumentos utilizados fueron cambiando en el tiempo, desde tablillas de arcilla en la Mesopotamia asiática, pasando por distintos tipos de metales preciosos, hasta llegar al papel billete, un *ticket* o dinero *Carta* (Knapp, 1924: 32).

En función de estos aspectos, el enfoque *Cartalista* entiende a la moneda como una relación social de deuda que se cuantifica en instrumentos monetarios (metales –oro, plata, etcétera–, papel billete –dinero fiduciario–) o financieros (títulos públicos, vales, cheques, etcétera) diversos, aceptados en pago por la autoridad y establecidos por ley. La moneda es, primeramente, unidad de cuenta¹⁶, aunque no se define por sus funciones sino que es una verdadera institución (Ingham, 2004). Con-

tes y tres productos físicamente distintos: el Tipo I quiere un producto suministrado por el tipo II, el tipo II quiere un producto suministrado por el tipo III y el tipo III quiere un producto suministrado por el tipo I. Por lo tanto, ningún par de agentes quiere la mercancía del otro. En ausencia de un mercado que funcione bien, el dinero permite a los agentes comerciar bilateralmente: un agente acepta dinero no por su propio bien, sino porque puede cambiarlo por lo que quiere (2002: 62).

13 Trabajos más recientes sobre este enfoque pueden verse en: Kiyotaki y Wright (1989, 1993).

14 Entre ellos, los trabajos de Paul Einzig (1949), Philip Grierson (1977) y Karl Polanyi (1968).

15 El *Wergeld*, por ejemplo, fue una forma de compensación, normalmente utilizada para el pago de una reparación exigida a una persona culpable de homicidio u otro tipo de muerte ilegal. Fue utilizado en las sociedades del norte de Europa durante la Edad Media (Tcherneva, 2016: 4).

16 Keynes clarificó la distinción entre dinero y dinero de cuenta, al decir que el dinero de cuenta es la descripción o título, mientras que el dinero es la cosa que responde a la descripción (1930: 3-4).

siste en la capacidad de una autoridad para evaluar los cálculos económicos y el valor de los activos circunscriptos a su territorio. Este es un contrapunto fundamental con los enfoques *Metalistas*. La autoridad es entendida como preexistente al mercado, y lo crea estableciendo relaciones de deuda. Son los agentes de la sociedad civil quienes se ven obligados a mercantilizar su trabajo personal o su producción para obtener el instrumento monetario que les permite saldar sus obligaciones.

A partir de la consolidación de los Estados modernos, y de la progresiva soberanía territorial que fueron adquiriendo, se plantea que la moneda es una creatura del Estado (Lerner, 1947; Wray, 2014). Los Estados no sólo tienen la potestad de establecer tributos, sino también de exigir en pago la unidad de cuenta que fijan por ley. En palabras de Keynes, los Estados no sólo hacen cumplir el diccionario, sino que lo escriben (1930, p. 5). Este análisis tiene una incidencia directa en las finanzas públicas, ya que los impuestos no financian los gastos del Estado. Su principal función consiste en garantizar la demanda de la moneda de curso legal. A su vez, para poder recaudar los impuestos que establece, el Estado siempre debe gastar primero. De lo contrario, los sujetos obligados tributariamente no tendrían el instrumento de pago necesario para saldar sus deudas. De esto se deriva que los Estados no pueden ser insolventes en su propia moneda y no tienen restricciones presupuestarias.

Es importante reconocer que los Estados disputaron por un largo período histórico el control sobre la moneda, y esta es una interesante crítica sobre el enfoque *Cartalista*. Rochon y Vernengo (2003) observaron que los Estados tardaron aproximadamente dos siglos en controlar y monopolizar su moneda. Este período transcurrió desde la Paz de Westfalia en 1648, como representación de una consolidación de los Estados modernos de Europa Occidental, hasta la ley impulsada por Sir Robert Peel (1844) en el Reino Unido, como

la marca del control de los Estados nacionales sobre los mercados monetarios. Durante el transcurso de ese período no pudieron establecer una moneda única dentro de su territorio. Por el contrario, era frecuente encontrar varias monedas en circulación que, por lo general, eran emitidas por bancos privados. A su vez, su poder para determinar el cobro de impuestos también resultaba bastante débil, lo que acarrearía bajos niveles de recaudación. No obstante, con posterioridad a ese período, la moneda es de creación estatal, y esto se ratificó desde el colapso de Bretton Woods donde cae el patrón oro y las monedas no tienen ningún respaldo (Fields & Vernengo, 2013: 7)

En complemento al dinero *Cartalista*, el principio de las finanzas funcionales constituye otro elemento clave de la TMM, y emerge para cuestionar otro presupuesto de la teoría dominante —observado en el apartado anterior— que se relaciona con las finanzas sanas. En este punto, es necesario remitirse a la obra de Abba Lerner (1947), al sostener que una depresión económica sólo puede ocurrir cuando la cantidad de dinero gastada resulta insuficiente. Al entender que el desempleo es un fenómeno monetario, el autor establece que el gobierno, en virtud de su poder de crear dinero, puede empujar a la economía a un nivel de pleno empleo con la expansión del gasto público. El déficit fiscal resultante no implica que el gobierno se vea obligado a un aumento impositivo o a subir la tasa de interés en el largo plazo, sino que constituye una inyección neta de ingreso disponible en el sector privado, que incrementa su nivel de ahorro y riqueza. El aumento de los ingresos netos del sector privado permite ampliar la recaudación impositiva, dado sus efectos multiplicadores en el consumo y la inversión (Amico, 2013b, pp. 8–11).

Este planteo no implica que el nivel de gasto y deuda pública deban ser ilimitados, sino que encontrarán su límite cuando todos los recursos de la economía alcancen una ocupación plena. Un supuesto sumamente excepcional, a

menos que existan políticas gubernamentales explícitas para mantenerlo (Fields & Vernengo, 2013: 7). Solo en ese caso, se advierte que la monetización del déficit fiscal puede conducir a la inflación, por lo que sería deseable reducir el gasto, aumentar impuestos, o bien, emitir títulos de deuda pública. La expansión fiscal será conducente en los ciclos de desempleo, y deberá contraerse cuando se alcance la plena ocupación de los recursos. En este análisis, la función primordial de los impuestos no es financiar el gasto público sino contraer la demanda agregada en momentos donde no exista capacidad ociosa. Los impuestos destruyen el dinero cuando la cantidad de gasto público es excesiva. A su vez, si no se desea aumentar impuestos, la destrucción del dinero también se puede hacer a través de la emisión de bonos (Bell, 1998).

Por lo tanto, la política fiscal y financiera del gobierno debe ser juzgada por sus resultados (fundamentalmente inflación o desempleo) y no por un conjunto de reglas *a priori* de balance presupuestario, como lo sugiere el enfoque de las finanzas sanas (Lerner, 1943). No obstante, es preciso advertir que, en países periféricos –como la Argentina–, se presenta una problemática adicional. Dada su dependencia técnica y financiera, el estímulo de la actividad económica por la expansión del gasto aumenta la demanda de bienes importados. Cuando el aumento en el nivel de importaciones no se acompaña por un nivel similar de exportaciones, se presenta un problema que ha sido ampliamente reconocido por el pensamiento estructuralista latinoamericano¹⁷: la restricción externa por la ausencia de la divisa

internacional para saldar los desequilibrios de la cuenta corriente de la balanza de pagos.

Frente a esta problemática, los principales exponentes de la TMM, como Randall Wray (2012: 161), Warren Mosler (2010: 97), William Mitchell (2019: 519), han propuesto que los países abandonen los regímenes cambiarios fijos y, en su lugar, adopten regímenes cambiarios de libre flotación, con desregulación de la cuenta de capital. Entienden que la desregulación de la cuenta de capital estimula el ingreso de flujos financieros necesarios para compensar los déficits de cuenta corriente con los superávits de la cuenta de capital. Por su parte, un tipo de cambio flotante sería conducente para ampliar el espacio fiscal ya que los Estados no deben condicionar su nivel de gasto al acceso de la divisa de reserva internacional. Sin embargo, como advierten Vernengo y Pérez Caldentey (2019, pp. 4–5), es pertinente cuestionar este planteo ya que desconsidera el efecto recesivo de una devaluación sobre el nivel de actividad, por reducción de las importaciones sobre bienes intermedios y de capital claves para la producción. A su vez, descuida el impacto negativo de una devaluación sobre el nivel de precios, dado el aumento de los costos de insumos importados y de las materias primas exportadas.

En razón de estas críticas se ha cuestionado la aplicación del enfoque *Cartalista* y de las finanzas funcionales en los países periféricos, y algunos reducen la validez de sus aportes solo para el país hegemón que controla la moneda internacional (Águila, 2019, pp. 38–39). Sin embargo, esto no es así. Las restricciones económicas sobre la cuenta corriente no pueden resolverse con menor crecimiento económico (Amico, 2013a), y la búsqueda de un superávit fiscal no soluciona el problema, ya que la divisa internacional se obtiene con exportaciones, sustitución de importaciones o entradas de flujos financieros. Un ajuste fiscal resuelve el problema indirectamente, al reducir el nivel de actividad y, por ende, las importaciones,

17 Desde los aportes originales de Raúl Prebisch, y sus seguidores de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), hasta los autores kaldorianos, como Wynne Godley y Anthony Thirlwall.

con efectos distributivos sumamente regresivos (Amico, Fiorito, & Zelada, 2012: 87-90). Por lo tanto, el estímulo de la actividad económica a través de la expansión del gasto público sigue siendo un aspecto clave para los países periféricos (Amico, 2013b)¹⁸. En todo caso, la discusión debería orientarse en observar qué tipo de gasto realizar, atendiendo a su impacto multiplicador sobre la actividad económica y la potencial demanda de divisas que puede generar¹⁹.

Por último, no debería perderse de vista la presencia de restricciones políticas que se plantean cuando los gobiernos se auto-inducen a restringir su gasto público, o bien, cuando son inducidos geopolíticamente, por ejemplo, con la intervención de organismos de financiamiento internacional. En estos casos, los límites legales que se establecen para limitar el gasto en la moneda de curso legal son producto de restricciones políticas, no económicas, que afectan la solvencia de todos los niveles de gobierno. Al reparar sobre esta cuestión, el presente artículo pretende hacer énfasis en la relevancia del enfoque *Cartalista* y de las finanzas funcionales para analizar las relaciones intergubernamentales del caso argentino. En particular, para ofrecer una reflexión alternativa sobre los principales problemas que

se presentan desde comienzos de la década de los ochenta. A estos fines, se consideran especialmente los aportes de Charles Goodhart (1998), y trabajos incipientes que aplican esta perspectiva de análisis a los niveles subnacionales de Gobierno (He & Jia, 2019).

3. La relevancia de la TMM para interpretar los principales problemas de las finanzas intergubernamentales en la Argentina

La perspectiva de la TMM, a través del dinero *Cartalista* y el principio de las finanzas funcionales, resulta fundamental para entender los principales problemas que se plantean en las finanzas intergubernamentales del caso argentino. En particular, para comprender que el Estado nacional, al controlar la política monetaria, nunca puede perder en la distribución intergubernamental de los recursos fiscales (He & Jia, 2019). Sin embargo, la restricción presupuestaria rige para los niveles subnacionales y la sustentabilidad de sus finanzas puede deteriorarse significativamente cuando el gobierno nacional se auto-induce a reducir transferencias fiscales o bien, su nivel de gasto directo en las provincias. Este punto de partida será clave para comprender los problemas que se plantean en relación con: i- las transferencias fiscales nacionales; ii- la deuda pública provincial en moneda extranjera; y iii- la federalización de la política monetaria. A continuación, se procederá a desarrollar cada una de estas cuestiones.

i. Las transferencias fiscales nacionales

Un primer aspecto a considerar es que la Participación Federal es un elemento central del ordenamiento fiscal del país, y así lo ha demostrado desde sus orígenes. No obstante, no debe ser considerado como el único mecanismo conducente a esos fines. Las discusiones acerca de la conveniencia de la descentralización que se hacen en el marco de las teorías del federalismo fiscal no contemplan las diversas

18 En complemento con una adecuada política industrial, monetaria, arancelaria y cambiaria, que favorezca una progresiva industrialización que sustituya importaciones. A su vez, la política monetaria es central para desincentivar la modificación de los *portfolios* del sector privado, cuando el aumento del gasto público incrementa su nivel de ahorros y estos se canalizan en la compra de dólares.

19 O bien, qué impuestos establecer para desincentivar la demanda de bienes importados que no complejicen el entramado productivo. Un ejemplo reciente en el caso argentino es la implementación del impuesto PAÍS.

líneas a través de las cuales el Estado argentino intervino en las economías regionales, de manera paralela a la puesta en marcha del régimen coparticipable. Estas líneas fueron ejecutadas en el marco del modelo sustitutivo de importaciones que se implementó durante aproximadamente cuatro décadas en nuestro país, como bien lo identifica Horacio Cao (2009, pp. 137–140), y consistieron en:

- Por un lado, una serie de actividades territoriales concretas del Estado Nacional con particular incidencia en las provincias despobladas y periféricas. Entre ellas, i- la gestión en políticas de infraestructura (ferroviaria, vial y portuaria; de generación y transmisión eléctrica; embalses para riego e hidroelectricidad; etc.) y de servicios públicos (agua potable, electricidad, correos, marina mercante y fluvial; el subsistema público de salud) a través de empresas estatales; ii- la constitución por parte del Estado de polos productivos como Yacimientos Carboníferos Fiscales (YCF), Gas del Estado, Yacimientos Petrolíferos Fiscales (YPF), Altos Hornos Zapla, Hipasam S.A. (Sierra Grande), Ingenio Las Palmas, etc.; y, iii- las políticas públicas de poblamiento que tuvieron especial importancia en el NEA y en la Patagonia, los espacios más tardíamente ocupados por el Estado.
- Por otro lado, se implementó un sistema de subsidios y regulaciones que permitió desplegar las llamadas economías regionales. Es decir, una serie de emprendimientos agroindustriales caracterizados por su orientación hacia el mercado interno y por asumir, en casi todos los casos, el carácter de monoproducción provincial. Sus ejemplos emblemáticos fueron la producción de azúcar y tabaco (Tucumán, Salta y Jujuy), la vitivinicultura (Mendoza y San Juan), el algodón (Chaco y Formosa), le yerba mate y el té (Corrientes y Misiones) y las frutas de pepita (Río Negro). Uno de los principales referentes sobre la te-

mática en la literatura nacional es Alejandro Rofman (1997, 1999).

Estas líneas paralelas de intervención estatal fueron claves para “garantizar en las provincias de la periferia una cierta cantidad y calidad de servicios como así también un piso de demanda agregada, empleo e inversiones” (Cao, 2009: 137). Es decir, todas políticas conducentes a evitar lo que Myrdal (1957) y Kaldor (1970) denominaron como “causación circular acumulativa”, a través de la creación de “polos de crecimiento” para atenuar las disparidades regionales y favorecer la integración económico-territorial de las regiones al plan de desarrollo nacional (De Mattos, 1984: 2–4). Los recursos del Estado, tal como lo plantea el principio de las finanzas funcionales, se administraron con ese objetivo.

Sin embargo, esta intervención se fue abandonando progresivamente desde mediados de la década de los setenta, en simultáneo con la reforma tributaria impulsada en el año 1980. Como se destacó en la primera sección de este trabajo, la finalidad que persiguió el gobierno de facto al impulsar la reforma fue reducir la carga impositiva con la finalidad de fomentar la competitividad de la economía. Como se mantuvo el nivel de gasto previsional y se redujeron las Contribuciones Patronales, el desfasaje presupuestario que eso generó se intentó suplir con detracciones de fondos de la masa coparticipable, es decir, se dio inicio al mecanismo de las pre-coparticipaciones que se mantendrán durante las décadas siguientes a través de diferentes pactos fiscales suscriptos entre nación y provincias. La idea de que los gastos en moneda nacional (como los previsionales) se financian con impuestos llevó a que se inicie un proceso de detracciones nacionales constantes de fondos que les corresponderían a las provincias. La dependencia financiera de las provincias con posterioridad a estas reformas, nos introduce en la segunda cuestión a considerar:

ii. La deuda pública provincial en moneda extranjera

La deuda pública de las provincias es una consecuencia directa de la desarticulación del régimen previsto en la Ley N° 20.221/1973, y la caducidad normativa del año 1984. Hasta comienzos de la década de los noventa, los Aportes del Tesoro Nacional (ATN) fueron el principal medio de financiamiento. No obstante, ese esquema tuvo notables modificaciones. Por un lado, la sanción del régimen de Convertibilidad limitó severamente la autonomía monetaria del Estado argentino al establecer un régimen cambiario fijo con caja de conversión, donde el Banco Central sólo podía emitir moneda en función de la existencia de reservas en dólares, para fijar el valor de 1 peso por 1 dólar. Por otro lado, con la reforma constitucional del año 1994 se permite la posibilidad de que las provincias contraigan deuda externa –por lo dispuesto en el art. 124 de la CN–. Consecuentemente, entre los años 1997 y 2001, aproximadamente la mitad del total de deuda pública provincial correspondía a organismos internacionales y a títulos públicos (Álvarez, Manes, Paredes, & Ivani, 2011: 5-13)²⁰.

Mientras hubo acceso al endeudamiento externo (dólares) se sortearon las dificultades financieras provinciales. Pese al fuerte ajuste fiscal impulsado por el Gobierno nacional, las provincias nunca redujeron su gasto público (Cao, 2018: 164-165). Sin embargo, cuando no hubo más acceso voluntario a los mercados, y tampoco se pudo renegociar la deuda con el Fondo Monetario Internacional, las consecuencias fueron severas. La pérdida de soberanía monetaria dejó sin herramientas de política fiscal a la nación para atender sus propias necesidades de gasto y los crecientes déficits provinciales. El endeudamiento de las pro-

vincias en dólares agravó la cuestión porque, tal como lo advierte la TMM, a diferencia de las deudas públicas en moneda nacional, nuestro país no crea la moneda extranjera y, por lo tanto, el incumplimiento de sus pagos puede provocar su insolvencia. De hecho, este problema tuvo lugar a comienzos del milenio.

La compleja situación financiera del Estado argentino mejoró sustantivamente desde el año 2003 en adelante, en el marco de un contexto internacional favorable debido a un aumento extraordinario del precio de los *commodities* y de las cantidades exportadas. Las divisas provistas por el comercio internacional permitieron una progresiva reestructuración de la deuda externa y ampliaron el espacio fiscal para solventar las finanzas en todos los niveles de gobierno. A su vez, hubo una decisión política de expandir el gasto público, especialmente la inversión pública, y esto contribuyó favorablemente a reducir las necesidades de financiamiento de las provincias (Cosentino, Isasa, & Hang, 2018, p. 47). No obstante, en el año 2005 se sancionó el Régimen Federal de Responsabilidad Fiscal (RFRF), con aspectos críticos para el manejo de las finanzas. En su artículo 21 establece una regla numérica para limitar el endeudamiento provincial, sin especificar el tipo de moneda en que esa deuda puede ser emitida. O sea, establece una misma relevancia a la deuda nominada en moneda nacional que a las extranjeras. Si bien el mencionado régimen se suspendió en su aplicación desde la crisis internacional del año 2008 hasta el año 2016, volvió a entrar en vigencia durante los últimos años.

Desde 2016 en adelante, el Gobierno nacional volvió a habilitar a las provincias a endeudarse en los mercados internacionales, con un agravante adicional respecto a lo que ocurrió en la década de los noventa. Estableció un régimen cambiario de libre flotación. Como se advirtió en la sección anterior, los principales exponentes de la TMM plantean la necesidad de establecer un régimen cambiario flotante

20 Los datos pueden consultarse en: <https://www.minhacienda.gov.ar/dnap/deuda.html>

para ampliar el espacio fiscal del Estado. Sin embargo, este planteo no solo subestima el impacto negativo que un aumento del tipo de cambio puede tener sobre los precios y sobre la actividad económica, como se señaló, sino también sobre las finanzas subnacionales. Una depreciación cambiaría aumenta el peso de la deuda externa en el producto bruto interno. La sustentabilidad de la deuda pública provincial se deterioró significativamente con la crisis financiera que comenzó en el año 2018, donde 15 de las 24 jurisdicciones tienen más del 50% del total de su deuda en moneda extranjera²¹, y presentan serias dificultades para cumplir con los vencimientos para este año.

Es imprescindible evaluar la composición de los pasivos según tipo de moneda, acreedores y ley aplicable para estimar la capacidad de pago provincial (Cosentino et al., 2018). La deuda en moneda extranjera es más riesgosa que la denominada en moneda nacional porque la única forma de afrontarla consiste en tener superávits persistentes de cuenta corriente de la balanza de pagos. A su vez, es preferente que las provincias se financien con la nación antes que con organismos internacionales o en el mercado internacional debido a las dificultades que los últimos plantean para refinanciar la deuda en momentos de *stress* financiero, y a la mayor volatilidad del endeudamiento vía mercado de capitales. En este punto, es preciso advertir que el *inciso a del artículo 10 del RFRF*, paradójicamente, no incluye a los gastos financiados con préstamos de organismos internacionales para evaluar la regla del gasto

corriente²². Es decir, las provincias no incumplirán con dicha regla cuando los aumentos del gasto sean financiados con fondos provenientes de organismos internacionales. Esto debería ser seriamente revisado ya que los gastos corrientes se destinan a remuneraciones e insumos básicos de funcionamiento, que se pagan en la moneda nacional. El financiamiento en divisa extranjera, que puede provenir de los mencionados organismos internacionales de crédito, debería ser utilizado, estratégica y selectivamente, para financiar aquéllos bienes importados que son de vital importancia para impulsar un proceso de industrialización que permita sustituir importaciones y aumentar exportaciones.

Por último, corresponde señalar los riesgos de emitir títulos de deuda pública bajo legislación extranjera, por la activación de pasivos contingentes. Estos se plantearon hace apenas unos años sobre Argentina por las controversias suscitadas en el proceso de reestructuración de la deuda soberana con los *fondos buitres*. Esta causa se dirimió bajo la ley de Nueva York, donde se establece que “la deuda en default paga una tasa adicional compensatoria de 9 por ciento anual desde el momento del default hasta la existencia de un fallo judicial sobre el contrato” (Guzmán, 2016, p. 626). Es decir, se establece una compensación altísima por el período en que no se pueda repagar la deuda contraída por el Estado. Ante la ausencia de una normativa internacional que regule los procesos de reestructuración de deuda soberana, se establece la vigencia de una normativa interna de un país que desconsidera por completo la capacidad de pago de los países emergentes (Cosentino et al., 2017, p. 143). Buena parte de las deudas emitidas por las provincias du-

21 Ver el Informe de Evaluación de Cumplimiento elaborado por el Consejo Federal de Responsabilidad Fiscal para el año 2018, pág. 19. Disponible en: http://www.responsabilidadfiscal.gob.ar/wp-content/uploads/2019/09/Ejec_Ptaria_2018.pdf

22 Para observar las reglas numéricas previstas en el RFRF, consultar: <http://www.responsabilidadfiscal.gob.ar/regla-del-gasto-corriente/>

rante los últimos años, han sido bajo la ley de Nueva York, siendo Buenos Aires la más comprometida. En este contexto crítico es preciso advertir que la combinación de un esquema coparticipable difuso, con restricción de acceso al crédito, sumado a la decisión de ajustar fiscalmente al sector público da lugar a un tercer aspecto a considerar:

iii. La federalización de la política monetaria

En diversos momentos históricos, los graves problemas de financiamiento para atender gastos básicos de funcionamiento llevaron a que las provincias emitan cuasimonedas. Ya en la década de 1980, los bonos provinciales fueron utilizados por las provincias cuando se vieron sometidas a procesos de racionamiento de fondos por parte del gobierno nacional (Buscaglia, 2000: 21). Sin embargo, el episodio más cercano fue con la crisis del año 2001, donde la característica central fue la gran escala alcanzada:

Catorce provincias y varios municipios, además del Gobierno Nacional, imprimieron su propia moneda durante 2001 y 2002 hasta alcanzar los 7.814 millones de pesos, la tercera parte de la base monetaria [...] Las jurisdicciones que no emitieron fueron seis, pero recibieron LECOP del Gobierno Nacional para pagar gasto corriente (Chelala, 2013: 65-66).

Algunos analistas han planteado que la circulación de monedas complementarias (o múltiples monedas) en un mismo territorio fortalecen el federalismo (Theret, 2017; Thérêt & Zanabria, 2009). En sus análisis observan como un ejemplo al caso argentino, para replicarlo en otros países. Sin embargo, es preciso advertir que el escenario de fragmentación monetaria lejos de fortalecer el federalismo, conduce a un socavamiento de la soberanía política. Cuando los gobiernos provinciales ven peligrar su sustentabilidad financiera para atender sus gastos corrientes y las necesidades

básicas de sus representados, toman para sí lo que Goodhart (1998) considera como el “derecho de renuncia”. Si bien el autor observa el caso de la Unión Europea, este análisis aplica perfectamente para el caso de países federales, donde el Gobierno nacional se crea por una delegación de soberanía de sus provincias. Las acuciantes necesidades financieras que pueden atravesar estas últimas se pueden traducir en una crisis de soberanía política, cuya manifestación más contundente es la renuncia a la delegación de su soberanía monetaria. La teoría *Cartalista* predice que la fragmentación de la soberanía conducirá a una fragmentación de monedas separadas y, en ese sentido, que la unificación en un Estado federal efectivo conducirá a la unificación de monedas previamente separadas.

Es preciso advertir, como observa Santiago Chelala al estudiar el tema en algunas provincias argentinas, que la fragmentación monetaria en 2000 y 2001 afectó seriamente el comercio interprovincial ya que las cuasimonedas solo eran aceptadas por bancos provinciales y tenían circulación limitada a la jurisdicción de la provincia emisora (2013, pp. 72-73). Durante el período no existió una comunicación o circular al efecto del Banco Central de la República Argentina que autorizara la apertura de cuentas especiales, y esto se tradujo en un rechazo de su aceptación por parte de los bancos privados. A su vez, los organismos nacionales como la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) y la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) no aceptaron la cancelación de obligaciones, ni aportes y contribuciones en cuasimonedas emitidas por determinadas provincias, aun cuando el Estado Nacional cancelaba obligaciones reales con las provincias en otra cuasimoneda (LECOP²³). Por su parte, las

23 Letras de Cancelación de Obligaciones Provinciales.

empresas provinciales proveedoras de servicios públicos aceptaron las cuasimonedas como forma de pago, pero hasta un máximo de cincuenta por ciento de la facturación, y tuvieron dificultades para cancelar sus propias obligaciones con proveedores de otras jurisdicciones.

Por lo tanto, la promoción de circulación de monedas complementarias debería reducirse a situaciones de excepción, y ante la reticencia del Estado nacional a utilizar su política fiscal y monetaria para solucionar las necesidades financieras subnacionales. En razón de los tres aspectos señalados en esta última sección, es necesario volver a considerar un interesante debate, ya planteado en la literatura nacional por Julio Olivera, acerca de la conveniencia de federalizar el Banco Central. Es decir, de incluir a las provincias en el proceso de decisiones monetarias a través de una descentralización de la autoridad monetaria, ya sea sobre su estructura operativa, administrativa y/o patrimonial. La política monetaria afecta el desarrollo regional y, a su vez, la configuración regional de cada país influye sobre las características de su evolución monetaria (Olivera, 1991, p. 8).

Un modelo interesante de regulación se puede observar en los Estados Unidos, donde la Reserva Federal se compone de doce bancos o reservas federales regionales a lo largo del país, y tiene además otras veinticinco sucursales en distritos de relevancia que responden a los bancos regionales. Esta descentralización no solo incluye a las voces de las distintas regiones del país en el proceso decisorio, sino que las reservas federales regionales funcionan como verdaderas usinas de investigación, al estudiar las relaciones entre las esferas real y monetaria de la economía a nivel regional (Chelala, 2013, p. 79). La discusión sobre la regulación bancaria es una cuenta pendiente en Argentina. La crítica coyuntura sanitaria y económica que atraviesa nuestro país amerita un replanteo sobre esta cuestión, atento al no-

table incremento en las necesidades de financiamiento en todos los niveles de gobierno.

Conclusiones

Este artículo de investigación se propuso avanzar en una interpretación alternativa sobre los principales problemas que se presentan en las finanzas públicas intergubernamentales de Argentina, en base a los aportes de la TMM. En particular, sobre dos de sus principales elementos, el dinero *Cartalista* y el principio de las finanzas funcionales, cuya relevancia reside en cuestionar un presupuesto común de análisis de las escuelas dominantes del federalismo fiscal: el principio de las finanzas sanas. Así se destacó que la distribución de los recursos tributarios entre nación y provincias no constituye un juego de suma cero, debido a que el Estado nacional controla la política monetaria. Sin embargo, la restricción presupuestaria rige para los niveles subnacionales, y la sustentabilidad de sus finanzas puede deteriorarse significativamente cuando el gobierno nacional se auto-induce a reducir transferencias fiscales, o bien, su nivel de gasto directo en las provincias. Este punto de partida fue clave para comprender que:

- la Coparticipación Federal es un elemento central del ordenamiento fiscal del país, y así lo ha demostrado desde sus orígenes. No obstante, no debe ser considerado como el único mecanismo conducente a esos fines. El perfeccionamiento que este régimen ha tenido durante cuatro décadas (1935-1980), fue posible gracias a líneas paralelas de intervención estatal en las economías regionales. Contrariamente a lo que sostienen los autores de la escuela normativa y positiva del federalismo fiscal, el régimen coparticipable no se desarticuló por una expansión del sector público sino precisamente por su reducción. La eliminación de las líneas paralelas de intervención estatal, la progresiva detracción de recursos que ingresaban a la

masa coparticipable (pre-coparticipaciones), y la descentralización de funciones de gasto afectaron severamente la sustentabilidad de las finanzas provinciales.

- Durante la década de los noventa se sumó una problemática adicional. Bajo el régimen de convertibilidad, los Gobiernos provinciales accedieron al endeudamiento en dólares. Tal como advierte la TMM, las deudas contraídas en moneda extranjera pueden provocar la insolvencia del Estado. Esta cuestión debería ser seriamente advertida por la legislación actual ya que durante los últimos cuatro años la deuda en dólares volvió a ser la vía de financiamiento utilizada por la mayoría de las provincias. La regla numérica que establece el RFRF sobre el endeudamiento provincial (art. 21), lamentablemente, no distingue la deuda por tipo de moneda. Tampoco por acreedor y ley aplicable. El financiamiento en divisa extranjera debería ser utilizado, estratégica y selectivamente, para financiar aquéllos bienes y servicios importados que son de vital importancia para impulsar un proceso de industrialización que permita sustituir importaciones y aumentar exportaciones.
- Lo señalado en el párrafo anterior, y el riesgo de evitar episodios de fragmentación monetaria en coyunturas recesivas, reabre un interesante debate ya planteado en la literatura nacional por Julio Olivera, acerca de la conveniencia de federalizar el Banco Central. Es decir, de incluir a las provincias en el proceso de decisiones monetarias a través de una descentralización de su estructura operativa, administrativa y/o patrimonial. Esto sería conducente, por un lado, para garantizar que las provincias puedan contar con la liquidez necesaria en coyunturas críticas como la actual, y evitar un proceso desarticulado de emisión de cuasimonedas –como ya ha sucedido en reiteradas oportunidades–. Por otro lado, para promover la industrialización

de la actividad económica regional con integración nacional.

Referencias bibliográficas

- Acosta, P. & Loza, A. (2001). Burocracia y Federalismo Fiscal: Un Marco Teórico para el Análisis del Efecto "flypaper." *Sexto Seminario Internacional Sobre Federalismo Fiscal*, 18. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Águila, N. (2019). *Teoría Monetaria Moderna: Fundamentos conceptuales, prescripciones de política y principales críticas* (Núm. 104). Buenos Aires: Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas (CIEPP).
- Alesina, A. & Perotti, R. (1996). Fiscal Discipline and the Budget Process. *The American Economic Review*. 86(2), 401-407. <https://doi.org/10.1057/9780230226203.1976>
- Álvarez, C., Manes, M., Paredes, P. & Ivani, G. (2011). *El acceso al crédito público de los gobiernos subnacionales. El caso de las Provincias y Municipios de la República Argentina*. Córdoba: Jornadas Internacionales de Finanzas Públicas.
- Amico, F. (2013a). Crecimiento, distribución y restricción externa en Argentina. *Revista Circus*. (5), 31-80.
- Amico, F. (2013b). *La política fiscal en el enfoque de Haavelmo y Kalecki. El caso Argentino reciente* (Núm. 51). Buenos Aires: Centro de Economía y Finanzas para el Desarrollo de la Argentina (CEDIFAR).
- Amico, F., Fiorito, A. & Zelada, A. (2012). *Expansión económica y sector externo en la Argentina de los años 2000. Balance y desafíos hacia el futuro* (Núm. 45). Buenos Aires: Centro de Economía y Finanzas para el Desarrollo de la Argentina (CEFIDAR).
- Artana, D., Auguste, S., Cristini, M., Moskovits, C. & Templado, I. (2013). *Argentina: Are vertical transfers deteriorating sub-national governments revenue effort?* La Plata: II Jornadas Iberoamericanas de Financiación Local.
- Artana, D., Auguste, S., Cristini, M., Moskovitz, C. & Templado, I. (2012). *Sub-National Revenue Mobilization in Latin American and Caribbean Countries: The Case of Argentina* (Núm. IDB-WP-297). <https://doi.org/10.2139/ssrn.2032442>
- Artana, D. & López Murphy, R. (1997). *Introducción*. In D. Artana & R. López Murphy (Eds.). *Descentralización fiscal y aspectos macroeconómicos: una perspectiva latinoamericana* (pp. 17-40). Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Azpiazu, D., Bonofiglio, N. & Nahón, C. (2008). *Agua y energía: mapa de situación y problemáticas regulatorias de los servicios públicos en el interior del país* (Núm. 18). Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Argentina).
- Basualdo, E., Arceo, N., González, M. & Mendi-zábal, N. (2010). *El sistema de coparticipación federal de impuestos en la actualidad* (Núm. 5). Buenos Aires: Centro de Investigación y Formación de la República Argentina (CIFRA).
- Bell, S. (1998). *Can Taxes and Bonds Finance Government Spending?* Annandale-on-Hudson, New York: Levy Economics Institute of Bard College.
- Berteau, O., & Garat, P. M. (2002). *Argentina: El Laberinto de la Coparticipación. Distribución vigente de tributos recaudados a nivel nacional*. Buenos Aires: mimeo.
- Bird, R. M. (1993). Threading the fiscal labyrinth: Some issues in fiscal decentralization. *National Tax Journal*. 46 (2), 207-227.
- Brennan, G. & Buchanan, J. M. (1980). *The Power to Tax: Analytical Foundations of a Fiscal Constitution*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Buscaglia, A. E. (2000). *La moneda y las uniones monetarias en la constitución nacional*. Buenos Aires: Disertación del académico Dr. Adolfo Edgardo Buscaglia al incorporarse a la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas.
- Cao, H. (2009). Ortodoxia y revisionismo en el abordaje de la Coparticipación Federal de Impuestos. *Aportes Para El Debate*. 26, 121-145.

- Cao, H. (2018). *Política, Estado y Administración Pública en las Provincias Argentinas (1976-2015) - Vol. 1*. Buenos Aires: Prometeo.
- Capello, M. & Figueras, A. (2007). Enfermedad holandesa en las jurisdicciones subnacionales : una explicación del estancamiento. *Revista Cultura Económica*, (69), 15-24.
- Casas, J. O. (1996). El Laberinto de la Coparticipación. *Criterios Tributarios*, 104, 17-43.
- Cetrángolo, O. & Gatto, F. (2002). *Descentralización fiscal en Argentina: restricciones impuestas por un proceso mal orientado*. Quito: Seminario Desarrollo local y regional: hacia la construcción de territorios competitivos e innovadores, organizado por el ILPES y el Gobierno de la Provincia de Pichincha.
- Chelala, S. (2013). La fragmentación monetaria en el noreste de la Argentina. *Revista Venezolana de Economía Social*. (16), 57-83.
- Cosentino, A., Isasa, M., & Hang, G. (2018). *El financiamiento de los gobiernos subnacionales*. Buenos Aires: Asociación Argentina de presupuesto y administración financiera (ASAP).
- Cosentino, A., Isasa, M., Mayer, P. C., Achával, F. de, Coretti, M. & Dall’O, F. (2017). *Crisis y Reestructuración de Deuda Soberana. Una Visión Sistémica desde la Perspectiva de los Mercados Emergentes*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Dalla Via, A. R. (2000). *El régimen constitucional de la moneda*. Buenos Aires: Revista Lecciones y Ensayos, La Ley.
- De Mattos, C. (1984). *Paradigmas, modelos y estrategias en la práctica Latinoamericana de Planificación Regional*. 40. Santiago de Chile: Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES).
- Dougan, W. R. & Kenyon, D. A. (1988). Pressure groups and public expenditures: The flypaper effect reconsidered. *Economic Inquiry*. 26 (1), 159-170. <https://doi.org/10.1111/j.1465-7295.1988.tb01676.x>
- Einzig, P. (1949). *Primitive money in its ethnological, historical and economic aspects*. New York: Pergamon.
- Fernández, V. R. (1999). *Descentralización estatal y decisionismo fiscal. Enfoque crítico y propuestas a partir de la experiencia argentina 1960-1990*. Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.
- Fields, D. & Vernengo, M. (2013). Hegemonic currencies during the crisis: The dollar versus the euro in a Cartalist perspective. *Review of International Political Economy*. 20 (4), 740-759. <https://doi.org/10.1080/09692290.2012.698997>
- Gervasoni, C. (2010). A Rentier Theory of Subnational Regimes: Fiscal Federalism, Democracy, and Authoritarianism in the Argentine Provinces. *World Politics*. 62 (2), 302-340. <https://doi.org/10.1017/S0043887110000067>
- Gervasoni, C. (2011). Democracia, Autoritarismo e Hibridez en las Provincias Argentinas: La Medición y Causas de los Regimenes Subnacionales. *Journal of Democracy En Español*. 3, 75-93.
- Goodhart, C. A. E. (1998). The two concepts of money: Implications for the analysis of optimal currency areas. *European Journal of Political Economy*. [https://doi.org/10.1016/S0176-2680\(98\)00015-9](https://doi.org/10.1016/S0176-2680(98)00015-9)
- Gordin, J. P. (2004). Testing Riker’s Party-Based Theory of Federalism: The Argentine Case. *Publius: The Journal of Federalism*. 34 (1), 21-34. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubjof.a005017>
- Gramlich, E. M. (1977). *Intergovernmental grants: a review of the empirical literature*. In W. E. Oates (Ed.). *The political economy of fiscal federalism* (pp. 219-239). MA: Heath: Lexington Books.
- Grierson, P. (1977). *The origins of money*. Universidad de Londres: Athlone Press.
- Guzmán, M. (2016). Reestructuración de deuda soberana en una arquitectura financiera-legal con huecos. *Revista Jurídica de La Universidad de Puerto Rico*. (85), 611-627.
- Hagen, J. Von & Eichengreen, B. (1996). Federalism, Fiscal Restraints, and European Mone-

- tary Union. *The American Economic Review*. 86 (2), 134-138.
- Haggard, S. & Webb, S. B. (2004). *Political incentives and intergovernmental fiscal relations: Argentina, Brazil, and Mexico compared*. In A. P. Montero & D. J. Samuels (Eds.). *Decentralization and Democracy in Latin America*. Notre Dame: Notre Dame University Press.
- Hansjürgens, B. (2000). The influence of Knut Wicksell on Richard Musgrave and James Buchanan. *Public Choice*. 103 (1-2), 95-116. <https://doi.org/10.1023/A:1005033202420>
- He, Z., & Jia, G. (2019). *Rethinking China's Local Government Debt in the Frame of Modern Money Theory* (Núm. 932). Annandale-on-Hudson, New York: Levy Economics Institute of Bard College.
- Ingham, G. (2004). *The nature of money*. Cambridge: Polity Press.
- Innes, A. (1913). What is Money? *Banking Law Journal*. 30, 377-408.
- Jones, M. P., Sanguinetti, P. & Tommasi, M. (2000). Politics, institutions, and fiscal performance in a federal system: An analysis of the Argentine provinces. *Journal of Development Economics*. 61 (2), 305-333. [https://doi.org/10.1016/S0304-3878\(00\)00059-6](https://doi.org/10.1016/S0304-3878(00)00059-6)
- Kaldor, N. (1970). The case for Regional Policies. *Scottish Journal of Political Economy*. 17 (3), 337-348. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9485.1970.tb00712.x>
- Keynes, J. M. (1930). *A Treatise on Money: Volume 1: The Pure Theory of Money*. London: MacMillan and Co Limited.
- Kiyotaki, N. & Moore, J. (2002). Money is the root of all evil? *Frameworks for Monetary Economics*. 92 (2), 62-66. <https://doi.org/10.4324/9780429444586-24>
- Knapp, G. F. (1924). *The State Theory of Money*. London: Macmillan.
- Lerner, A. P. (1943). Functional finance and the federal debt. *Social Research*. 10 (1), 38-51. <https://doi.org/https://www.jstor.org/stable/40981939>
- Lerner, A. P. (1947). Money as a Creature of the State. *The American Economic Review*. 37 (2), 312-317. <https://doi.org/10.1057/9780230226203.1976>
- Logan, R. R. (1986). Fiscal Illusion and the Grantor Government. *Journal of Political Economy*. 94 (6), 1304-1318. <https://doi.org/10.1086/261434>
- López Murphy, R. (1996). *Descentralización fiscal y política macroeconómica*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Melamud, A. & Rozenwurcel, G. (2018). *Reglas Fiscales para el Crecimiento y la Equidad. Una contribución para el caso argentino*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Presupuesto y Administración Financiera Pública (ASAP).
- Menger, K. (1892). On the Origin of Money. *The Economic Journal*. 2 (6), 239. <https://doi.org/10.2307/2956146>
- Musgrave, R. A. (1959). *The Theory of Public Finance*. New York: McGraw Hill.
- Myrdal, G. (1957). *Economic theory and underdeveloped regions*. London: Duckworth.
- North, D. (1990). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Oates, W. E. (1999). An Essay on Fiscal Federalism. *Journal of Economic Literature*. 37 (3), 1120-1149. <https://doi.org/10.1257/jel.37.3.1120>
- Oates, W. E. (2001). Fiscal competition or harmonization? Some reflections. *National Tax Journal*. 54 (3), 507-512. <https://doi.org/10.17310/ntj.2001.3.06>
- Olivera, J. H. (1991). *Banca central, federalismo económico y constitución monetaria*. 7-17. Santiago del Estero: Universidad Católica de Santiago del Estero.
- Piffano, H. (2004a). *Nota 2: Los sistemas tributarios federales y la evolución del federalismo fiscal en Argentina*. In H. L. P. Piffano (Ed.). *Notas sobre Federalismo Fiscal. Enfoques positivos y normativos* (pp. 58-110). La Plata: Deaparta-

- mento de Economía de la Universidad Nacional de La Plata.
- Piffano, H. (2004b). *Notas sobre Federalismo Fiscal. Enfoques positivos y normativos*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Departamento de Economía.
- Piffano, H. (2007). *Los grandes dilemas de la cuestión fiscal federal y los consensos académicos y políticos* (Núm. 67). La Plata: Departamento de Economía (UNLP).
- Piffano, H., Sanguinetti, J. & Zentner, A. (1998). *Las finanzas provinciales y el ciclo económico* (Núm. 3). Buenos Aires: Foro de Instituciones Fiscales, Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (CEDI).
- Polanyi, K. (1968). *The semantics of money-uses*. In G. Dalton (Ed.). *Primitive, archaic, and modern economics: essays of Karl Polanyi* (pp. 175-203). New York: Doubleday.
- Porto, A. (1999). *Preguntas y Respuestas sobre Coparticipación Federal de Impuestos. Documento de Trabajo* (Núm. 17). La Plata: Departamento de Economía (UNLP).
- Porto, A. (2003a). *Etapas de la Coparticipación Federal de Impuestos* (Núm. 2). La Plata: Departamento de Economía (UNLP).
- Porto, A. (2003b). *La Teoría Económica del Federalismo Fiscal y las Finanzas Federales* (Núm. 4). La Plata: Departamento de Economía (UNLP).
- Porto, A. (2004). *Finanzas Públicas Subnacionales: La Experiencia Argentina* (Núm. 12). La Plata: Departamento de Economía (UNLP).
- Porto, A. (2005). *Pujas y tensiones entre niveles de gobierno por los recursos* (Núm. S/D). La Plata: Departamento de Economía (UNLP).
- Porto, A. & Porto, N. (2000). Fiscal Decentralization and Voters' Choices as Control. *Journal of Applied Economics*. 3 (1), 135-167. <https://doi.org/10.1080/15140326.2000.12040548>
- Prud'homme, R. (1995). The Dangers of Decentralization. *The World Bank Research Observer*. 10 (2), 201-220.
- Quigley, J. M. & Smolensky, E. (1992). *Conflicts Among Levels of Government in a Federal System*. UC Berkeley: Fisher Center for Real Estate and Urban Economics.
- Remmer, K. L. & Wibbels, E. (2000). The Subnational Politics of Economic Adjustment. *Comparative Political Studies*. 33 (4), 419-451. <https://doi.org/10.1177/0010414000033004001>
- Rezk, E. (1998). *Argentina: fiscal federalism and decentralization*. In R. M. Bird & F. Vaillancourt (Eds.). *Fiscal Decentralization in Developing Countries* (pp. 206-238). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rezk, E. (2000). *Federalism and decentralization under convertibility: Lessons from the Argentine experience*. Washington, D.C: International Monetary Fund.
- Rochon, L. P. & Vernengo, M. (2003). State money and the real world: Or chartalism and its discontents. *Journal of Post Keynesian Economics*. 26 (1), 57-67.
- Rofman, A. (1997). Economías regionales extrapampeanas y exclusión social en el marco del ajuste. *Revista Eure*, XXIII (70), 19-37.
- Rofman, A. (1999). *Las economías regionales a fines del siglo XX*. Buenos Aires: Ariel.
- Saiegh, S. M. & Tommasi, M. (1999). Why is Argentina's Fiscal Federalism so Inefficient? Entering the Labyrinth. *Journal of Applied Economics*. 2 (1), 169-209. <https://doi.org/10.1080/15140326.1999.12040535>
- Sanguinetti, P. & Tommasi, M. (1997). *Los Determinantes Económicos, Institucionales y Políticos del Comportamiento Fiscal de las Provincias Argentinas: 1983-1986*. Washington, DC: Inter-American Development Bank (IDB).
- Spisso, R. (2007). *Derecho Constitucional Tributario* (tercera). Buenos Aires: Lexis Nexis.
- Tanzi, V. (1996). *Fiscal Federalism and Decentralization: a review of some efficiency and macroeconomic aspects*. In *Annual World Bank Conference on Economic Development*. (pp. 539-567). New York: World Bank
- Tcherneva, P. (2016). *Dinero, poder y regímenes monetarios* (Núm. 861). *Annandale-on-Hud-*

- son. New York: Levy Economics Institute of Bard College.
- Theret, B. (2017). *Monetary Federalism as a concept and its empirical underpinnings in Argentina's monetary history*. In G. Gómez (Ed.). *Monetary Plurality in Local, Regional and Global Economies*. Abingdon: Routledge.
- Theret, B. & Zanabria, M. (2009). *On the Viability of Monetary Complementarity in Federations: the Case of Fiscal Provincial Monies in 2001-2003 Argentina's Crisis*. 32. Utrecht: XV World Economic History Congress.
- Tiebout, C. M. (1956). A Pure Theory of Local Expenditures. *Journal of Political Economy*. 64 (5), 416-424. <https://doi.org/10.1086/257839>
- Tiebout, C. M. (1961). *An Economic Theory of Fiscal Decentralization*. In *Public Finances: Needs, Sources, and Utilization* (pp. 79-96). Princeton: Princeton University Press.
- Vázquez, H. R. (2007). *Finanzas de múltiples niveles de gobierno federalismo fiscal*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires.
- Vernengo, M. & Pérez Caldentey, E. (2019). *Modern Money Theory (MMT) in the Tropics: Functional Finance in Developing Countries*. Massachusetts: University of Massachusetts Amherst. Political Economy Research Institute.
- Wicksell, K. (1958). *A New Principle of Just Taxation*. In R. A. Musgrave & A. T. Peacock (Eds.). *Classics in the Theory of Public Finance*. London: Macmillan.
- Winer, S. L. (1983). Some Evidence on the Effect of the Separation of Spending and Taxing Decisions. *Journal of Political Economy*. 91 (1), 126-140. <https://doi.org/10.1086/261131>
- Wray, L. R. (1998). *Money and Taxes: the Chartalist Approach* (Núm. 222). Annandale-on-Hudson. New York: Levy Economics Institute of Bard College.
- Wray, L. R. (2014). *From the State Theory of Money to Modern Money Theory: An Alternative to Economic Orthodoxy* (Núm. 792). New York: Annandale-on-Hudson. Levy Economics Institute of Bard College.
- Zodrow, G. R. & Mieszkowski, P. (1986). Pigou, Tiebout, property taxation, and the underprovision of local public goods. *Journal of Urban Economics*. 19 (3), 356-370. [https://doi.org/10.1016/0094-1190\(86\)90048-3](https://doi.org/10.1016/0094-1190(86)90048-3)

Para citar este Artículo de investigación:

Bazza, A. (2020). Finanzas Públicas Intergubernamentales. Análisis de la Teoría Monetaria Moderna (TMM) para considerar los principales problemas del caso argentino. *Revista Estado y Políticas Públicas*. Año VIII, Núm. 14, 203-228.

Movimientos sociales de resistencia a reformas previsionales neoliberales.
El caso del “Frente de Personas Mayores” de la Argentina durante el gobierno de Mauricio Macri (2015-2019)

Social movements of resistance to neoliberal pension reforms.
The case of “Frente de Personas Mayores” of Argentina during the government of Mauricio Macri (2015-2019)

Por Verónica Soto Pimentel*

Fecha de Recepción: 01 de febrero de 2020

Fecha de Aceptación: 09 de abril de 2020.

RESUMEN

A raíz de las reformas previsionales neoliberales impulsadas e implementadas durante el gobierno de Mauricio Macri en el período 2015-2019, emerge el Frente de Personas Mayores, como movimiento de adultos/as mayores en resistencia a las mismas. A partir de un análisis cualitativo de entrevistas en profundidad realizadas a los y las principales referentes de las organizaciones que conforman el Frente de Personas Mayores, describimos el origen,

objetivos y principales formas de acción y demandas del movimiento, para luego reflexionar, desde la perspectiva del Pensamiento Decolonial, en una de las aristas de estas formas de resistencia, a saber, los conocimientos que emergen de la lucha contra un proyecto previsional que se impone como único y justo camino para alcanzar el bienestar de los adultos/as mayores. En esta línea, encontramos que, junto con los objetivos de derogación de la reforma previsional, de defensa de los derechos de las personas mayores y de ser reconocidos

* Magister en Políticas Públicas para el Desarrollo con Inclusión Social por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, sede Argentina. Socióloga y Licenciada en Filosofía por la Universidad Católica de Chile. Actualmente, cursa el Doctorado en Ciencias Sociales en la Universidad de Buenos Aires. Y es becariadoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Correo electrónico: vsoto@flacso.org.ar

como sujetos políticos, está la lucha por construir un concepto de vejez que rompa con la cultura hegemónica del “abuelo/a” o “pasivo”, en tanto esta definición los/as excluye de participar e incidir en los espacios de poder y de toma de decisión sobre cuestiones que los afectan. En este sentido, la lucha del Frente de Personas Mayores, es también una pelea por pasar de una concepción binario-excluyente que los reduce al ser abuelo/a, pasivo/a, y al pobre abuelito/a, a una concepción pluridiversa que, entre otras cosas, los/as reconozca y visibilice como sujetos/as políticos.

Palabras clave: Frente de Personas Mayores, Adultos Mayores, Sujetos Políticos, Participación Política, Movimiento Social.

ABSTRACT

In the context of neoliberal pension reforms promoted and implemented during the government of Mauricio Macri, between 2015-2019, the “Frente de Personas Mayores” emerges, as a movement of older adults in resistance to these reforms. From a qualitative analysis, based on interviews with the main referents of the organizations that belongs to the “Frente de Personas Mayores”, we describe the origin, objectives and main forms of action and demands of the movement, and then reflect, from the perspective of the Decolonial Thought, in one of the edges of these forms of resistance, namely, the knowledge that emerges from the fight against a pension project that is imposed as the only and just way to achieve the well-being of older adults. Along these lines, we find that with the objectives of revoke the pension reforms, defense of the rights of the elderly and being recognized as political subjects, there is the struggle to build a concept of old age that breaks with the hegemonic culture of the “Grandfather”, because this definition excludes them from participating in and influencing the spaces of power and decision-making on issues that affect them. In this sense, the fight of the “Frente de

Personas Mayores” is also a fight to move from a conception that reduces them to be a grandfather, a passive, and a poor grandfather, to a conception that, among other things, recognize them and make them visible as political subjects.

Keywords: *Frente de Personas Mayores, Older Adults, Political Subjects, Political Participation, Social Movement.*

Introducción: contexto de emergencia del Frente de Personas Mayores

Durante el gobierno de Mauricio Macri (2015-2019) se llevaron a cabo dos importantes reformas previsionales, el “Programa de Reparación Histórica”, en julio de 2016, y la reforma a la fórmula de movilidad del haber de las jubilaciones, a fines de 2017. La primera de estas reformas tuvo como objetivo pagar la deuda previsional que el Estado tenía con jubilados que, recibiendo un haber jubilatorio, éste no había sido ajustado conforme a lo determinado en la ley, por lo cual recibían un monto menor al que les correspondía. Para el gobierno, este programa buscaba “reparar años de injusticia” y “terminar con décadas de atropello, de estafa por parte del Estado”, de gobiernos que hacían promesas y que después no cumplían (Macri, Palabras en la presentación del Programa Nacional de Reparación Histórica, 2016). Por otra parte, tenía como objetivo que “a los jubilados que nadie les regaló nada, que tuvieron una vida de esfuerzo y de trabajo, que cumplieron con sus aportes, pudieran cobrar lo que les corresponde” (Macri, Palabras en la presentación del Programa Nacional de Reparación Histórica, 2016)¹.

1 Estas citas son afirmaciones emitidas por el presidente Mauricio Macri en el discurso “Palabras del presidente Macri en la presentación del Programa Nacional de Reparación Histórica”, realizado el 27 de mayo de 2016. El mismo esta disponible en: <https://>

La segunda de estas reformas, que estaba prevista en la ley de reparación histórica, tenía como fin hacer un cambio en la fórmula de cálculo de actualización del haber jubilatorio, de modo tal de asegurar que el monto de la pensión siempre le ganara a la inflación (Macri, Conferencia de prensa de la Casa Rosada, 2017). Este cambio se asocia también a la reforma fiscal que impulsó el Macrismo, en la cual se proponía quitar los impuestos “distorsivos” al empleador para así incentivar el empleo y el aumento de salarios, lo cual impactaría también en mejores pensiones. Esta nueva fórmula, por otra parte, según el Presidente Macri, buscaba darle previsibilidad al sistema previsional, y hacerlo sustentable para los próximos 20 años, no sólo los próximos meses (Conferencia de prensa de la Casa Rosada, 2017).

En paralelo al proceso de implementación de estas reformas previsionales, emergieron en la sociedad civil diferentes expresiones de protesta y movilización contra ellas, siendo una de las más significativas las ocurridas durante el 13 y 18 de diciembre de 2017 mientras se discutía en el Parlamento la reforma a la ley de movilidad. Su importancia, no sólo se explica por la masividad de las marchas y concentraciones en Congreso, así como los cacerolazos en distintos puntos de la Ciudad de Buenos Aires, sino también por la fuerte represión que se ejerció sobre los manifestantes, incluso sobre los adultos y adultas mayores.

Es en este contexto donde comienza el proceso de constitución del Frente de Personas Mayores, como movimiento que reúne a organizaciones de personas adultas mayores que tienen como objetivo la derogación de la reforma previsional, la recuperación y garantía

de los derechos de los adultos/as mayores y la lucha por ser reconocidos como sujetos políticos y por participar de los espacios de poder donde se toman decisiones respecto de cuestiones que les afectan.

En el siguiente artículo abordamos la emergencia y acciones de resistencia de este movimiento desde la perspectiva del Pensamiento Decolonial, corriente que se interesa por reflexionar en los saberes emergentes de dichas acciones y que desafían la hegemonía de proyectos previsionales que se imponen como único camino para el bienestar de los/as adultos mayores, invisibilizado con ello alternativas y resistencias. La relevancia de esta indagación, por una parte, tiene que ver con avanzar en el análisis de un movimiento social aún no explorado en el ámbito de las ciencias sociales. Por otra parte, la perspectiva decolonial nos otorga una arista menos explorada por los estudios sobre los movimientos sociales, focalizados tradicionalmente en la acción de los mismos –Teoría de la Movilización de Recursos– o en las cuestiones identitarias y de organización interna –el Paradigma Identitario–.

Para ello, en una primera parte, describimos brevemente la perspectiva analítica desde la cual analizamos los saberes que emergen de las acciones de resistencia del Frente de Personas Mayores, la perspectiva del Pensamiento Decolonial. Luego, señalamos la metodología de investigación con la cual reconstruimos y abordamos el caso de análisis que se presenta en este artículo. En una segunda parte, presentamos el Frente de Personas Mayores, señalando su emergencia, objetivos y sus formas de resistencia y acción contra las políticas previsionales neoliberales que les son impuestos por el gobierno de Mauricio Macri durante el período 2015-2019. En un tercer apartado, reflexionamos desde la perspectiva del Pensamiento Decolonial, en los saberes que emergen de la lucha contra un proyecto previsional que se impone como único camino para alcan-

zar el bienestar de los adultos/as mayores. Terminamos este artículo con las conclusiones.

Por último, es importante señalar que el siguiente escrito constituye unos de los primeros hallazgos de la investigación doctoral “*Movimientos sociales de resistencia a reformas previsionales neoliberales. Un análisis decolonial sobre el Frente de Personas Mayores de Argentina y de la Coordinadora Nacional de Trabajadores y Trabajadoras NO+AFP de Chile en el periodo 2015-2019*”². También aprovechamos esta breve introducción para agradecer a todas y todos las y los militantes del Frente de Personas Mayores que abrieron con absoluta generosidad las puertas de sus casas, de sus espacios de militancia y de sus propias experiencias para compartírnos lo que ha sido este proceso de lucha.

1. La perspectiva del pensamiento decolonial en el estudio de los movimientos sociales

La perspectiva del pensamiento decolonial emerge en la década de 1990 como propuesta epistemológica-política al “cambio epocal que la caída del Muro de Berlín y el fin de la Guerra Fría imponen a la historia política del siglo XX” (Segato, 2014: 36). Esta década es significativa en cuanto reconstrucción global del poder del capital. De hecho,

el colapso del mundo socialista significó un fortalecimiento del poder imperial de los Estados Unidos, y un avance extraordinario del proceso de la mercantilización de la vida en todo el planeta. Ello limitó severamente los márgenes de libertad que la confrontación bipolar abrió para muchas experiencias no alineadas. En este sentido, significó un duro revés para las luchas anticapitalistas (Lander, 2015: 406).

En otras palabras, la transición desde una configuración bipolar del mundo a una unipolar terminaba constatando, en el sentido común, que sólo uno era el orden global posible y deseable para alcanzar el bienestar social, el del libre mercado. Se legitimaba así el triunfo de una “sociedad sin ideologías, modelo civilizatorio único, globalizado, universal, que hace innecesaria la política, en la medida en que ya no hay alternativas posibles a ese modo de vida” (Lander, 2005: 12).

Sin embargo, este relato contrastaba con la experiencia del neoliberalismo en América Latina. En efecto, su implementación venía generando procesos de concentración de riqueza y de empobrecimiento de sectores importantes de la población. A su vez, el empeoramiento de las condiciones de vida generaba experiencias de supervivencia basadas en valores opuestos a los del libre mercado, tales como los de la solidaridad, la reciprocidad, la igualdad y la autoridad comunal. Por otra parte, la supuesta hegemonía del neoliberalismo a nivel global contrastaba con movilizaciones de resistencia por parte de sus perdedores con importantes experiencias antiglobalización y anti neoliberalismo, no sólo en América Latina sino también en otras partes del mundo³.

2 Esta investigación es parte también de la beca doctoral otorgada por CONICET-Argentina.

3 Entre las experiencias latinoamericanas más significativas están: las acciones del Ejército de Liberación Nacional Zapatista de Chiapas en México, el Movimiento de los Sin Tierra en Brasil, las protestas indígenas en el Ecuador, la Guerra del Agua en Cochabamba en Bolivia, las protestas de los movimientos piqueteros en Argentina y los movimientos contra el ALCA y el Foro Social Mundial de Porto Alegre. Entre las experiencias de otras partes del mundo, destacan: la Conferencia Mundial de acción global de los pueblos en India, la Cumbre Sur-Sur sobre deuda en Sudáfrica y la “Batalla de Seattle” contra las políticas de

Frente a esta doble realidad, donde la declaración del fin de la historia y el triunfo de un mundo unipolar y globalizado neoliberal convive con la emergencia de otras experiencias de vida que contradicen dicha pretensión, el pensamiento decolonial concluye que “la universalización de la civilización capitalista es la otra cara de la irrupción de la diversidad y de la heterogeneidad de las experiencias culturales que existen en el mundo y que circulan en las mismas autopistas de la comunicación global” (Quijano, 2014: 121). Sin embargo, estas experiencias diversas permanecen invisibilizadas en las promesas de modernidad, desarrollo, y bienestar del proyecto neoliberal ¿Cómo es eso posible?

El pensamiento decolonial planteará que la hegemonía neoliberal es constitutiva a una perspectiva de conocimiento y una forma de construcción del saber, el pensamiento único, que ha tenido “la capacidad de presentar su propia narrativa histórica como el conocimiento objetivo, científico y universal y su visión de la sociedad moderna como la forma más avanzada – pero igualmente normal – de la experiencia humana” (Lander, 2005: 12). Ahora bien, esta constatación no la atribuyen al contexto geopolítico de fines del Siglo XX, sino que, por el contrario, la asocian a un fenómeno con varios siglos de existencia dentro de la trayectoria del pensamiento social occidental (Lander, 2005): es paralela a la conquista del continente y la imposición del modelo civilizatorio moderno/colonial europeo. En otras palabras, la forma de operar del pensamiento neoliberal de fines de siglo XX tiene su punto de origen en la Colonialidad del poder y en el desencadenamiento de la violencia epistémica –en palabras de Mignolo (2014, 2007a, 2007b)–, es decir, en la negación, desprecio y usufructo de todo conocimiento

que no se adecuara a los parámetros del pensamiento único o bien fuera funcional a su engrandecimiento. Ocurrió primeramente sobre las comunidades indígenas, aniquilando, explotando y expropiando sus formas propias de construcción del saber y de reproducción de la vida. Luego, con la teorización de la idea de raza y de la sociedad moderna-racional. Ambos sucesos terminaron justificando y fundamentando la defensa, por naturaleza, de los intereses económicos de la elite europea dominante y de la conformación del capitalismo global (Quijano, 2005; Lander, 2005)⁴. Esta reflexión permite situar la

fuerza hegemónica del pensamiento neoliberal [...] en condiciones histórico-culturales específicas. El neoliberalismo es un excepcional extracto, purificado y por ello despojado de tensiones y contradicciones, de tendencias y oposiciones civilizatorias que tienen una larga historia en la sociedad occidental. Esto le da la capacidad de constituirse en el sentido común de la sociedad moderna (Lander, 2005: 12).

A partir de ello, el pensamiento decolonial se constituye como una propuesta epistemológica, en el ámbito de las ciencias sociales, para el desocultamiento de aquellos saberes y formas de vida negados por el pensamiento único, como lugares de resistencia donde se construyen alternativas teóricas y políticas a la hegemonía de un modelo civilizatorio que se instauró hace más de 500 años y cuya más reciente versión es el neoliberalismo. El pensamiento decolonial se reconoce como un pensamiento fronterizo, en tanto emerge de la diferencia colonial, es decir, del “espacio en el que las historias locales que están inventando y

la Organización Mundial de Comercio en los Estados Unidos (Seoane & Taddei, 2018).

4 En esta definición es clave el concepto de colonialidad de poder, que, por razones de espacio y objetivos de este artículo, no alcanzaremos a desarrollar. Para profundizar en el tema ver Soto Pimentel (2019).

haciendo reales los diseños globales se encuentran con aquellas historias locales que los reciben; es el espacio en el que los diseños globales tienen que adaptarse e integrarse o en el que son adoptados, rechazados, ignorados” (Mignolo, 2003: 8). Es también un pensamiento de frontera, en tanto no está fuera del pensamiento único, sino que en los límites de un pensamiento que lo ha descrito y determinado desde un adentro (civilizado-imperial) totalizante y totalitario. En este sentido, es también cuestionamiento a la naturalización del pensamiento único y desocultamiento de sus consecuencias, como vía para encontrar otros pensamientos, otras sociedades (Mignolo, 2014). Esto da vuelta la geopolítica del conocimiento válido y científicamente legitimado que tiene lugar en Europa y los países del norte: no es posible admitir la existencia de una sola forma de saber y de ser de las sociedades. En este sentido, ruge y se gesta “en diálogo conflictivo con la teoría política europea, para Europa, y desde ahí para el mundo” (Mignolo, 2007b: 32).

De este modo, partiendo del supuesto de que la hegemonía política, social, económica y cultural del neoliberalismo, no es sino la cara visible de un modelo que se impone suprimiendo los conocimientos y culturas que no son funcionales a sus intereses, la perspectiva del pensamiento decolonial en el análisis de los movimientos sociales, se propone, por una parte, “analizar los procesos, las formaciones y los órdenes hegemónicos asociados con el sistema mundo (moderno y colonial a la vez), y, de otra parte, (...) hacer visible, desde la diferencia colonial, las historias, subjetividades, formas de conocimientos y lógicas de pensamiento y vida que desafían esta hegemonía” (Walsh, 2007: 104, citado en Escobar, 2010: 194).

Visibilizando estos saberes, esta perspectiva permite dar cuenta que a los aspectos materiales y simbólicas contenidos en las luchas de los movimientos, se suman también disputas

de saberes que tienen el potencial para mostrarse como alternativas epistemológicas al neoliberalismo (Escobar, 2010, 2014; Botero *et al.*, 2018, Flórez, 2005; 2007; 2008; 2015). Para la perspectiva decolonial reconocer esta cuestión es fundamental para que estas formas de resistencia y acción sean reconocidas y legitimadas como saberes válidos para interferir en las políticas públicas, en tanto, las luchas territoriales contra proyectos neoliberales no solo producen conocimientos y soluciones para las problemáticas particulares que enfrentan, sino que en ellas reconocen la existencia de marcos políticos y ontológicos que pueden, deben y tienen que estar en la discusión sobre las políticas públicas que los afectan (Escobar, 2010, 2014; Botero *et al.*, 2018). En este sentido, “las prácticas y luchas de las comunidades son escenarios de conocimiento político, de creación y recreación” (Botero *et al.*, 2018: s/p) que pueden disputar y aportar no sólo a las políticas públicas, sino también a las búsquedas por transiciones para la supervivencia planetaria, tan en boga en la actualidad.

Ahora bien, la perspectiva decolonial no otorga categorías para identificar los saberes que emergen de las acciones de resistencia de los movimientos sociales. Es por ello que para el estudio del Frente de Personas Mayores, entendemos como saberes a las conceptualizaciones sobre la sociedad, las personas y las relaciones sociales que fundamentan (Soto Pimentel, 2015; 2017) las acciones de resistencia que el Frente lleva a cabo para oponerse a las reformas previsionales promovidas e implementadas durante el gobierno de Mauricio Macri.

Consideramos que la mirada sobre los saberes es un aporte a las propuestas teóricas tradicionales para el estudio de los movimientos sociales: la Teoría de movilización de recursos (McAdam, 1999; Tilly, 1978; Tarrow, 1999; Tilly & Tarrow, 2015; Tarrow, 2011; McAdam, Tarrow & Tilly, 2001), que analiza las estrategias de acción de los movimientos y su relación con el sistema y los procesos políti-

cos; el Paradigma identitario (Touraine, 1985; Melucci, 1994; Castel, 1995), que analiza las subjetividades y la organización interna de los movimientos, en el contexto de emergencia de los nuevos movimientos sociales; y la interpretación latinoamericana de dicha novedad (De Piero, 2005; Offe, 1998; Calderón y Jelin, 1987; Garretón, 2001; Sousa Santos, 2001; Zibechi, 2003). Observamos un aporte analítico de la perspectiva decolonial, en tanto indaga en los saberes que construyen las organizaciones y que fundamentan sus acciones y formas de organización e identificación. Junto con ello, la perspectiva decolonial, hace un aporte epistemológico, en tanto propone “cambiar los términos del debate” (Mignolo, 2007a; 2007b) sobre los movimientos sociales en América Latina. En esta línea, Flórez Flórez (2005; 2007; 2008; 2015) hace un llamado a pasar de las preguntas por el potencial de los movimientos latinoamericanos de ser actores críticos de la modernidad, de transformar la realidad o de si pueden ser considerados como movimientos sociales, en función de las experiencias de los movimientos del norte, por la pregunta sobre cómo han resistido a la modernidad, la globalización y el neoliberalismo tal y como estos procesos se han instalado en la región.

El análisis de los movimientos sociales desde la perspectiva decolonial, busca “acompañar a los pueblos en sus luchas, haciendo esfuerzos de no imponer formas academicistas de interpretación de la realidad, basándose en los saberes populares y que propone posibilidades complementarias de comprensión” (Botero Gómez *et al.*, 2018: s/p; Escobar, 2010). En este sentido, optamos por una metodología de investigación cualitativa y por herramientas de recolección de información que nos permitan rescatar la voz de las y los principales referentes del Frente de Personas Mayores, como son las entrevistas en profundidad y la observación no participante. Esta metodología es considerada adecuada, en tanto permite un diseño flexible

e interactivo que privilegia el análisis en profundidad y en detalle en relación al contexto, y un acercamiento inductivo a aquello que se quiere investigar (Sautu, 2005). Es por esto último que la presentación que se realiza a continuación sobre el Frente de Personas Mayores se respalda continuamente con la voz de los y las referentes entrevistados/as, en tanto se quiso mantener lo más posible la fidelidad al relato de los protagonistas y las protagonistas. A su vez, si bien se reconstruyeron ideas globales a partir de los dichos de los y las entrevistado/as, quisimos dar cuenta de la heterogeneidad dentro de dicha unidad. El trabajo de campo se realizó entre agosto de 2018 y noviembre de 2019.

2. El Frente de Personas Mayores

En el siguiente apartado presentamos el proceso de conformación y desenvolvimiento del Frente de Personas Mayores (en adelante FPM o “Frente”) durante el gobierno de Mauricio Macri en el período 2015-2019, desde la voz de sus protagonistas. Para ello, empezamos relatando los antecedentes y momento de constitución de este movimiento. Continuamos con los objetivos y las acciones de resistencia del Frente de Personas Mayores. Luego, incorporamos tres apartados con temáticas que son muy relevantes para quienes integran este movimiento: el lugar de los adultos y las adultas mayores en la sociedad, la ausencia de representación y la lucha por ser reconocidos y reconocidas como sujetos políticos.

La reconstrucción de lo antes señalado, como mencionados, lo hicimos en base a la información obtenida a partir de las entrevistas a los y las referentes del Frente y la observación participante de reuniones y movilizaciones. Vale la pena aclarar que si bien en cada apartado se recogen ideas generales que fueron halladas en dichas entrevistas, también hay un esfuerzo por presentar diversas formas de interpretación de las mismas, que permiten enriquecer el contenido del análisis y marcar

el intento por no sobre-academizar homogeneizando visiones entre cada una de las organizaciones que componen el Frente, sino que intentar comprenderlas como luchas complementarias, unidas en la diversidad. Es por ello que, en ocasiones, la reconstrucción de hallazgos es complementada con más de una voz de los/as entrevistados/as.

A. Antecedentes y conformación del Frente de Personas Mayores

El Frente de Personas Mayores es el resultado de un proceso de convergencia entre diversas organizaciones de jubilados/as y adultos/as mayores que se constituyeron y comenzaron a reunirse en el año 2016, al alero de la asunción de Mauricio Macri al poder, y de las reformas previsionales neoliberales que se impulsaron en su gobierno, en el período 2015-2019.

Muchas de las organizaciones que componen el Frente se conformaron con anterioridad a la constitución de éste, en alerta a la llegada de Cambiemos al Poder. En efecto, como nos señalan los y las referentes de las organizaciones fundacionales, la experiencia de Neoliberalismo en la Argentina les hacía prever que “un gobierno neoliberal no iba a ser bueno para el pueblo” (Militante del Frente de Adultos Mayores, entrevista, 8 de junio de 2019) y eso los/as impulsó a ir conformando instancias de discusión y organización, entre conocidos y amigos, en función de lo que podían ser los resultados negativos de un gobierno con estas características, sobre todo para los adultos/as mayores y para el sistema previsional.

Así, por ejemplo, una de las militantes de Jubiladxs en Marcha hace hincapié en cómo el pensar en las consecuencias negativas de que un gobierno neoliberal asumiera el poder fue lo que las/os motivó a comenzar a reunirse entre amigas. Ahora bien, plantea que la realidad del gobierno Macrista superó ampliamente las expectativas negativas que tenían. En su propio relato:

“Primero te cuento que pertenezco a un grupo que se llama Jubiladxs en Marcha, que comenzamos a reunirnos al poquito tiempo que estuviera este gobierno nefasto... como sabíamos de las políticas neoliberales y que no eran buenas para el pueblo, no pensábamos que iba a ser así tampoco, pensábamos que iba a ser malo, no pensamos que iba a ser tan malo, tan nefasto, porque vinieron a arrasar directamente con todo (...)... entonces, entre unas amigas, preocupadas por esto... nos reuníamos a leer y ver qué podemos hacer, qué podemos hacer con sentido social y político... bueno, nos fuimos reuniendo, y fue creciendo el grupo de Jubiladxs en Marcha” (Militante de Jubiladxs en Marcha, entrevista 5 de agosto de 2019).

Por su parte, la referente de Almafuerte, nos expresa esta intuición haciendo una reconstrucción experiencial de los gobiernos neoliberales que han habido en la Argentina, relatándonos cómo en diversos momentos se han utilizado los recursos de los ahorros de la seguridad social para fines distintos a los previsionales. En sus palabras:

“Dije una emergencia, porque en realidad, a partir de lo que advertimos distintas compañeras, amigas, colegas, vamos a decir, que nos movíamos en distintos ámbitos (...) sospechamos, y no nos equivocamos, porque tenemos años, hemos vivido experiencias, lo que iba a pasar. No es la primera vez que, en la Argentina, eh, gobiernos conservadores, neoliberales, en realidad, utilizan lo que es el ahorro social, (...) especialmente nuestro sistema previsional, para utilizar esos recursos, que son recursos, en realidad, del conjunto de la población trabajadora” (Militante de Almafuerte, entrevista, 13 de agosto de 2019).

A su vez la experiencia de implementación del neoliberalismo en contextos de dictadura, “donde había un cercenamiento, una negación de toda experiencia social y política” (Militante de Almafuerte, entrevista, 13 de agosto de

2019), fue un elemento crucial, según una de las referentes, para tener la capacidad de volver a conectarse entre estas organizaciones que se iban conformando y articular “con personas del conjunto de relaciones que se tienen en la vida”, con la particularidad de que “por primera vez nos afectaba directamente, porque todas ellas ya estábamos jubiladas” (Militante de Almafuerte, entrevista, 13 de agosto de 2019). Estas redes adquiridas a lo largo de la vida les permitieron ir poniéndose en contacto para pensar en una articulación mayor para defender a los/as jubilados/as y a los/las adultos/as mayores.

Esos primeros y primeras militantes que comenzaron a pensar en articularse, coincidieron en acudir al Instituto Patria como lugar político de referencia e identificación entre quienes pudieran tener la misma inquietud. Además, como nos señalaron, allí trabajaba Mónica Roqué⁵, gerontóloga experta en los derechos de las personas mayores y en quien veían posibilidades de colaboración para el objetivo que se estaban planteando. En esta línea, una de las entrevistadas nos relata cómo fue el proceso de contactarse con amigos/as y conocidos/as con los que habían compartido en otros momentos históricos espacios de militancia. En sus propias palabras:

5 Cabe mencionar que el Instituto Patria les facilitó un lugar de encuentro para los y las adultos mayores y se puso a disposición para colaborar en temas de capacitación. Sin embargo, no formó parte de la conformación del Frente de Personas Mayores, ni tampoco del movimiento en sí mismo, en favor de mantener la autonomía del movimiento (Mónica Roque, conversación informal, 16 de agosto de 2019). Esta cuestión coincidía con la visión de las organizaciones que estuvieron en el momento fundacional del Frente, que como veremos más adelante, decidieron no identificarse con algún partido político.

“(…) entonces, yo lo fui a ver, teníamos un amigo en común, también referente, y le digo, che Edgardo, Luis, por qué no hacemos algo... y ahí lo primero que dijimos fue, bueno, vamos a vincularnos en el Patria, porque sabíamos que ahí está Mónica Roqué. Entonces, empezamos ahí, bueno, ahí, este, venían compañeros que sí tenían militancia política, que los conocíamos de otras épocas, de otros momentos, y empezamos a hacer reuniones, y entonces, bueno, decíamos, uy fulano de tal, a ver qué será de la vida de él, lo llamo por teléfono, le mando un mail...” (Militante de Almafuerte, entrevista, 13 de agosto de 2019).

Desde otra perspectiva, otra de las referentes nos relata cómo les sorprendió positivamente el que al llegar al Instituto Patria no eran el único grupo de personas mayores interesados por hacer algo con lo que les estaba ocurriendo. En sus palabras:

“... y un día vamos a... al Patria, porque Mónica Roqué es una... este, hacía... no me acuerdo exactamente ... pero tenía que ver con las personas mayores, este... bueno, fuimos y la grata sorpresa fue que no éramos los únicos grupos que habíamos formado de personas mayores, sino que habían muchos grupos preocupados por los mismos temas” (Militante de Jubiladxs en Marcha, entrevista 5 de agosto de 2019).

Para la conformación del Frente de Personas Mayores se llevó a cabo un plenario donde se pudieron conocer entre todas las organizaciones –entre otros, los movimientos Jubiladxs en Marcha, Almafuerte, No me Olvides; del área sindical, las organizaciones Mayores en la Diversidad y el Centro de Jubilados Ate Verde y Blanca, militantes de la Cámpora y de la Simón Bolívar–. Como nos relata la referente de Jubiladxs en Marcha era muy importante este encuentro físico y saber qué hacía cada uno, por eso hicieron el plenario. En esta instancia, cada organización se presentó y en un papel grande escribió en qué consistía su gru-

po, cuáles eran las actividades y el lugar donde estaba. Fue así como todas las organizaciones que estuvieron en ese encuentro se fueron conociendo y fueron consensuando los mínimos comunes para constituir el Frente de Personas Mayores.

Dentro de la diversidad de organizaciones, sindicatos, unidades básicas, grupos de jubilados, partidos políticos, que participaron del encuentro, y en un contexto de incertidumbre respecto de cómo se iban a enfrentar las reformas del Macrismo, según los y las referentes entrevistados/as, los “mínimos comunes”, se relacionaron, por una parte, con reconocerse dentro del campo nacional y popular. Y por otro, con identificar en Cristina Fernández de Kirchner un “ideario de conducción”, es decir, un modelo de políticas de seguridad social que estaba en ese momento en peligro con las políticas del gobierno de Cambiemos. A continuación, reproducimos la interpretación que el Frente hace de esta conducción, como punto de unión entre las diversas posturas políticas que los diferentes grupos tenían, a partir de la voz de una de las referentes entrevistadas:

“... por su puesto también decimos que, tomamos como referente en ese momento, las políticas públicas desarrolladas durante el 2003 y el 2015, y nuestro ideal de referente es Cristina Fernández de Kirchner. Quizás ese es un sesgo, pero que nos unificó a todos, porque en el Frente, (...) venían compañeros que, (...), venían de experiencias sociales y políticas distintas, como las del partido comunista, socialistas, radicales del alfonsinismo, pero todos estamos de acuerdo en esto: (...) las políticas públicas desarrolladas durante el gobierno de Néstor y de Cristina, con esas políticas públicas y en materia de seguridad social estamos de acuerdo, y por eso es la identificación, más que una identificación política, era una identificación respecto, digo de política, más que de política partidaria, era una representación de qué se espera de una gestión de gobierno, más que de lo

político partidario” (Militante de Almafuerte, entrevista, 13 de agosto de 2019).

En esta primera instancia se decidió no identificarse con un partido político de modo tal de poder llamar la atención y recepcionar a la mayor cantidad de personas contra las políticas del gobierno de Mauricio Macri⁶—decisión que se mantuvo hasta el año 2019, momento en el cual se resuelve que el Frente de Personas Mayores apoyará la candidatura de Alberto Fernández y Cristina Fernández y formará parte del colectivo “Todos”—. Nos recuerdan los y las entrevistadas que este encuentro está ocurriendo en un momento donde todavía no había una clara y masiva oposición al gobierno de Mauricio Macri por parte de la ciudadanía. En este sentido, la prioridad de ese momento era articular en base a mínimos comunes, y dejar para más adelante la discusión político-partidaria.

En la siguiente cita, reproducimos la explicación de una de las entrevistadas a la decisión de no identificarse con un partido político. En ella se señala que en los inicios de la conformación del Frente no todas las organizaciones rechazaban todas las políticas que estaba implementando el gobierno de Mauricio Macri, pero sí todas coincidían en rechazar las que iban contra el sector de los/as adultos mayo-

6 Cabe señalar que esta decisión, generó posteriormente una escisión entre las organizaciones que estuvieron en los orígenes de la conformación del movimiento. En efecto, los Jubilados de la Cámpora decidieron conformar su propio frente con una clara identificación política partidaria. Sin perjuicio de lo anterior, seguirá articulando con el Frente de Personas Mayores para tener “unidad en la acción” y se conectarán a través de la Mesa de Jubilados y Pensionados. Esta decisión de articular pese a las diferencias es compartida por las organizaciones del FPM y del Frente de Adultos Mayores de la Cámpora.

res. Durante la entrevista nos explica que el Macrismo había llegado al poder con un discurso que decía que sus políticas iban a beneficiar a los argentinos, y en ese primer año de gobierno, para muchos de los/as integrantes del Frente ya se comenzaba a visibilizarse que no lo haría. Sin embargo, en ese momento, esto aún no era tan evidente como lo será en los años siguientes del mandato de Mauricio Macri. Estas diferencias en el diagnóstico, no podían obturar la unión del frente porque el sector ya estaba siendo perjudicado, por lo cual se decidió, no eliminar, sino posponer la discusión política sobre qué alternativas a Cambiemos podían presentarse. En palabras de la entrevistada:

“tenemos que articular, no pensemos en una única cosa, porque no nos da fuerza necesariamente, articulemos en los acuerdos mínimos que tenemos sobre los temas de jubilados, y pospongamos, porque realmente no todos en ese momento estaban decididos a identificarse con una salida electoral, sino que criticaban esa política pública del gobierno [de Mauricio Macri], pero no el conjunto de las políticas. O sea, esas eran diferencias que se iban presentando, porque era necesaria la maduración, convenimos que este gobierno asumió democráticamente, haciendo una política que, si bien no lo había explicitado, bueno, quedó claro desde el primer momento a lo que venía hacer, pero bueno. Entonces, hubo que tener esos cuidados. Entonces, vos decís, bueno, estos son los temas, estos temas de jubilados nos ponemos de acuerdo” (Militante de Almafuerte, entrevista, 13 de agosto de 2019).

Por otra parte, como señala unos de los militantes del Frente de Adultos Mayores (entrevista, 11 de julio de 2019), la experiencia militante de fracasos políticos les había enseñado que era necesario ceder antes algunas diferencias para obtener mayor fuerza como colectivo y tener una mejor oportunidad de alcanzar sus objetivos.

Un elemento común que aparece entre los referentes y las referentes y que explica también la motivación de conformar este Frente, es la experiencia militante y política que tuvieron durante su vida. En efecto, expresan sentirse parte de una generación especial, la generación de los 70', muy combativa y con claridad en cuanto a la defensa de sus derechos, y esa experiencia es también la que les permite luchar en la actualidad.

Esta definición que hacen los/as entrevistados/as sobre ellos/as mismos/as como colectivo generacional de lucha es interpretado de diferentes maneras, según la experiencia histórica y política de cada uno/a de los/as referentes. Por ejemplo, la referente del Centro de Jubilados y Pensionados de Ate, explica cómo esta pertenencia a la generación de los 70' da lugar a la emergencia de un nuevo paradigma de personas mayores que, así como lo hicieron en su juventud, lucharán hasta sus últimos días por un mundo diferente al actual, con los costos que ello significó y puede significar en el presente. En sus palabras:

Digo, me parece que es, cuando yo habla del nuevo paradigma como personas mayores que somos nosotros, me refiero a esto, primero somos en este momento la generación del 70 y sobre todo en estos días que estamos viviendo, a mí me da mucha tristeza porque me doy cuenta cuánto nos faltan nuestros compañeros, eso sí se nota, eso se nota. Como diría Néstor, somos la generación diezmada. Pero no obstante los pocos que hayamos quedado, no nos vamos a entregar, vamos a pelear hasta el último día de nuestras vidas por la seguridad social y por el mundo que nosotros creíamos y seguimos creyendo que es factible de darse” (Militante de Centro de Jubilados y Pensionados ATE, entrevista, 22 de agosto de 2018).

El referente del Frente de Adultos Mayores, por ejemplo, al preguntarle que lo motivó a conformar una agrupación de adultos/as mayores focalizada en defender sus derechos, nos

señala que el haber participado de la lucha de los años 70', hizo que su participación política actual fuera algo natural, un rol que para él es un deber cumplir y es también aquello que lo mantiene vivo – de hecho, durante la entrevista nos relata cómo en distintas etapas de su vida, como en el período postdictadura o durante el Menemismo, la militancia fue algo que siempre buscó mantener activa. En sus palabras:

“...y por otro lado, ya te digo, acá quedó una impronta muy fuerte de la lucha de los 70', y bueno, nosotros somos esos. O sea, muchos de nosotros hemos participado de esas luchas, viste, con diversa suerte, pero todavía está. Entonces, no te digo que es un prestigio, pero se reconocen ese tipo de cosas, yo veo que en la memoria histórica de nuestro pueblo, ese tipo de cuestiones, es el rol que nos tocó, que nos toca tener hoy, que nos toca tener hoy. Y es también lo que en cierta medida nos mantiene vivos. Yo no me imagino estar haciendo otra cosa, no me veo en mi casa tomando mate, mirando televisión o tomando sol en la plaza. Es algo innato...” (Militante del Frente de Adultos Mayores, entrevista, 11 de julio de 2019).

Por su parte, una de las referentes de la Tercera en Lucha, describe la particularidad de su generación, la de los 70', como un colectivo acostumbrado a luchar, lo cual explica su militancia en la etapa actual. Por otra, asocia esta particularidad a la relación de esta generación con otro grupos militantes y políticos, como las madres de plaza de mayo y las jóvenes por la legalización del aborto:

“Nosotros somos una generación, de los 70, de los 60. Esta es una generación muy combativa. En nuestro país es una generación muy particular. Somos hijas de los pañuelos blancos y madres de los pañuelos verdes. Es un sector que está acostumbrado a la lucha y a una identidad política” (Militante de la Tercera en Lucha, entrevista, 28 de mayo de 2019).

B. Objetivos y formas de acción del Frente de Personas Mayores

Los principales objetivos del Frente de Personas Mayores son la derogación de las reformas previsionales implementadas durante el gobierno de Mauricio Macri, en tanto afectan directamente las condiciones de vida de los/as adultos/as mayores– específicamente la nueva fórmula de cálculo de la movilidad jubilatoria, la ley que “remata” el Fondo de Garantía de Sustentabilidad y que cambia la “moratoria” por una Pensión Universal para el Adulto Mayor (PUAM), leyes contenidos en el Programa de Reparación Histórica. Son también objetivos del Frente tanto la recuperación y garantía de los derechos de las personas mayores, entre otras, el derecho a cuestiones básicas, tales como las prestaciones del PAMI y los medicamentos gratuitos, como el reconocimiento de los derechos sociales y políticos del sector⁷.

7 A continuación, compartidos parte del acta de constitución y compromiso del Frente de Personas Mayores donde se señalan los puntos anteriores.

“Somos un Frente de Personas Mayores conformado por ciudadanxs de diferentes agrupaciones de Trabajadores, de Jubilados, Pensionados y Personas Mayores, sensiblemente afectados por las políticas implementadas por este gobierno en materia de leyes en lo Laboral, Previsional y de Seguridad Social y con el riesgo aún mayor de ver arrasados los logros y beneficios adquiridos. Asumimos el compromiso activo en lo social y en lo político para visibilizar nuestra problemática

No nos consideramos una clase pasiva. Exigimos nuestros derechos:

- a- Derecho a una jubilación y pensión digna
- b- Derecho a la actualización del haber jubilatorio y de pensiones de acuerdo a la ley de “Movilidad de las Prestaciones Del Régimen Previsional Público”

El lema del Frente de Personas Mayores es “Con lxs jubiladxs y pensionadxs no”, cuestión que está impresa en los pañuelos blancos identificatarios y en la bandera con que el movimiento sale a las calles a manifestarse.

Las formas de movilización del FPM han sido diversas, regulares y también contingentes en relación con el contexto que se fue viviendo durante los años del gobierno de Mauricio Macri. Las formas de manifestación se consensuan entre las organizaciones que componen el Frente y están debidamente organizadas.

La actividad por excelencia, que se inició en 2017 y que se mantuvo hasta fines del año 2019, fueron los “semaforazos”, que se realizaron una vez al mes (al inicio los primeros miércoles y posteriormente se cambió a los primeros martes) a las afueras del Congreso de la Nación. Con el semaforazo no se cortaba la calle, porque lo que se buscaba era la atención de los conductores y transeúntes. Por ello, para no generar molestia y rechazo, se aprovechaba la luz roja para visibilizar las demandas del sector a través de pancartas, consignas y hasta una marioneta gigante que retrataba “como Mauricio Macri le metía la mano en el bolsillo a las jubiladas y los jubilados” (Militante Ute previsional, entrevista, 7 de agosto). Se finalizaba el semaforazo con un “banderazo”, es decir, una vuelta al congreso con una bandera de la Argentina de varios metros de extensión que ellos/as mismos confeccionaron.

Entre otras acciones que llevaron a cabo, en los días en que se discutió y aprobó en el Congreso la ley que cambió el cálculo de mo-

vilidad del haber jubilatorio participaron de las marchas como Frente de Personas Mayores, y tal como les sucedió a todos quienes protestaron los días 13 y 18 de diciembre del 2017, fueron fuertemente reprimidos y reprimidas. Como dicen algunos de los entrevistados y las entrevistadas, este trabajo previo a la reforma de la movilidad jubilatoria que se sanciona a fines de 2017 les permitió un posicionamiento como Frente de Personas Mayores bastante fuerte y unificado para resistir a la misma. A su vez, luego de las grandes movilizaciones, para ellos/as el tema de los adultos mayores pasó a ser parte de la agenda pública y también de la agenda al interior de las organizaciones políticas y sindicales, que comenzaron a activar espacios para ellos/ellas. Así describe esta percepción uno de los referentes del Frente de Adultos Mayores de la Cámpora, agregando también el impacto que tuvo la organización de los jubilados sobre las personas mayores:

A partir del 2017, después de la reforma previsional hubo un cambio bastante grande en la percepción de la sociedad sobre la problemática de los adultos mayores, pero también hubo un cambio de actitud en los adultos mayores de distintos espacios, que se dieron cuenta que teníamos que salir a la calle a tratar de defender lo nuestro. Que no nos sigan avasallando y pensado en ver de qué manera se puede recuperar todos los derechos perdidos... (Militante del Frente de Adultos Mayores, entrevista, 11 de julio de 2019).

A principios de 2018, una vez aprobada la ley que cambia el cálculo de ajuste de los haberes previsionales, participaron de la campaña para la reunión de firmas para el pedido de derogación de la ley de movilidad. Y a fines de ese mismo año realizaron una intervención afuera de los tribunales de justicia de la Nación en Capital Federal, haciendo un brindis de Navidad a pan y agua, para visibilizar la precarización de las condiciones de vida del sector. También en esa oportunidad, hicieron un  r-

-
- c- Derecho a tener medicamentos con el 100% de descuento, prestaciones sin cargo y accesibilidad a los servicios de salud integral
 - d- Derecho a una vida digna, organizada y sin zozobras

Reconocemos nuestra pertenencia al campo Nacional y Popular y como única conducción a la Dra. Cristina Fernández de Kirchner.

bol navideño cuyos adornos eran las facturas de servicios, tales como la luz, el gas y el agua, y cajas de medicamentos, cuyos importantes aumentos eran fruto de decisiones del gobierno que habían tenido un efecto negativo especialmente fuerte en el sector.

Además, como Frente de Personas Mayores participaron durante todo el período 2015-2019 de otras acciones de protesta que no se relacionan directamente con las problemáticas que afectan a quienes integran el Frente, pero sí con las que se identifican políticamente. Entre otras, el FPM participó como movimiento en manifestaciones por el derecho a la salud de las personas con VIH, la marcha contra el FMI, los paros nacionales contra el gobierno de Mauricio Macri, las movilizaciones por la legalización del aborto, por la conmemoración del 24 de marzo, etcétera.

En lo que sigue pasamos a describir tres cuestiones que para los y las integrantes del Frente de Personas Mayores es fundamental visibilizar y transformar para conseguir sus objetivos: el lugar de los adultos/as mayores en la sociedad, la ausencia de representación, y el ser reconocidos como sujetos políticos.

C. El lugar de los adultos y adultas mayores en la sociedad

Una de las cuestiones en que coinciden todos y todas los/as referentes entrevistados/as es la disconformidad con el lugar que la sociedad les ha dado a los y las adultos/mayores, sobre todo porque son lugares que no los representan (o no del todo) y/o los invisibilizan, sacándolos de uno de los ejes de lucha del Frente de Personas Mayores, a saber, ser reconocidos como sujetos políticos y participar de las instancias de toma de decisiones relativas al sector.

En esta línea, los y las entrevistados/as nos dan diversos ejemplos. Uno de ellos es el funcionamiento de los centros de jubilados del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires de Capital Federal, que son descritos como espacios donde no se puede hablar de política, y

donde el fin de las reuniones es la entretenimiento, la capacitación o la atención de algunos servicios de salud primaria. El particular carácter apolítico de estos centros es visto por algunas referentes como un esfuerzo del gobierno de la Ciudad, comandado por el Pro, de cooptar este numeroso sector de la población, por medio de la provisión de recursos para el entretenimiento y la salud, pero que en realidad son para despolitizar estos espacios de reunión. Sobre esta cuestión, hay diversas interpretaciones. Por ejemplo, uno de los entrevistados de Lxs Irrompibles, señala que este proceso de apolitización de los Centros de Jubilados de la Ciudad de Buenos Aires tiene una larga data, siendo una de las tareas del Frente revertir esta cuestión. En sus propias palabras señala:

“ellos [el gobierno de la ciudad de Cambiemos] hace doce años que están acá, aplicando esta política del neoliberalismo, ha captado y cooptado a muchos, y vos no podés ir a hacer política a esos centros, sus centros son pura y exclusivamente sociales, sociales... (...). ...no entrás a hacer política... no te digo partidaria, no estoy hablando de hacer política partidaria, sino política, donde empezás a hablar de política, se te dan vuelta y se te van, y eso es uno de las metas y de los pasos que tenemos que seguir como Frente, tratar de revertir eso” (Militante de Lxs irrompibles, entrevista, 6 de agosto de 2019).

Como veremos en la siguiente cita, otra de las entrevistadas nos describe cómo ha sido este proceso de coaptación del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires desde el año 2003, en cuanto a ir facilitando progresivamente diversos servicios para los adultos mayores. Esta cuestión la interpreta como un interés político que ha dado buenos resultados, en tanto la mayoría de los/as adultos/as mayores de la Ciudad, como nos dice a lo largo de la entrevista, votan a Cambiemos:

“Entonces, estos centros empezaron a tener, primero, el PAMI les acercó desde talleres para la memoria, juegos lúdicos para la tercera edad, actividades físicas, también cursos, no cursos, enfermeras que tomaran una vez a la semana la presión, entonces, había políticas públicas direccionadas hacia los centros de jubilados. Pero eso te digo, desde el 2003. Ahora, hay una cooptación, en realidad, con este nuevo gobierno, y especialmente en la Ciudad de Buenos Aires, de los centros de jubilados, cooptación digo esto, bueno, nos interesa, les bajamos, y, pero, digo, un interés político, porque en última instancia es un recurso político y, de hecho, lo han sabido usar bastante bien”. (Militante de Almafuerte, entrevista, 13 de agosto de 2019).

En el caso de los espacios gremiales, pasa algo similar y más; por una parte, cuando existen actividades destinadas a los/as adultos/as mayores afiliados, éstas tienen como objetivo la entretención o la asesoría para hacer los trámites jubilatorios. Por otra parte, nos señalan que hay una invisibilización de los jubilados/as al interior de los gremios, ya sea porque no existen los espacios para que sigan participando como trabajadores/as jubilados/as, porque al no ser trabajadores en actividad no pueden participar en instancias de decisión de cuestiones que les afectan, o porque priman las problemáticas de los asociados activos. Sobre este último punto, uno de los entrevistados perteneciente a Ute Previsional nos dice:

También en algunos casos la cuestión previsional muy oculta por la problemática de los activos, porque vos ves, ¿en qué está ATE con los jubilados? Tenés a la negra Fernández, que es una tipa, un capo en eso, pero así en los hechos concretos puede quedar un poco diluido, porque lo que más se ve en ATE y la CTA es la lucha gremial... entonces, a los gremios les pasa eso” (Militante Ute previsional, entrevista, 7 de agosto).

La referente de Jubiladxs en Marcha se refiere a esta cuestión cuando nos relata las causas de la creación del Sindicato de los Trabajadores Pasivos⁸. Según ella, la creación del sindicato estaría relacionada precisamente con la falta de instancias para resolver las problemáticas de las personas mayores al interior de los sindicatos. En sus palabras:

(...) pero esto pasó [en relación a la creación del Sindicato de los Trabajadores Pasivos] porque la mayoría de los sindicatos cuando se jubilaban no tenían un espacio más en el sindicato, entonces no se abría una subsecretaría de jubilados, una secretaría de jubilados, una... algo, una delegación de jubilación, algo que los contenga, porque, en realidad, estuvieron aportando cuarenta años de su vida y, después, besos en la frente y adiós, que te vaya bien... (Militante de Jubiladxs en Marcha, entrevista 5 de agosto de 2019).

Incluso, nos relata una de las referentes, en el caso de ATE, los trabajadores cuando se jubilan dejan de estar afiliados al sindicato, cuestión que también es para quienes lo viven una situación muy dolorosa, porque se deja de ser parte de un espacio que durante mucho tiempo fue parte importante de sus vidas (Militante de Centro de Jubilados y Pensionados ATE, entrevista, 22 de agosto de 2018).

Otra forma de invisibilización del sector, muy común en la cultura imperante, es el uso

8 El Sindicato de Trabajadores Pasivos fue una iniciativa que, para todos/as los entrevistados, emerge del interés de un grupo de abogados que quiere obtener ganancias de los posteriores juicios que se le pueden hacer al Estado, producto de las reformas impulsadas por el gobierno de Mauricio Macri. Según lo que nos señalan, además, no es posible “crear” un sindicato de estas características, porque para conformarlo se tiene que pertenecer a un gremio.

de las categorías de “pasivos/as”, “abuelos/as” y/o “pobres abuelitos/as”, para referirse a los/as adultos/as mayores. La crítica a las mismas por parte de los y las militantes del Frente, es que estos conceptos, en primer lugar, no representan a todas las personas mayores – no todos/as son abuelos/as, pasivos/as, pobres –, en segundo lugar, tienen una fuerte carga estigmatizadora y de denigración, y en tercer lugar les niega el derecho de ser sujetos políticos, con voz y participación en las decisiones que les competen. Por ello, estos calificativos son firmemente rechazados por quienes participan del Frente, cuestión que aparece frecuentemente en las entrevistas. Sobre esto, como en otras cuestiones que hemos ido señalando, hay diversas interpretaciones que es importante reseñar.

Por ejemplo, una de las militantes de Ate, critica el ser llamados “abuelos” pues no es el lugar que quieren ocupar en la sociedad. Por el contrario, quieren ser reconocidos como trabajadores jubilados, activos y pensantes, con incidencia en las políticas públicas. En sus palabras:

“nosotros queremos tener un lugar de trabajadores jubilados, no un lugar de abuelos, como nos llaman ahora, ahora de nuevo, hace cosa del último mes: “los pobres abuelitos”, no, yo soy abuela de mis nietos, no soy abuela de nadie más, somos activos, pensamos, queremos tener incidencia básicamente en lo que es el desarrollo en las políticas públicas” (Militante de Centro de Jubilados y Pensionados ATE, entrevista, 22 de agosto de 2018)

Otra de las entrevistadas, refiriéndose a cómo son presentadas las personas mayores en la televisión, critica la imagen televisiva de jubilados llorando por las consecuencias de las políticas previsionales del Macrismo. Esto, pues como ella señala, si bien es una realidad, quienes componen el Frente reaccionan de manera diferente a las circunstancias actuales, a saber, con la militancia y la acción. En sus palabras:

“Yo sé que hay una lectura que intenta hacer eso, entonces, cuando hablan de los jubilados a veces protestábamos nosotros, porque nos presentan como los viejitos que lloran, y no, tenemos atrás toda una experiencia de trabajo, de militancia, de defensa de los derechos, y bueno, y eso lo expresamos en todas las actividades” (Militante de Almafuerte, entrevista, 13 de agosto de 2019).

Por su parte, en la siguiente cita, una de las referentes nos explica cuáles son los perjuicios de ser identificados como abuelos o “pobrecitos”, a partir de la distinción entre el rol de abuelo y el rol de adulto mayor como sujeto político y de derechos. También señala la necesidad de trabajar para que lo anterior se entienda en la sociedad. En sus propias palabras:

“(…) la imagen que dan de los adultos mayores, generalmente es esa, ¿no?, “pobrecito” y el tema de los abuelos, abuelos, que, en realidad, nos sacan del rol, del eje de sujetos políticos, de sujetos con derechos, porque primero que abuelos no son todos, y segundo los abuelos son abuelos de sus nietos, es un rol familiar, no es un rol político, digamos, no, este... hay que trabajar mucho sobre esto en la sociedad. (...) ..los que estamos activos, los que tenemos conciencia de sujeto político nos gustaría que llamaran abuelos a los que son abuelos, por ejemplo, pero no la presentación como “los abuelos”, “a los abuelos les bajaron la jubilación” (Militante de Jubiladxs en Marcha, entrevista 5 de agosto de 2019).

Algunas referentes ven también en este tipo de conceptualizaciones un interés por neutralizar la defensa de los fondos previsionales de los/as jubilados/as, al ser un sector bastante numeroso de la población. En efecto, nos señala una de las entrevistadas, si fueran considerados/as sujetos políticos, no sería tan habitual que gobiernos neoliberales “metan la mano” en los fondos previsionales para beneficios propios y en perjuicio de sus propietarios (Militante de

la Tercera en Lucha, entrevista, 28 de mayo de 2019).

Otra forma de invisibilización del/a adulto/a mayor en la sociedad es no considerarlo como personas sexuadas, es decir, como personas que también tienen derecho al deseo, al placer y a la diversidad sexual. Así, por ejemplo, en una reunión expositiva sobre las problemáticas del sector uno de los referentes del Centro de Jubiladxs y Pensionados de Ate señalaba que esta invisibilización de los derechos sexuales de los/as adultos/as mayores, el asumir que no tienen relaciones sexuales, tenía como consecuencia, por ejemplo, la detección tardía de VIH. En cuanto a la diversidad sexual, también es una cuestión que ha entrado en algunas de las organizaciones que componen el Frente, así también las discusiones sobre el feminismo y el rol de las mujeres, de los hombres y disidencias en la sociedad en esta etapa de la vida.

Estas concepciones sobre las personas mayores como abuelos/as, pasivos/as, pobres, la ven reflejada también en todos los medios de comunicación, los cuales representan al sector sólo desde la lástima o marcando sus carencias materiales. Como señala una de las militantes de Jubiladxs en marcha (entrevista 5 de agosto de 2019), lo que se quiere es “la diagramación del jubilado con bastoncito, dando lástima, llevando los, este, los recibos de sueldo, llevando los recibos de la luz...”. Pero para quienes integran el Frente esta representación mediática invisibiliza a aquella porción de los/as adultos/as mayores que están luchando en la calle por sus derechos y por ser reconocidos como sujetos políticos. Incluso, nos señala una de las entrevistadas, no los invitan mucho a participar de los medios de comunicación. En sus palabras:

Referente de Jubiladxs de Ate: “a nosotros no nos invitan mucho a los programas que llaman para ir a jubilados, y yo que soy tan simpática, lo primero que les pregunto es para qué... “no,

porque queremos el tema del gas”, “no, discúlpame, yo voy con todo gusto, les voy a contar en qué estamos, pero de ninguna manera voy a ir a mostrar mi factura del gas”.

Verónica: y ahí inmediatamente...

Referentes Ate Jubiladxs: no te llaman, nadie, no les interesa, no es de lo que quieren hablar” (Militante de Centro de Jubilados y Pensionados ATE, entrevista, 22 de agosto de 2018).

Sin perjuicio de este intento por invisibilizar a los trabajadores jubilados movilizadxs, la misma referente recién citada nos señala que “los viejos que estamos en la calle hoy, somos interesantemente más que los que arrancamos hace tres años y no solamente en capital, eh. (...), pero de esto no se habla” (Militante de Centro de Jubilados y Pensionados ATE, entrevista, 22 de agosto de 2018).

La connotación negativa que tiene la sociedad para referirse a sus adultos/as mayores termina repercutiendo en su subjetividad. De hecho, una de las cuestiones que los integrantes del Frente de Personas Mayores reconocen durante la entrevista es que es muy difícil empezar a reconocerse en esa franja etaria. Esta cuestión la ven incluso al interior de sus grupos de militancia. Por ejemplo, el referente del Frente de Adultos Mayores, nos describe cómo gran parte de las personas mayores de 60 años que militan en diversas organizaciones no se reconocen como parte del sector. En sus palabras:

“O sea, porque hay otro problema, hay una gran cantidad de adultos mayores, personas de más de 60 años que militan en distintas organizaciones políticas, pero no se reconocen como, aunque es jubilado, no se reconoce como jubilado, es el otro estigma. (...). Lo que pasa es que existen un montón de prejuicios, y los propios, de reconocerse como adulto, claro, no es fácil, viste” (Militante del Frente de Adultos Mayores, entrevista, 11 de julio de 2019).

Desde otra perspectiva, una de las entrevistadas ahonda en las dificultades para reconocerse como adulto/a mayor, sobre todo por la fuerte estigmatización que hay del sector en la sociedad, incluso desde personajes públicos conocidos. Reproducimos a continuación este argumento en las palabras de la referente:

“Había como cierta vergüenza yo digo a reconocer, y sí, es una sociedad donde el viejo está pensado como algo de descarte, y bueno, basta pensar que es lo que dijo Cristine Lagarde, el problema es que viven mucho, ¿no? Digo, ser viejo es como ser pobre prácticamente, estamos en un lugar de denigración, entonces, eso es tremendo. Ya uno lo vive mal, digo, las chicas dicen “hay me dijeron señora, ¡que horror!”, la primera vez que te dicen señora una se siente vieja de golpe, qué te digo cuando empezás a tener las canas y eso... (...) por eso yo digo, es una lucha reivindicativa no solamente económica sino también cultural. (Militante de Almafuerte, entrevista, 13 de agosto de 2019).

D. “No tenemos quién nos represente”

Otra de las cuestiones que diagnostica el Frente de Personas Mayores como una de sus importantes preocupaciones es que no tienen quién los represente. En efecto, para ellos/as todas las políticas públicas que se han implementado y que han afectado al sector durante el gobierno de Mauricio Macri – reformas previsionales, quita de remedios, aumento de tarifas, etcétera– dan muestra de que la clase política que se supone actúa en representación de los/as adultos/as mayores, no los defiende ni vela por sus intereses ni por garantizar sus derechos. En este sentido, es que concluyen que, tanto en el Congreso como en los espacios de toma de decisión existentes para responder por sus intereses y derechos, no tienen quiénes los representen.

Esta cuestión es ejemplificada por los/as entrevistados/as de diversas maneras. Por

ejemplo, con los espacios de participación existentes para los/as adultos mayores en Pami y Anses⁹. Sobre la inactividad y falta de representatividad en dichos espacios, que los/as entrevistados/as concluyen a partir de que estos representantes no hicieron algo frente a la aprobación de las reformas previsionales que los perjudican, reproducimos lo dicho por una de las militantes de La Tercera en Lucha:

“...en la representación del PAMI y del ANSES teóricamente, hay representación de los jubilados, lo que pasa es que esa representación, son gente que están hace 1500 años en el cargo, que es la representación de la representación, así que no representan a nadie y no hacen nada porque si vos estás en el PAMI o en el ANSES o yo me voy, o prendo fuego pero no puedo estar ahí 20 años viendo todo lo que veo y no hacer nada...” (Militante de la Tercera en Lucha, entrevista, 28 de mayo de 2019).

Desde un análisis crítico sobre las organizaciones de jubilados que tienen legalmente el derecho a participar de las instancias de toma de decisión de PAMI Y ANSES, uno de los entrevistados nos señala que hoy no cumplen ninguna función, estando inactiva, por ende, la función de la representación de los/as jubilados/as. En sus palabras:

“Ahora, la representatividad de los jubilados, ¿quién la tiene? Ahora, hay entidades, hay una entidad que es la Confederación de Jubilados y Pensionados de la República Argentina, que maneja Carlos Bayer, lo habrás sentido nombrar. Es un luchador de muchos años, esa

9 Es importante señalar que, para poder postular a estos cargos de representación, según lo que nos señalan en las entrevistas, hay que pertenecer a una organización con personalidad jurídica. Por ello, es una discusión pendiente en el Frente de Personas Mayores la conveniencia o no de seguir constituidos como un movimiento social.

confederación hoy está vacía de contenido. Es como esas fundaciones que persisten porque las siguen inscribiendo pero que no cumplen ninguna función” (Militante del Frente de Adultos Mayores, entrevista, 11 de julio de 2019).

Por último, la falta de representación e inactividad política de quienes ocupan estos espacios, es para uno de los entrevistados consecuencia de que son cargos intervenidos políticamente por los gobiernos, y por tanto velan por esos intereses y no los de los jubilados. En opinión de los y las entrevistados/as esta falta de representación también tiene la arista simbólica de que quienes los representan y son adultos mayores, no se reconocen como tales y además replican la concepción estigmatizadora que hemos venido describiendo. Así, por ejemplo, lo expresa una de las militantes de La Tercera en Lucha:

“Un viejo pobre es un viejo y es una carga. El viejo rico, parece que no es viejo. Y el viejo que está en un lugar de poder, no se reconoce ni siquiera él como viejo. Vos vas a la cámara de diputados y de senadores, decime cuántas personas de más de 60 años hay. ¿Y para quienes legislan? Y cuando hablan, hablan de los abuelitos, “pobres los abuelitos”. Se ponen afuera del sector.” (Militante de la Tercera en Lucha, entrevista, 28 de mayo de 2019).

En relación a este diagnóstico es que otra de las entrevistadas nos reitera la necesidad de que en dichos espacios estén presentes personas mayores que se reconozcan como tales, asegurando con ello la defensa de sus derechos. En sus propias palabras:

“...y creo que en todos los lugares de poder, ya sea ministerios, lugares de legislaturas, tiene que haber una voz de un jubilado, (...) ... porque muchas veces, lo que hemos notado, es, que de muy buena fe, no, no digo otra cosa, de muy buena fe, muchos sindicalistas, diputados, senadores, gente especialista, técnicos, que son adultos mayores, hablan como si no lo fueran...

si hablás como si no sos, no sos, ¿no?, este... y, digamos, hay una distancia, ponen una distancia...” (Militante de Jubiladxs en Marcha, entrevista 5 de agosto de 2019).

E. “Queremos ser reconocidos como sujetos políticos”

Como hemos venido señalando, una de las aristas fundamentales de la lucha del Frente de Personas Mayores es ser reconocidos como sujetos políticos, asegurar su participación en los espacios de poder donde se toman las decisiones relativas a los/as adultos/as mayores y tener participación e intervención en las políticas públicas que les competen. En este sentido, por ejemplo, uno de los militantes de Lxs Irrompibles nos señala que quienes integran el Frente quieren ser sujetos y no objetos de política, es decir, ser partícipes del diseño de las mismas. En sus palabras:

“y ahora por lo que estamos luchando, y sobre todo adentro del Frente, es para encontrar espacios de poderes para darnos nosotros, como te dije antes, ser sujetos, no objetos de política, sino sujetos políticos, que tengamos nuestros espacios y tengamos nuestros espacios de poderes, donde poder desarrollar políticas, implementar políticas, pero no que nos bajen de arriba la línea, sino políticas que consensuemos como adultos mayores” (Militante de Lxs irrompibles, entrevista, 6 de agosto de 2019).

El Frente de Personas Mayores también plantea otras formas de participación política, como, por ejemplo, la consulta, como manera de influir en las decisiones sobre políticas públicas del sector. Así lo describe uno de sus militantes:

“... pero por lo menos creo que en los ámbitos de discusión, el senado de la Nación, la cámara de diputados, los legisladores de la ciudad debería haber ámbitos, y no estoy hablando de diputados o cargos rentados, ámbitos, foros de adultos mayores, así como hay foros de muje-

res, donde los que vayan a ser las leyes tengan una visión, o un panorama de primera mano de los afectados” (Militante del Frente de Adultos Mayores, entrevista, 11 de julio de 2019).

Como señala una de las entrevistadas, esto es posible en tanto si los/as adultos/as mayores tienen “la misma lucidez, la entereza y todo lo demás de seguir participando socialmente (...) podemos seguir aportando, creciendo, y ayudar a los que vienen atrás...” (Militante de Centro de Jubilados y Pensionados ATE, entrevista, 22 de agosto de 2018). Para ambas cuestiones se auto perciben con el conocimiento y la experiencia necesaria, que les ha dado toda una vida de trabajo, cuestiones que también quieren que sean reconocidas y valoradas.

Una cuestión fundamental para lograr ser reconocidos como sujetos políticos, es para todos y todas los y las referentes del Frente, que la lucha sea colectiva, porque individualmente “no sirve”. Y, es más, como señala una de las integrantes de la Tercera en Lucha, la pelea individual solo le conviene a los que tienen el poder, que “te quieren que estés desarmado, desperdigado, porque no quieren que vos te constituyas como sujeto político, que te plantés, reclamés, mandés, ocupés espacios de poder porque les quitás el negocio” (Militante de la Tercera en Lucha, entrevista, 28 de mayo de 2019).

Este deseo de participación política, de hablar por sí mismos, de ser protagonistas y no espectadores de aquello que les afecta, es una cuestión que también se piensa en el largo plazo. Es decir, si bien el contexto político de emergencia del Frente de Personas Mayores ocurre con la emergencia del gobierno neoliberal de Mauricio Macri, es también una meta participar política y colectivamente en el próximo gobierno – que en ese momento asumían que era muy probable que ganara la dupla Fernández-Fernández. Es decir, en un eventual gobierno nacional y popular, los

adultos/as mayores del Frente decían que querían ser tomados en cuenta, participar, pero no de manera pasiva. Como nos señala una militante de Jubiladxs en Marcha, “ya nosotros no queremos que nos digan qué es lo que tenemos que hacer, porque hace tres años y medio que estamos en la calle y sabemos perfectamente qué es lo que tenemos que hacer, sabemos qué tenemos que hacer y qué tenemos que decir...” (entrevista 5 de agosto de 2019).

3. De la concepción de “abuelitos” a la concepción de “sujetos políticos”

Como mencionamos en la introducción en esta parte del presente artículo nos dedicaremos a analizar, desde la perspectiva decolonial, una de las aristas de las formas de resistencia del Frente de Personas Mayores a las reformas previsionales neoliberales implementadas durante el gobierno de Mauricio Macri en el período 2015-2016, a saber, los saberes que emergen de dichas resistencias y que van en contra de las conceptualizaciones funcionales a la implementación de las reformas que promueve dicho gobierno.

En esta línea, lo que encontramos es que, junto con los objetivos de derogación de la reforma previsional, de defensa de los derechos de las personas mayores y de ser reconocidos como sujetos políticos, el Frente de Personas Mayores sostiene una lucha por desnaturalizar un concepto hegemónica de vejez, en tanto esta definición los/as excluye de participar e incidir en los espacios de poder y de toma de decisión sobre cuestiones que los y las afectan. En este sentido, la lucha del Frente de Personas Mayores es también una pelea por pasar de una concepción binario-excluyente de ellos y ellas, que los reduce al ser abuelo/a, pasivo/a, y al pobre abuelito/a, a una concepción pluridiversa que, entre otras cosas, los/as reconozca como sujetos/as políticos.

Este cambio que propone el Frente es fundamental para ser reconocidos como sujetos políticos y para poder participar de los

espacios de poder donde se toman decisiones en relación con la vida de los y las adultas y adultos mayores. En efecto, la concepción que los y las integrantes del Frente consideran hegemónica sobre la vejez en la sociedad, se puede decir que es, por una parte, una forma unidimensional de describir el “ser adulto mayor”, y, por otra parte, excluyente, en tanto (1) los y las reduce a tareas de cuidado o reproductivas, como el “ser abuelo” o “ser abuela”; los y las (2) describe como personas pasivas a las que hay que entretener y/o cuidar; y también los (3) denigra a una posición de inferioridad en la sociedad, toda vez que al calificativo de “abuelo” “abuela”, se le agrega el de pobre, o se habla de ellos/as en relación a sus precarias condiciones de vida.

Todas estas son categorías binarias que naturalizan sólo una posible forma de ser personas mayores y que son en sí misma excluyentes, no sólo porque no todos los adultos mayores son abuelos/as, sino porque también invisibilizan y/o niegan la posibilidad de que los adultos mayores pueden, quieran y sean otra cosa diferente a los que estás definiciones significan. Es por eso por lo que nos reiteran la necesidad de ser reconocidos como trabajadores jubilados, sujetos políticos, personas activas que han estado luchando en las calles por recuperar sus derechos y por ser reconocidos como personas capaces de contribuir y participar de la formulación de las políticas públicas que les competen.

La construcción de otras formas de entender el ser adulto y adulta mayor es una disputa epistemológica indispensable también para romper con la constatación que hacen los referentes del Frente de “no tener quien los represente”, porque es justamente la definición de la persona mayor como abuelo, pasivo o pobre, la que neutraliza la lucha por no ser desposeídos de sus ahorros previsionales. O, en otras palabras, dicha concepción arraigada en la sociedad y replicada por los medios de comunicación y los adultos/as mayores que

ocupan cargos de poder, es funcional a reformas y políticas públicas que los y las perjudican. En cambio, si este imaginario social sobre el adulto/a mayor incorporara a quienes están movilizadas, que son activas, que quieren luchar por sus derechos y participar e inferir en las políticas públicas, no sería, como ellos y ellas mismas nos comunicaron tan fácil aprobar leyes que les quitan derechos.

Por otra parte, y desde la perspectiva decolonial, podríamos decir que El Frente de Personas Mayores emerge en la diferencia colonial, en tanto “historia local” que recepciona, rechaza y resiste a una de las aristas, la previsional, con que el proyecto global neoliberal se vino a implementar en la Argentina en el período 2015-2019. Así también, que el Frente de Personas Mayores fundamenta su lucha, entre otras, en la necesidad de un cambio conceptual respecto a cómo han sido definidos y definidas los adultos/as mayores, nos hace pensar en una construcción epistemológica desde un pensamiento de frontera, en tanto emerge como respuesta a una lectura que se ha hecho sobre ellos y ellas desde el interior del modelo neoliberal, pero que es totalizante – considera a todos y todas las personas mayores bajo la misma categoría –y totalitaria– en tanto quien no entra en dicha conceptualización queda excluido e invisibilizado.

Conclusiones

En el siguiente artículo de investigación hemos querido presentar, desde la perspectiva del pensamiento decolonial, la emergencia, formas de acción, objetivos y demandas del Frente de Personas Mayores para reflexionar en torno a los conocimientos que emergen de las acciones de resistencia en contra de las reformas previsionales neoliberales que se implementaron en el período 2015-2019 durante el gobierno de Mauricio Macri.

A lo largo de esta descripción, podemos concluir que las luchas del Frente de Personas Mayores sí bien tienen como objetivo claro y

concreto mejorar las condiciones de vida de las personas adultas mayores, defender sus derechos humanos y ser reconocidos como sujetos políticos, también hay una batalla epistemológica que tiene que ver con un cambio en el concepto de “ser” adultos/as mayores necesario para participar e inferir en las políticas públicas que les conciernen.

En este sentido, el Frente plantea una disputa que también cuestiona las formas tradicionales de participación de la ciudadanía en los procesos de formulación de políticas, poniendo en la agenda pública y de (un próximo) gobierno, la necesidad de una participación no mediada entre los adultos/os mayores y los distintos espacios destinados a la garantía y ejercicio de sus derechos humanos.

Referencias Bibliográficas

- Botero Gomez, P., Mina Rojas, C., Machado Mosquera, M., & Escobar, A. (2018). *Hacia El Buen Vivir 1. Una invitación para comprender la acción política, cultural y ecológica de las resistencias afroandina y afropacífica. Desde lo cotidiano-extraordinario de la vida comunitaria*. Buenos Aires: Clacso.
- Calderón, F., & Jelin, E. (1987). *Clases y movimientos sociales en América Latina: perspectivas y realidades*. Buenos Aires: Centro de estudios de Estado y Sociedad.
- Castel, R. (1995). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*. Buenos Aires: Paidós.
- De Piero, S. (2005). *Organizaciones de la sociedad civil*. Buenos Aires: Paidós.
- Escobar, A. (2010). *Territorios de diferencia: Lugar, movimientos, vida, redes*. Popayán: Envión Editores.
- Escobar, A. (2014). *Sentipensar con la tierra: nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia*. Medellín: Universidad Autónoma Latinoamericana UNAULA.
- Flórez Flórez, J. (2005). Aportes postcoloniales (latinoamericanos) al estudio de los movimientos sociales. *Tabula Rasa*, 3, 73-96.
- Flórez Flórez, J. (2007). *Lectura No Eurocéntrica de los Movimientos Sociales Latinoamericanos. Las claves analíticas del proyecto modernidad/colonialidad*. En S. Castro-Gómez & R. Grosfoguel (Edits.). *El giro decolonial Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global* (pp. 243-266). Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar.
- Flórez Flórez, J. (2008). *Una aproximación a la dimensión del disenso de los movimientos sociales: la implosión de la identidad étnica en la red Proceso de Comunidades Negras de Colombia*. En B. Levy & N. Gianatelli (Edits.). *La política en movimiento. Identidades y experiencias de organización en América Latina* (pp. 275-309). Buenos Aires: Clacso.
- Flórez Flórez, M. J. (2015). *Lecturas emergentes. El giro decolonial en los movimientos sociales*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Garretón, M. (2001). *Cambios sociales, actores y acción colectiva en América Latina*. Santiago: Cepal.
- Lander, E. (2005). *Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocéntricos*. En E. Lander (Ed.). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO.
- Macri, M. (26 de julio de 2016). *Palabras del presidente Macri en la presentación del Programa Nacional de Reparación Histórica*. Recuperado el agosto de 2019. Disponible en: <https://www.casarosada.gov.ar/>; <https://www.casarosada.gov.ar/informacion/discursos/40662-palabras-del-presidente-macri-en-la-presentacion-del-programa-nacional-de-reparacion-historica>
- Macri, M. (19 de diciembre de 2017). *Conferencia de prensa de la Casa Rosada*. Recuperado el agosto de 2018. Disponible en: <https://www.casarosada.gov.ar/>; <https://www.casarosada.gov.ar/informacion/conferencias/41519-con>

- ferencia-de-prensa-del-presidente-mauricio-macri-2
- McAdam, D. (1999). *Orígenes terminológicos, problemas actuales y futuras líneas de investigación*. En D. McAdam, J. McCarthy & M. Zald (Edits.). *Movimientos sociales: perspectivas comparadas* (pp. 49-70). Madrid: Istmo.
- McAdam, D., Tarrow, S. & Tilly, C. (2001). *Dynamics of Contention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Melucci, A. (1994). ¿Qué hay de nuevo en los nuevos movimientos sociales? En *Los nuevos movimientos sociales: de la ideología a la identidad* (pp. 119-150). Madrid: Centro de investigaciones sociológicas CIS.
- Mignolo, W. (2003). *Historias locales/diseños globales: colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo*. Madrid: Akal.
- Mignolo, W. (2007a). *La idea de América Latina. La herida colonial y la opción decolonial*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Mignolo, W. (2007b). *El pensamiento decolonial: desprendimiento y apertura. Un manifiesto*. En S. Castro-Gómez, & R. Grosfoguel (Edits.). *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global* (pp. 25-46). Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos; Pontificia Universidad Javeriana; Instituto Pensar.
- Mignolo, W. (2014). *Desobediencia epistémica: retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Del Signo.
- Offe, C. (1988). *Partidos políticos y nuevos movimientos sociales*. Madrid: Sistema.
- Quijano, A. (2005). *Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina*. En E. Lander (Ed.). *La colonialidad del saber. Eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 201-246). Buenos Aires: CLACSO.
- Quijano, A. (2014). *Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina*. En W. Mignolo (Ed.). *Capitalismo y geopolítica del conocimiento. El eurocentrismo y la filosofía de la liberación en el debate intelectual contemporáneo* (pp. 119-132). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Del Signo.
- Sautu, R. (2005). *Todo es teoría*. Buenos Aires: Lumier.
- Seoane, J. & Taddei, E. (2018). *De Seattle a Porto Alegre. Pasado, presente y futuro del movimiento anti-mundialización neoliberal*. En J. Seoane, E. Taddei & C. Algranati, *Movimientos sociales e internacionalismo en Nuestra América: del ciclo de conflictividad y cambios sociopolíticos a la ofensiva neoliberal actual* (pp. 79-97). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Luxemburg.
- Segato, R. (2014). *Anibal Quijano y la perspectiva de la colonialidad del poder*. En A. Quijano (Ed.). *Des/colonialidad y bien vivir. Un nuevo debate en América Latina* (pp. 35-72). Lima: Editorial Universitaria.
- Soto Pimentel, V. (2015). *La reforma al sistema de jubilación chileno en el año 2008 : un análisis desde la perspectiva del pensamiento crítico latinoamericano y el concepto de matriz de pensamiento*. Buenos Aires: Tesis de Maestría - FLACSO Argentina.
- Soto Pimentel, V. (2017). *La pesada herencia, inversión y normalización: tres ideas de Macri que reflejan la utopía del mercado total*. En *Documento de trabajo. El neoliberalismo tardío. Teoría y Praxis* (pp. 171-182). Buenos Aires: FLACSO Argentina.
- Soto Pimentel, V. (2019). *Colonialidad del poder y utopía del mercado total. Aportes de Quijano y Lander al pensamiento decolonial*. *Visión LatinoAmericane*. 20, 58-72.
- Sousa Santos, B. (2001). *Los Nuevos Movimientos Sociales*. *Revista OSAL-CLACSO*. 5, 177-188.
- Tarrow, S. (1999). *Estado y oportunidades: la estructuración política de los movimientos sociales*. En D. McAdam, J. McCarthy, Zald, & M.N (Edits.). *Movimientos sociales: perspectivas comparadas* (pp. 71-99). Madrid: Istmo.
- Tarrow, S. (2011). *Power in Movement. Social Movements and Contentious Politics*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Tilly, C. (1978). *From mobilitation to revolutions*. Londres: Mc -Graw Hill.
- Tilly, C. & Tarrow, S. (2015). *Contentious politics*. Nueva York: Oxford University Press.
- Touraine, A. (1985). *El retorno del actor*. Madrid: GEDISA.
- Zibechi, R. (2003). Los movimientos sociales latinoamericanos: tendencias y desafíos. *Revista OSAL-CLACSO*. 9, 185-188.

Para citar este Artículo de investigación:

Soto Pimentel, V. (2020). Movimientos sociales de resistencia a reformas previsionales neoliberales. El caso del “Frente de Personas Mayores” de la Argentina durante el gobierno de Mauricio Macri (2015-2019). *Revista Estado y Políticas Públicas*. Año VIII, Núm. 14, 229-252.

Instrumentalización de proyectos de desarrollo rural: Experiencias en el nordeste argentino a principios del siglo XXI¹

*Instrumentalization of rural development projects: experiences
in the north east of Argentina during the 21st century*

Por Jimena Ramos Berrondo*, Matías Berger y Ariel García*****

Fecha de Recepción: 01 de febrero de 2020.

Fecha de Aceptación: 24 de marzo de 2020.

RESUMEN

En este artículo nos proponemos reflexionar sobre la instrumentalización de proyectos para la promoción del desarrollo rural orientados a sujetos subalternos en tres provincias del Nordeste argentino a principios de siglo XXI. En trabajos de campo realizados en Misiones, Formosa y Chaco, hemos registrado diferentes

iniciativas de promoción a través de formatos organizacionales asociativos (asociaciones de agentes de terreno y/o de productores, cooperativas, ferias) y de acceso a maquinarias, herramientas, insumos e infraestructura. A partir de esos registros, nos interrogamos sobre la forma en que dichos proyectos se han formulado e implementado entendiendo que representan pujas entre demandas de sujetos

* Doctora en Ciencias Sociales y Magister en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Licenciada en Ciencias Políticas y Administración Pública por la Universidad Iberoamericana de México. Correo electrónico: jramos@ceil-conicet.gov.ar

** Doctor por la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, con mención en Antropología. Magíster en Sociología y Ciencias Políticas por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Licenciado en Sociología por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Correo electrónico: mberger@ceil-conicet.gov.ar

*** Doctor por la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, con mención en Geografía. Magíster en Estudios Sociales Agrarios por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Licenciado en Geografía por la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Correo electrónico: arieltgarcia@conicet.gov.ar

1 Este artículo de investigación contó con el apoyo institucional y financiero de la Agencia Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de Argentina (Proyectos PICT 2018-2284 y PICT 2014-2676).

subalternos (en algunos casos expresadas por sus organizaciones colectivas) y formatos, lenguajes y prácticas de agentes estatales que mediatizan iniciativas institucionales en el marco de procesos políticos coyunturales. En tal sentido, analizamos la forma en que esos "proyectos" construyen "territorios" y sobre cómo, a su vez, los sujetos subalternos establecen "disputas negociadas" con esas definiciones y los accesos a recursos. Para ello, nos basamos en una estrategia metodológica cualitativa donde construimos un estudio de casos múltiple donde triangulamos diversas estrategias de recolección de datos (entrevistas, observación participante y análisis de documentos).

Palabras clave: *Instrumentalización, Proyectos de Desarrollo Rural, Sujetos Rurales Subalternos, Agentes de Terreno.*

ABSTRACT

In this article we propose to reflect about the instrumentalization of rural development projects oriented towards subaltern subjects in the northeast of Argentina at the beginning of the 21ST century. During our fieldwork in Formosa, Misiones and Chaco we have registered initiatives that promote different organizational practices (associations of state agents and farmers, cooperatives, farmer markets) and of access to machines, tools and infrastructure. From these records we would like to think over how these projects have been formulated and implemented, understanding that they represent disputes between the demands of subaltern subjects (sometimes expressed by their organizations) and techniques, languages and practices of state agents that mediate institutional initiatives within the framework of short - term political processes. In that sense, we analyze how these "projects" construct "territories" and how subaltern subjects establish "negotiated disputes" with these definitions and access to resources. In order to do this, we chose a qualitative methodology strategy that consisted in a multiple case study where we

triangulated various data collection strategies (interviews, participant observation, and document analysis).

Keywords: *Instrumentalization, Rural Development Projects, Territories, Rural Subaltern Subjects, Territory Agents.*

Introducción

Abrams (2006) sostiene que la tarea del sociólogo consiste en desmitificar la idea que los profesionales de la política brindan sobre el estado², desde el cual justifican todas sus acciones, para pasar a verlo como un aparato ideológico que enmascara un "interés común ilusorio." El estado, entonces, es una construcción histórica que a lo largo del tiempo se legitimó a través de la invención de aparatos administrativos y legales utilizados con fines sociales específicos. Desde el estado absolutista hasta la construcción del estado de bienestar, el estado es un "velo ilusorio," una máscara que nos impide ver la práctica política tal cual es (Abrams, 2006).

Para desenmascararlo es preciso diferenciar entre la idea-estado y el sistema-estado. El primero es "el dispositivo ideológico a través del cual se legitima la institucionalización del poder" (Abrams, 1988: 125). El segundo se liga con una "estructura palpable de prácticas e instituciones centradas en un gobierno, hasta cierto punto, unificado y dominante en una sociedad dada" (Abrams, 2006: 125). En opinión de Abrams (2006), la relación entre ambas dimensiones es central para el análisis político.

En este artículo de investigación, indagamos las tensiones entre las imágenes del estado, proyectadas a través del lenguaje de los proyectos de desarrollo rural y su funcio-

2 Optamos por dejar el término estado en minúscula con el fin de evitar su reificación como un objeto tangible, tal y como sugiere Cowan Ros (2006).

namiento. Para ello, partimos de la premisa antropológica que el estado no es una institución preconstituida que realiza determinadas funciones, sino algo que se construye a través de las prácticas cotidianas de los actores y las representaciones que tengan del mismo (Sharma & Gupta, 2006). Los proyectos de desarrollo rural que se exponen nos muestran un estado compuesto por múltiples niveles y pluri centrado que se presenta como un todo coherente y homogéneo (Sharma & Gupta, 2006). Y donde se promueven ideas y objetivos en torno al desarrollo rural en diferentes lugares y momentos históricos, sea como garante de la Doctrina de Seguridad Nacional, a través del despliegue de instituciones en el territorio como las Agencias de Extensión Rural (AER), y más adelante, fomentando la agricultura familiar (caso de Misiones). Como dador de insumos tecnológicos para mejorar la cosecha o como el gestor de cooperativas para emprendimientos (caso de Formosa) o como garante de los derechos indígenas (caso del Chaco).

Además de las representaciones estatales, a los fines de la investigación resulta relevante abordar las prácticas rutinarias y los procedimientos repetitivos de las burocracias porque estas “proveen claves importantes para comprender la micropolítica del trabajo estatal, la manera en que las autoridades de gobierno operan en las vidas diarias de las personas y cómo el estado es imaginado, encontrado y re imaginado por la población” (Sharma y Gupta, 2006: 12).

El proceso de formación del estado se observa en sus actividades rutinarias, como la manera en que las agencias estatales fijan metas y objetivos, que en ocasiones son contradictorios; la forma en que la acotada definición de los llamados “beneficiarios” puede mermar dichos objetivos o afectar negativamente a otros grupos sociales, así como las problemáticas que pueden derivarse por los requisitos y las condiciones que estipulan los proyectos. En este sentido, la reproducción

del estado a través de las prácticas burocráticas dista de ser un proceso lineal, técnico y “aceitado”, pues siempre está presente la posibilidad de subversión a través de la crítica o la resistencia a las jerarquías y a los procedimientos inherentes a estas prácticas, tanto entre los mismos burócratas como en los destinatarios de los proyectos (Sharma & Gupta, 2006). En estas interacciones se delimitan las fronteras, espacios y territorios donde interactúan funcionarios públicos, agentes de terreno, referentes de organizaciones y la población; y donde se negocia que hace y no hace el estado (Mitchell, 2006: 17).

Cabe destacar que la idea para elaborar este artículo se planteó *a posteriori* de la investigación y los trabajos de campo de cada uno de los autores³ y surgió como fruto de discusiones en numerosos talleres y reuniones académicas. Por ende, optamos por construir un estudio de casos múltiple sobre la instrumentalización de proyectos en el norte de la Argentina con el objetivo de mostrar cómo operan diferentes estatalidades⁴ en el territorio a través de la triangulación de múltiples fuentes de evidencia y tipos de recolección de datos (entrevistas en profundidad a agentes es-

3 Jimena Ramos Berrondo realizó trabajo de campo en diferentes localidades de la provincia del Chaco entre 2009 y 20015. Matías Berger realizó trabajo de campo en áreas rurales de la provincia de Formosa entre los años 2004 y 2012. Ariel García realizó sus trabajos de campo en el área de Bernardo de Irigoyen (Misiones) entre 2014 y 2016.

4 Siguiendo la idea de Abrams (2006) sobre la importancia de deconstruir la noción tradicional del Estado, Cowan Ros (2016) propone utilizar el término de estatalidades, mediante el cual entiende al conjunto de agentes, agencias, prácticas, procesos e instituciones que son referenciados en el ámbito estatal.

tatales y destinatarios de los programas, observación participante al momento de ejecución de los programas y análisis de documentos). Las unidades de análisis a tomar en cuenta fueron los proyectos, funcionarios públicos, agentes de terreno, referentes de las organizaciones y las tramas sociales donde estos se insertan (ya sean organizaciones campesinas, indígenas, cooperativas, movimientos sociales, etcétera). La selección de los casos se hizo con base en su relevancia teórica y conceptual, ya que constituyen un referente empírico para poner en cuestionamiento la imagen del estado que "baja hacia los territorios" donde se observan en apariencia "receptores pasivos" de las políticas. Además, destacan por su importancia política, ya que están conectados con cuestiones históricas y políticamente sensibles (Miles, Huberman y Saldaña, 2014). En particular, nos referimos a los problemas de acceso y tenencia de la tierra, la adquisición de insumos productivos, las dificultades de comercialización y la explotación y usufructo de los recursos naturales. Históricamente, estas cuestiones han tratado de posicionarse en la agenda pública y de gobierno a través de diferentes actores (referentes de ONG, referentes eclesiásticos, dirigentes de organizaciones y agentes estatales), los cuales se han vinculado a través de programas y proyectos de desarrollo. Así nos preguntamos, ¿quiénes y cómo producen los proyectos? ¿en qué condiciones y desde que tipo de saberes e instituciones? y ¿cómo circulan y se disputan los mismos entre diferentes actores?

Misiones: programas de desarrollo rural y mediaciones territoriales: la UTR como condición y limitante de una agenda local autónoma

Localizada en el extremo nordeste de la Argentina, la Provincia de Misiones cuenta con cerca de 30 mil km² y es una de las veinticuatro entidades federadas que conforma la región NEA junto con las provincias de Chaco, For-

mosa –ambas aquí abordadas a través de referentes empíricos– y Corrientes. Cerca de 80% de sus límites lindan con Brasil y Paraguay. Su estructura social obedece a una migración diversificada que se ha originado en dichos países y en el centro-este europeo a lo largo del siglo XX. Su dinamismo económico se basa en la producción agraria, agroindustrial, los servicios y el turismo. Estos procesos, marcados por definiciones de políticas públicas de alcance nacional, junto al destacado incremento demográfico local producto de la expansión de la frontera agraria, han contribuido a un crecimiento significativo de la demanda de bienes y servicios en el nordeste de Misiones. Este aumento de la demanda, sobre todo de alimentos, ha propiciado el surgimiento y consolidación de experiencias alternativas de producción y de comercialización. Tal marco ha resultado propicio para la generación y consolidación de organizaciones ligadas con la pequeña producción rural.

En base al interés de este artículo de investigación, se realiza una sucinta mención a la estructura agraria de Misiones en función de tres características territoriales de los agricultores familiares en el territorio bajo análisis: acceso a la tierra, apropiación de recursos naturales y relaciones económicas con el entorno.

En cuanto al acceso a la tierra, se caracteriza por: a) dinámicas migratorias en la última mitad del siglo XX; b) colonización estatal y espontánea condicionada por las dinámicas económicas y políticas entre estado Provincial y propietarios; c) mercado de suelo dirigido a fracciones agrarias capitalizadas; d) insolvencia financiera de los agricultores familiares para afrontar una mensura; e) desarrollo de acuerdos escritos y tácitos para la comercialización de tierra a sus ocupantes (las transacciones implican un precio uniforme (Schiavoni, 2009: 5), en el que se establece un sistema de equivalencias en base a la producción de tabaco al que pueden agregarse recursos forestales naturales e implantados). Respecto a

la apropiación de recursos naturales, resulta relevante la diversificación territorial de chacras para disminuir riesgos y posibilitar reproducción de la unidad doméstica, mediante una estrategia que tiende a la gestión familiar de parcelas no necesariamente contiguas. Por último, en cuanto a las relaciones económicas con el entorno, cabe precisar: a) la agricultura de pequeña escala destinada a auto-consumo (productos de granja, elaboración de alimentos, horticultura, cereales) combinada con producción para el mercado (tabaco, maíz, producción de cerdos y pollos, chacinados, quesos, horticultura); b) la incorporación paulatina de paquetes tecnológicos, ligados con la agricultura de contrato referida al tabaco y al asesoramiento de agentes de terreno del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA), inserción de variantes de agroecología; c) la pluriactividad (ingresos derivados de servicios, empleo de integrantes en actividades extra-prediales); d) acceso a programas estatales de apoyo a la agricultura familiar; e) acceso a derechos ciudadanos (Asignación Universal por Hijo, Progresar, pensiones, jubilaciones).

En este contexto histórico territorial se desenvuelve la estructura agraria del nordeste misionero, en cuyo seno se han gestado organizaciones de representación de interés de los agricultores familiares. Oviedo *et al.* (2012) identifica diversidad de entidades agrarias e indígenas que vienen interviniendo en propuestas alternativas de desarrollo rural y logrando espacios institucionales ligados con el diseño y la formulación de políticas estatales dirigidas al sector (por caso, el Foro Nacional de Agricultura Familiar⁵). En estas entidades

suelen reunirse demandas por problemáticas como acceso y propiedad de la tierra, desarrollo de mercados, regulación de precios de los productos agrícolas y su canalización vía proyectos. Usualmente, se trata de entidades que inician formalmente sus actividades con la democratización de la década de 1980 a partir de las posibilidades otorgadas y promovidas por diversas instancias estatales, aunque también como consecuencia de la movilización de tipo reivindicativo.

Puede situarse en 1982 el inicio de la intervención para el desarrollo de parte de instituciones estatales a través de programas de desarrollo rural en el nordeste de la Provincia de Misiones. En dicho año, el establecimiento de la Agencia de Extensión Rural (AER) del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) en Bernardo de Irigoyen (Provincia de Misiones), se ligaba fundamentalmente a una política de la Dictadura cívico-militar que pretendía reforzar la presencia del estado Nacional en áreas limítrofes bajo el enfoque entonces predominante de la Doctrina de Seguridad Nacional. Por entonces, el número de agricultores del área y las demandas de asistencia técnica eran aislados. Hasta al menos 1993, la AER no registraba una intervención significativa en los procesos de desarrollo rural debido a su inactividad o a un accionar fluctuante en función de la insuficiente consolidación de un grupo de agentes de terreno (Meyer, 2013: 8).

5 Se trata de un encuentro que en su origen (2005) ha agrupado 310 organizaciones representativas de la agricultura familiar, a través de un proceso que incluyó reuniones del Foro a nivel regional y una posterior sistematización de ideas. A partir de estas,

se propone una serie de lineamientos que consideran imprescindibles para reformular el modelo de desarrollo agrario vigente en la Argentina, corrigiendo los desequilibrios y las desigualdades sociales y regionales referidas al acceso a la tierra, a los recursos y servicios básicos, a los instrumentos de política agropecuaria, a la participación en los ingresos, etcétera (FONAF, 2006).

Las dinámicas que asumieron las políticas estatales y sus modificaciones entre las décadas de 1990 y de 2000, sumadas a una actitud receptiva de los decisores estatales ha ido incidiendo en la concreción de instrumentos de intervención desde los que se pretende visibilizar y atender a las demandas históricas y a las nuevas ligadas a este grupo social (Secretaría de Agricultura Familiar en 2009, Plan Estratégico Agroalimentario y Agroindustrial Participativo y Federal 2010-2016, Registro de la Agricultura Familiar, Monotributo Social Agropecuario, Centro de Investigación y Desarrollo Tecnológico para la Pequeña Agricultura Familiar, Comisión Nacional de Microcrédito, etcétera)⁶.

Esquema organizativo de la Unión de Trabajadores Rurales del Nordeste Misionero (UTR)

Frente a las problemáticas que debían afrontar cotidianamente los agricultores familiares del nordeste misionero es que comienzan a erigirse organizaciones para la búsqueda de respuestas a través de un proceso organizativo que los informantes han calificado como surgido "desde abajo". De este modo, la Unión de Trabajadores Rurales del Nordeste Misionero (UTR) se origina en abril de 2005. Conformarse como organización implicó un extenso recorrido operativo que involucró más de dos años de reuniones y asambleas de agricultores familiares. Estas instancias fueron acompañadas por agentes de terreno de diversas instituciones públicas y programas —generalmente estatales— que al menos desde la década de 1990 venían interviniendo en el desarrollo

rural del nordeste provincial (Entrevista personal, 23-10-2013).

Un punto clave en el devenir del proceso organizativo lo constituyó la crisis que atravesó la Argentina en 2001/02. En este contexto, se evidenció la reducción, retraso y/o eliminación de fondos públicos destinados a las intervenciones en el ámbito rural. Por ese entonces, agentes de terreno del denominado Programa Social Agropecuario (PSA) plantearon la articulación de recursos humanos y materiales de distintas instituciones y programas para mantener y afianzar la presencia en el área (Meyer, 2013: 8-9). Esta articulación ha sido potenciada por un paulatino cambio de perspectiva estatal sobre el desarrollo rural que implicó el fomento de la producción y comercialización de productos de la agricultura familiar a escala local. Según Garrido y Vidal (2009: 2) "estas Organizaciones de productores se consolidaron sobre el entramado social que se tejió en torno a la implementación de diversos programas de desarrollo rural, que fueron instando a la organización de los grupos de base, la formación de delegados y el trabajo asociativo".

Como consecuencia de una situación frecuente en diversas experiencias y en particular en la abordada en este apartado; desde su origen, agentes de terreno y agricultores familiares realizan un trabajo en conjunto. A mediados de la década de 2010, la UTR se encontraba formalmente integrada por alrededor de treinta grupos de base que incluyen cerca de 400 familias de agricultores familiares —situadas en los municipios de San Antonio, Bernardo de Irigoyen y en el norte del de San Pedro—, una confluencia dinámica de agentes de terreno, docentes y militantes sociales. Estos actores se han organizado inicialmente en torno a dónde vender, qué y cómo producir. Debido a que el esquema de actuación de la UTR ha implicado la escala de los tres municipios citados, se ha privilegiado la implementación de programas y de planes que posibilitaran su ejecución y seguimiento en vistas

6 Estos y otros instrumentos estatales con apoyo de la agricultura familiar han sido cuestionados por organizaciones de interés y capitales asociados a la agroindustria y la exportación (Oviedo *et al.*, 2012).

a fortalecer determinados grupos o líderes en diversas áreas geográficas (Entrevista personal, 3-01-2019).

Mientras un grupo de integrantes de la UTR priorizaba el desarrollo socio-productivo con apoyo estatal, otro apostaba a crear condiciones sociopolíticas mediante acciones de reclamo y movilización (Meyer, 2013). “Al imponerse mayoritariamente la primera de estas posturas, los agentes de terreno que no compartían esa estrategia decidieron no continuar trabajando con la organización” (Meyer, 2013: 81). La ejecución de proyectos ha redundado también en la selección de líderes comunitarios que hicieran factible la concreción y seguimiento de los proyectos, por caso aportando una fracción de terreno para instalar la infraestructura social y productiva que implicaran los mismos (Entrevista personal, 3-01-2019).

En la conformación del proyecto organizativo de la UTR y en su consolidación resulta significativa la presencia de los agentes de terreno. Estos son los que realizan propuestas comerciales, establecen proyectos, proponen formas de trabajo y de organización de los productores, coordinan áreas, etcétera. En este esquema, se tensiona la “identidad habitual del técnico”, como aquel que difunde, dirige y/o aplica un conocimiento científico sin formar parte activa del objeto de intervención (Garrido y Vidal, 2009). Como señalan estos autores, el involucramiento posibilita gestar relaciones que permitan desnaturalizar la identidad de los agentes de terreno basada en sus saberes profesionales –aspecto que posibilita la construcción de una diferenciación social entre éstos y la comunidad– mediante la participación en ámbitos compartidos y el trabajo conjunto. Este rol del técnico como integrante de una organización no se encuentra exento de conflictos, dado que en aspectos como las decisiones de producción y comercialización se han ido enfrentado perspectivas, prácticas y formas de proceder en función de

los intereses que cada integrante persiga en función de su rol.

En 2008, se formalizan las actividades de comercialización (básicamente, la faena y venta de lechones como alternativa al principal cultivo de renta, el tabaco) mediante la creación de la Cooperativa Unión de la Frontera como brazo comercial de la UTR (Garrido y Vidal, 2009: 4). Desde el inicio, la experiencia de la comercialización ha prosperado debido a que ha permitido que cerca de 30 familias integrantes de diversos grupos se beneficien con los ingresos por las ventas (Meyer, 2013: 13). La creación de la cooperativa permitió la institucionalización del grupo, aunque “no fue algo sencillo [puesto que tensionó] las relaciones entre los productores y los agentes de terreno integrantes de la organización. Los debates y planteos giraron en torno a si la cooperativa debería estar integrada únicamente por productores, cuestión que limitaba la participación de los agentes de terreno y su poder (fundamentalmente, de decisión) dentro de la organización” (Garrido y Vidal 2009: 4-5). Finalmente, se avaló la incorporación de los agentes de terreno. Esta densidad organizativa ha propiciado diversas formas de participación.

En los inicios de la UTR, la relación entre estado, Organismos Multilaterales de Crédito y sociedad civil difiere por diversas razones de lo señalado por Rofman (2007) y Ringuélet (2010) respecto del primer ciclo de neoliberalización contemporánea (1976-2003). En ese contexto histórico-territorial, se generaban formas de participación de tipo *interactiva* (Pretty, 1995)⁷. Considérese que el ciclo

7 Según Pretty (1995), la noción de “participación” no debe ser aceptada sin discutir *a priori* su uso y su interpretación. A través de esta premisa elabora una tipología de llamativa persistencia para el análisis de casos actuales. En ella revela siete “tipos” posibles

de neoliberalismo ofensivo abierto en 2015 no inhibe que durante el régimen de acumulación neodesarrollista (2003-2015) se hayan podido desmontar o contestar los efectos e inercias de políticas estatales y rutinas sociales sedimentadas en el primer ciclo. Los agricultores y agentes de terreno trabajaban en las áreas de producción y organización, desde donde definían criterios de acción y actividades (incluyendo la asignación de recursos) de modo horizontal. Los agentes de terreno solían acompañar las definiciones, las cuales usualmente eran compartidas con los productores. Esta dinámica poseía su correlato en la diversidad de reuniones y cantidad de participantes asiduos (Meyer, 2013). En este periodo, se situaban diversos incentivos a la participación. Las acciones desplegadas solían perseguir mejoras en la capacidad de los miembros para exponer y alcanzar sus derechos en el marco de la concreción de soluciones a sus problemas productivos más acuciantes (problemática de la comercialización de la producción de cultivos alternativos). Esta dimensión se halla ligada al tipo *interactivo*, pues en este la participación se asume como un derecho, no sólo como un medio para alcanzar las metas del proyecto (Meyer, 2013). No obstante, hasta cuanto este tipo de participación alude efectivamente a las dinámicas desplegadas en el terreno o a la elaboración que de ellas hacen los agentes de terreno, es un elemento a considerar para matizar apreciaciones de este tenor. Sin embargo, esta dinámica para la producción de

problemas de agenda, demandas productivas y su canalización vía proyectos ha ido modificándose conforme cambian las condiciones estructurales. Un recorrido temporal lo evidencia. Entre 2013 y 2015, se ha identificado una menor concurrencia, un incremento de rotación en la asistencia de participantes y una reducción en la frecuencia de reuniones (encuentros de grupo, reuniones del área de producción y de organización, de dirección). Las razones pueden encontrarse en múltiples situaciones, como la resolución de demandas por las cuales inicialmente las personas se acercaron a la organización –lo que habría dejado al descubierto una participación *por intereses materiales y/o funcional*–, la incapacidad por dirimir diferencias interpersonales y la burocratización de la organización. Respecto a esto último, cabe mencionar las disputas por los direccionamientos y objetivos de la organización, la insuficiente respuesta de la Cooperativa a algunas demandas directas de las familias; las diferentes visiones de los agentes de terreno acerca de las metas, los problemas y enfoques que debería abordar la Cooperativa y sobre cómo se deberían emplear los recursos públicos, las formas discrecionales de decisión *ad hoc* por fuera de las asambleas y reuniones, etcétera (Entrevista personal, 21-09-2015). Disputas como las citadas pueden abonar el debate en torno a cómo problematizar y calificar la horizontalidad. En esta instancia ha sido frecuente un tipo de participación *funcional*, en donde un grupo de agentes de terreno ha ido desplegando relaciones verticales con colegas y productores, evidenciándose una “externalización” de los primeros y abonando a la toma de decisiones significativas con anterioridad y por fuera de los canales institucionales establecidos por la UTR. La primacía de definiciones personalistas en el seno de un sector de agentes de terreno habría inducido al abandono de la organización por parte de algunos referentes con visiones más ligadas a lo productivo que a lo estrictamente reivindicativo.

de formas participativas de la sociedad civil en proyectos y programas de desarrollo para la agricultura: manipulada, pasiva, consultiva, por intereses materiales, funcional, interactiva y automovilización. La contraindicación de esta tipología es el encasillamiento o simplificación de la categoría participación, aunque resulta útil para aprehender los diversos procesos que la misma puede incluir.

El trienio 2016-2018 estuvo permeado localmente por el cambio de orientación en la política económica nacional, definición que redundó en un desmonte y desfinanciamiento de áreas clave para el desarrollo rural. Como organización, la UTR no contó con agentes de terreno debido a la reducción de fondos que implicó la prescindencia estatal sobre la agenda del desarrollo rural. Asimismo, la presencia de organización evaluada en cantidad de familias, grupos y áreas geográficas alcanzadas, así como en cantidad de recursos de proyectos gestionados, evidenció un franco retroceso. Esta reducción de recursos, no sólo implicó una merma en la intervención técnica-productiva (llegando hasta insumos como semillas), sino también en la faz organizativa. Respecto a esto último, al dificultarse la disponibilidad de fondos para la movilidad de los productores que implica la realización de reuniones y la planificación de actividades, así como el financiamiento de productores que fueran líderes comunitarios en carácter de promotores (Entrevista personal, 3-01-2019). Como puede observarse, el cambio de orientación política conlleva a un retroceso organizativo, así como la ausencia de fondos a una merma en los recursos técnicos productivos.

A partir de lo analizado, se observa un pasaje entre un periodo de participación “interactiva” hacia formas de participación “funcional” y/o “pasiva”. La participación suele estar mediada por las metas y formatos que poseen los programas estatales, lo cual implica dos aspectos. Por un lado, los pequeños productores suelen acceder al financiamiento efectivamente disponible, aún si se tratara de una propuesta que no surge de sus demandas. Por otro lado, los agentes de terreno tienden a influir a aquellos en relación a la conveniencia de acceder a programas o planes disponibles, cuestión que usualmente se liga con las necesidades de las entidades estatales de lograr reconocimiento social y de ejecutar los recursos disponibles, con la consecuente demostración

de su labor ante los esquemas de seguimiento y evaluación propios de las instancias estatales. En este sentido, el vínculo asiduo entre agentes de terreno y pequeños productores permite a aquellos conocer las demandas particulares y grupales de antemano, identificando y relevando las necesidades que podrán ser canalizadas ulteriormente mediante la formulación de proyectos cuyo financiamiento resulte factible en la medida que determinadas temáticas afines aparezcan en la agenda gubernamental (Entrevista personal, 3-01-2019).

El aludido vínculo entre demandas productivas de los pequeños productores y necesidades profesionales de los agentes de terreno, suele encontrar a estos como mediadores entre la cotidianeidad de aquellos y el lenguaje burocrático de las entidades estatales o privadas que financian los proyectos. Con mayor claridad desde 2016, aparecen en la agenda gubernamental temáticas tales como la inserción del “cambio climático,” la “biodiversidad” o a temática de género (específicamente los proyectos especiales del PROHUERTA, del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación). Las temáticas institucionalizadas en proyectos implican un diálogo entre el saber cotidiano y el saber experto, de modo que los agentes de terreno puedan “traducir” en términos de lenguaje los aspectos centrales que los pequeños productores deben considerar a la hora de aspirar a acceder un plan o programa concebido en relación a dichas problemáticas. Este vínculo implica una continua negociación en relación a los recursos estatales a los cuales acceder, trasladándose al ámbito de reuniones grupales o conversaciones informales la discusión entre agentes de terreno y pequeños productores en torno a la conveniencia de acceder a determinados planes y programas en temáticas diversas, sus posibilidades y los requisitos que implican el acceso a los mismos (Entrevista personal, 3-01-2019).

La sostenibilidad de una organización cumple un rol decisivo a la hora de proyec-

tar su persistencia histórica. El caso expuesto trasluce que en un mismo grupo pueden convivir de modo inestable diversidad de intereses o motivaciones que llevan a participar, a hacerlo de modos distintos en el tiempo, o a no hacerlo, que conducen a la rotación/cambio de rol de los integrantes. No obstante, las desavenencias en torno a la orientación que debía primar en el desarrollo rural propuesto de la UTR quedaron de hecho relegadas tras la transformación en la dirección política estatal que comenzó a producirse en 2016.

Formosa: configuración de tramas organizacionales en procesos de instrumentalización de políticas públicas

La localidad que tomaremos como referencia se emplaza en el centro norte de la provincia de Formosa, cuya superficie es de 72 mil km². La población rural de la zona se asienta sobre unidades de tipo minifundista que producen hortalizas para la venta y el consumo doméstico, algodón sobre superficies pequeñas, inferiores a las diez hectáreas y algo de ganado menor caprino y porcino (Sapkus, 2001; Berger, 2009; Valenzuela, 2006). En la mayor parte de los casos, la producción comercializada no cubre el ingreso necesario para la subsistencia de las unidades domésticas ni para la reproducción de las unidades productivas. Resulta frecuente que uno o varios integrantes de los hogares realicen trabajos extraprediales y perciban ingresos a través de políticas de ingresos condicionados como fueron los planes Jefas y Jefes de Hogar, actualmente la Asignación Universal por Hijo (AUH) y/o a través de integrantes que perciben jubilaciones y pensiones.

Diversos estudios permiten observar que la situación actual de los pequeños agricultores de la Provincia de Formosa se remonta a antiguos problemas vinculados al acceso y tenencia de la tierra, altamente concentrada, a la extendida presencia del minifundio, a las recurrentes crisis del principal cultivo de renta (el

algodón), a las dificultades para desarrollar un proceso de acumulación sostenido, a la débil diversificación productiva que distintos programas de desarrollo no han podido revertir a pesar de contarla entre sus principales objetivos y a distintas formas de apropiación del excedente vinculadas a deficiencias de los procesos de comercialización. Estas desigualdades se expresaban en una significativa diferenciación en la estructura social y en la subordinación de una porción importante de productores a oligopolios y empresas agroindustriales (Slutzky, 1975; Rofman *et al.*, 1987). Entre las características de los productores minifundistas formoseños, Valenzuela (2006) destaca la importancia de la producción para autoconsumo (maíz, mandioca, batata, zapallo y animales de granja), una significativa dependencia de los aportes del estado (especialmente en la provisión de semillas para la siembra), la utilización de tracción animal y mano de obra familiar, la demanda de trabajadores asalariados para la cosecha en el caso del algodón, la venta en bruto del algodón y la relación de dependencia de la figura del bolichero y de copiadores particulares. Allí, en el transcurso del trabajo de campo, hemos podido registrar la instrumentalización (Rose y Miller, 1992) de programas nacionales y provinciales por parte de instituciones y agentes estatales y no estatales. Por ello, nos proponemos analizar dichos procesos de instrumentalización producidos en el territorio.

El Programa Social Agropecuario⁸ (PSA) configura uno de estos procesos. Sus accio-

8 El PSA inició sus acciones en 1993. Se trata de un programa co-financiado por el Estado Nacional y Agencias Multilaterales de Crédito como el Banco Mundial y el BID. En sus orígenes, dependió de la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentación (devenida en Ministerio entre 2009 y 2018) como responsable de su dirección,

nes estuvieron orientadas al mejoramiento de la producción para consumo doméstico y la recuperación de suelos empleando maquinarias apropiadas de tiro animal. Estas iniciativas iban acompañadas de procesos organizacionales fomentados mediante la formación de grupos para el otorgamiento de microcréditos. Es decir, articulaban preservación y mejoramiento de recursos productivos, mejoramiento indirecto de ingresos del hogar y de la alimentación, generación de excedentes y diseño y empleo de maquinarias apropiadas.

Tanto los microcréditos como las herramientas y maquinarias de tiro animal generaban discusiones y debates en relación a los montos, considerados exigüos por algunos participantes, por integrantes de organizaciones y por agentes de otras instituciones estatales, a las formas de devolución y su solapamiento con subsidios, conocidos como Proyectos de Desarrollo de Pequeños Productores Agropecuarios (PROINDER), así como por el esfuerzo en términos de trabajo físico y tiempo que demanda la maquinaria de tiro animal. En tanto, otros problemas estructurales, como el caso del acceso al agua, eran abordados en los proyectos desde su faceta productiva dado que la normativa que regía al programa no consideraba el consumo doméstico. De manera similar, su intervención en conflictos de tierra resultaba indirecta y tangencial pues el programa no tenía injerencia directa en los procesos de regularización y adjudicación de tierras, potestad de las provincias a través de las respectivas instituciones encargadas de la gestión de tierras. Ello configuraba tanto un límite para el conjunto de acciones como una tensión al interior del programa y en relación a otras agencias, y un aspecto criticado por refe-

rentes de organizaciones de representación de los sectores subalternos.

Fundamentalmente, las acciones del PSA se destinaban a la franja de productores minifundistas, por lo cual su accionar estaba orientado a ese segmento de población limitando las posibilidades de expansión de ciertas acciones. Asimismo, ello generaba un recorte de los procesos organizacionales impulsados por el mismo programa. Por un lado, presenta un dilema permanente para el diseño de política pública que se debate entre definir determinados segmentos de población como destinatarios o definir como objetivo el desarrollo rural territorial, local o incluso sectorial. Trabajos recientes permiten reflexionar sobre la definición de los sujetos, la población destinataria y los formatos de trabajo a partir de la década del '80 (Ramos Berrondo, 2018; Marcos, 2018). Ello nos remite, por un lado, al proceso mediante el cual el sector agropecuario es considerado como un problema político, en el sentido de Müller (2002). Por otro lado, nos interroga en torno a las formas de hacer "legibles" determinados grupos de la población, usualmente referenciados en los márgenes del estado y presentados como carentes de orden (Das y Poole, 2008). Asimismo, la forma en que los agentes no estatales y estatales piensan al estado nos conduce en el sentido de las reflexiones de Abrams (2015) acerca de distinguir entre idea-estado y sistema-estado.

El despliegue del PSA y el inicio de un proceso organizativo, que llamaremos "movimiento", son prácticamente simultáneos. El movimiento cuestionaba el formato de implementación del PSA a través de la formación de grupos proponiendo la implementación de un plan que integrara a los habitantes de un mismo territorio. Producto de la desaprobación de un proyecto formulado con los agentes territoriales del programa, que promovía una cobertura más amplia de la población incorporando varios grupos, el movimiento se habría retirado del programa. Sin embargo,

administración y seguimiento. Dispone a su vez de unidades de ejecución en cada provincia.

algunos sectores que luego devinieron en una facción independiente continuaron o retomaron la participación (fenómeno ocurrido en al menos dos zonas), mientras que en otros casos la participación se estructuró a través de distintos integrantes de los grupos domésticos en cada uno de los espacios. Este fenómeno se asimila a las descripciones realizadas en otras investigaciones que apuntan a la presencia de escenarios con historias y tramas relacionales previas y diversas (Rodríguez Bilella, 2005; Cowan Ros, 2008). Es importante remarcar que, así como las premisas de trabajo institucionales de un programa no implican una correspondencia total en términos de prácticas e ideas por parte de los agentes territoriales, tampoco la población, ni una organización y ni siquiera un grupo familiar implican un posicionamiento análogo por parte de sus integrantes. Ocasionalmente, esas diferencias se materializan en nuevas unidades de agrupamiento y participación y en otras ocasiones se expresan en desacuerdos no siempre expresados públicamente.

Por su parte, el Instituto Provincial de Acción Integral para el Pequeño Productor Agropecuario (PAIPPA)⁹, no estructuraba sus acciones a través de proyectos sino mediante la acción de promotores locales, la distribución de semillas y la organización de ferias para la comercialización de los productores "paíperos"¹⁰. Esto implicaba el despliegue de una política pública provincial con una lógica organizativa diferente, en tanto la unidad de intervención no eran los proyectos, pero que

compartía la definición de la población destinataria. En algunos casos, como la promoción de ferias y de la horticultura para consumo doméstico y generación de excedentes, ambas políticas podían resultar complementarias. Sin embargo, en casos como la promoción del cultivo de algodón de surco estrecho, sus acciones entraban en contradicción (Berger, 2009; Giuliano, 2018).

Asimismo, el movimiento se organizó a fines de la década de 1990 para la resistencia política en vinculación con autoridades religiosas locales, ONGs y procesos gremiales y organizacionales urbanos a nivel nacional y provincial (Sapkus, 2001; Berger, 2014). Su objetivo era constituirse en un aglutinador de demandas de la población rural socialmente vulnerable producto de procesos de descapitalización, descampesinización y de la contracción de los mercados de trabajo locales. Usualmente, se trataba de campesinos semi-proletarizados organizados para interpelar al gobierno provincial y al nacional a través de protestas, notas, reuniones con autoridades, cortes de ruta, movilizaciones y para cuestionar determinadas políticas públicas y el acceso a ellas. La aparición de los Planes Jefas y Jefes¹¹ constituye un primer hito. Pensados como un plan al que accedían individuos en condición de jefas/es de hogar, sin embargo, el movimiento promueve el acceso para la población rural más distante de los centros urbanos. Ante una política que categoriza como sus beneficiarios a individuos, a pesar de la reconocida mediación de organizaciones sociales, genera una mediación colectiva.

Disputar el acceso a políticas públicas implicaba en estos casos discutir sus formatos y normativas, su instrumentalización. Debemos considerar que dicha disputa ocurrió en una

9 El PAIPPA se creó en 1996. Luego se modificó el término de Asistencia por el de Acción. En 2004, se fundó el Instituto Provincial de Acción Integral para el Pequeño Productor Agropecuario (PAIPPA),

10 De esta forma se designan y, en algunos casos, se autoreferencian a los productores que participan de las acciones del PAIPPA.

11 El Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados fue un subsidio establecido a principios del año 2002.

cambiante coyuntura política a nivel nacional entre 1999 y 2003, sin pretender significar con esto que en 2003 se haya estabilizado por completo. Cabe agregar que el acceso a cada una de estas políticas constituye una trinchera influida a distancia por (a) escritorios que a su vez constituyen trincheras para los agentes encargados de su gestión a distintos niveles y que (b) buscan ser articuladas a escenarios locales a través de relaciones cara a cara cotidianas en roles múltiples (familia, organización, partido, esfera doméstica), en el sentido de lo que Abrams (2015) denomina sistema-estado. Así, se instrumentalizaron políticas orientadas a los grupos domésticos familiares mediadas por el movimiento (como el Plan Jefes) y políticas que promovían la organización en grupos (como el PSA). Esas últimas fueron cuestionadas por el formato organizativo que promovían, ya que para acceder a estas había que conformar grupos de hasta cierto número de personas, lo cual restringía el acceso a las organizaciones. Ante este escenario, en la coyuntura mencionada, se reactualizaron y generaron vínculos para generar nuevas meditaciones entre ámbitos locales, trincheras y escritorios. Producto de sucesivas protestas y movilizaciones, de cambios de gestión gubernamental, de aparición de nuevos programas (políticas públicas), se observa una lenta modificación del entramado.

No resulta plausible referirnos a una reorganización completa y general de la política pública, al menos en el caso del objetivo/objeto tematizado como “desarrollo rural”. La ausencia de un Ministerio orientado a tal fin hasta 2009 modulaba un trayecto cansino desde oficinas de las áreas agropecuarias (con un programa desfavorecido en la correlación de fuerzas al interior de dichas áreas) a las dependencias del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (MDS). Cabe agregar que ese tránsito despertaba especulaciones variadas sobre cómo era evaluada y cómo sería tratada la cuestión cuyo tratamiento se intensificó a

partir de 2008 y el conflicto alrededor de la resolución 125¹².

Desde 2003, se registran vínculos de referentes de estas tramas organizacionales con diferentes oficinas públicas. En el territorio particular que analizamos en este apartado, el MDS impulsó la conformación de cooperativas que permitían la implementación de proyectos vinculados a diferentes programas de esa dependencia. Tanto el movimiento como el PSA se valieron de dichos programas para obtener financiamiento mediante instrumentos diferentes. El movimiento gestionó la conformación de cooperativas, mientras que el PSA se valió de sus posibilidades como agencia estatal para implementar proyectos. En este caso, el formato organizativo, que trascendía el de las cooperativas tradicionales, pareció imponerse frente a los reparos del movimiento, acompañado de la llegada de recursos largamente anhelados (maquinarias, herramientas e implementos). La constitución de redes diversas se plasmaba en la instrumentalización de políticas en el territorio.

A partir de 2008 se generarán otros dispositivos como el Registro Nacional de Agricultores Familiares (RENAF)¹³ y el Monotributo

12 En marzo de 2008, durante el primer Gobierno de Cristina Kirchner, el Ministerio de Economía intentó implementar un sistema de retenciones móviles a las exportaciones en un contexto de alza sostenida de los precios de los *commodities* y de la soja en particular. Esta medida apuntaba a capturar parte de las rentas extraordinarias obtenidas por el sector –distribuyéndolas a otras fracciones sociales– y desarrollar una política antiinflacionaria al desacoplar los precios externos de los internos (Armengol, 2015: 4).

13 Este programa tiene como finalidad llevar un registro de la agricultura familiar e inscribir en el régimen de Monotributo Social Agropecuario a los agricultores familiares que

Social Agropecuario (MSA). En el primer caso como producto de disputar el diagnóstico y, por ende, la forma de comprender las problemáticas por parte de referentes de espacios colectivos de los sujetos subalternos en articulación con funcionarios de las áreas correspondientes (de algún modo también marginales). El caso del Monotributo Social también constituyó una herramienta de lectura a la vez que proveía acceso a derechos de salud y previsionales y la posibilidad de realizar operaciones comerciales registradas. Cabe aclarar que el Monotributo Social fue originalmente una iniciativa para trabajadores urbanos, fundamentalmente del sector servicios y, en general, los montos de facturación resultaron bajos para el sector agropecuario, aún para la franja de productores menos capitalizados. Ambos dispositivos no operaban a partir del formato de “proyectos”. Sin embargo, implicaban un proceso de instrumentalización menos inmediato de lo que pudiera parecer, debido a que se trata de dos dispositivos instrumentalizados por los agentes de terreno del PSA, a partir de 2009 denominada Subsecretaría de Agricultura Familiar (SsAF). Esto último marca también la irrupción de la denominación Agricultura Familiar, que ha sido analizada en términos de producción de categorías (Schia-voni, 2010) y referencial de políticas públicas (Gisclard *et al*, 2015), así como en relación a las disputas por el reconocimiento de una trama organizacional diversa (Berger, 2018).

En el caso del PAIPPA, a partir de la campaña 2010/2011, dicho instituto implementó el Plan de Servicios Agrícolas a través de las dependencias municipales con el objetivo de financiar la siembra y cosecha de algodón

con la introducción de semillas genéticamente modificadas y la consiguiente implementación del paquete y las prácticas conocidas con la denominación de surco estrecho. Esta iniciativa estaba orientada al segmento de productores que sembraran hasta tres hectáreas de algodón y era operada a través del agente municipal del área de producción (Giuliano, 2018).

Contemporáneamente, la SsAF continuaba con la promoción de sus líneas de trabajo en las que tomaba más importancia, en línea con la orientación nacional, la promoción de las ferias locales a través de proyectos específicos que financiaban la compra de infraestructura, herramientas e insumos (mesadas, balanzas, gazebos, delantales, etcétera). A su vez, la problemática del agua se iba configurando a través de la conformación de un grupo de agentes de terreno que trabajaba específicamente en esa cuestión haciendo pruebas y ensayos con diferentes tecnologías en tanto el problema del acceso al agua iba ganando espacio en las dependencias a nivel nacional y provincial.

En 2014, el lanzamiento del Cambio Rural 2 (CR 2) y la inclusión de productores en transición, generarían una nueva línea de proyectos –a través del INTA– que sería implementada a través del movimiento y de la trama organizacional a nivel nacional de la que formaba parte desde 2008. Esta iniciativa perdería escaso tiempo, debido a que el cambio de la gestión gubernamental a nivel nacional desplazaría esta línea de acción hacia el MDS mediante la conformación de los Grupos de Abastecimiento Local (GAL) y un proceso de desfinanciamiento de estas iniciativas. Sin embargo, los vínculos desarrollados con las autoridades del INTA durante su etapa como autoridades del Ministerio de Agricultura y esa participación configurada por el movimiento en el CR2 habilitarían la participación en la presentación de proyectos especiales ProHuerta en 2017, un programa que incorporaba el acceso al agua para mejoramiento de la producción y permitía entonces aunar esfuerzos

lo soliciten. Además, busca generar informes, estadísticas y documentos que posibiliten la correcta visibilización del sector y aplicación de políticas destinadas a los agricultores familiares.

en torno a una demanda de referentes de organizaciones que era, a su vez, reconocida como prioritaria por agentes estatales de terreno y por aquellos a cargo de tomar decisiones de gestión.

Así, hasta aquí observamos tres procesos organizacionales en marcha. Uno de ellos asociado al despliegue del PSA, otro al PAIPPA y un tercero al movimiento. Cada uno de estos procesos configura redes de vinculación e implica una instrumentalización de programas y un recorte que hace legible determinada población y la produce como destinatarios de políticas a través de acciones específicas, generando a su vez procesos organizativos en las esferas domésticas, familiares, económicas y políticas para configurar la participación en esas tramas.

Las tramas organizacionales referidas nos permiten reflexionar sobre los vínculos de la población con diferentes órdenes de gobierno y con diferentes instituciones y agencias tanto estatales como no estatales. Dichas tramas disputan la instrumentalización de políticas públicas. Así como en el caso de los agentes territoriales resulta importante señalar que no constituyen un grupo homogéneo en cuanto a prácticas y representaciones, también en el caso de la población hay una prolífica vida colectiva que en muchos casos se expresa como participación en diferentes tramas por parte de sus integrantes, yuxtaponiendo o tensionando sus adscripciones. Ello contribuye al flujo de recursos e información y a una diversificación de dichos flujos. Por otro lado, las formas de leer y clasificar la población destinataria configuran prácticas de promoción de procesos organizacionales específicos que produce a esos grupos como destinatarios, aunque ello no implique que pueda reducir la complejidad propia de la participación en diferentes tramas.

Chaco: La construcción del Impenetrable como territorio por parte de los mediadores

El Impenetrable abarca cerca de 4 millones de hectáreas de bosques nativos de la región chaqueña semiárida, ubicadas principalmente en el noroeste de la provincia del Chaco. Comprende también una porción del este de Salta, el oeste de Formosa y el noreste de Santiago del Estero. Su principal área se ubica en la Provincia de Chaco, cuya superficie es de 100 mil km². Allí conviven diferentes formas y lógicas reproductivas. Por un lado, los indígenas que son cazadores y recolectores y los criollos que se dedican a la crianza del chivo y la ganadería extensiva (Balazote y Radovich, 2004). Estos últimos se caracterizan por un bajo nivel de capitalización, la importancia de la producción para el autoconsumo, la tenencia precaria de la tierra, su dependencia del estado (a través de diferentes tipos de programas y subsidios) y una tendencia al empleo precario y temporal de ciertos miembros del hogar, así como a la migración de otros (Roze, 2007).

Los censos realizados en diferentes zonas del Impenetrable indican que la mayoría de los hogares presentan algún tipo de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), siendo los principales la falta de retrete, agua y las características de la vivienda (Fantin y Meichtry, 2001). En esta área han abundado proyectos de diferente índole y características (salud, artesanías, educación bilingüe, productivos), aunque nos centraremos en aquellos que han buscado promover la regularización dominial de la tierra y la producción de ganado mayor y menor. A partir de la década del '80 (con la intensificación de la tala ilegal de madera y la venta de tierras fiscales por parte del Instituto de Colonización) diferentes agentes de terreno, pertenecientes a la cooperación internacional e iglesias protestantes, comenzaron a reclamar a las autoridades provinciales por los abusos cometidos y concientizaron a la población toba para

que luchara por sus derechos. Esta labor se dio a través de diversas actividades de educación formal (la creación de un centro de educación intercultural bilingüe donde se formaron reconocidas figuras políticas indígenas en el Chaco) y el armado de diversas organizaciones de base en territorio. Estas acciones se verán potenciadas por dos hitos, el descubrimiento de un decreto que el Presidente Alvear otorgó en 1924 a la población toba, que adjudicaba 150 mil hectáreas en el Interfluvio Teuco Bermejito (zona del Impenetrable ubicada entre los ríos Teuco y Bermejito) y la reforma constitucional de 1994 (que implicó el reconocimiento de los pueblos indígenas y su derecho a la tierra, entre otras cosas). No obstante, estos avances para reconocer los derechos jurídicos sobre la tierra de la población indígena atentaban contra la población criolla que residía allí desde hace varias generaciones. El trabajo conjunto realizado entre organizaciones ligadas a la iglesia evangélica y organizaciones de derechos humanos en la Argentina habían logrado presionar al gobierno provincial de Danilo Baroni para que accediera a otorgar un título de propiedad comunitaria indígena en un territorio ocupado por pobladores no indígenas (criollos) y para poderlo otorgar debían ser relocalizados, pues jurídicamente eran considerados "intrusos". Más adelante, la ejecución de un proyecto por parte de una ONG del NEA planteó la importancia de buscar una solución para las familias criollas proponiendo que se realizaran asambleas en los diferentes parajes del territorio para que los pobladores (criollos e indígenas¹⁴) decidieran sobre la permanencia de las familias criollas. Varias de las actas de las asambleas, consultadas en la biblioteca de la ONG, muestran que hubo un consenso mayoritario para que los criollos permanecie-

ran, aunque ello implicara que nunca fueran a tener un título de propiedad. En el año 2000 el gobernador Ángel Rozas aprobó, junto con los dirigentes de las asociaciones comunitarias (toba y criolla), el Proyecto de Desarrollo Integrado Teuco Bermejito (PDITB), un proyecto que, además de la relocalización de la población criolla (en áreas similares a las que tenían), paradójicamente, buscaba fomentar la integración de los pobladores criollos y aborígenes a través de actividades culturales y productivas. Sin embargo, lo que en un principio fue considerado como un "proyecto integrado" del cual formaban parte varias dependencias provinciales del Chaco, entre las principales la Secretaría de Planificación (SPER) y el Instituto de Colonización (IC) se fue desintegrando ante las distintos intereses y objetivos de las agencias estatales a cargo de implementar el proyecto (Ramos, 2012). Se obvió el componente productivo (las capacitaciones que habían solicitado las familias criollas y aborígenes) y se enfocó en la construcción de vivienda, caminos e infraestructura para la relocalización de familias criollas, quedando bajo la conducción del IC y dejando de lado a la SPER, entidad que también había contemplado diversas capacitaciones y talleres para población aborígen y criolla. Los agentes de terreno (de la SPER) se percataron de que varios criollos no tenían conocimiento sobre la situación y habían firmado el convenio de relocalización¹⁵ descono-

14 Es importante aclarar que había una presencia de familias mixtas en el territorio (compuestas por criollos e indígenas).

15 Los Convenios de Relocalización contemplaban la adjudicación en venta de una parcela mensurada por el IC; la construcción de una vivienda rural en el predio adjudicado; la provisión de alambrados perimetrales y de agua potable a través de pozos, represas o perforaciones y el acceso a créditos blandos y recursos tecnológicos para la apertura de áreas cultivables (Convenio de Relocalización anexo Ley 4617). Con excepción de la tierra, el gobierno provincial se comprometió a cubrir el resto de

ciendo sus implicancias y/o presionados por agentes de terreno que promovían el proyecto.

Los cambios anteriores (sobre qué hacer con la población criolla en el territorio) sólo pueden entenderse si vemos a las intervenciones planeadas como un proceso transformativo donde las metas y los intereses de los actores se refuerzan o readaptan (Long, 2007: 148). El proyecto comenzó a gestarse pocos meses antes de que Ángel Rozas buscara reelegirse como gobernador para el periodo 1999-2003, es por ello que Lowi (1972) afirma que las políticas determinan la política, porque de ellas se valen los políticos para su permanencia en el poder. Durante 1995, Rozas había prometido a los aborígenes que les entregaría el título comunitario si votaban por él. El asunto se complejizó porque la relocalización no sólo implicaba el traslado de las familias criollas, sino de sus unidades productivas compuestas por cientos de cabezas de ganado. La ausencia de tierras fiscales obligó al gobierno a relocalizar a las familias criollas en pequeñas parcelas que no eran ecológicamente equivalentes (a las que tenían) y donde carecían de agua para el sustento humano y ganadero.

En 2007, cuando concluyó el proyecto de relocalización se había reubicado sólo el 25% de las familias (62 de un total de 280). En ciertos casos, aunque el gobierno entregó las parcelas de tierra, los criollos no pudieron relocalizarse porque no obtuvieron la ayuda para trasladar a sus animales; y en otros casos, aunque fueron relocalizadas decidieron volver a su lugar de origen por la falta de recursos para criar a sus animales. Al menos hasta 2015, diversos actores –sobre todo las autoridades del Instituto del Aborigen Chaqueño (IDACH)– seguían presionando a Capitanich (hasta entonces gobernador) para que terminara la re-

localización de las familias criollas del área del Interfluvio.

En 2013 este proyecto de relocalización intentó ser replicado en otra zona del Impenetrable conocida como la Reserva Grande, que consta de 300.000 hectáreas al sur del río Bermejito, un codiciado oasis ambiental rico en fauna, flora y biodiversidad, siendo la reserva indígena más grande en toda Latinoamérica (Aranda, 2016). En esta área habitan familias wichís y aproximadamente 220 familias criollas. El gobernador Capitanich había prometido, al igual que Rozas, conceder un título comunitario a los indígenas y relocalizar a las familias criollas además de acciones productivas para apoyar a la población del territorio. En este proyecto participaban agentes estatales que anteriormente habían trabajado en la zona del Interfluvio Teuco Bermejito.

Los dos proyectos parecían de simple ejecución y con indicadores claramente medibles y actividades delimitadas (número de viviendas a construir para la población criolla a ser relocalizada, mensuras a realizar, capacitaciones productivas, etcétera) aunque ambos soslayaban que se ejecutarían en una realidad no programada como el Impenetrable. Un territorio multiétnico, pluricultural y plurilingüe (Balazote, 2002; Balazote y Radovich, 2004) con características físicas agrestes donde varios municipios tienen como principales problemáticas la deficiencia hídrica, el aislamiento geográfico y la limitada disponibilidad de acceso a infraestructura y servicios básicos.

En oposición a un grupo de actores (agentes estatales a nivel provincial, dirigentes del Instituto del Aborigen Chaqueño y consultores de organismos internacionales), que buscaba relocalizar a los criollos de la Reserva Grande para otorgarle las tierras a la Asociación Moco-vís Wichís y Tobas (MOWITOB), se fueron tejiendo tramas organizacionales conformadas por pobladores criollos del lugar y referentes de organizaciones campesinas de segundo nivel de otras provincias del noreste argentino

los ítems. La Ley provincial 4.617 estableció un plazo de cinco años para trasladar a las 280 familias que tenían que relocalizarse.

(NEA). En este caso, sobresalió el liderazgo de Emiliano, un dirigente campesino formoseño que comenzó su trayectoria en el movimiento de Formosa (expuesto en el caso anterior) que tenía experiencia en la lucha por los conflictos de tierra y en la implementación de proyectos de desarrollo rural en diversas instituciones (estatales, religiosas, etcétera). Al conocer las consecuencias sociales y económicas que atravesaron las familias criollas del Teuco Bermejito por el proyecto de relocalización de Rozas (pérdida de sus unidades productivas, incapacidad para seguirse dedicando a la ganadería por la falta de agua, lazos sociales y vecinales que fueron destruidos, inversiones privadas y estatales perdidas), Emiliano intentó difundir una visión de territorio compartido entre aborígenes y criollos, así como mostrar que con organización y trabajo conjunto las personas pueden permanecer en sus tierras y hacerlas productivas. De igual manera, logró fomentar una organización territorial capaz de tener audiencias con los directivos del IC y con el entonces Gobernador del Chaco para frenar la entrega del título comunitario a los aborígenes en pos de salvaguardar los derechos de las familias criollas de la zona de la Reserva Grande, así como potenciar sus actividades productivas a través de proyectos gestionados ante el Ministerio de Agricultura de nación y el INTA. Estos propiciaron la conformación de organizaciones de base donde comenzaron a participar pobladores que se encargaron de ejecutar proyectos orientados a la perforación de pozos de agua y a la instalación de silos, carnicerías y salas de desposte en diferentes áreas del Impenetrable con el objetivo de que los productores cabreros puedan hacer la faena de sus animales para luego comercializarlos.

Lo interesante de las experiencias expuestas es que nos permiten analizar el Impenetrable como un territorio atravesado por proyectos concebidos por actores pertenecientes a diferentes instituciones (iglesias, agencias estatales provinciales, nacionales, organizaciones

de base) con diferentes visiones e intereses que disputan modos de comprender la realidad y modos de hacer o actuar (Bourdieu, 1996; 1999). Esto se vincula con las trayectorias biográficas de los actores y sus experiencias de vida, lo cual los lleva a tener diferentes supuestos sobre la realidad en la que intervienen. Así, discuten sobre las características de la población con la cual trabajan, su grado de vulnerabilidad, los derechos que les corresponden y hasta su identidad. Por ejemplo, aquellos que habían trabajado sólo con población indígena justificaban que ésta era más vulnerable que la población criolla y daban por sentado que les interesaba proteger sus recursos naturales. Para algunos agentes de terreno los criollos no querían relocalizarse porque querían seguir viviendo "una vida fácil y de poco trabajo" (con ello hacían referencia a la ganadería extensiva y al que los criollos no quisieran cosechar pastura). Para otros, los criollos tenían las mismas necesidades de los indígenas, con la diferencia de que los primeros carecían de mediadores territoriales y agencias estatales que velaran por sus intereses. No obstante, a pesar de sus diferentes pertenencias institucionales y trayectorias, los agentes de terreno cumplen un rol fundamental como mediadores culturales (Wolf, 1956) en las intervenciones de gobierno. Es decir, estos proyectos no sólo deben ser puestos en ejecución, sino que requieren que alguien logre traducirlos ante la población destinataria y los haga socialmente significativos. Así, buscan amortiguar y regular las tensiones que surgen entre las comunidades y el gobierno nacional (Wolf, 1956) o provincial. Estas tensiones se observan, en el caso del Impenetrable, en la brecha identificable entre las necesidades y las características de los territorios y los proyectos estatales existentes.

Es por ello que los referentes de organizaciones de base y los agentes de terreno, en tanto mediadores, se preocupan por el modo de vida de la población, buscan entender por qué interceden de cierta manera ante determi-

nadas situaciones y problemáticas, así como sus estrategias de reproducción. Todo esto les demanda a ellos una inversión de tiempo y esfuerzo. Al tratar de comprender esta realidad (la política local, las prácticas de los intendentes, los abusos que sufren las familias del territorio) forman un diagnóstico que tiene como principal propósito anclar estos proyectos en el territorio. Como los mediadores conocen la complejidad de las problemáticas territoriales rara vez se quedan en el rol que se les asigna desde las agencias estatales o las ONG para las cuales trabajan. Así, podemos observar que los referentes y los agentes de terreno no sólo proponen y brindan soluciones productivas (manejo silvopastoril, engorde de ganado), sino también soluciones políticas, burocráticas y jurídicas. Por ejemplo, tanto Emiliano como los agentes de terreno recomendaban “negociar con Capitanich” para el tema tierras. No obstante, también brindaban soluciones burocráticas: efectuar denuncias ante la comisaría, hacer gestiones en el IC, llamar al vacunador del Servicio Nacional de Seguridad y Calidad Agroalimentaria (SENASA). Y también proponían soluciones políticas, manifestarse, reclamar públicamente, etcétera.

Además, los mediadores culturales (sean agentes de terreno o líderes campesinos) se encargan de traducir el lenguaje y los requisitos burocráticos de los proyectos a través del uso de metáforas y el vocabulario sencillo de la gente del campo. Por ejemplo, en las reuniones de las asambleas Emiliano les insistía a las personas que “si se comen la vaca lechera no están haciendo bien los deberes”, dándoles a entender que los recursos debían ser utilizados de acuerdo a los objetivos establecidos por el proyecto. Además, decía, esto es como “cuando te fía el almacenero, si no le pagas ya no te va a fiar más”, explicando que si querían solicitar más fondos debían hacer las rendiciones de cuentas requeridas. A través de estas metáforas, Emiliano, como mediador cultural, no sólo ayuda a transmitir e imaginar una idea

sobre el estado, sino que también coopera con el sistema-estado en la medida que asigna, distribuye y coordina tareas y responsabilidades en torno a los proyectos estatales. Así, dirigentes de organizaciones y agentes de terreno son figuras políticas porque planifican modalidades de hacer política en el territorio. Producen institucionalidades, en el sentido que promueven espacios de participación y acción (Cowan Ros, 2011) que son necesarios para cumplir con las actividades propuestas en los proyectos o para disputar proyectos que son contrarios a sus intereses (como lo es el caso del proyecto de la Reserva Grande). Así, el proyecto no sólo es un instrumento para ejecutar las actividades delineadas por los agentes estatales, sino también para configurar los territorios de acuerdo a nuevas visiones (en el caso de Emiliano la unidad entre criollos e indígenas) y el rescate de las tradiciones, valores e identidad de la población criolla (Barrios, 2005).

Conclusiones

Los tres casos presentados nos muestran que las agencias estatales no poseen necesariamente una coherencia entre sus propósitos y propuestas (representaciones de la idea estado), sea que estén en el mismo nivel de gobierno (como en Chaco el IDACH y el IC), o en diferentes niveles (como en Formosa el PAIPPA, el PSA/SsAF y el mismo INTA). Pueden promover lineamientos o proyectos en pugna tanto en relación a otras agencias como en relación a sectores de la población local. En este sentido, las agencias estatales (el sistema-estado) están permeadas por fuerzas sociales asimétricas, que luchan por la producción y jerarquización de sujetos, problemas, interpretaciones y programas. Según la coyuntura pueden aparecer como un poder homogéneo, aunque difícilmente libre de intersticios, o como brazos ejecutores de intereses contrapuestos en pugna. En esa dirección, en las agencias estatales puede vislumbrarse un dilema permanente para el diseño de política pública que se debate entre

definir determinados segmentos de población como destinatarios o definir como objetivo el desarrollo rural territorial, local o incluso sectorial.

A su vez, los casos evidencian la intrincación entre las representaciones estatales y las prácticas burocráticas y cómo esta dialéctica opera tanto para los pobladores rurales como para los agentes de terreno. Es decir, los imaginarios que estos tengan del estado se ven influenciados por sus experiencias y vivencias en los proyectos de desarrollo, al mismo tiempo que estas condicionan las representaciones que tienen sobre el estado. Así, la promoción de la participación como parte de diversos programas (el PSA, el PDITB o el PJJDDHD) estuvo ligada a la implementación de diversos espacios participativos y formatos organizativos a través de los cuales se coordinaron y consolidaron estos proyectos: la UTR en el caso de Misiones, el movimiento y los beneficiarios de diversos programas en el caso de Formosa y las organizaciones criollas e indígenas en el caso del Chaco.

Dichos procesos organizacionales que hemos caracterizado permiten observar la participación tanto de agentes de terreno adscriptos a diferentes agencias estatales como de tramas colectivas de las poblaciones locales. No se vislumbran tramas necesariamente diferentes, enfrentadas y homogéneas en su interior. Esto resulta claro en el proceso observado en Misiones, aunque aún en los procesos narrados ocurridos en Chaco y Formosa se aprecia que estos procesos son tributarios de entramados que los anteceden. Así, la resistencia a la relocalización, al formato organizacional de los programas al quedar subsumidos en redes partidarias, genera, promueve o actualiza redes de vinculación tanto en los espacios territoriales locales como con las oficinas públicas a nivel provincial y nacional. Participar en un mismo espacio organizativo no implica disolver las diferencias y desigualdades ni la ausencia de conflictos en torno a los objetivos, intereses, motivaciones y

formas de participación. Como encontramos en Misiones, trae aparejada la discusión sobre las formas de participación de los agentes de terreno (como asociados o como asesores externos profesionales partícipes con voz y voto). Tampoco implica la aceptación plena de esos formatos, que está atravesada por intereses no siempre coincidentes y variables en relación a la coyuntura. Al igual que en el primer punto, estas diferencias no se observan necesariamente entre grupos homogéneos, entiéndase agentes de terreno estatales *vis a vis* población local, sino que se registran posiciones divergentes al interior de ambos sectores. Posiciones que se ligan con la forma en que los agentes no estatales y estatales figuran, representan, al estado en los términos de Abrams (2015) y la manera en que operacionalizan estas representaciones contradictorias en sus prácticas rutinarias.

En efecto, la contradicción entre las ideas promovidas por los proyectos y las prácticas burocráticas radica, por un lado, en que se promueve el desarrollo de poblaciones rurales que tienen problemáticas estructurales que no pueden resolverse con proyectos y agencias estatales con ámbitos de aplicación reducida. Por otro lado, en que las prácticas burocráticas implementadas refuerzan la desigualdad entre las estatalidades y la población rural subalterna, ya que los proyectos requieren de insumos tecnológicos y conocimientos especializados que dependen de la presencia permanente de diversos especialistas y agentes de terreno en el campo para lograr su ejecución, jerarquizando los vínculos y las relaciones de dominación entre agentes según sus conocimientos y capitales. A esto se suma que los programas destinados al desarrollo rural y la agricultura familiar pueden ser considerados como programas al margen del estado (Das y Poole, 2008), ya que su presupuesto es mínimo. Destaca también como las diferentes organizaciones (tratadas en los casos) tienen la habilidad de cuestionar, oponerse o resistir los proyectos que quieren ejecutarse en su territorio, así como para me-

diar entre los agentes estatales y las poblaciones rurales. Paradójicamente, ello ocurre gracias al conocimiento que tienen del mundo burocrático y el lenguaje de los proyectos, con lo cual no sólo tienen la capacidad de negociar con agentes estatales y utilizar estrategias similares a los que estos utilizan para promover o resistir proyectos, sino también la capacidad de traducir estos proyectos hacia la población rural subalterna y volverlos operables en el territorio.

Así, la resistencia a determinados formatos organizacionales no impide la aceptación de otros formatos. Ello señala que la resistencia posee motivos no sólo en los formatos sino en los intereses en pugna entre los grupos, lo cual se expresa en situaciones de renuencia a avalar formatos específicos. En efecto, tanto en los casos de Formosa como en el de Chaco, quienes resisten a unos formatos luego avanzan en otros para promover otros proyectos, aunque se considere incluso que esos proyectos no son los más adecuados para resolver los problemas. La adopción de determinados formatos organizacionales no es unívoca y se solapa con diferentes tramas. En los casos que habilitan la formulación y aprobación de proyectos permiten continuar con los procesos y los vínculos tanto a nivel local como en otros niveles. Ello no sólo es una demostración de pragmatismo, sino que en algunos casos puede expresar convicciones, como en el del cooperativismo, que luego pueden ser desmentidas y/o desvalorizadas por la experiencia concreta. En ese sentido, los proyectos generan compromisos y vínculos de interdependencia entre los agentes de terreno, los referentes de organizaciones y la población. En el caso de los agentes de terreno buscan fortalecer sus posiciones, sus políticas, su presupuesto y sus condiciones laborales con el apoyo de las organizaciones. En el caso de los referentes de organizaciones también buscan consolidar su presencia en un territorio, conformar entramados organizacionales que los fortalezcan y seguir vinculados con diver-

sas estatalidades con la finalidad de ser reconocidos como organizaciones de la agricultura familiar, participar en espacios de negociación con autoridades estatales y gestionar diversos recursos.

Referencias bibliográficas

- Abrams, P. (2006). *Notes on the difficulty of studying the state*. En A. Sharma & A. Gupta, *The anthropology of the state* (pp. 112 - 131). London: Blackwell.
- Abrams, P. (2015). *Notas sobre la dificultad de estudiar el estado*. En *Antropología del Estado* (pp. 16-70). México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Aranda, D. (2016). Una reparación que es despojo. *Página 12*, 10 de octubre. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-311419-2016-10-10.html>
- Armengol, G. (2015). El conflicto del campo de 2008: Consolidación del modelo sectorial de agro-negocios y crisis de hegemonía. *Tesis de Licenciatura en Sociología*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Balazote, A. (2002). Reasentamiento forzoso de población y regularización territorial en el Interfluvio Teuco - Bermejito (Provincia de Chaco). *Cuadernos de Antropología Social*. 16, 165-184.
- Balazote, A. y Radovich, J. C. (2004). Multiculturalidad y economía: El caso del interfluvio Teuco-Bermejito. *RUNA*. 24, 103-122. Disponible en: <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/runa/article/view/1266/1222>
- Barrios, G. (2005). *Aborígenes y criollos: Armándose de la identidad necesaria*. En P. Roze y A. R. Pratesi, *Conflictos centrales en la periferia de la globalización* (pp. 243-266). Resistencia: Ediciones Fundación Ideas.
- Berger, M. (2009). *Formas de interacción y participación política en el proceso de organización del Movimiento Campesino de Formosa (MOCAFOR)*. Tesis de Doctorado, Facultado de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.

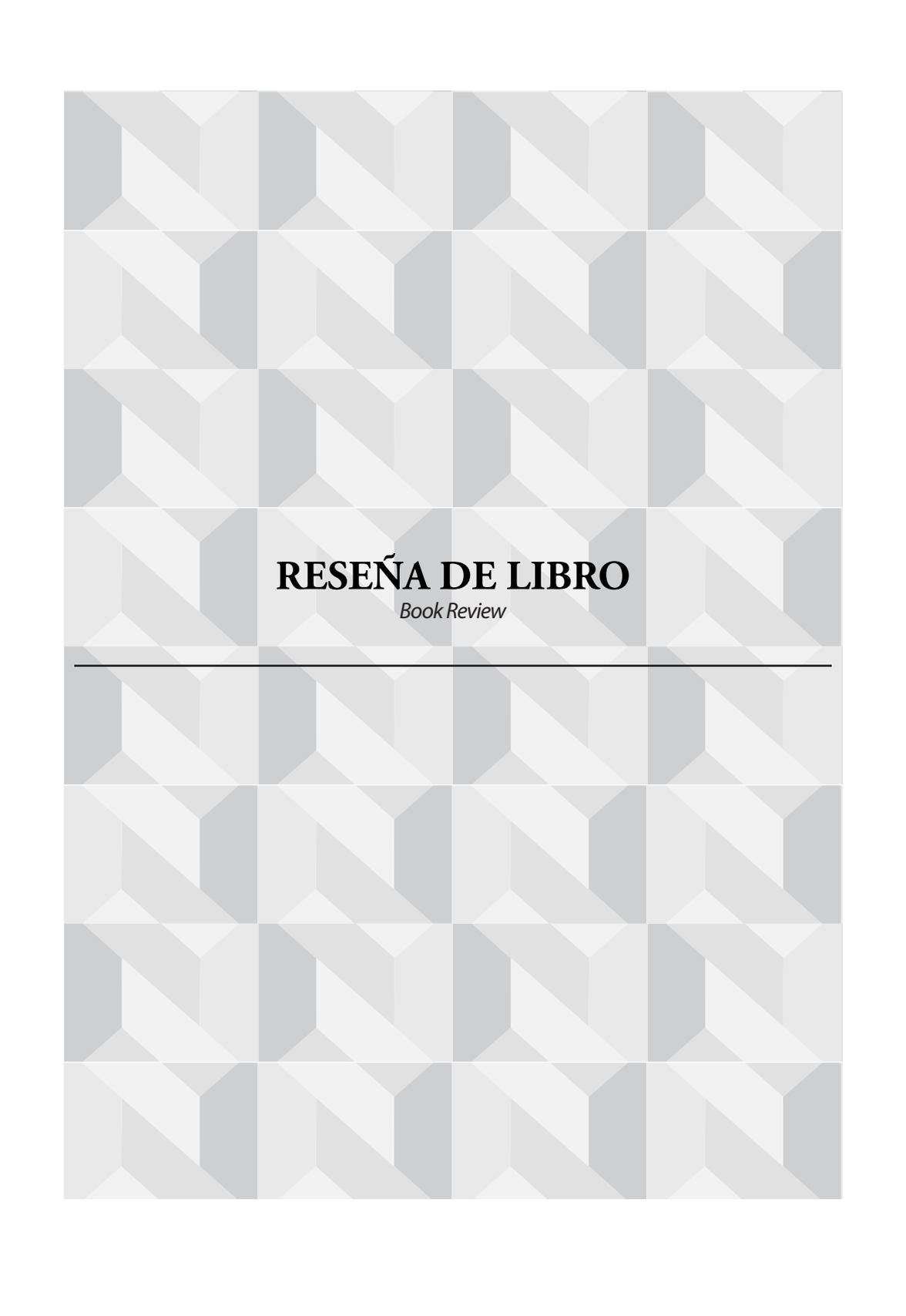
- Berger, M. (2014). Apenas bicicleta teníamos: El proceso de organización del Movimiento Campesino de Formosa (MOCAFOR) en perspectiva histórica. *Cuadernos de Antropología Social*, (40), 127-147.
- Berger, M. (2018). *En busca de reconocimiento: Las organizaciones de la Agricultura Familiar, Campesina e Indígena ante el conflicto por la resolución 125*. En M. Panero (Comp.). *Actores, políticas públicas y conflicto agropecuario: a 10 años de la Resolución 125* (pp. 125-155). Córdoba: Universidad de Villa María.
- Bourdieu, P. (1996). *Espacio social y poder simbólico*. En P. Bourdieu, *Cosas Dichas* (pp. 127-141). Barcelona: Gedisa
- Cowan Ros, C. (2008). *Mediação e conflito: lógicas de articulação entre agentes de promoção social e famílias camponesas, no norte da Província de Jujuy, Argentina*. En D. Pessanha Neves (Org.). *Desenvolvimento social e mediadores políticos* (pp. 99-128). Porto Alegre: UFRGS.
- Cowan Ros, C. (2011). *La política de la (in)moralidad: vivencias, prácticas y relaciones sociales en una comunidad rural*. En B. Nussbaumer & C. Cowan Ros (Eds.), *Mediadores sociales en la producción de prácticas y sentidos de la política pública* (pp. 181-233). Buenos Aires: CICCUS.
- Cowan Ros, C. (2016). Estatalidades, políticas públicas y movimientos sociales en su configuración interdependiente. *Revista Científica Contested Cities - Working Paper Series*.5, 1-42. Disponible en: http://contested-cities.net/working-papers/wp-content/uploads/sites/8/2017/05/WPCC_160007_Estado_final.pdf
- Das, V. & Poole, D. (2008). El estado y sus márgenes. Etnografías comparadas. *Cuadernos De antropología Social*, (27), 19-52. Disponible en: <https://doi.org/10.34096/cas.i27.4328>
- Fantin, M. A. y Meichtry, N. (2001). Demografía de aborígenes y criollos: el Chaco del Teuco- Bermejito. Ponencia presentada en el *Congreso Nacional sobre Problemáticas Sociales Contemporáneas*. Litoral: Universidad Nacional del Litoral, 15 y 16 de agosto.
- Foro Nacional de la Agricultura Familiar (2006). *Nota de presentación y documento elaborado por las organizaciones representativas del sector productor agropecuario familiar*. FONAF, Centro de Congresos y Exposiciones, 3, 4 y 5 de mayo de 2006.
- Garrido, C. y Vidal, M. (2009). Formas de organización y estrategias de comercialización de los pequeños productores rurales del nordeste misionero. *Seminario internacional: La construcción de conocimientos y prácticas sobre la economía social y solidaria en América Latina y Canadá*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Económicas-Universidad de Buenos Aires.
- Gisclard, M., Allaire, G., Cittadini, R. (2015). Proceso de institucionalización de la agricultura familiar y nuevo referencial para el desarrollo rural en Argentina. *Mundo Agrario*. 16 (31), 1-18. Disponible en: <http://www.mundoagrario.unlp.edu.ar/article/view/MAv16n31a03>
- Giuliano, N. (2018). Los cambios a nivel funcional y espacial del Estado y la Estructura Productiva Territorial Formoseña. Análisis del ciclo 1991-2012. *Tesis Doctoral*. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
- Lowi, T. (1972). Four Systems of policy, politics and choice. *Public Administration Review*. Vol. 32, Núm. 4, 298-310.
- Marcos, F. (2019). Políticas estatales para sectores rurales subalternos: un análisis de los cambios y las continuidades en las instituciones a partir de la formulación de tres programas entre los años 1987 y 2013. *Tesis de Maestría*. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Argentina
- Meyer, C. (2013). El proceso de comercialización de alimentos de los pequeños productores familiares. Un estudio de caso en el noreste misionero. *Tesis de Maestría*. Programa PLIDER. Balcarce: Universidad Nacional de Mar

- del Plata - Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria.
- Miles, M., Huberman, M., Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis. A methods source book*. Arizona: Arizona State University - SAGE edition.
- Mitchell, T. (2006). *Society, economy, and the state effect*. En A. Sharma & A. Gupta, *The anthropology of the state* (pp. 169-187). Blackwell: London.
- Müller, P. (2000). *Las políticas públicas*. Bogotá: Universidad del Externado de Colombia.
- Oviedo, A. et al. (2012). Trabajadores y productores de tabaco y yerba mate ante transformaciones económicas y cambios en políticas públicas en Misiones. *V Reunión del Grupo de Estudios Rurales y Desarrollo*. Posadas: Universidad Nacional de Misiones. Disponible en: http://www.academia.edu/4182812/12_OVIEDO_GORTARI_Trabajadores_y_productores_tabaco_yerba_mate_5_GERD
- Pretty, J. (1995). Participatory learning for sustainable agriculture. *World Development*. 8 (23), 1247-1263.
- Ramos Berrondo, J. (2012). La incidencia de los conflictos en el acceso y la gestión de los recursos naturales: el caso de dos proyectos de desarrollo rural implementados en el Interfluvio Teuco-Bermejito en El Impenetrable, Chaco. *Miriada*. 4 (8), 25-55. Disponible en: <http://p3.usal.edu.ar/index.php/miriada/article/view/1413/1795>
- Ramos Berrondo, J. (2018). *Configuración de vínculos y prácticas organizativas en el marco de las políticas de desarrollo rural en la provincia del Chaco*. Tesis Doctoral. Buenos Aires: FLAC-SO Argentina.
- Ringuelet, R. (2010). Los estudios sociales del y para el desarrollo rural. *Mundo Agrario*. 20 (10), 1-14.
- Rodríguez Bilella, P. (2005). *Trayectorias asociativas en el marco de los programas de desarrollo rural: un análisis desde los actores*. En R. Benencia y C. Flood (Comps.). *Trayectorias y contextos. Organizaciones Rurales en la Argentina de los noventa* (pp. 243-270). Buenos Aires: CEDERU-La Colmena.
- Rofman, A. (2007). Participación de la sociedad civil en políticas públicas: una tipología de mecanismos institucionales participativos. *VI Conferencia Regional de ISTR para América Latina y el Caribe*. Salvador de Bahía: ISTR y CIAGS/UFBA,
- Rofman, A., Quintar, A., Marqués, N., y Manzanal, M. (1987). *Políticas estatales y desarrollo regional. La experiencia del gobierno militar en la región NEA (1976-1981)*. Buenos Aires: CEUR.
- Roze, P. (2007). *Lucha de clases en el Chaco contemporáneo*. Resistencia: Ediciones Fundación Ideas.
- Sapkus, S. (2001). Acción colectiva campesina y clientelismo: una experiencia reciente en el nordeste argentino. *Cuadernos de Antropología Social*. Núm. 14, 175-196.
- Schiavoni, G. (2009). Madereros y Agricultores: lógicas económicas e institucionalización de un mercado de tierras (NE de Misiones, Arg.). *VI Jornadas de Investigación y Debate Territorio, Poder e Identidad en el Agro Argentino*. Resistencia: UNNE-CONICET.
- Schiavoni, G. (2010). *Describir y prescribir. La tipificación de la agricultura familiar en la Argentina*. En G. Neiman y M. Manzanal (Eds.). *Las agriculturas familiares del Mercosur. Trayectorias, amenazas y desafíos* (pp. 43-60). Buenos Aires: Ediciones CICCUS.
- Sharma, A. & Gupta, A. (2006). *Introduction: Rethinking Theories of the State in an Age of Globalization*. En A. Sharma & A. Gupta: *The anthropology of the state* (pp. 1-45). Blackwell: London.
- Slutzky, D. (1975). *Diagnóstico de la estructura social de la región NEA. Tenencia y distribución de la tierra*. Buenos Aires: CFI.
- Valenzuela, C. (2006). *Transformaciones agrarias y desarrollo regional en el nordeste argentino: una visión geográfica del siglo XX*. Buenos Aires: La Colmena.

- Wolf, E. (1956). *Aspects of Group relations in a complex society: Mexico*. En T. Shanin, *Peasants and peasant societies* (pp. 50-69). Middlesex: Penguin Books.
- Yanow, D. (2015). *Making sense of policy practices interpretation and meanings*. En F. Fischer, D., Torgerson, A., Durnova & M. Orsini. *Handbook of critical policy studies* (pp. 401-421). Recuperado de: http://www.academia.edu/1878750/Making_sense_of_policy_practices_Interpretation_and_meaning

Para citar este Artículo de investigación:

Ramos Berrondo, J., Berger, M. y García, A. (2020). Instrumentalización de proyectos de desarrollo rural: Experiencias en el nordeste argentino a principios del siglo XXI. *Revista Estado y Políticas Públicas*. Año VIII, Núm. 14, 253-276.



RESEÑA DE LIBRO

Book Review



RESEÑA DE LIBRO

Book Review

TÍTULO

Políticas Públicas y Democracia en Argentina.

Crónicas de un país que no aprende.

Lo Vuolo, Rubén Mario

Ediciones Miño y Dávila, Buenos Aires, 2017.

(1era Edición, 256 páginas. ISBN 978-84-16467-74-7).

Rubén M. Lo Vuolo, Public Policies and democracy in Argentina.

Chronicles of a country that does not learn

Miño y Davila, Buenos Aires, 256 pages.

Por **María Agustina Mahon***

Fecha de Recepción: 01 de febrero de 2020.

Fecha de Aceptación: 21 de marzo de 2020.

Palabras clave: *Políticas Públicas, Democracia, Ingreso Ciudadano.*

Keywords: *Public Politics, Democracy, Citizen Income.*

* Estudiante avanzada de la Carrera de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Correo electrónico: magustinamahon@gmail.com

Como cita la letra del cantautor español Ismael Serrano: "*Cambia lo superficial / cambia también lo profundo / cambia todo en este mundo / pero no cambia (...) / ni el recuerdo ni el dolor de mi pueblo. (...)*"¹. Y es que nuestro país se ve continuamente obsesionado en repetir ciclos políticos que terminan, indefectiblemente, sumergiéndonos en el más profundo de los abismos. Rubén Lo Vuolo en este libro que aquí reseñamos nos invita a reflexionar sobre las oscilaciones de la historia argentina, entre programas económicos de carácter populista y ortodoxo que vienen acechando al país desde décadas pasadas. En el recorrido de su libro, el autor señala los errores que, a su criterio, cometen estas corrientes económicas, y cómo la falta de políticas públicas consensuadas entre todos los actores sociales imposibilitan superar los verdaderos problemas que aquejan al país.

El libro se compone de una serie de artículos que el autor ha ido redactando en orden cronológico en los últimos 25 años. Las dos partes principales que componen el libro tiene sentidos muy marcados: la primera parte que, a su vez, el autor la divide en dos partes, por un lado, abarcan el análisis y la crítica al periodo 1991-2002, donde deja sentada su posición frente a las políticas económicas neoliberales aplicadas tanto por el Menemismo como por el gobierno de la Alianza. Por otra parte, y en el extremo opuesto, hace el mismo recorrido de análisis y crítica al periodo 2003-2015 al que identifica como el periodo de predominio de la corriente expansionista populista, caracterizada por la expansión del gasto público en dirección a los sectores populares, abarcando los tres gobiernos kirchneristas.

En el segundo apartado del libro, el autor ofrece una reflexión sobre los temas explicados a lo largo de su obra y de por qué se produ-

cen, lo que él denomina "los ciclos políticos" al mismo tiempo que hace su propuesta para transformar la estructura económica y social de la argentina.

En el primer apartado, Lo Vuolo hace referencia a la política iniciada por el Menemismo y continuada por el gobierno de la Alianza. Específicamente aborda el denominado Plan de Convertibilidad y todas las dificultades sociales y económicas que esto trajo aparejado para toda la sociedad argentina. Lo cierto es que, para el autor, este camino económico "fue exclusivamente una medida excepcional para un momento excepcional" (2001: 57). Específicamente fue un instrumento para combatir el proceso inflacionario que afectaba al país, pero que, al conseguir estabilizar los niveles de inflación, tanto el Menemismo como la Alianza, y en base a su marcada línea neoliberal, la convirtieron en el programa económico, eje fundamental de ambas gestiones. Esto se hace más visible en el hecho que, las políticas económicas que la complementaron (como la desregulación económica, las privatizaciones de las empresas del Estado, el déficit cero, la apertura económica, entre otros), fueron fundamentales para la consolidación de dicho plan.

La vigencia de la convertibilidad implicó la renuncia al manejo soberano de la política monetaria, de la política fiscal y a la desvalorización del peso argentino en desmedro de la moneda más fuerte: el dólar. La pérdida del valor del peso fue erosionando no sólo la legitimidad de la autoridad política (permitiendo la intromisión del poder económico-financiero local y mundial en la toma de decisiones de políticas públicas) sino, también, el sistema de relaciones sociales que garantizan la integración social.

Para Lo Vuolo, la convertibilidad llevaba implícita una precarización del mercado laboral. Así, con el pretexto de disminuir el alto costo laboral, se promovió la precarización de las condiciones del trabajo de acuerdo con los

1 Ismael Serrano "20 años Hoy es siempre". Canción "Todo cambia". Letra: Mercedes Sosa. Música: Ismael Serrano.

requerimientos del mercado. La presión que se ejerció, producto del alto nivel de desempleo generado a partir de la expulsión de personal de las empresas públicas privatizadas y el deterioro de las economías regionales, condicionó para que las personas que se encontraban ocupadas aceptaran no sólo bajos salarios, sino también la renuncia a los derechos laboral elementales. Este mecanismo perverso que implantó la convertibilidad a través de la división de la fuerza de trabajo presionó para que los que tienen la suerte de trabajar se esfuercen más, trabajen más y acepten peores condiciones de trabajos, trasladando de esta manera el conflicto distributivo hacia el interior de la propia clase trabajadora. Por lo que el viejo apotegma liberal clásico, que el aumento de la productividad trae consigo un aumento de los salarios, no se hizo realidad en este período puesto que la convertibilidad erosionó el mercado laboral

Por otra parte, la opinión del autor respecto al viejo mito del Estado mínimo, fuertemente pregonado durante por toda gestión neoliberal, se lo utilizó para extraer de la sociedad y del poder político fuentes de financiamiento para transferencia de riquezas que consolidan una sociedad desigual en perjuicio de una ciudadanía efectiva y participativa. “De este modo se borra la discusión sobre las modalidades y los límites institucionales del ejercicio del poder: el poder del estado apropiado por intereses particulares y hasta familias” (1999: 45).

Siguiendo con el recorrido del libro, en la segunda parte del primer apartado, *Lo Vuolo*, analiza las políticas aplicadas por los gobiernos tanto de Néstor Kirchner (2003-2008) como el gobierno de Cristina Fernández de Kirchner (2008-2015). En este tema, el autor focaliza su análisis en argumentar que el escenario de posconvertibilidad no rompió con el esquema de la convertibilidad. Las medidas aplicadas en materia económica siguieron los lineamientos de las experiencias pasadas, en cuanto

que cargaron al Estado de los problemas del mercado socializando la deuda de los grandes grupos económicos beneficiando, a través de la devaluación de la moneda local, a los sectores más concentrados en desmedro de los sectores populares que se vieron perjudicados por la pérdida del poder adquisitivo, provocando un crecimiento mayor en los niveles de pobreza. En este sentido, y siguiendo con la línea de la crítica anterior, nos explica que, a partir del 2003 durante el gobierno de Néstor Kirchner, lejos de solucionar los problemas, los profundizó: en particular, la concentración del ingreso. La negociación de la deuda es otro de los puntos de crítica del autor. Se sustenta en el acto de optar por pagar la totalidad de la deuda pública a los organismos internacionales de crédito al tiempo que, a los acreedores privados locales, les reestructuró la deuda reflejando una quita de esta, mediante la emisión de más deuda. El acreedor interno más importante, en este sentido, eran los fondos de jubilaciones y pensiones (AFJP), lo que llevó a perjudicar a los sectores de la tercera edad.

En el área social, *Lo Vuolo* objeta la política asistencialista desplegada por este nuevo gobierno poniendo el acento en la aplicación de políticas focalizadas y no universales siguiendo con la lógica del neoliberalismo como fue el Plan Jefes y Jefas. Estaban dirigidas a un solo sector: los desocupados y trabajadores informales, excluyendo a los trabajadores formales y en relación de dependencia, lo que generó una profundización de la desigualdad. Esto llevó, por otro lado, a fomentar el clientelismo político y a un Estado que avanza en la vida privada de las personas, al exigir que demuestren su forma de vida para poder percibir el beneficio. Pero la objeción del autor no se detiene en este programa en particular, sino que también, pone el foco de atención en las asignaciones familiares que sólo perciben los trabajadores formales. El punto está en que dicho beneficio solamente se percibía por aquellos trabajadores con un mínimo nivel salarial:

provocando que los trabajadores cuyos ingresos se excedían de ese monto requerido por la ley, decidieran optar por percibir una parte "en negro" para no perder la ayuda económica complementaria, provocando que los trabajadores decidieran no luchar por sus derechos como trabajadores y estancar los salarios.

Profundizando la lectura de la obra, el autor seguirá mostrando los defectos de las políticas sociales, llegándole el turno, en este caso, a la *Asignación Universal por Hijo*. La crítica que se propone es la de la falsa idea de universalidad. Lo que lleva a la conclusión que es el mismo programa económico y social aplicado en el pasado.

En el segundo apartado nos va a ofrecer una síntesis de todo lo explicado a lo largo de su obra de por qué se producen esto que él denomina "ciclos políticos" que, a su entender, terminan en crisis profundas. Al mismo tiempo que hará su propuesta para la construcción de un sistema democrático más participativo, más igualitario. El rol del Fondo Monetario Internacional, especialmente en la crisis de la Argentina, y en general en las recientes crisis financieras globales, es uno de los temas que el autor trata en el comienzo de dicho apartado. Con una impecable explicación, *Lo Vuolo* sostiene que el Fondo Monetario Internacional siguió cometiendo los mismos errores fundamentales en cada una de sus intervenciones y que esto es producto de que el Organismo Internacional, nunca tuvo entre sus objetivos trabajar en conjunto políticas con los diferentes gobiernos, para aportar instrumentos que sean capaces de solucionar los problemas estructurales de fondo de la economía real de cada país. Por el contrario, su recurrencia a programas de ajuste estructurales definidos en el Consenso de Washington, favorecen la especulación financiera a través de las altas tasas de interés y el crecimiento del endeudamiento externo. La creencia errónea de que el aumento en la cantidad de dinero circulante por sobre el nivel de reservas provoca el desequili-

brio de las principales cuentas del país, lleva inexorablemente a proponer ajuste fiscal de tipo ortodoxos, afectando no sólo la actividad económica local, sino también aumentando las desigualdades sociales por las políticas de ajuste impuestos por las recetas de estos organismos externos de crédito. Por eso, el autor en oposición al pensamiento de otros actores de la política argentina, se muestra muy escéptico en creer que el Fondo Monetario Internacional puede cambiar su forma de relacionarse con los países periféricos. Simplemente porque es acreedor de nuestro país, y velará sólo porque esos pactos económicos se cumplan en detrimento de las necesidades sociales y económicas de los habitantes del país.

Párrafo aparte merece la posición del autor, respecto del rol que los partidos políticos tienen para la consolidación de una democracia más representativa. Es que, para *Lo Vuolo*, vivimos en un mundo donde se ha ido relegando prácticas democráticas que fortalecían las instituciones y en especial el de los partidos políticos. Actualmente estos últimos están vacíos de todo contenido ideológico y esto es consecuencia de la necesidad de ganar elecciones a cualquier precio funcionando marketinamente. El reclamo se basa en procurar que los partidos políticos vuelvan a ser espacios que sirvan a la construcción de las políticas consensuadas, que vuelvan a representar los intereses de los diferentes actores que lo componen y dejen de ser una mera institución al servicio de los mercados o interesados en representar, solamente, a los más poderosos. Esto es producto, según *Lo Vuolo*, de que los partidos políticos actuales están permanentemente pensando en ganar elecciones, sin importar el costo que asumen para lograrlo. Las plataformas políticas de los mismos se vacían de toda ideología partidaria y son reemplazadas por estudios de mercados y *marketing* que buscan conocer los gustos los clientes (o consumidores) a quienes se pretenden convencer para obtener el voto. Los partidos políticos,

en los últimos años, se han mercantilizado y han olvidado los reclamos de las bases, de sus afiliados. Han subordinado su plataforma política, su ideología a los intereses de los grandes grupos de interés. Ahora no se presentan en las elecciones con programas consensuados para solucionar los problemas estructurales del país sino, por el contrario, buscan ofrecer beneficios e intereses demandados por los grupos concentrados. En este contexto, la democracia representativa se ve amenazada y corre el peligro de desaparecer.

Esta amenaza a la democracia se ve reforzada también por las prácticas clientelares que despliegan los políticos o punteros, al jugar con las necesidades de la población, en un país con alto nivel de pobreza y necesidades básicas insatisfechas. El mecanismo perverso de extorsionar para obtener un voto atenta sobremanera a la democrática. En palabras de Lo Vuolo, estas prácticas “favorece la perduración de poderes hegemónicos vinculados a la práctica de patronazgo territorial” (2015: 245), a su vez, fortalecen el clientelismo político al discriminar en el diseño de políticas públicas a grupos y sectores que no se encuentran en la misma línea ideológica del partido gobernante. Para romper con estos mecanismos antidemocráticos es necesario asegurar la satisfacción de las necesidades materiales básicas de las personas mediante instrumentos de poder que eviten el manejo clientelar por parte de los gobernantes. Por eso para Lo Vuolo, las políticas de asistencialistas personalizada desplegadas por los gobiernos en los últimos 25 años, han limitado el acceso a los beneficios a sectores de la sociedad, creando dependencia y sumisión.

El autor apela a la construcción de un sistema democrático más participativo más igualitario, para ello es necesario terminar con las políticas asistencialistas de carácter individual, focalizadas, en favor de políticas universales e incondicionales en el acceso a un *Ingreso Ciudadano Universal*. El ingreso ciudadano uni-

versal es la propuesta del autor para alcanzar una democracia participativa e igualitaria.

En el libro, *Lo Vuolo* ha dejado sentada su opinión y su crítica a la individualización de la política social aplicadas en los últimos años, que lejos de apuntar a superar la marginación, la pobreza y el estancamiento económicos del país, consolidó un modelo desigual basado en la concentración del ingreso en una cantidad cada vez más pequeña de la población y la profundización los problemas estructurales de la economía.

La política de Ingreso Ciudadano se encamina a reformular la orientación de las políticas sociales actuales: por un lado, para que apunte hacia la universalidad de todas las personas sin discriminación de si trabaja, si es jefe/a de hogar, si tienen o no tienen hijos, si son jubilados o no lo son, etcétera. Es decir, su apuesta principal es que este beneficio pueda alcanzar a todas personas sin importar su situación personal, familiar, etcétera. De esta manera, los beneficiarios puedan mantener su autonomía personal y alcanzar su propio desarrollo. Para financiar a la misma, el autor propone un cambio en la estructura impositiva local, más impuestos progresivos y extender la base imponible de los contribuyentes, es decir, que paguen por todos los bienes que posee la persona y no solamente por su nivel de salario que percibe.

El impacto que la política de Ingreso Ciudadano tendría sobre el mercado laboral sería positiva. En primer lugar, porque al tener un ingreso incondicional garantizado, es decir, por fuera de su relación contractual, no se preocuparía por las oscilaciones del salario, mejorando e incluso en algunos casos no tendrían necesidad de realizar horas extras. Podría además favorecer la disminución horaria de la jornada laboral, permitiendo la contratación de otras personas con necesidad de trabajar. En segundo lugar, los más jóvenes podrían continuar con sus estudios hasta terminarlos contribuyendo, así, a disminuir los elevados ín-

dices de deserción escolar. En tercer lugar, las personas en edad de jubilarse optarían por la jubilación sin preocuparse de que sus ingresos fueran escasos, permitiéndoles tener ingresos merecidos por todos los años de contribución al país. Además, el retiro de estas personas del mercado laboral permitiría la incorporación de nuevos trabajadores al sistema. La propuesta de Ingreso Ciudadano no sería posible aplicarla en un país como la Argentina donde no existen, hasta el momento, las condiciones económicas para hacerlo efectivo. Por eso Lo Vuolo, propone primeramente empezar a través de un Ingreso Ciudadano para la infancia y la vejez.

A modo de conclusión personal, me gustaría destacar la insistencia del autor en dejar atrás los viejos esquemas de gobierno que, sistemáticamente, hicieron caer al país en una seguidilla de crisis políticas y económicas las cuales, indefectiblemente, arrastran dificultades sociales profundas de las cuales es muy difícil salir. Destaco, en este sentido, el aporte del Ingreso Ciudadano. Nos da la pauta que podría ser un buen camino para terminar con el clientelismo político y garantizar una democracia más participativa e igualitaria, al tiempo que fortalece la representación de todos los actores políticos, sociales y económicos, y crea las condiciones para que se desarrolle una democracia real mucho más participativa que no se agote en las urnas. Entiendo el análisis y el camino teórico que el autor quiere dejar reflejado en la obra. Recordamos como un gran fracaso aquellas épocas del Plan de convertibilidad, de la intromisión del Fondo Monetario Internacional en la economía y del desastre social del 2001, producto de todos los desaciertos económicos que bien detalló el autor en la presente obra. Pero creo que, a partir del año 2003, a pesar de aciertos y errores, se logró consolidar un modelo de justicia social, de políticas públicas tendientes a rescatar del naufragio a los sectores más vulnerables que habían sido los más perjudicados en los años

anteriores. Como así también surgieron políticas públicas para las clases medias, como el Plan PROCREAR. Que el gobierno de Néstor Kirchner y de Cristina Fernández no fue imparcial, eso es innegable. Pero opino que esa es la misión de un gobierno Nacional y Popular: velar por los derechos de aquellos que no tienen voz por no tener poder económico más que el de su fuerza de trabajo.

Creo que la crítica que hace sobre los organismos nacionales, como el INDEC, son minucias que no hacen al fondo de la cuestión. Entiendo que el desajuste que se vivió, tanto económico como social y político, a partir del 2001 comparado con aquello que se dejó en el 2015, es una muestra de todo el trabajo social y de políticas públicas que se realizó por aquellos años. Está a la vista que, aquello que Lo Vuolo muestra como distribución equitativa de la riqueza, se dio en el periodo 2003-2015, gracias a los impuestos progresivos: como ganancias, bienes personales y retenciones a las exportaciones. Confío que es una obra que puede ayudar a iluminar aquellas cosas que no queremos repetir, y que este libro da pautas y puntos de partida que podrán servir, bien trabajadas, para el futuro de las nuevas generaciones de la Argentina.

Sobre los Autores

Note on Contributors

MARCO AKERMAN es Profesor Titular en el Departamento de Política, Gestión y Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil. Médico y Especialista en Salud Pública y Medicina Social por la Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil. Especialista en Gestión Hospitalaria para el Sector Público por la Fundação Getúlio Vargas. Máster en Planificación y Financiación del Sector Salud y PhD en Epidemiología y Salud Pública por la Universidad de Londres. Presidente de CEPEDOC Ciudades Saludables, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Presidente de la Asociación de Salud Pública de São Paulo (2006-2007); Vicepresidente regional para América Latina de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación (mandato 2010-2016). Coordinador del GT sobre Promoción de la Salud y Desarrollo Sostenible en ABRASCO (2011-2016). Sus principales temas de investigación son: evaluación de políticas, programas y servicios; determinación social; intersectorialidad; ODS y promoción.

ALCIDES BAZZA es Doctor en Ciencia Política por la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Abogado con Especialización en Derecho de la Empresa por la Universidad Nacional del Litoral (UNL). Abogado por la Universidad Católica de Santa Fe (UCSF). Asimismo, se desempeña como Docente y becario doctoral de la Universidad Nacional del Litoral (UNL). Y es integrante del Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales (IHUCSO) del Litoral.

MATÍAS BERGER es Licenciado en Sociología por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Magíster en Sociología y Ciencias Políticas por la Fa-

cultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Argentina. Doctor por la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (UBA) con mención en Antropología. Investigador Adjunto en el CONICET con sede en el Centro de Estudios e Investigaciones Laborales (CEIL). Entre sus temas de investigación se encuentran las estrategias de acumulación política y legitimación de organizaciones gremiales campesinas y de trabajadores agrícolas.

CLAUDIO A. CASTILLO es Licenciado en Gobierno y Gestión Pública, Administrador Público y Magister en Políticas Públicas por la Universidad de Chile (UChile). Se ha especializado en Políticas Públicas mediante postítulos de la Universidad Católica de Chile y de la Universidad de Chicago. Docente de postítulo y posgrado de la UChile y del Magister de Salud Pública de la Universidad de Santiago de Chile (USACH), siendo parte del equipo del Programa Centro de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la USACH. Ha sido funcionario de los Ministerios de Salud y de Desarrollo Social del Gobierno de Chile y consultor para Servicios de Salud y Hospitales. Actualmente, es Consultor en Políticas Sociales para el Banco Mundial y en Gobernanza de Políticas de Infancia para UNICEF. Es Director de la Fundación Horizonte Ciudadano. Ha sido co-autor de las siguientes publicaciones: *Scaling up an early childhood development programme through a national multisectoral approach to social protection: lessons from Chile Crece Contigo* en British Medical Journal y de la *Nota Metodológica para equipos de salud de atención primaria y maternidad. ¡Las experiencias tempranas importan mucho! Programa de Apoyo al Recién Nacido(a), Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo*.

Sus áreas de interés son las Políticas Públicas de Salud, Políticas Sociales y Políticas Públicas de Niñez e Infancia.

KARINA CIMMINO es Licenciada en Ciencias de la Educación, especialidad en educación para la salud y Magíster en Salud Pública. Integrante del Programa de Ciencias Sociales y Salud de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Argentina, en donde se desempeña como Co-coordinadora del trabajo en Educación Sexual Integral que se desarrolla conjuntamente con UNFPA, LACRO y UNESCO para la Región Latinoamericana: “Diploma Superior Internacional de Educación Sexual Integral (ESI)”, “Comunidad de Prácticas ESI”, “Boletín Digital Regional IntercambiEIS”, “Espacio de formación virtual para el personal del UNFPA en EIS” y “Asistencias técnicas en ESI a distintos países de la Región”. Asimismo, es Consultora independiente en Promoción de la salud en el ámbito educativo y comunitario para distintos organismos internacionales y nacionales. Se desempeña en docencia, investigación, diseño y evaluación de programas en este campo a escala local, nacional e internacional, como así también en el desarrollo de materiales.

TATIANA DE ANDRADE BARBARINI é Professora de graduação da Faculdade Mogiana do Estado de São Paulo - Unimogi, pós-doutora pelo Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, campus Baixada Santista, Brasil, e doutora em Sociologia pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

ARIEL GARCÍA es Doctor en Geografía por la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Magíster en Estudios Sociales Agrarios por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Argentina. Licenciado en Geografía por

la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Reviste como Investigador Adjunto en el Centro de Estudios Urbanos y Regionales (CEUR-CONICET). Actualmente, se desempeña como docente en Economía Política en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA), de Geografía Económica en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (UBA), en el Seminario Cuestión Social y Problemas del desarrollo del Programa Integral y en la Maestría en Economía Solidaria, Escuela de Economía y Negocios de la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM). Asimismo, dicta cursos de posgrado en diversas universidades del país (UNSAM, UNER, UNLaM, FADU-UBA, FCE-UBA, FSOC-UBA, UNaM).

ÁLVARO FRANCO-GIRALDO es Médico colombo-español, salubrista de la Universidad de Antioquia (Medellín), Colombia. Doctor en Salud pública de la Universidad de Alicante España. Especialista en Estado y Políticas Públicas, IIGC / Cataluña-España. Diplomado en Filosofía en el Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia. Especialista en Administración de Hospitales, Instituto Nacional de Salud Pública de México. Diplomado en Seguridad Social en el C.I.E.S.S., México. Actualmente, es Profesor Universitario e Investigador Senior Colciencias en las áreas de Salud Global, Políticas Públicas, Atención primaria en salud, vinculado a la Institución universitaria Visión de las Américas y Profesor de la Universidad CES, en Medellín, Colombia. Ha sido profesor universitario de varias Universidades de América Latina y de España. Fue Decano de la Facultad Nacional de Salud Pública de Colombia durante dos períodos administrativos y Vicerrector General de la Universidad de Antioquia. Fue Profesor Titular de la Universidad de Antioquia durante 30 años. Es Miembro fundador - Junta Directiva Asociación Colombiana de Salud Pública

(ACOSAP). Fue Miembro - Asesor del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de Colombia, en representación de la academia colombiana. Evaluador de la Asociación Universitaria Iberoamericana de Postgrados (AUIP) y Evaluador de postgrados (par académico para alta calidad) del Consejo Nacional de Acreditación (Colombia). Fue Asesor del grupo de población de CELADE - CEPAL, Santiago de Chile, sobre la crisis económica y la salud y Asesor temporero de la Organización Panamericana de la Salud. Fue Miembro fundador del Consorcio Iberoamericano de Centros Formadores de Promoción y Educación en Salud; Miembro del Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS), la Universidad de Alicante, España. Ha publicado más de 100 artículos académicos en revistas nacionales e internacionales (en *British Medical Journal*, *Gaceta Sanitaria de España*, *Revista Panamericana de Salud Pública*, *Cadernos de Saude Publica*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, entre otras), sobre Atención Primaria, Salud Pública, Políticas Públicas, Reforma Sectorial Sanitaria y Salud Global.

CAMILA GONÇALVES DE MARIO é Doutora em Ciências Sociais pelo Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - UNICAMP (2013). Realizou Pós-doutorado junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão de Políticas Públicas da EACH - USP (2014). Atualmente é Professora do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política do Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro - IUPERJ - UCAM (RJ). É Pesquisadora colaboradora do Núcleo Estudos em Políticas Públicas - NEPPs da UNESP/FRANCA (SP), e realiza pesquisa de pós-doutoramento no Centro Núcleo Milenio Autoridad y Asimetrías de Poder - NUMAAP - USACH/UDP - Santiago - Chile.

MARÍA BELÉN HERRERO es Licenciada en Sociología y Doctora en Ciencia Sociales

por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Se ha especializado en Epidemiología en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Es Investigadora principal en el Área de Relaciones Internacionales de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Argentina e Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Ha sido coordinadora del Grupo de Trabajo Regional: "Salud Internacional y Soberanía sanitaria" del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Coordinadora y docente (2019-2020) del Diplomado de Cooperación Sur-Sur del Programa Iberoamericano para el Fortalecimiento de la Cooperación Sur-Sur (PIFCSS). Docente y tutora en la Maestría de Relaciones Internacionales de FLACSO, en el doctorado de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA y en otras instancias de formación a nivel regional. Participa en diversos proyectos de investigación en el Instituto "Gino Germani" (IIGG) de la UBA, en el Centro de Investigación y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS) y en la Universidad Nacional del Litoral (UNL). Fue seleccionada en representación de la Argentina para el Programa de Líderes en Salud Internacional de la Organización Panamericana de la Salud. Ha sido investigadora en CEDES, consultora en la Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación y docente en Salud Pública en la UBA. Realizó parte de su investigación doctoral en el Departamento de Epidemiología del Instituto de Medicina Social de la Universidad Estatal de Río de Janeiro (IMS - UERJ), Brasil. Sus publicaciones incluyen artículos en revistas nacionales e internacionales, capítulos de libros, libros, documentos técnicos y notas de opinión y trabajos científicos presentados en Congresos y otros eventos técnico-científicos. Sus principales áreas de investigación: Salud Internacional, Cooperación internacional, Determinantes

sociales de la salud, Epidemiología Social y Políticas Públicas en salud.

PATRÍCIA IACABO es Master en Ciencias por la Universidad Federal de São Paulo (Unifesp), Brasil. Especialista en oncología pediátrica (modalidad de residencia multiprofesional) y graduada en nutrición por la misma institución. Actualmente, es consultora para proyectos sociales y programas de salud en PACTO organizações regenerativas. Trabajó como consultora externa en Move Social con proyectos en el área de educación y como investigadora en el Laboratório de Avaliação de Programas e Serviços de Saúde en la Unifesp. Se desempeñó en la coordinación temática del Curso de Especialización en Apoyo a la Salud de la Familia (modalidad de educación a distancia), ofrecido por UnA-SUS/Unifesp y fue tutora en el Curso Avanzado de Evaluación de Políticas, Programas y Servicios (modalidad de educación a distancia). Trabajó como nutricionista clínica en el Grupo CENE y en el Hospital Sírio-Libanês.

JORGELINA LOZA es Licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires (UBA), donde se especializó en Sociología de la Cultura. Es Magister en Sociología de la Cultura y Análisis Cultural por la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM) y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Es Investigadora Asistente del CONICET con sede de trabajo en el Instituto de Investigaciones “Gino Germani” de la UBA. Es docente en UBA, NYU Buenos Aires y FLACSO Argentina. Participa en proyectos y equipos de investigación en FLACSO Argentina y en la UBA. Investiga sobre identidades nacionales, identidad latinoamericana y experiencias de acción colectiva transnacionales. Ha trabajado con organizaciones sociales de la Argentina, Uruguay y México. En los últimos años, ha orientado su trabajo de investigación hacia la transnacionalización

de los movimientos de mujeres y los reclamos regionales por derechos reproductivos y de identidad sexual. Ha publicado artículos académicos sobre ideas de nación e ideas de región, acción colectiva, identidades nacionales y feminismo.

DANIEL MACEIRA es Ph.D. en Economía por la Boston University, especializado en economía de la salud y en organización industrial. Es Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Investigador Independiente de la Carrera de Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y Profesor Titular de la Cátedra de Organización Industrial en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Asimismo, participa como docente de la Maestría en Políticas Públicas de la Universidad Torcuato Di Tella, de la Maestría en Gestión de Políticas Públicas de FLACSO Argentina y en programas de posgrado en varias universidades provinciales en la Argentina. Ha colaborado con una amplia gama de organizaciones, entre ellas el Centro Internacional para el Desarrollo de la Investigación (IDRC) de Canadá; UNICEF; la Gates Foundation; la Organización Mundial de la Salud (OMS); la Organización Panamericana de la Salud (OPS); el Banco Interamericano de Desarrollo (BID); el Banco Mundial; la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); la Agencia Estadounidense para el Desarrollo (USAID); la Fundación Interamericana (IAF); el Global Development Network; el Fondo Global para el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis; Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI Alliance), entre otras. Cuenta con numerosas publicaciones en revistas especializadas nacionales e internacionales y ha tenido una extensa participación en numerosos proyectos de investigación y en programas de asis-

tencia técnica en varios países en desarrollo, especialmente en América Latina y en el Caribe. Desde 2016, es Miembro del Executive Board de Health Systems Global, la sociedad internacional en sistemas y servicios de salud, de la cual es parte del Executive Board, Tesorero y detenta la Silla de las Américas hasta octubre del 2024.

MARIA AGUSTINA MAHÓN es estudiante avanzada de la carrera de Ciencia Política en la Universidad de Buenos Aires (UBA). Participó en cursos de la misma casa de estudio sobre Campañas Electorales y *Marketing* Político: Estrategias para su diseño y Análisis. Es miembro del grupo Investigación: “GICP: Nuevas prácticas, viejas normas: Paridad de género y violencia política en América Latina” impulsado por la Profesora Nélide Archenti y Laura Albaine de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Sus principales campos de investigación son las políticas género y las relaciones entre el Estado y las organizaciones de la sociedad. Es autora del *paper* académico: *El ascenso de lo popular: El populismo y el fortalecimiento de los canales de representación popular en Argentina durante el Kirchnerismo (2005-2010)*. Actualmente, trabaja independientemente en un ensayo sobre la participación en la actividad política de las mujeres durante el peronismo, impulsadas por la figura de Eva Perón y su influencia en los movimientos de los colectivos feministas en la actualidad y la nueva ley de paridad de género.

RAÚL MERCER es Médico Pediatra. Magister en Epidemiología por la Universidad de Madison (WI), Estados Unidos. Especialista en Salud Pública. Coordinador del Programa de Ciencias Sociales y Salud del Área de Salud y Desarrollo Humano en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Argentina. Desarrolla actividades de docencia, investigación y cooperación en temas relacionados con el enfoque de curso de vida, la salud

y desarrollo infantil y de la mujer, promoción de los derechos y la equidad de género en los sistemas y servicios de salud. Desarrolla el Proyecto: *Té Escucho* de FLACSO-UNICEF, desarrollo de sistemas de monitoreo y evaluación de Centros de Desarrollo Infantil (SIME-CDI) a escala Nacional (FLACSO-UNICEF) y es miembro de la Comisión LANCET-OMS-UNICEF: ¿Un futuro para los niños en todo el mundo? (Lancet, 2020).

HELIA MOLINA MILMAN es Médica Cirujano. Especialista en Salud Pública. Magister de Salud Pública, Mención Epidemiología por la Universidad de Chile, Certificada en epidemiología para Gestores de Salud por la Universidad de John Hopkins, Estados Unidos. Postítulo en evaluación de Programas Comunitarios de Salud por la Universidad de Western Michigan, Estados Unidos. Presidenta de la Sociedad de Pediatra de Chile. Directora de la Sociedad Chilena de Epidemiología. Ha sido académica de la Pontificia Universidad Católica de Chile desde 1979 a 2014. Desde 2015 a la actualidad, se desempeña como Académica Profesora Titular de Salud Pública en la Universidad de Santiago de Chile. Actualmente, es Decana de la Facultad de Ciencias Médicas de la USACH. Entre 1991 y 1997 ha sido la Directora de Atención Primaria SSMO en el Ministerio de Salud. Como pediatra trabajó desde 1973 a 1990 en el Hospital Sótero del Río. Entre 2000 y 2004 ha sido Asesora Regional de Salud Infantil y Desarrollo Infantil en OPS/OMS Washington D.C., Estados Unidos. Desde 2006 a 2010, se desempeñó como Directora de División de Políticas Públicas y Promoción de la Salud. En 2006, formó parte del Consejo de Infancia de la Presidenta Michelle Bachelet y, a partir de 2007, ha sido Secretaria Ejecutiva Nacional de la Política de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo en el MINSAL. En 2014, ha sido nombrada Ministra de Salud en el segundo Gobierno de Michelle Bachelet. Es

miembro del BOARD del Partnership Mundial por la salud y desarrollo de las mujeres, los niños, niñas y adolescentes de la OMS, Ginebra. Dentro de sus numerosas publicaciones, se destacan los capítulos de promoción de salud y desarrollo en el libro: *Pediatría de Meneghelo, Scaling up an early childhood development programme through a national multisectoral approach to social protection, lessons from Chile Crece Contigo en British Medical Journal* (noviembre de 2019). Asimismo, es co-autora del capítulo sobre desarrollo infantil en el *Texto Salud en Todas las políticas* editado en Finlandia, del capítulo sobre desarrollo infantil temprano en el libro de la Academia Americana de Pediatría Global Child Health Advocacy, editora y autora de varios artículos de infancia en *Revista Chilena de Pediatría* y muchas publicaciones técnicas de OPS, entre otras publicaciones nacionales e internacionales.

CARLOTA RAMÍREZ es Licenciada en Psicología, diplomada en género y políticas públicas. Cuenta con amplia experiencia en el desarrollo, implementación y evaluación de programas de salud sexual, salud reproductiva. Ha sido consultora del Área de Género, sociedad y Políticas de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Argentina, OPS, UNICEF, Banco Mundial y otras organizaciones de la sociedad civil. Fue Investigadora senior asociada en New England Research Institute y docente de las Universidades de Buenos Aires (UBA), La Plata (UNLP) y Lomas de Zamora (UNLZ). Ha sido miembro fundador del Movimiento Solidario de Salud Mental, equipo asistencial de la Comisión de Familiares de Presos y Detenidos por razones Políticas. Actualmente, integra el equipo docente del Programa de Ciencias Sociales y Salud, Área de Desarrollo Humano y Salud de FLACSO Argentina. Miembro de la Fundación Soberanía Sanitaria. Desde diciembre de 2019, coordina la Dirección de Salud Sexual

y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

JIMENA RAMOS BERRONDO es Doctora en Ciencias Sociales por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Argentina. Realizó la Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales (FLACSO) Argentina y la Licenciatura en Ciencias Políticas y Administración Pública en la Universidad Iberoamericana de México. Diseñó y ejecutó programas para el fortalecimiento institucional de la gestión pública en América Latina (OEA); para el desarrollo local de comunidades rurales (UNAM) y la participación de organizaciones de la sociedad civil en organismos internacionales (BID). Además, participó de investigaciones vinculadas al desarrollo rural y a la participación ciudadana. Asimismo, se desempeña como profesora en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad del Salvador (USAL).

VERÓNICA SOTO PIMENTEL es Magister en Políticas Públicas para el Desarrollo con Inclusión Social por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Argentina. Socióloga y Licenciada en filosofía por la Universidad Católica de Chile. Actualmente, cursa el Doctorado en Ciencias Sociales en la Universidad de Buenos Aires (UBA). Es investigadora del Área Estado y Políticas Públicas de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Argentina. Becaria doctoral de CONICET. Sus áreas de investigaciones son las reformas previsionales neoliberales, los movimientos sociales y el pensamiento crítico latinoamericano, en particular la perspectiva decolonial.

MARÍA CRISTINA TROUSDELL FRANCESCHINI es Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad de São Paulo (USP), Brasil. Directora Ejecutiva del Centro de Estudios, Investigación y Documentación

en Ciudades Saludables (CEPEDOC-Ciudades Saludables), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Colabora en distintos proyectos de investigación, intervención y formación en temas relacionados con la promoción de la salud y de las políticas públicas. Es Magister en Ciencias de la Salud por la Universidad Johns Hopkins, Estados Unidos. Licenciada en Antropología por la Universidad de Maryland, Estados Unidos. Actualmente, se desempeña como investigadora en el proyecto: *“La percepción de los jóvenes y de los profesionales de salud sobre el acceso a los servicios de prevención al VIH/SIDA”*, realizado por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil y el CEPEDOC. Anteriormente, fue consultora en la Organización Panamericana de la Salud y del Banco Mundial.

LUCIANA WECHSELBLATT es abogada por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Magíster en Derecho Internacional, con orientación en derechos humanos y protección de grupos vulnerables por del Instituto de Altos Estudios Internacionales y de Desarrollo de Ginebra, Suiza. Ha trabajado en diversas organizaciones de la sociedad civil en la Argentina y en Suiza, así como también en el sector privado, público y en organismos de las Naciones Unidas (ACNUR). Sus áreas de especialización son derechos de las mujeres y derechos de personas refugiadas y migrantes. Asimismo, tuvo la oportunidad de conocer de cerca el sistema universal de protección de derechos humanos a través de los Comités de tratados, que sesionan en Suiza y que realizan exámenes periódicos a los Estados que han ratificado los instrumentos internacionales correspondientes. Desde el punto de vista académico, ha contribuido en diversos proyectos de investigación, ha realizado un intercambio internacional a la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica, por medio de una beca completa provista por la Facultad de Derecho de la

UBA. Se ha desempeñado como ayudante de cátedra en la en la misma casa de estudios, en una asignatura perteneciente al departamento de Derecho Público.

Convocatoria

DECIMOQUINTO NÚMERO

Dossier Agendas de Políticas de Vivienda e Infraestructura en América Latina.

Coordinador: Alfredo M. Garay.

El propósito principal de esta convocatoria es analizar las políticas de vivienda e infraestructuras que se vienen realizando en América Latina, su correspondencia con una agenda de necesidades y prioridades, los problemas encontrados, identificar la existencia de líneas comunes y de prácticas naturalizadas que se presentan en los diferentes casos. Se busca que los artículos de investigación caractericen las políticas nacionales, destacando las experiencias que pueden dar cuenta de buenas prácticas, líneas innovadoras, aciertos en la manera de ser concebidas e implementadas.

Tratando de encontrar las razones que definen estas coincidencias o diferencias, proponemos que las contribuciones consideren los siguientes temas que se presentan como los problemas principales detectados en el diseño de las políticas que se implementan:

1. Diagnóstico equivocado respecto del problema habitacional y el comportamiento del mercado de suelo. Interesa evaluar si las políticas ponen el eje en construir viviendas nuevas o en mejorar el parque de viviendas precarias (deficitarias) existentes. ¿Cuál es la manera de manejar la información y de establecer la relación ente datos y diseño de políticas? En este punto, interesa conocer cuál es la política para afectar u obtener suelo que de respuesta al problema.
2. Equivocar el análisis de su incidencia sobre el desarrollo económico y el empleo. Generalmente se argumenta la producción de vivienda como reactivador de la economía y generación de empleo, interesa saber cuál es su incidencia en el caso que se analiza.
3. No se cuenta con una buena caracterización del sector de la construcción, dando cuenta del nivel de concentración, posiciones dominantes, papel de las cámaras empresarias - lobbies- producción de materias primas, tamaño de las empresas, tecnología elegida, considerando que, en líneas generales, las políticas se ponen en línea con este sistema de intereses. Interesa también identificar la existencia de otras formas de producción (como cooperativas, autoconstructores, empresas sociales) y las políticas dirigidas a promoverlas.
4. No queda garantizada la provisión de infraestructuras, equipamientos y servicios (coordinación) de manera de producir barrios sustentables y correctamente urbanizados. Se plantea aquí el desarrollo de las grandes obras públicas (redes de infraestructura, vialidad, transporte) de equipamientos sociales y de tratamiento del espacio público.

5. Inadecuada inserción de las intervenciones en la estructura de las ciudades. En algunos casos, se producen islas de urbanización en ámbitos rurales. En otros casos, se consolidan guetos insertos en tramas densas (por tener muy alta densidad o concentración de población un mismo perfil social). Los proyectos urbanos pueden producir cambios (positivos o negativos) sobre los barrios de alrededor (por ejemplo, en zonas históricas).
6. No poner en marcha mecanismos para garantizar la realización de buenos proyectos. Interesa identificar cómo son los mecanismos para concebir los proyectos (concursos, cooperación, aporte de universidades, ONGs, participación de los habitantes, entre otros).
7. Falta de Planificación, implementación centralizada y Estado poco presente. Interesa conocer la relación con las oficinas de planificación, las estructuras nacionales (fondos, bancos, unidades ejecutoras), los gobiernos municipales y las organizaciones sociales. En otros casos, los bancos y las constructoras asumen un papel dominante.
8. No se diversifican programas y mecanismos de adjudicación poco transparentes. Son raros los casos donde se verifica la apertura de un menú de programas, adecuados para atender problemáticas específicas (i.e. vivienda nueva, financiamiento al comprador, rehabilitación, tercera edad, mejoramiento de barrios, etcétera). También interesa analizar las formas de adjudicación (tecnocráticas, clientelares, participativas).
9. Dificultad para garantizar el seguimiento del programa después de haber adjudicado las viviendas. Suele abandonar la política con el acto de inauguración. Interesa comentar los casos donde hay un seguimiento en la consolidación de los nuevos barrios.

Fecha límite para enviar los Artículos de investigación: 01 de junio de 2020.

Para enviar las contribuciones:

revistaeypp@flacso.org.ar

Para más información, véase:

Revista Estado y Políticas Públicas - FLACSO Argentina

www.revistaeypp.flacso.org.ar



Revista Estado y Políticas Públicas

La *Revista Estado y Políticas Públicas* es una publicación de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede académica Argentina abocada al análisis del Estado y de las Políticas Públicas. Se propone aportar a la labor de intercambio y difusión de la producción científica, publicando artículos sujetos a las condiciones de referato doble ciego y que comprenden distintas modalidades: artículos de investigación focalizados en temáticas específicas de la Ciencia Política, de la Administración Pública, como así también artículos que hacen hincapié en paradigmas teóricos y contribuciones que expliciten avances de investigaciones y reseñas críticas. La *Revista Estado y Políticas Públicas* se encuentra indizada y catalogada en **Latindex con el nivel 1** (nivel superior de excelencia), **REDIB**, **Biblioteca de Ciencias Sociales “Enzo Faletto”**, **CLASE México**, **Repositorio FLACSOAndes**, **MIAR (Matriz de Información para el Análisis de Revistas)**, **ERIH PLUS**, **BDU**, **BDU2** y **Malena**. Asimismo, el Área Estado y Políticas Públicas y la Biblioteca “Enzo Faletto” de FLACSO Argentina, han sido creadores de la **Red Latinoamericana de Revistas Académicas de Ciencias Sociales y Humanidades (LatinREV)**.



ISSN (versión electrónica): 2310-550X | ISSN (versión impresa): 2413-8274

Revista Estado y Políticas Públicas
Núm. 1, Año I,
octubre de 2013.



Revista Estado y Políticas Públicas
Núm. 2, Año II,
mayo de 2014.



Revista Estado y Políticas Públicas
Núm. 3, Año II,
octubre de 2014.



Revista Estado y Políticas Públicas
Núm. 4, Año III,
mayo de 2015.



Revista Estado y Políticas Públicas
Núm. 5, Año III,
octubre de 2015.



Revista Estado y Políticas Públicas
Núm. 6, Año IV,
mayo de 2016.



Revista Estado y Políticas Públicas
Núm. 7, Año IV,
octubre de 2016.



Revista Estado y Políticas Públicas
Núm. 8, Año V,
mayo de 2017.



Revista Estado y Políticas Públicas
Núm. 9, Año V,
octubre de 2017.



Revista Estado y Políticas Públicas
Núm. 10, Año VI,
mayo de 2018.



Revista Estado y Políticas Públicas
Núm. 11, Año VI,
octubre de 2018.



Revista Estado y Políticas Públicas
Núm. 12, Año VII,
mayo de 2019.



Revista Estado y Políticas Públicas
Núm. 13, Año VII,
octubre de 2019.



Revista Estado y Políticas Públicas
Núm. 14, Año VIII,
mayo de 2020.



CONTACTO PRINCIPAL

Revista Estado y Políticas Públicas - FLACSO Argentina
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales –
FLACSO Argentina.

Área Estado y Políticas Públicas

Daniel García Delgado (Dir.) - Cristina Ruiz del
Ferrier (Ed.).

Dirección: Oficina del 2do piso – Tucumán 1966 – CP:

C1050AAN – Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Teléfono: (54) (11) 5238-9361.

Correo electrónico: revistaeypp@flacso.org.ar

Página WEB: <http://politicaspublicas.flacso.org.ar/>





FLACSO
ARGENTINA

FLACSO ARGENTINA

Área Estado y Políticas Públicas

Programa Gestión del Conocimiento

Facultad
Latinoamericana de
Ciencias Sociales.
Sede Argentina.
Área Estado y
Políticas Públicas.

Presentación

El Programa Gestión del Conocimiento pertenece al Área Estado y Políticas Públicas de FLACSO sede Académica Argentina, bajo la dirección de Daniel García Delgado. El objetivo principal del Programa es difundir la producción académica que se produce desde el Área (libros, tesis de posgrado, artículos de investigación, monografías, publicaciones, documentos de trabajo, entrevistas, entre otros) sobre el rol del Estado en sus diversos niveles de gobierno y dependencias y sobre las Políticas Públicas de la Argentina y de América Latina. La asesoría y la capacitación en los distintos temas y en las diversas problemáticas que se vinculan al Programa Gestión del Conocimiento resultan un insumo fundamental tanto para la investigación como para el diseño de políticas públicas. Asimismo, a partir de la producción de conocimientos se establecen redes de difusión y cooperación regional entre las distintas organizaciones sociales y estatales abocadas al estudio, la investigación y el diseño de políticas públicas. El Programa consolida redes institucionales, universitarias, de posgrado, estatales y científicas tanto a nivel nacional como regional.

DOCUMENTOS DE TRABAJO

Documento de Trabajo Núm. I



Evaluando "en clave pública"
una metodología e instrumentos
para la medición de la capacidad estatal

Documentos de Trabajo N° 1

BERNAZZA, Claudia
COMOTTO, Sabrina
LONGO, Gustavo
Mayo de 2015

Documento de Trabajo Núm. II



Estado y Desarrollo Inclusivo en la Multipolaridad

GARCÍA DELGADO, Daniel
RUIZ DEL FERRIER, Cristina
(Compiladores).
Octubre de 2015

Documento de Trabajo Núm. III



El sistema de Protección Social en la Argentina y en América Latina Contemporánea. El rol del Estado frente a la cuestión social.

RUIZ DEL FERRIER, Cristina
TIRENNI, Jorge
(Compiladores).
Mayo de 2016

Documento de Trabajo Núm. IV



¿Fin de ciclo o paréntesis en la Región? Balance de la última década y reflexiones sobre el nuevo escenario para el MERCOSUR

RACOVSKCHIK, Ma. Alejandra
RAIMUNDI, Carlos
(Compiladores).
Octubre de 2016

Documento de Trabajo Núm. V



El neoliberalismo tardío. Teoría y Praxis

GARCÍA DELGADO, Daniel
GRADIN, Agustina
(Compiladores).
Junio de 2017

OTRAS EDICIONES



CONTROL DE POLÍTICAS PÚBLICAS
La cuestión de la transparencia y la transparencia en cuestión

RUIZ DEL FERRIER, Cristina
(Compiladora).
Julio de 2017



ELITES Y CAPTURA DEL ESTADO
Control y regulación en el neoliberalismo tardío

GARCÍA DELGADO, Daniel, RUIZ DEL FERRIER, Cristina y DE ANCHORENA, Beatriz (Compiladores).
Octubre de 2018



EN TORNO AL RUMBO
Pensamiento estratégico en un tiempo de oportunidad

GARCÍA DELGADO, Daniel, RUIZ DEL FERRIER, Cristina
(Compiladores).
Octubre de 2019

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales –FLACSO– Argentina
Lius Alberto Quevedo (Director).
Área Estado y Políticas Públicas
Daniel García Delgado (Director).
Programa Gestión del Conocimiento.
Cristina Ruiz del Ferrier (Directora).

CONTACTO PRINCIPAL
Área Estado y Políticas Públicas
Dirección: Oficina del 2do piso – Tucumán 1966 – CP: C1050AAN – Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Página WEB: <http://politicaspublicas.flacso.org.ar/>
Teléfono: (54) (11) 5238-9361.
Correo electrónico: gestionconocimiento@flacso.org.ar

TE CUIDAMOS A VOS

NOS CUIDAMOS ENTRE TODOS



Te recordamos que podés realizar todas tus operaciones con nuestros medios automáticos.



Credicoop Móvil.

Todas las operaciones desde tus dispositivos móviles.



Banca Internet.

Activá tu clave y realizá todas las operaciones que necesites sin moverte de tu casa.



Si necesitás efectivo.

Utilizá la red de Cajeros Automáticos o retirá dinero con tus compras en locales adheridos a Más Efectivo Cabal.



Reducí el uso de efectivo o papel.

Realizá tus compras con tus Tarjetas Credicoop.

#yomequedoencasa



Cartera comercial y de consumo. Consultá locales adheridos para el servicio Más efectivo Cabal en www.cabal.coop. Más información en www.bancocredicoop.coop.



Normas de Publicación

Author Guidelines

Criterios generales

La *Revista Estado y Políticas Públicas* cuenta con tres secciones abiertas a contribuciones, indexadas y evaluadas “por pares”. Una sección con una convocatoria especialmente dedicada a la recepción de contribuciones para el *dossier* de cada número. La temática del *dossier* es diferente en cada edición y se anticipa en el número anterior. Las fechas-límite de recepción de las contribuciones que se postulan para el *dossier* son:

-**Para el número de mayo:** 01 de febrero.

-**Para el número de octubre:** 01 de junio.

Asimismo, la *Revista Estado y Políticas Públicas* ofrece una convocatoria permanente para la recepción de contribuciones para la sección *Artículos de investigación* cuyas temáticas son amplias, heterogéneas y plurales. Esta convocatoria no cuenta con una fecha límite de recepción de las contribuciones, sino que permanece abierta durante todo el año.

Finalmente, la *Revista Estado y Políticas Públicas* también cuenta con una sección dedicada a la difusión de las Reseñas de libros de reciente publicación.

En suma, las posibles contribuciones se pueden dirigir a:

- El *dossier*.
- La sección Artículos de investigación.
- La sección de Reseñas de libros.

Estas secciones se guían por los siguientes criterios generales

- **Originalidad:** La contribución que se proponga para su publicación en la Revista deberá ser original. No se aceptarán las contribuciones que ya han sido publicadas previamente en otras Revistas.
- **Exclusividad:** La contribución que se proponga para su publicación en la Revista será sometido a un proceso de evaluación y no podrá ser propuesto simultáneamente en otra Revista para tal fin.
- **Diversidad:** Con la finalidad de incluir a la mayor cantidad de voces distintas, se solicita a los articulistas que no envíen más de una contribución por convocatoria. En el caso de ya haber publicado en algún número de la Revista, solicitamos que no se remitan contribuciones para el volumen inmediatamente posterior.
- **Imparcialidad:** El envío del artículo debe garantizar el anonimato del proceso de evaluación, sin excepciones. El archivo propuesto para su publicación deberá prescindir de toda información directa o indirecta que pueda permitir la identificación del autor. En ese sentido, también deberán eliminarse las propiedades del archivo de texto que remitan al usuario o autor.

Requisitos generales para el envío de las contribuciones

- Los artículos deberán ser originales, exclusivos, diversos, imparciales e inéditos.
- La publicación de los artículos de investigación éditos será de carácter excepcional y por razones debidamente consideradas, justifica-

das y evaluadas por el Comité Académico de la *Revista Estado y Políticas Públicas*.

- Para la postulación a la sección del *dossier*, la temática de la contribución deberá respetar el tema propuesto por la convocatoria de la *Revista Estado y Políticas Públicas*.
- Para la postulación al *dossier*, deberán presentarse dentro de los plazos de tiempo establecidos en esta sección.
- Los artículos en todos los casos deberán respetar las pautas de presentación, composición y estilo de citación indicadas:
 - a. Título en idioma original;
 - b. Título en idioma inglés;
 - c. Resumen en idioma original;
 - d. Resumen en idioma inglés;
 - e. Palabras clave en idioma original;
 - f. Palabras clave en idioma inglés;
 - g. Cuerpo del trabajo;
 - h. Referencias bibliográficas.

Pautas para los Autores

Sin excepción, las contribuciones deberán contener la siguiente información:

- a. Título y subtítulo en idioma original explicando el recorte espacial y el recorte temporal (si corresponde) de la contribución.
 - Título y subtítulo de la contribución traducido al idioma inglés.
 - Un resumen que no exceda las 400 palabras, aportando información clara sobre el contenido de la contribución: tema, recorte espacial, recorte temporal, objetivo principal, marco teórico, aspectos metodológicos, pregunta de investigación, etcétera. El resumen deberá finalizar con la enumeración de 3 a 5 *palabras clave* a los efectos de indización bibliográfica.
 - Un abstract: se deberá traducir el resumen al idioma inglés y las palabras clave para presentar *keywords*.
 - Datos del autor o autora: se enviará en un archivo aparte el/los nombre/s, apellido/s, institución a la que pertenece, dirección postal institucional, dirección

de correo electrónico, teléfono, máximo nivel de estudios alcanzados y en qué institución y estudios en curso (si los hubiera).

- b. Las pautas de presentación de la contribución indican la inclusión de los siguientes elementos (en este orden): *título, título traducido al inglés, resumen con palabras clave, abstract con keywords, introducción, desarrollo de los argumentos, conclusiones, referencias bibliográficas y anexos (si los hubiere)*.
- c. Idiomas: los idiomas admitidos por la Revista son: el español, el portugués, el francés, el italiano y el inglés.
- d. Las llamadas a notas se presentarán al interior del texto (no al final del mismo) siempre con un superíndice al lado de la palabra a la que hace referencia y el comentario sobre dicha palabra remitirá a una nota a pie de página.
- e. Las siglas irán en mayúsculas, previamente se mencionará su significado y se la presentará entre paréntesis (solamente la primera vez que aparezca en el texto). Por ejemplo: “Fondo Monetario Internacional (FMI)”.
- f. El estilo de citación textual y de las referencias bibliográficas requerido: Las citas textuales deben ir entrecomilladas y sin cursivas. Las citas que exceden los 4 renglones de extensión total deberán redactarse en un párrafo aparte, sin entrecomillado, dejando 1 cm de sangría izquierda y derecha (tabulado). Las referencias bibliográficas de las citas textuales deben adecuarse al sistema APA (American Psychological Association). El elenco de las referencias bibliográficas deberá presentarse al final de la contribución obligatoriamente.
- g. La extensión mínima de la contribución: 8.000 palabras.
- h. La extensión máxima de la contribución: 12.000 palabras.

- i. En el caso de incluir gráficos, tablas, otros: deberán presentarse intercalados en el texto, con las debidas referencias, notas (si las hay) y fuente. Deberán presentarse debidamente enumerados y sus datos deberán ser editables. Debe informarse la fuente en todos los casos y garantizarse de que sean de libre uso.
- j. En el caso de imágenes, se deberán presentar con las debidas referencias, notas (si las hay) y fuente. El formato de las imágenes podrá ser: extensión jpg, en grises, con una resolución de 300 dpi en tamaño real.
- k. En el caso de incorporar Anexo/s: deberán numerarse en orden creciente.

Las citas bibliográficas

Las citas textuales deben adecuarse al sistema APA (American Psychological Association). Las citas textuales podrán ser:

- a. **Menores a 4 renglones:** deberán presentarse en línea de continuidad al texto central, encomilladas y sin cursivas. Por ejemplo:

Los procesos estudiados pueden envidenciar un clima de época. En palabras de García Delgado, “tres puntos de inflexión pueden indicarse como ‘síntomas’ de los acontecimientos singulares a los que quisiéramos referirnos cuando hacemos alusión a lo que proponemos denominar el cambio epocal.” (2014: 25).

- b. **Mayores a 4 renglones:** deberán redactarse en un párrafo aparte, sin entrecorillado, dejando 1 cm de sangría izquierda y derecha (tabulado). Por ejemplo:

En la misma línea, Repetto señala que, hasta que no cobraron fuerza los procesos descentralizadores latinoamericanos, el territorio (en particular el local) era visualizado más bien como un simple dato administrativo en el cual, quienes allí habitaban, recibían de modo pasivo los servicios y programas fiscales decididos y gestionados desde el nivel central del Estado. El autor menciona además lo siguiente:

La descentralización llamó entonces la atención sobre este potencial divorcio entre “problemas” y “soluciones”, pero también, aunque más tardíamente respecto de los orígenes de los procesos descentralizadores, comenzó a mostrar la importancia de atender a las relaciones intergubernamentales (2009: 174-175).

Las Referencias bibliográficas

Las referencias bibliográficas de las citas textuales deben adecuarse al sistema APA (American Psychological Association). El elenco de las referencias bibliográficas deberá presentarse al final de la contribución obligatoriamente, en orden alfabético por apellido del autor/a. Por ejemplo:

- Bauman, Z. (1999). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Castell, R. (2010). *Las transformaciones del trabajo, de la producción social y de los riesgos en un período de incertidumbre*. Turín: Instituti Di Tella/Cátedra UNESCO/Siglo XXI.
- CEPAL (1992). *Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado*. Santiago: Publicación de las Naciones Unidas.
- CEPAL (2012). *Cambio estructural para la igualdad. Una visión integral para el desarrollo*. Santiago: Publicaciones de la CEPAL-PNUD.
- Colombo, A. (2011). *La cuestión del tiempo en la teoría política*. Buenos Aires: Prometeo.
- Feletti, R. (2013). El repunte de la economía. *Aciertos y Límites de la Política Económica. Observatorio de Coyuntura Económica. UNTREF* Núm. 8. 10-24.
- Ferrer, A. (2004). *La densidad nacional*. Buenos Aires: Ci-Capital Intelectual.

Pautas para los Autores para el envío de Reseñas de libros

Las contribuciones deberán contener la siguiente información:

- a. Las pautas de presentación consisten en presentar la contribución con los siguientes elementos (en este orden): *imagen de la tapa del libro reseñado; título completo del*

libro; editorial, ciudad y año de edición; número de edición, cantidad de páginas totales del libro e ISBN; traducción al idioma inglés de dicha información; autor o autora de la reseña de libro; palabras clave y keywords; reseña propiamente dicha.

- b. Datos del autor o autora: se presentará en un archivo aparte el/los nombre/s, apellido/s, institución a la que pertenece, dirección postal institucional, dirección de correo electrónico, teléfono, máximo nivel de estudios alcanzados y en qué institución y estudios en curso (si los hubiera).
- c. La extensión mínima de la contribución: 2.000 palabras.
- d. La extensión máxima de la contribución: 4.000 palabras.

Formato del archivo

Tipografía: se requiere Times New Roman.

Tamaño de letra:

- 12 puntos para títulos y textos.
- 11 puntos para las citas textuales mayores a 4 renglones.
- 10 puntos para las notas a pie de página.

Párrafos: deberán estar justificados, con sangría en la primera línea, interlineado sencillo y sin dejar líneas vacías entre párrafo y párrafo.

Páginas: con márgenes izquierdo, derecho, inferior y superior de 3 cm.

Archivo: guardado con el título de la contribución en formato DOC o RTF.

Envíos de las contribuciones

- La contribución deberá ser enviada por correo electrónico a la siguiente dirección: revistaeypp@flacso.org.ar
- En un archivo aparte en formato DOC o RTF se deberá enviar por mail el Curriculum Vitae (CV) abreviado del autor o de la autora. La extensión del mismo no deberá superar los 15 renglones y deberá ser presentado en un único párrafo.

- Se deberá completar una cesión de derechos (autorización) con los datos de la contribución, los datos del autor o autora y firmar la misma. Importante: la firma no podrá ser escaneada o digital, deberá ser original (sin excepción). La cesión de derechos (autorización) deberá enviarse en un sobre cerrado a nombre de la *Revista Estado y Políticas Públicas* a la oficina entpiso del Área Estado y Políticas Públicas de FLACSO Argentina (Dirección postal: Tucumán 1966, C1050AAN, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina).

Proceso de evaluación de las contribuciones

- a. **Debida recepción:** los autores deberán enviar sus contribuciones teniendo en cuenta las pautas indicadas, cumplimentando los requisitos antes mencionados y enviando la contribución dentro de los plazos de tiempo (si corresponde).
- b. **Proceso de evaluación interna y externa:** la aprobación de las contribuciones estará a cargo del comité editorial que usará como criterio para su decisión los resultados de los dictámenes aportados por evaluadores externos. Para un mejor proceso de dictaminación, la información sobre los autores y sobre los dictaminadores guardará un estricto anonimato. De este modo, las contribuciones quedarán sujetas a la evaluación de pares y referato “doble ciego”.
- c. **Comunicación:** el comité editorial en un plazo no mayor a dos meses comunicará a los autores el resultado de los dictámenes recibidos y la decisión de publicar, o no, la contribución.

Política editorial

- a. La *Revista Estado y Políticas Públicas* no asumirá responsabilidad alguna por las contribuciones enviadas y no publicadas.
- b. La *Revista Estado y Políticas Públicas* no asumirá responsabilidad alguna por las ideas, opiniones, comentarios, posicionamientos, posturas, contenidos, etcétera, de los autores en las contribuciones publicadas, puesto que se consideran de propiedad exclusiva del autor o autora de la contribución.

NOTAS DE COPYRIGHT

La *Revista Estado y Políticas Públicas* y su contenido se brindan bajo una Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial 2.5 Argentina. Es posible copiar, comunicar y distribuir públicamente su contenido siempre que se cite a los autores individuales y el nombre de esta publicación, así como la institución editorial. El contenido de esta revista no puede utilizarse con fines comerciales.

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

Los nombres y direcciones de correo electrónico introducidos en esta revista se usarán exclusivamente para los fines declarados por esta revista y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona.

DATOS DE CONTACTO

Revista Estado y Políticas Públicas

Área Estado y Políticas Públicas
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede Argentina.
Oficina del 2do piso
Dirección postal: Tucumán 1966, C1050AAN
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
Argentina.
Correo electrónico: revistaeypp@flacso.org.ar
Teléfono: (54) (11) 5238-9361
Página WEB: <https://revistaeypp.flacso.org.ar>





FLACSO
ARGENTINA