

El contenido de esta obra es una contribución del autor al repositorio digital de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, por tanto el autor tiene exclusiva responsabilidad sobre el mismo y no necesariamente refleja los puntos de vista de la UASB.

Este trabajo se almacena bajo una licencia de distribución no exclusiva otorgada por el autor al repositorio, y con licencia Creative Commons – Reconocimiento de créditos-No comercial-Sin obras derivadas 3.0 Ecuador



---

**Reforma o contrareforma en salud:  
(Contrapuntos del Discurso Técnico)**

**Jaime Breilh**

**1999**

**ASOCIACION BRASILEÑA DE POSGRADO EN SALUD COLECTIVA  
(ABRASCO)  
*PUBLICACION "CIENCIA Y SALUD COLECTIVA"*  
*CALIDA DE VIDA Y SALUD***

**“REFORMA O CONTRAREFORMA EN SALUD:”  
(Contrapuntos del Discurso Técnico)**

**Jaime Breilh  
Centro de Estudios y Asesoría en Salud**

**Rio de Janeiro, 1999 (en preparación)**

## “REFORMA O CONTRAREFORMA EN SALUD:” (Contrapuntos del Discurso Técnico)<sup>1</sup>

Jaime Breilh<sup>2</sup>

El discurso técnico y sus contraposiciones expresan los intereses en juego en un escenario socio-político. Los conceptos y términos operativos que terminan hegemonizando un campo científico se construyen en respuesta a las presiones, y se acoplan a la necesidad y beneficio de quien los sustenta con mayor poder.

Es decir, los paradigmas científicos y los códigos que usan los técnicos crecen y maduran en ambientes socio-culturales concretos, donde ciertas ideas son posibles y altamente *visibles* porque tienen tras de sí la fuerza, mientras que otras –por penetrantes que puedan ser- tienen escasa viabilidad en los contextos donde opera la hegemonía de los grupos dominantes.

Es por eso que el avance científico no puede ser lineal ni siempre progresivo y se hallan extensamente documentadas en la bibliografía sobre historia de la ciencia, períodos de retroceso conservador como el que ahora vivimos, en los que las palabras y los códigos científicos tienden a mediatizar la ideología oficial y las técnicas se convierten en política en acto.<sup>3,4,5,6,7,8</sup>

La historia reciente de América Latina ha determinado una expansión acelerada del sistema capitalista que profundiza ahora la esencia del interés privado, gracias a una purificación de ciertas *impurezas o rezagos de lógica social o solidaria*, que pudieron persistir como producto de las luchas del pueblo y las concesiones del keynesianismo.

Lo que es esencialmente nuevo en esta era de *capitalismo global* –más que la innovación de la base tecnológica y comunicaciones digitales que lo posibilitan- es la penetración de la lógica del mercado en esferas que convencionalmente se mantuvieron libres de una injerencia productivista directa. Es el caso del bienestar social y de los bienes como la salud que lo conforman. Es decir, si bien en otros períodos del capitalismo se ha demostrado la instrumentación del sistema de salud público, por ejemplo, como elemento funcional a la acumulación capitalista (reproducción de la fuerza de trabajo asalariada o mercado para las medicinas e insumos) o como aparato reproductor de relaciones de poder (clasista, étnica o de género), o finalmente como

---

<sup>1</sup> Fragmento de capítulo “El Desafío de la Medición del Desarrollo Humano” preparado por el autor para publicación de ABRASCO y la Fundación “Oswaldo Cruz” – Rio de Janeiro, Brasil (aparecerá en 1999)

<sup>2</sup> Presidente del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CINDES). Investigador principal del CEAS Dirección CEAS: Asturias N24-02 y G. de Vera – Tel: 593-2-566714 email: jbreilh@ceas.med.ec

<sup>3</sup> Bachelard, Gastón. La Formación del Espíritu Científico. México: Siglo XXI, 1981 (9na ed.)

<sup>4</sup> Vieira Pinto, Alvaro. Ciencia e Existencia (Problemas Filosóficos da Pesquisa Científica). Rio de Janeiro: Pa e Terra, 1979.

<sup>5</sup> Zavaleta, René. Clase y Conocimiento. R. Historia y Sociedad 7(3-8): 4-5, 1975.

<sup>6</sup> Bernal, John. La Ciencia en Nuestro Tiempo. México, Editorial Nueva Imagen, 1979 (2da ed. en castellano)

<sup>7</sup> Rose, Steven. “Racismo Científico e Ideología : El Fraude del IQ, Desde Galton hasta Jensen” en Economía Política de la Ciencia. México : Nueva Imagen, 1979.

<sup>8</sup> Gould, Stephen. La Falsa Medida del Hombre. Barcelona, Antoni Bosch Editor, 1984, p.4

escenario de construcción del pensamiento hegemónico; lo novedoso ahora que se han roto las bases del contrato social de posguerra, es que ya la lógica mercantil no es apenas un condicionante externo, sino un elemento inherente al propio funcionamiento del sistema público de salud. Y esa nueva apetencia se explica porque la tasa decreciente de ganancia y la crisis de acumulación requieren la conquista de espacios nuevos de rendimiento económico por parte de los grandes empresarios. Las actividades del bienestar social, la educación y la salud llegan a representar importantes rubros económicos que van del 13% al 45% del PIB<sup>9</sup>, motivo por el cual son un bocado apetecido para los mecanismos lucrativos y para el financiamiento de la crisis fiscal, sacado de los bolsillos de los pobres.

Más allá de la retórica de solidaridad y responsabilidad social que repiten los cuadros y funcionarios del poder, la verdad es que, en los países latinoamericanos se han desatado estrategias neoliberales como la “atención gerenciada” (“managed competition”) de Einthoven<sup>10</sup>, con diferente celeridad según lo han permitido las condiciones políticas locales. Y no ha tardado en aparecer en los informes y propuestas oficiales sobre la reforma, el paquete conceptual preparado por los ideólogos del Banco Mundial para el consumo y reproducción, acrílicos, de una gerencia de salud funcional a dichas formulaciones.

De esta manera campos como el del bienestar social y de la gestión cultural del Estado, que de alguna manera se habían convertido antes en reservas del bien común, o remansos por lo menos de una tibia preocupación humana del Estado, hoy son barridos como residuos inaplicables en un escenario donde se busca erradicar los derechos humanos.

## **LA LIMOSNA COMO RECURSO TECNICO DEL ESTADO o CRITICA A LA DOCTRINA DEL “BOTTOM LINE” EN LA REFORMA**

Cuando el visionario Agustín Cueva pronosticaba ya a comienzos de década que el proyecto neoliberal con su enorme proceso de concentración y exclusión terminaría convirtiendo a la América Latina en una “...realidad marcada por las figuras del delincuente y el mendigo”<sup>11</sup>, parece que hubiera presagiado la ola de violencia reactiva que viven nuestras sociedades y la triste imagen de nuestras ciudades y caminos, convertidas ahora en un escenario dantesco donde pasea la pobreza su menesterosa súplica y se perciben signos evidentes de la angustia de una masa abultada de desempleados y subempleados, que ni las estadísticas oficiales pueden ocultar, y cuyas urgencias no alcanzan a cubrir los exiguos subsidios focalizados que institucionalizó la caridad oficial, insuficiente y apaciguadora.

Los países latinoamericanos han incorporado la *técnica de focalización* bajo distintas modalidades: “fondos de solidaridad”; “bonos de pobreza”; “paquetes básicos”; etc.; calculados como mínimos de supervivencia y que no están destinados a cubrir las

<sup>9</sup> Laurell, Cristina. La Reforma Contra la Salud y la Seguridad Social. México: Ediciones ERA, 1997

<sup>10</sup> CEAS. Penetración del Modelo de Atención Gerenciada en la Reforma de Salud en Ecuador. Nuevo México: Proyecto Internacional de Investigación Comparada sobre la Atención Gerenciada en América Latina, 1998

<sup>11</sup> Cueva, Agustín. América Latina Ante el Fin de la Historia. Quito: Ecuador Debate, 22: 45-55, 1991, p. 215

necesidades de la población, sino a crear la imagen ficticia de la responsabilidad social del Estado. La focalización se diseña a base de investigación y requiere de indicadores técnicamente mensurables que guían su gradación y distribución. Son medidas parciales de la calidad de vida cuyo contenido y cuantificación está supeditada a los mínimos asignados por el poder como concesiones a ciertas franjas más desesperadas de la población.<sup>12</sup>

El caso patético de la política social del actual gobierno ecuatoriano, no sólo ilustra la gravedad de un angustioso crecimiento de la miseria y del desempleo -tan solo igualado por el ritmo de crecimiento de los subsidios a los poderosos y el caudal de dólares de nuestra riqueza que van a las arcas privadas- sino el diligente trabajo intelectual de los expertos por ocultar ese deterioro con maniobras conceptuales y subterfugios técnicos. Caso reciente del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), por ejemplo, que acaba de reformular el cálculo de la *canasta básica familiar*, fijada en años recientes en dos millones de sucres para una familia promedio y que ha sido ahora sorprendentemente reducida a sólo novecientos mil sucres; e incluso la misma entidad rectora del monitoreo estadístico del país, siguiendo la regla internacional de disminuir los índices de referencia, se inventa una *canasta básica de la pobreza*, equivalente ahora a quinientos mil sucres, y a la que ni siquiera alcanza el 42% de los ecuatorianos.

El campo de la salud no es excepción de esta tendencia hacia los mínimos de supervivencia pues en el discurso técnico de la Salud Pública oficial, ya no aparecen los parámetros de salud integral que antes marcaban el paso y las decisiones de los planificadores de salud, sino que ahora predominan los índices minimalistas del Banco Mundial y la noción de “*paquetes mínimos*” de servicios.

Como lo he sostenido en una intervención reciente en el IV Congreso Brasileño de Epidemiología, justamente en horas en que el modelo en ciernes desencadena una globalización epidémica, los técnicos trabajan para reducir los estándares de cobertura y de calidad mediante un conjunto de transpolaciones tecnocráticas que sirven para calcular “...los niveles mínimos de miseria sustentable...como esencia misma de la nueva gobernabilidad capitalista: <sup>13</sup>

La Epidemiología de los Mínimos de Supervivencia (“Bottom Line Epidemiology”), por ejemplo, es un instrumento necesario para el diseño de medidas estratégicas del neoliberalismo como la *focalización*; los *paquetes, pisos o planes de atención básica (PAB)*; las medidas de *reducción del gasto* en salud; los cálculos de *subsidio a la demanda*; la reducción a la óptica de las *enfermedades evitables*, para calcular el famoso “global health burden”. Todas comparten la lógica de los mínimos tolerables, la medición de fenómenos que expresen la máxima resistencia gobernable de una población ante la pobreza y las privaciones, comparten en definitiva, la lógica que suplanta las aspiraciones máximas para la salud integral de un pueblo, por la lógica de los mínimos tolerables en el marco de la gobernabilidad. Claro que la mayor parte de veces estas medidas estratégicas se presentan falaciosamente con un sentido contrario al que en verdad tienen y a nombre de tesis como la equidad y la universalidad. Del mismo modo que el Estado norteamericano resuelve el problema del desempleo, repartiendo a más gentes menos horas de empleo parcial, y los mismos montos para remuneración a menos cuotas per

<sup>12</sup> El bono de la pobreza creado por la alianza social cristiana-democracia cristiana en Ecuador y usado también para focalizar los subsidios de salud a un sector de los más pobres no abarca ni a 20% de los más necesitados, peor aun a toda la población trabajadora y clase media que tienen el derecho a la salud.

<sup>13</sup> Breilh, Jaime. La Sociedad, el Debate de la Modernidad y la Nueva Epidemiología. Rio de Janeiro: Conferencia al IV Congreso Brasileño de Epidemiología, Agosto de 1998

cápita; así mismo la Epidemiología hegemónica ayuda con sus cálculos a establecer los ingeniosos parámetros de reparto de paquetes mínimos de salud entre más gentes. Los bajos recursos para la salud se reparten entre más y con eso se implanta la ficción de una cobertura universal.”<sup>14</sup>

Claro que en meses recientes el “mea culpa” de Fukiyama -promulgador arrepentido de la tesis del fin de la historia- y el fracaso ostensible, económico y humano del proyecto neoliberal, alcanzan resonancia en el discurso técnico hegemónico. En efecto, el propio Banco Mundial , junto con los más conspicuos representantes del bloque del poder, convocan ahora a una “revisión participativa de las políticas de ajuste estructural” (cuyas siglas en inglés son SAPRI) en un esfuerzo por involucrar a ciertos representantes de la sociedad civil para que participen en un suavizamiento que relegitime el proyecto en su conjunto.

## **DEBATE EN LAS CATEGORIAS CLAVES PARA LA MEDICION DEL DESARROLLO HUMANO Y LA SALUD**

### **(Bases para Pensar sobre la Dirección de la Reforma)**

La reflexión actual sobre temas trascendentes de la planificación y la reforma pasa por un análisis de las visiones opuestas que giran alrededor de varias *categorías* y por el enfoque de dos *principios* muy citados.

Dichas categorías nodales son las de *necesidad*, *calidad*, y *control*, que son leídas y usadas de acuerdo con la interpretación que se maneja de los principios de *solidaridad* y *equidad*.

Es muy importante aclarar las acepciones y direcciones posibles porque, sorprendentemente, las mismas categorías y principios se encuentran en los discursos de los sectores conservadores y neoconservadores, así como en los de las organizaciones sociales y núcleos científicos más innovadores.

### **Las Teoría de la *Necesidad* y el Desarrollo Humano**

Existe un debate contemporáneo sobre la *necesidad humana* y dos posturas divergentes sobre la misma. Para unos, todos los seres humanos tenemos las mismas necesidades básicas (teoría objetiva), mientras que para otros las necesidades son una construcción socio-cultural (teoría subjetiva o “relativismo”).<sup>15</sup>

Existe una gran confusión en el campo teórico y técnico, agravada ahora porque la nueva derecha maneja el relativismo a su favor, o la tesis de que las necesidades son construidas por cada población o incluso por los deseos individuales -para sustentar el empobrecimiento neoliberal de las necesidades-, y la idea de que las necesidades deben definirse, por último, en el mercado y en el libre albedrío individualista.

La discusión del tema rebasa los límites de este trabajo pero basta con decir que el *proceso de determinación de necesidades* en los grupos humanos no es, ni solamente objetivo en respuesta de condicionamientos individuales inmediatos, ni es solamente

---

<sup>14</sup> Ibid. pp.12-13

<sup>15</sup> Doyal, Len and Gough, Ian. A Theory of Human Need. Hong Kong: Macmillan, 1992.

subjetivo, adquirido o mediado por condicionamientos históricos, económicos y culturales.

El conocimiento de la *necesidad humana* comienza por el de sus componentes *fenotípicos básicos* (necesidades fisiológicas y psicológicas) determinado por procesos biológicos y psicológicos que se desarrollan en espacios sociales concretos. Cuando las relaciones históricas en que vive el ser humano hacen cambiar su fenotipo y su psicología, entonces mudan las necesidades básicas de orden biológico y psíquico.

Los procesos básicos se subdividen, como se ve, en fisiológicos y concienenciales. Entre los primeros surgen las necesidades como el consumo alimentario adecuado a la actividad y al medio ambiente, que caen entre las que Doyal y Gough definen en su libro de “Teoría de la Necesidad Humana” como “necesidades humanas universales o básicas.”<sup>16</sup> Igual cosa puede decirse, por ejemplo, de una necesidad básica como la de trabajar en un lugar sin estresores físicos y procesos destructivos. Las necesidades fisiológicas básicas tienen que integrarse como referente a cualquier medición de la calidad de vida, que debe incluir por tanto el grado de consumo adecuado de valores de uso básicos (para la edad, el género y la actividad) como: alimentos, protección respecto al clima (vestido y vivienda), descanso o reposo y ejercicio físico adecuado; reparación y mantenimiento de la salud. El acceso a dichas necesidades básicas es *una parte decisiva de un paquete integral de salud* como derecho y aspiración legítima de todo pueblo. Pero por otra lado existen necesidades básicas ligadas al psiquismo y su desarrollo, que en la especie humana son necesidades concienenciales especialmente vinculadas al consumo ampliado, tales como: identidad; aprendizaje; disfrute de soportes afectivos y solidarios; capacidad de interpretación crítica y ausencia de ataduras al pensamiento; recreación formativa y de reproducción de la capacidad física e intelectual; participación consciente en las decisiones que dan contenido y dirección a la vida humana, bajo equidad. *También estas son necesidades básicas –las más conculcadas por las sociedades de desigualdad- que deben formar parte de un paquete integral de calidad de vida y tienen que ser incorporadas a su medición.*

Ahora bien, para que podamos completar el conocimiento de la necesidad, tenemos que recordar que todos esos procesos básicos son producto de una determinación histórica y no surgen espontáneamente del fenotipo, ni exclusivamente de la subjetividad personal ni de los pequeños círculos de la vida cotidiana, como lo sostendría la fenomenología. Las doctrinas como la de Wallace y del Fondo Monetario de focalización y reducción al mínimo de las necesidades, se apoyan precisamente en los argumentos del constructivismo y fenomenología porque restringen el espacio de construcción de las demandas sociales a las expresiones de necesidad de pequeños grupos y localidades que, como se ha demostrado, acaban reproduciendo en su definición de necesidad, una *demanda inducida* por las fuerzas más amplias del poder.

La forma como nos alimentamos –tanto en contenido y calidad de los nutrientes, como en sus relaciones y expresiones culturales-; las formas de vivir en la vivienda; los estilos y actitudes en el trabajo; la estructuración del reposo y de las actividades lúdicas, etc., son necesidades humanas básicas que deben realizarse, pero su consolidación efectiva, los accesos a los bienes necesarios, las interpretaciones ideológicas y patrones de consumo y los estilos de vida, son producto del encuentro dialéctico, entre los condicionantes históricos del contexto –condición de clase, relaciones de género;

<sup>16</sup> Doyal, Len and Gough, Ian. Op. Cit. p.3

condiciones etno-culturales, etc.- y las opciones y anhelos individuales. El movimiento de efectivación de las necesidades y la concreción de formas de consumo de las necesidades surge en una determinación histórica, dada principalmente por las relaciones de poder y por los condicionamientos epistemológicos derivados, dentro de las cuales juegan las opciones individuales. De esa manera evitamos caer en los extremos estáticos del indeterminismo y del determinismo. En este sentido es acertada la advertencia de Godard<sup>17</sup> sobre el error de individualizar y psicologizar la interpretación de las necesidades humanas (teorías individualistas psicologizantes), no es menos cierto que tampoco puede incurrirse en una cerrada visión determinista que no deje espacio para la creación individual de la necesidad.

Son las relaciones de poder las que definen principalmente el sistema de equidad o de inequidad predominante en la construcción cultural y efectivación de las necesidades, pero esos condicionamientos contextuales llevan también la impronta de los desarrollos de las personas.

Los planes de salud y las propuestas de reforma atraviesan a cada momento con el desafío de definir necesidades y al hacerlo, se colocan, consciente o inconscientemente, cerca o distantes de las concepciones de necesidad democráticas que expresan las necesidades de su pueblo.

### **El Doble Filo del Discurso de la Calidad**

A nadie podría ocurrírsele que la calidad no sea un valor deseable para la vida humana y para los bienes y servicios que la asisten. Pero a pesar de que es un valorpreciado y esgrimido en la mayor parte de discursos sobre políticas y documentos técnicos que circulan, existen contraposiciones interpretativas que caben analizarse.

En el campo de las políticas de salud como en las de educación se ha producido en años recientes un giro radical en el discurso de la calidad.

En América Latina el discurso de la calidad que se expandió desde fines de los 80 –en correspondencia con el avance del modelo neoliberal- ha pasado a convertirse en una contra-réplica al discurso de la democratización. Como Gentili lo denuncia para los procesos de reforma educativa de Argentina y Chile, las tesis neoliberales sobre *calidad* son producto de un *doble proceso de transposición*: primero se desplazó el tema de la democratización que aparecía antes en caso todos las propuestas técnicas y documentos oficiales para suplantarlos por el de la calidad; y luego, se transfirió los contenidos de la discusión sobre calidad desde el campo empresarial productivo al campo de los servicios del Estado.<sup>18</sup>

Es decir, con el fin de abrir camino a las privatizaciones y provocar un cambio de óptica de los planificadores se construyó un concepto de calidad como criterio mercantil, como nueva estrategia competitiva ligada a las nociones de productividad y eficiencia que habilita para la competencia en el mercado y se subordina a los principios de rentabilidad dentro de los límites de una factibilidad competitiva.

<sup>17</sup> Godard, Francis. De la Noción de Necesidad al Concepto de Práctica de Clase. México: Policopias, sf.

<sup>18</sup> Gentili, Pablo. O Discurso de “Qualidade” como Nova Retórica Conservadora no Campo Educacional en “Neoliberalismo, Qualidade Total e Educação (Gentili, P. e Da Silva, T. editores). Petrópolis: Vozes, 1995 p.111-177 la



En los actuales foros de reforma en salud se esgrimen reiteradamente esos argumentos como alternativas a los errores e ineficiencias del Estado de bienestar. Se desplaza el concepto de una calidad integral de vida y servicios como derecho universal y se los suplanta por la universalización de paquetes mínimos y calidad equivalente a la capacidad de pago. La maniobra se completa con un discurso técnico que desplaza la democracia real en el acceso a la calidad por la democracia restringida al mercado; y finalmente, la distracción culmina cuando se suplanta el discurso de la salud como derecho a la salud como mercancía.

La calidad del sistema de salud se expresa por la relación que sus programas y servicios tengan con las necesidades básicas y estratégicas de las colectividades mayoritarias del país; su calidad se expresa como resultado de un acceso real no mediado por la capacidad de compra sino por los derechos humanos; la calidad se concreta en la oportunidad de los servicios en el nivel más alto que permita el saber científico y popular actual; el trato adecuado a las condiciones de género y étnicas; en el grado de fundamentación integral de los programas; en la capacidad de ahorrar sufrimiento y recursos por sólidos programas de prevención y promoción en los ámbitos del trabajo y del consumo; la calidad del sistema se expresa muy importantemente en la democratización profunda y ejercicio participativo del poder popular.

### **El Desafío de la Democratización del Control**

El discurso hegemónico, incluso el de los sectores conservadores más recalcitrantes, incorpora conceptos participativos. Lamentablemente, esa terminología ha sido despojada del elemento más importante que es el poder real.

La mayor parte de veces la conducción del sistema de salud se ejerce verticalmente desde las cúpulas de la estructura de poder y cuando se convoca a la participación es siempre en el marco restrictivo de una participación restringida. Más como un recurso estratégico de aval y “governabilidad” que como construcción en salud de una gestión democrática.

La descentralización sin poder popular y con participación restringido, son herramientas de gobernabilidad de los poderosos y no recursos para una reforma profunda de la gestión y del Estado.

El control administrativo y político es un derecho colectivo conculcado. La planeación participativa, el manejo descentralizado y participativo de la información; el diseño y control participativo de los presupuestos del Estado y control del gasto, a nivel central y local; la conducción compartida de la gestión han rendido frutos magníficos en diversos contextos, no sólo de las sociedades de una conducción política social, sino aun en ámbitos renovadores de países con un Estado no democrático como es el caso del Ecuador.

En síntesis, el *desarrollo humano* auténtico a partir de una definición integral de la *necesidad* y la conquista de un sistema de salud de *calidad* deben darse indisolublemente unidos a la democratización, sino estos términos y cualquier propuesta que con éstos se construya, acaban convertidos en herramientas de la contrarreforma neoliberal.