

NUMERO 1

20  
08

Es una publicación de  
Asociación Civil El Agora

# PoSIBLES

Política • Salud Internacional • Desarrollos sustentables

UNA PUBLICACIÓN PARA PENSAR LO LOCAL JUNTO A LO GLOBAL

## Conferencia de Nila Heredia Miranda

Bolivia vive un momento histórico  
único y la Dra. NHM disertó  
sobre los cambios que viene  
impulsando el gobierno de Evo  
Morales.

## La Salud Internacional y Yo

Un ensayo sobre la necesidad de  
tender puentes entre la Salud  
Local y la Salud Global.

## Entrevista con María Isabel Rodríguez

En diálogo con PoSIBLES la Dra.  
MIR habló sobre la Residencia en  
Salud Internacional de la OPS al  
cumplirse los 20 años del inicio  
del Programa.

Dossier Central

LA SALUD EN CLAVE INTERNACIONAL



# Consejo Editor

**Anne Emanuelle - Birn:** Historiadora. Profesora de la Universidad de Toronto. Canadá.

**Carlos Bloch:** Director del Instituto de la Salud Juan Lazarte. Rosario. Argentina.

**Carlos Sluzki.** Psiquiatra. Profesor en el College of Health and Human Services, y el Institute for Conflict Analysis and Resolution. George Mason University. Washington. EEUU.

**Carlos Vidal Layseca:** Ex- Rector de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Washington DC. EEUU.

**Celia Iriart:** University of New México. EE.UU.

**Christian Darras:** Representante OPS/OMS en Bolivia.

**Delia Sánchez:** Consultora OPS en el Área de Desarrollo de la Investigación. Montevideo. Uruguay.

**Eduardo Espinoza:** Docente de la Universidad de El Salvador. El Salvador.

**Emiliano Galende:** Universidad Nacional de Lanús. Doctorado de Salud Mental. Argentina.

**Eugenio Villar:** Funcionario OMS. Ginebra.

**Fernando Carrión:** Arquitecto Urbanista. FLACSO. Ecuador.

**Francisco "Chico" Withaker Ferreira.** Fundador del Foro Social Mundial. Brasil.

**Franciso Leone:** Director del Programa Remediar del Ministerio de Salud de la Nación. La Plata. Argentina.

**Graciela Rosso.** Intendente de Luján. Provincia de Buenos Aires. Argentina.

**Graciela Uriburru:** Ex-Representante de la Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires. Argentina.

**Horacio Lores:** Senador Nacional. Neuquén. Argentina.

**Irene Luppi:** Coordinadora Académica de la Maestría en Salud Pública. Universidad Nacional de Rosario. Argentina.

**Jordi Borja:** Geógrafo. Barcelona.

**José Antonio Pagés:** Representante OPS/OMS en Argentina.

**José Roberto Ferreira:** Director de Relaciones Internacionales de la Fundación Oswaldo Cruz. Río de Janeiro. Brasil.

**Marcela Miravet Defagó:** Médica sanitarista, Diplomada en Salud Internacional. Córdoba. Argentina.

**María Isabel Rodríguez:** Ex-Rectora de la Universidad del Salvador de Centroamérica. El Salvador. Centroamérica.

**Mercedes Botto:** Socióloga. Investigadora de FLACSO. Buenos Aires Argentina.

**Mónica Abramzón:** Socióloga. Investigadora del Instituto Gino Germani. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

**Mónica Fein:** Diputada Nacional. Santa Fe. Argentina.

**Nila Heredia Miranda:** Ex-Ministra de Salud de Bolivia. Coordinadora del Programa en Interculturalidad y Salud, Organismo Regional Andino de Salud. La Paz, Bolivia.

**Olga Pisani:** Coordinadora asociada de la Maestría de Salud Pública Universidad de Buenos Aires. Argentina.

**Oscar Feo Isturiz:** Secretario Ejecutivo del Convenio Hipólito Unanue, Cooperación Andina en Salud. Venezuela.

**Pablo Bonazzola:** Asesor legislativo. Ex Secretario de Salud Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

**Tania Celeste Matos Nunes:** Directora de educación permanente en la Escuela de Gobierno y Salud. Fundación Fiocruz, Río de Janeiro. Brasil.

**Ulysses Panisset:** Dr. en Relaciones Internacionales de John Hopkins University. Consultor OMS. Ginebra.

**Víctor Penschazadeh:** Médico Generalista. Docente de Columbia University. Buenos Aires. Argentina.

**Virginia López Casariego:** Comité de Pediatría Social. Sociedad Argentina de Pediatría. Argentina.

*Los miembros del Consejo Editorial participan de esta iniciativa a título personal y no en representación de las instituciones en las cuales se desempeñan.*

**Editores Responsables:** Claudia Laub y Mario Rovere

**Equipo de Edición:** Ana Fuks, Analía Bertoloto, Andrea Jait, Andrés Dunayevich, Anselmo Torres, Eugenia Bagnasco, María E. Harrington, Lucio Scardino, Martín Latorraca, Martina Iparraguirre, Nora Gómez, Pia Ferreyra y Sebastián Pérez Panelli. Con la colaboración del Centro de Estudios de Género y Cultura, IUNA.

**Diseño:** Lucio Scardino.

PoSIBLES es una publicación de Asociación Civil El Agora.

**Contacto:** e-mail: [posibles@gmail.com](mailto:posibles@gmail.com) - <http://www.elagora.org.ar>

**Dirección:**

Laprida 175. CP 5000 - Córdoba

Carlos Pelegrini 833, 4º Piso, E. Ciudad de Buenos Aires  
Argentina

# Posibles

Política • Salud Internacional • Desarrollos sustentables

UNA PUBLICACIÓN PARA PENSAR LO LOCAL JUNTO A LO GLOBAL



**El Agora** es una asociación civil de carácter político y pluralista que, mediante la integración de lo local y lo global, brega por transformaciones sociales que se orientan a la equidad, la solidaridad y la profundización de la democracia.

En alianza con otras organizaciones afines, procura: **1.** Difundir derechos, dispositivos, prácticas de resistencia y de reinclusión activa que los marcos jurídicos, el conocimiento técnico y la experiencia de los pueblos y movimientos sociales aportan para la construcción de una ciudadanía plena. **2.** Promover iniciativas que -a diferentes escalas- exploren las fronteras, empujen los límites y abran posibilidades para 'contagiar' a otros actores e incidir en las agendas de la sociedad y del estado.

El Agora se organiza, impulsa sinergias y genera prácticas coherentes con los valores que orientan su proyecto de sociedad. Para ello se propone:

- Profundizar su lógica de democratizar el conocimiento socializando saberes profesionales mediante 'traducciones' comprensibles y operativas, y promoviendo construcciones interculturales que atraviesen estratos sociales, campos profesionales, sectores del estado y fronteras nacionales.
- Visibilizar y dar visibilidad, más allá del orden informativo oficial, a prácticas de reinclusión activa y de desarrollo sustentable, haciendo accesibles las experiencias a los más diversos grupos de interés y nacionalidades.

El Agora se sostiene como una organización abierta con fuerte vocación por la construcción de redes, alianzas y coaliciones, más interesada por generar capital social que por la 'acumulación' de recursos o de prestigio.

Por ello su organización interna no-jerárquica conformada por diversos equipos se sustenta bajo la lógica de que 'las buenas ideas y las buenas asociaciones atraen los recursos' y no a la inversa.

## PoSIBLES

Esta publicación es un proyecto largamente pensado y discutido entre los integrantes del área de trabajo Salud Internacional de El Agora.

Impulsados por los debates de temas de la agenda internacional de comienzo de siglo decidimos promover este proyecto de publicación cuyo título, luego de muchas propuestas, le hemos dado en llamar PoSIBLES. Tiene como objetivo generar debates desde la política, la salud internacional y el desarrollo sustentable a los problemas actuales desde lo local junto a lo global.

A mediano de año se hizo la propuesta, sintetizándola en lo que denominamos editorial Número 0, a partir de ella recibimos la adhesión de una treintena de profesionales de argentina, de otros países de la región de América y de países europeos, los que a su vez aceptaron integrar el Consejo Editorial de esta publicación.

Así comenzamos a elaborar este documento que lleva el Número 1, el tema principal es SALUD INTERNACIONAL, entendida como una construcción, un campo particularmente activo en los tiempos que vivimos y que esperamos entusiasme y estimule a su profundización luego de compartir nuestro dossier.



Impresa en los Talleres Gráficos de la **Fundación Enlace Social**, en el marco del Proyecto "De la Inserción Laboral a la Inserción Social", destinado a la capacitación en oficios y artes gráficos para jóvenes en riesgo social.

# Sumario

## EDITORIAL

Por Mario Rovere y Claudia Laub 6



### *El derecho a vivir bien más allá del enunciado.*

Conferencia de Nila Heredia Miranda en la ciudad de Córdoba, Argentina. 10



DOSSIER:

### *La Salud en clave Internacional 21*

Para que siga entre nosotros 31

Actividades 32

Películas y Libros para compartir 33

II Foro de Salud Colectiva. Río de Janeiro 34



ENSAYO:

### *La Salud Internacional y Yo 36*



### *Globalizar la Equidad.*

Entrevista a María Isabel

Rodríguez 45

### *Buenas Prácticas.*

Experiencias que buscan mejorar las condiciones de vida de sus comunidades 57

**CONTRATAPA:** UNASUR Respalda al Gobierno Democrático de Bolivia 59

**Tapa:** Fotografía: 'Villa 31' de Leandro Pereira. Pintura: Ciuda Lagui (1939) Xul Solar.

Las pinturas en el interior pertenecen a Xul Solar (Argentina), Joaquín Torres García (Uruguay) y Alex Sánchez -El Aleph- (El Salvador).

Posibles no se responsabiliza por las opiniones vertidas por los columnistas siendo éstas exclusiva responsabilidad de quien las emite.



# **Pasó el invierno en el Sur... y el verano en el Norte**

**Los puntos más altos del trimestre.**

La crisis alimentaria convivió con el espíritu de los Juegos Olímpicos y el conflicto entre Rusia y Georgia. Mientras los biocombustibles generan polémica entre mandatarios de América Latina, en Europa se logran acuerdos para recrudecer la persecución a los migrantes 'no comunitarios'.



**U**no de los más importantes artistas vivos del mundo, director de cine de larga trayectoria, tuvo en vilo no sólo a la afición deportiva sino a todo el mundo artístico a la espera de su última creación. La inauguración de las Olimpiadas le sirvió como una gigantesca vidriera para que China pueda decirle al mundo: "Aquí estamos, no sólo movemos la economía mundial, también estamos aquí desde sus orígenes y tenemos planes. ¡Mírennos!"

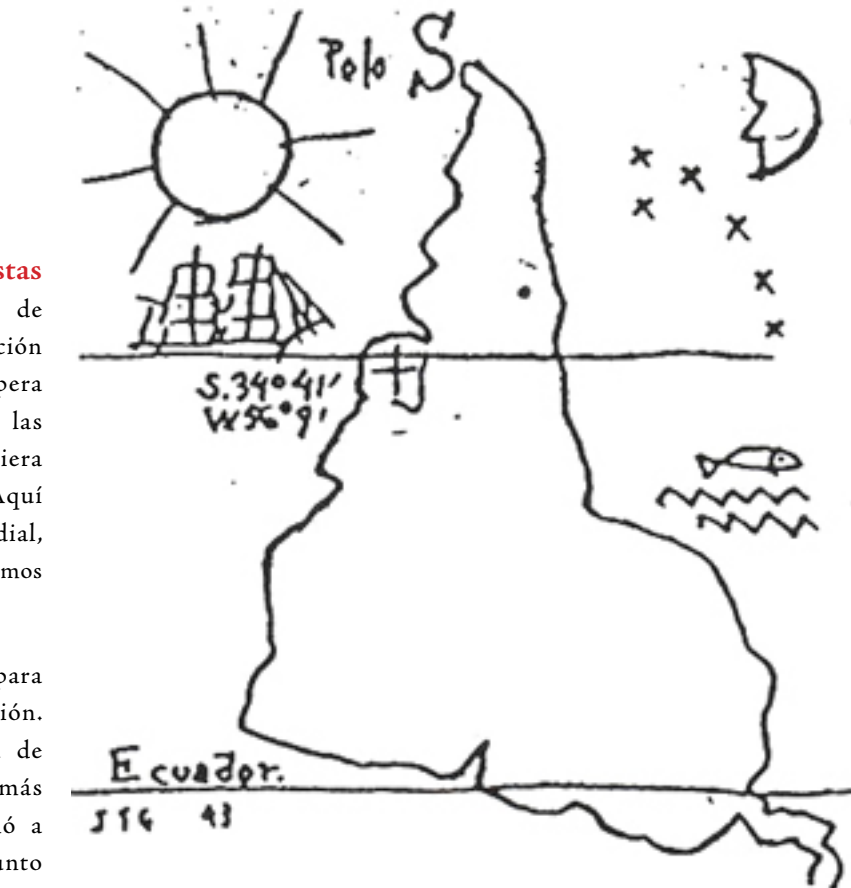
¿Qué es lo que este hombre del siglo XXI eligió para expresarnos a todos nosotros? Una rara inversión. Mientras nuestra percepción cotidiana es la de cada uno de nosotros disponiendo de más y más tecnología digital, Yi-Mou Zhang transformó a cada individuo en un dígito, en un punto (un punto de vista según Pierre Bourdieu), produciendo imágenes gigantes con movimientos generados por una coreografía que engaña al ojo haciéndole ver imágenes descomunales allí donde hay miles de seres humanos en movimiento.

En uno de los puntos más altos del trimestre 'en clave internacional' las olimpiadas unen -en la competencia y en la convivencia- diferentes culturas, etnias y lenguas desplegando los múltiples códigos que cada juego y cada contienda crean. Hay encuentros más estéticos como los de la gimnasia artística, muy cercana al ballet y al teatro; y desafíos más bélicos, en deportes colectivos que combinan el ardor de la disputa con el respeto a las reglas y al 'espíritu' olímpico.

Como si estuviera celosa del espectáculo de la convivencia, la guerra se volvió a prender, otra vez en territorios inesperados, dejando en la ex-república soviética de Georgia la amenaza de convertirse en territorio de una guerra fría devaluada.

"Consideramos que el dramático incremento de los precios alimentarios en todo el mundo pasó a ser un reto sin precedente, de proporciones mundiales, que representa una crisis para los más vulnerables, incluidos los pobres de las ciudades", declaró la ONU al término de una reunión entre responsables de 27 programas, agencias y fondos internacionales en Berna.

El índice calculado por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), que considera la variación de los precios en distintos mercados - en cereales, productos lácteos, carne, azúcar y aceites - aumentó un 57% con respecto a su nivel de marzo de 2007. (Swissinfo.ch).



América del Sur. Joaquín Torres García (1946)

¿Coincidencia? ¿Aprovechamiento estratégico de la distracción? Difícil saber, pero en los hechos las guerras - o mejor dicho la guerra - se resiste a retirarse de la escena pugnando por defender su presencia en la configuración de los mundos por venir.

El trimestre comenzó con una sorprendente novedad: una crisis alimentaria de dimensiones insospechadas cayó como un rayo, amplificada por el interés de los sistemas informativos, orden del discurso que fija la media internacional. Era apenas el segundo trimestre del año pero la noticia llegó para quedarse. El 29 de abril de 2008 Ban Ki Moon, Secretario General de las Naciones Unidas, exhortaba a la comunidad internacional a participar en los fondos de urgencia del Programa Alimentario Mundial. El espectro del hambre nos acecha, advierte.

**La crisis alimentaria** vino a replantear muchas políticas de los '90 como las estrategias de uso alternativo de la tierra y abrió insospechadas polémicas no sólo entre dos visiones polares del mundo sino también entre bloques afines: Fidel Castro polemiza con Lula da Silva sobre los biocombustibles,

la ONU y el Fondo Monetario Internacional pujan entre sí por el uso especulativo de la tierra.

Una conmoción no menor en el trimestre produjo la legislación europea sobre migración, vivida como violatoria de los derechos humanos y contraria a los múltiples tratados internacionales sobre el tema.

En ese escenario, un fenómeno de extrema gravedad para los latinoamericanos, es la desaceleración de la economía española y la potencial deportación (que ya ha comenzado) de miles de migrantes provenientes de América Latina, con sus consecuencias en la desestructuración de familias.

El tema es mayor y se ha instalado en la puja electoral en los EE. UU. A las imágenes idealizadas de los tratados internacionales que parecen impulsar acuerdos hacia una suerte de "ciudadanía mundial" se oponen cada vez mayores restricciones, muros e ilegalidades, que ya no sólo buscan restringir la entrada sino regularla como un dispositivo que acompañe las sístoles y diástoles de cada economía globalizada, transformando a las fronteras en membranas semipermeables que seleccionan a quienes entran en función de las necesidades y desechan a quienes sobran. El tema es tan amplio y complejo que dedicaremos nuestro próximo número a analizarlo.

Otras circunstancias, otras noticias se entremezclan en la escena internacional. Se trata

El relator especial de la Organización de las Naciones Unidas para el Derecho a la Alimentación calificó de "auténtica tragedia" el aumento del precio de los alimentos y pidió fondos suplementarios para atajar el hambre. En el marco de una reunión del Secretario General de la ONU, Ban Ki-moon, con las 27 agencias que conforman el organismo, Jean Ziegler culpó del drama a los biocarburantes, a las "políticas aberrantes" del Fondo Monetario Internacional (FMI) y a la especulación.

Jean Ziegler



Son frecuentes los editoriales en los medios de América Latina que encabezan abiertamente la oposición a sus gobiernos.

### El Conalde debe presentar una oposición política

Por: Jorge V. Ordenes L.

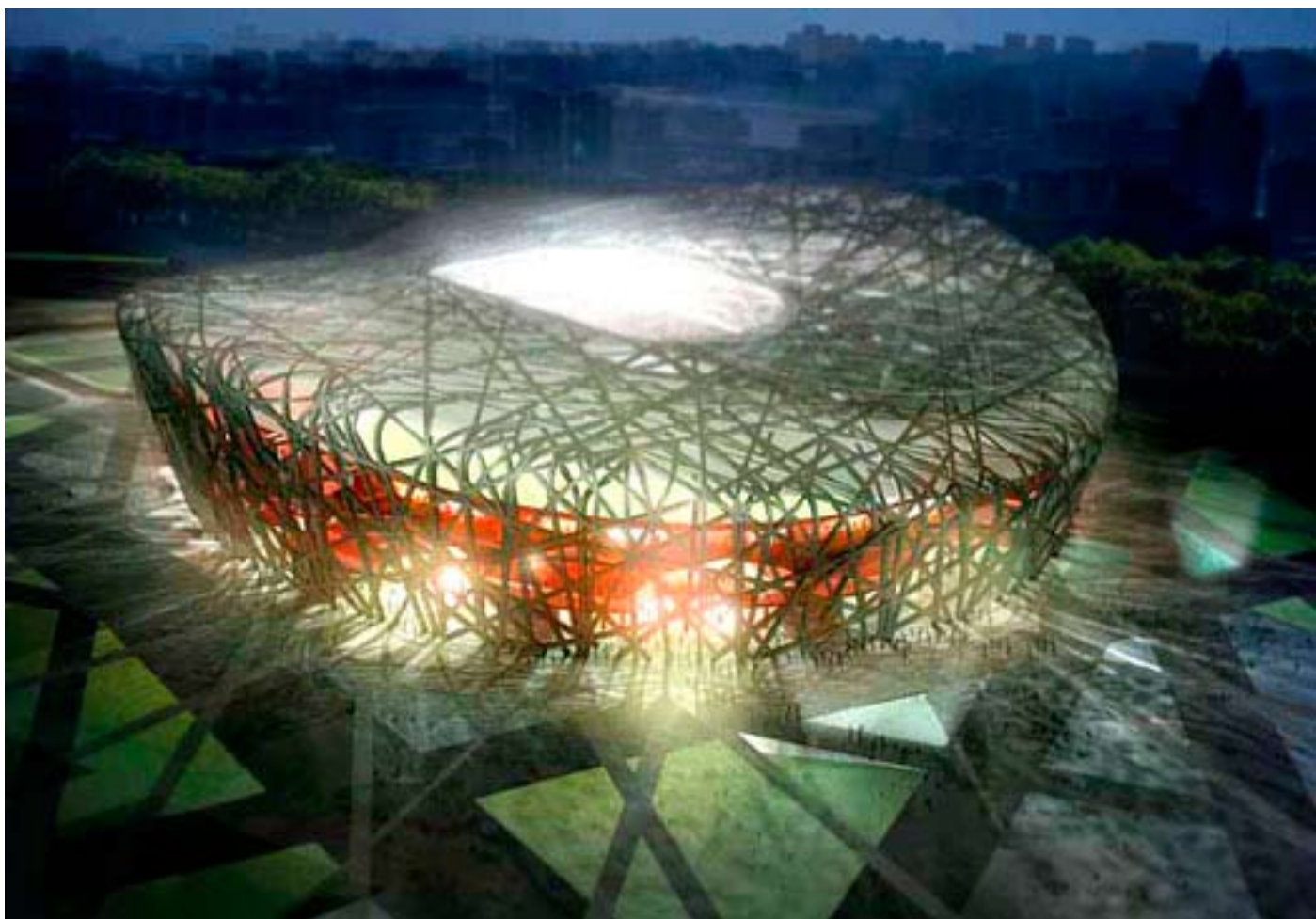
Está bien reclamar al Gobierno central la devolución del IDH y la retracción de la espuria constitución de Oruro, y está bien oponerse a la socialización dictatorial y alocada del país; pero está mal no presentar una alternativa política nacional cuando sólo este Gobierno izquierdista la tiene y está ganando terreno político porque no hay alternativa organizada, sostenida y envolvente, y todos lo sabemos. O sea que no hay oposición política sólida dirigida a todo el país incluyendo los movimientos sociales que hasta ahora han apoyado y todavía sostienen los desatinos del Poder Ejecutivo y sus seguidores que con promesas y dádivas, sean éstas puestos o "ítemes" gubernamentales u otros enjuagues y componendas financiadas con dinero del pueblo de Venezuela sin que éste se manifieste al respecto, han desembarcado en una prepotencia fratrificada que urge retar políticamente porque no hay otra forma civilizada que el mundo vea, escuche, lea y se manifieste incluyendo entes como la OEA.

El propósito es que El Consejo Nacional Democrático (Conalde), más Chuquisaca y buena parte de Cochabamba y ojalá la ciudad de La Paz, como alternativa política nacional única, bregue por quitar votos a los socialistoïdes del Gobierno, y por generar nueva riqueza en vez de repartir la poca existente que no sea a través de impuestos. El Gobierno central y los gobiernos regionales trabajando en concierto e incluso en competencia con la empresa privada (a los tres haría bien) debe ser la fórmula que ofrezca el Conalde. Muchos lo apoyaríamos.

*Fuente: Diario Los Tiempos. (Cochabamba, Bolivia). Publicado el 30 de agosto 2008.*

de una nueva caracterización de los medios de comunicación. Lejos de aquella elegancia que ponía a los diarios (aún o sobre todo, los más conservadores) en una prosa impersonal de cuidado estilo y neutralidad informativa, los medios - herramienta fundamental en el equilibrio entre gobiernos y ciudadanía, un pilar en la construcción de democracia - se han tornado cada vez más agentes de propaganda política y han comenzado a trabajar en red resonando entre sí y amplificando al infinito los mensajes de cada corriente de pensamiento.

A la libertad de prensa se le ha contrapuesto el derecho de empresas más o menos monopólicas o cartelizadas no sólo de dibujar la realidad y acomodarla a su antojo, sino de liderar y aconsejar a los frentes de oposición. Para decirlo en otros términos ahora no se pelea políticamente en los medios sino contra o entre ellos. Bolivia, Venezuela y Nicaragua de manera superlativa, Argentina y Brasil, de forma intermedia, Uruguay y Chile de manera más sutil se han desalineado de las políticas hegemónicas de los 90. Para compensar tanta información intencionadamente sesgada y construir criterio propio para entender lo que está pasando, se hace necesario, entonces, acceder a los medios oficiales o canales alternativos, revistas o redes informativas en Internet.



El Nido. Estadio Olímpico de Beijing 2008.

**Luego de la afectuosa bienvenida a nuestro editorial Número 0**, dedicamos este Número 1 de PoSibles a la Salud Internacional: una construcción, un campo particularmente activo en los tiempos que vivimos y que esperamos entusiasme y estimule a su profundización luego de compartir nuestro dossier.

Seleccionamos este tema para finalizar nuestra editorial porque no se trata de un tema de coyuntura, se trata de una cuestión de principios que es fundamental para El Agora ya que nos impulsa a la investigación y a la búsqueda de información ponderada. En último caso, para el ejercicio de una ciudadanía activa continúa siendo central entender hasta que punto “solo la verdad nos hará libres”. A veces, es la que no nos gusta; a veces, la que duele; a veces, la que no conviene; pero siempre es mejor que vivir en el error o en el engaño, que nunca ayudan a construir órdenes, mundos ni espacios sustentables. ■■

Conferencia de la Dra Nila Heredia Miranda

# El derecho a vivir bien más allá de un enunciado

“Cuando el MAS asume la gestión, en su plan de gobierno plantea un tema central que es el ‘vivir bien’. Un planteo era: ‘queremos vivir mejor’, pero en la discusión se dijo: ‘no, siempre se puede vivir mejor, el tema es vivir bien’.

Por eso es que este gobierno es para ‘vivir bien’ y el planteo del MAS es por un país soberano, digno y productivo. Y en la lógica de la dignidad incorpora el tema de salud, educación y el reconocimiento de las poblaciones indígenas, nativas y la sabiduría indígena. Un país que se reconoce como plurinacional, donde el derecho es de todos”.



Dra. Nila Heredia Miranda



**L**a cobertura del sistema de salud boliviano se ha extendido considerablemente en los últimos años, pero el Gobierno reconoce abiertamente que hay un porcentaje importante de la población que no tiene acceso a los servicios sanitarios, algo que también ocurre, en mayor o menor medida, en todos los países latinoamericanos.

Bolivia cuenta con un sistema de salud organizado históricamente como un modelo unitario (Bolivia es un país unitario), con un sector público bastante protagónico, que reconoce la rectoría del Ministerio de Salud, pero que ha quedado bastante fragmentado a consecuencia de reformas históricas, en función de responsabilidades municipales y departamentales. Es un país que además tiene un sistema de seguridad social con alta concentración.

El país vive desde hace dos años un proceso político que lo distingue de otros producidos en la región. Por primera vez ha sido elegido un presidente representante de los pueblos originarios, que constituyen la mayor parte de la población. Transita por una profunda reforma política, donde se discuten temas tales como: la propiedad de los recursos naturales, las representaciones y alcances de los derechos sociales -como es el derecho a la salud- En una firme decisión política los cambios aunan a lograr que Bolivia sea un país soberano, digno y productivo, y que el pueblo boliviano pueda '*vivir bien*'.

En el mes de febrero la Dra. Nila Heredia Miranda, invitada por El Agora, brindó una conferencia en la ciudad de Córdoba (Argentina), ante un marco de público compuesto mayoritariamente por integrantes de la Comunidad Boliviana residente en la ciudad, profesionales de la salud, estudiantes y militantes de organizaciones y movimientos sociales. En un debate que se prolongó durante más de dos horas la Dra. Heredia disertó sobre estos cambios que viene impulsando el Gobierno en Bolivia. Estos son los puntos más sobresalientes de su conferencia.

## CONTEXTO POLÍTICO BOLIVIANO

**Décadas perdidas: implementación del modelo neoliberal.** En Bolivia desde 1985 hasta el 2006 se instaló un proceso de aplicación del modelo neoliberal de manera esquemática, muy sólida, aplicado de manera autoritaria, y se llegó a un sistema de acuerdos entre los partidos de la derecha más alguno que era socialdemócrata y que terminó siendo más de derecha que cualquier otro. Esto llevó a que en cerca de veinte años, poco más, se estableciera en Bolivia un sistema que condujo no sólo a la privatización de los bienes del Estado sino también del sistema social, entre ellos la salud, que nunca fue una temática lo suficientemente atendida por el Estado boliviano. Se ha llegado inclusive a la privatización del sector salud, con una lógica de captación de recursos económicos para financiar los servicios públicos que terminó en que todo servicio se tiene que cobrar, y ahora el servicio no es gratuito para todo el grupo de personas que no tienen seguridad social o capacidad de pago.

De hecho la seguridad social llega a un 25 o 28 por ciento, es decir que cerca del 72 por ciento debería estar atendido por el sistema público, tal vez un 10 por ciento tiene capacidad de atención privada aceptable, por tanto un 62 por ciento depende del sistema público. Hasta el año 1982 hemos tenido una serie de dictaduras, varios procesos dictatoriales uno sobre otro, que en conjunto buscaban no solamente sostener a unos sectores económicos sino también por momentos desplazarlos. Desde el '85 en adelante no es que el Ejército los reemplace sino que son los empresarios mismos los que

## La elección del mes de Diciembre de 2005, acortándose los plazos, terminó con el triunfo de Evo Morales, un líder campesino que tiene su origen indígena de una de las zonas más pobres y duras del país: Oruro.

se instalaron en el poder generando grupos de partidos que son una burocracia que lo que pretendía contener y estructurar ese modelo neoliberal.

En el año 2000 viene un primer proceso de descontento de la población frente al modelo, cuando en Cochabamba una empresa belga que tenía la administración del agua potable decide aumentar el servicio en un 150 por ciento, sin consulta previa. Cochabamba es un lugar donde se produce mucho maíz, verduras, etc., pero donde la captación del agua potable es mala y necesitaban hacer una construcción, y para construir lo más fácil era aumentar la tarifa. Esto llevó a una protesta de todos los sectores sociales, incluyendo la clase media y la clase pudiente, lo que determinó la salida de la empresa belga. Esta fue una primera victoria sobre el modelo neoliberal, pero la empresa terminó llevando el problema a los tribunales internacionales que, obviamente, fallan en contra de Bolivia, determinando un pago que por supuesto no vamos a hacer.

En febrero del 2003, al presidente (Gozalo Sánchez de Lozada) se le ocurrió elevar el impuesto a los sueldos (en Bolivia al que gana más de u\$s 300, más o menos, se le descuenta el 13 por ciento si no entrega facturas que justifiquen gastos), es decir bajar el mínimo desde el que se exigía facturas, lo que generó un problema muy fuerte que abarcó a la tropa de la Policía, la que terminó haciendo una huelga. El gobierno sacó al Ejército y hubo un enfrentamiento en la Plaza Murillo, donde murieron catorce personas de los cuales nueve eran policías, un enfrentamiento gravísimo. La protesta fue creciendo y se comenzó a exigir la anulación de un decreto presidencial emitido por (Hugo) Banzer (ex dictador hasta agosto de 2002) antes de retirarse del gobierno, que permitía que

los recursos naturales (hidrocarburos) a partir de la boca de pozo ya eran propiedad de los empresarios, lo que no permitía controlar cuanto se estaba sacando. Junto con la derogación del decreto todo el país comienza a exigir la nacionalización de los hidrocarburos, palabras mayores, difíciles. En el mes de octubre este reclamo era muy fuerte, la gente exigía de manera vigorosa, y el gobierno de Sánchez de Lozada termina sacando al Ejército y se produce la masacre en el Alto, que es un lugar de migrantes del área rural, un sector muy grande de casi un millón de habitantes, con mayoría de sectores populares. Esto origina un paro nacional y la exigencia de la renuncia del Presidente, éste anula el decreto y pretende satisfacer las demandas, lo que no es aceptado y culmina con la conocida huida de Sánchez de Lozada. Este fue el año más crítico en cuanto a que significó no sólo la exigencia de cambio de gobierno sino de cambio de modelo.

De modo que el vicepresidente (Carlos Mesa) debía ocupar la presidencia hasta junio de 2004, mientras que las cámaras legislativas, totalmente manejadas por la derecha, acuerdan para que quede como presidente a partir de allí el jefe del Senado o de Diputados, lo que dejaba al modelo vigente. Se llegó a un punto tal que en agosto, mes del aniversario de la República en el que se hace un acto en Sucre, se hizo un copamiento de la ciudad de modo que senadores y diputados tuvieron que escapar, lo que dejó como presidente interino al presidente de la Corte Suprema de Justicia. El proceso fue muy traumático

**“El Presidente Evo Morales no es un personaje nacido de pronto, tiene una historia muy larga con una capacidad de discurso y abstracción muy importante, y una actitud ética reconocida por todos. Estos atributos más el cansancio del modelo lo lleva a ganar la elección con cerca del 54 por ciento”.**

para todos, sobretodo con un cansancio de la población a continuar con un modelo caracterizado por la corrupción, el engaño y la sinvergüenza.

La elección del mes de diciembre de 2005, acortándose los plazos, terminó con el triunfo de Evo Morales, un líder campesino que tiene su origen indígena de una de las zonas más pobres y duras del país, Oruro.

Esta zona es terriblemente árida, que con el cierre de la minería produce una emigración al Chapare, zona productora de coca. En el Chapare desde el año '82 hubo una migración de mineros -con la privatización del modelo del '85 que llevó a cerrar las minas-, lo que explica porque la gente del Alto, del Chapare, tiene una experiencia más o menos disciplinada de la lógica sindical, que trae también de las minas. Se organizan como productores de coca y Evo, que no era minero pero sí campesino, logra tener experiencia en actividad sindical a partir del Chapare. Es un líder muy inteligente, con mucha capacidad de análisis, de visión macro, con una gran intuición política, olfato, instinto, que no se logra leyendo libros. La actitud de Evo de lucha permanente, como diputado en el Parlamento, en el que intentaron acusarlo de narcotraficante, cosa que nunca lograron demostrar a pesar de quitarle la inmunidad en el año 2005 antes de la elección. A pesar de que la Corte Suprema de Justicia era contraria, no logran probar la acusación y tuvieron que devolverle la inmunidad.

El Presidente Evo Morales no es un personaje nacido de pronto, tiene una historia muy larga con una capacidad de discurso y abstracción muy importante, y una actitud ética reconocida por todos. Estos atributos más el cansancio del modelo lo lleva a ganar la elección con cerca del 54 % y gana inclusive en sectores impensados, como en la zona Sur de La Paz, donde los pobladores son de clase media y alta. En Santa Cruz, bastión de la oposición, saca el 28 por ciento, y gana en toda la periferia. Entonces el Presidente se incorpora con una legalidad y una legitimidad muy altas, no ha hecho alianzas partidarias o con grupos de poder.

Este es un gobierno que representa a los movimientos sociales, pero no en forma de alianzas por repartos de poder, sino sobre 10 puntos programáticos, de cuales los tres más importantes son: 1) Nacionalización de los hidrocarburos y recursos naturales, 2) Convocatoria a la Asamblea Constituyente, y 3) Lucha contra la corrupción. Casi los diez se han cumplido, y los tres primeros ya se han realizado.

## Militante por los Derechos Humanos y por la salud

La Dra. Nila Heredia Miranda tiene una larga trayectoria en lo político, en el sector salud de y en la academia en su país, Bolivia.

En lo político, es militante desde hace muchos años, ha sido dirigente de organismos de Derechos Humanos, particularmente Coordinadora de la Federación de Familiares de Desaparecidos, razón por la cual ha tomado contacto con organismos de DD. HH. de distintos países del continente, en especial de la Argentina donde tiene un reconocimiento en esta esfera.

En lo campo académico es docente de la Universidad Mayor de San Andrés en La Paz (Bolivia) y además ha cumplido funciones de vicedecana y de vicerrectora.

En el sector salud ha sido Presidenta del Colegio Médico Departamental de La Paz, y durante dos años desde el comienzo del gobierno de Evo Morales Aima, ha estado a cargo del Ministerio de Salud y Deportes hasta el 24 de Enero de 2008 en que ha dejado de ser Ministra de Salud.

Participa en numerosos procesos políticos que se vienen desarrollando en su país en los últimos años ocupando con mucha frecuencia funciones de mediación en conflictos sociales muy relevantes que han sucedido en su país. Además ha sido protagonista de un movimiento muy fuerte de participación orientado a la instalación del derecho a la salud en el proyecto constituyente.

Actualmente es Coordinadora del Programa de Salud e Interculturalidad del Organismo Regional Andino de Salud en La Paz, Bolivia.

## NACIONALIZACIÓN DE LOS RECURSOS NATURALES

**La nacionalización de las minas se hizo el 1º de Mayo de 2006**, aunque se sigue discutiendo si fue o no fue una nacionalización. La derecha es ahora la más puritana, dicen que no fue una nacionalización, que fue un engaño. Quieren que sea como ellos hubieran querido, una nacionalización donde se les quitaran todos los bienes y se les devolviera lo que hubieran invertido, pero el Estado no tenía capacidad de devolver, ni el dinero, ni tiene la gente técnicamente formada para manejar las empresas. Los técnicos que tenía el Estado boliviano, en la época de la empresa estatal, en estos 25 o 30 años habían pasado a las empresas transnacionales, por lo que habían vaciado el Estado. Nacionalizar entonces era esquemáticamente pedir todo y luego hacer acuerdos y contratos con las empresas transnacionales, donde éstas podían imponer cualquier requisito.

De tal suerte que, al no tener capacidad económica ni técnica, hemos ido a una nacionalización bastante especial, de modo que aquellas empresas que querían renovar los contratos podían hacerlo, y de hecho se quedaron todas. Pero se quedaban en base a un acuerdo diferente, hasta ese momento las empresas dejaban el 18 por ciento de las ganancias y se llevaban el 82 por ciento, a partir de la nacionalización quedan en el Estado el 82 por ciento y se llevan el 18 por ciento. Con el 18 por ciento todavía ganan, no es que se ha hecho algo tan grave, sino se hubieran ido por supuesto. Pero es cierto que se ha reconocido una etapa de transición, de dos años más o menos, en la cual las empresas están recuperando la inversión y devolviendo progresivamente, de manera tal que en dos o cuatro años terminan todos pagando el 82 por ciento. Además, los dos países que compran hidrocarburos, Brasil y la Argentina, pagan ahora u\$s 5.- el BTU de gas, cuando pagaban u\$s 3,6.- y menos de u\$s 2.- respectivamente. Bolivia era solidaria con esos países, les cobraba poco a pesar del alto costo, y al aumentar el precio se han incrementado de forma muy importante los ingresos y también los controles, el ingreso prácticamente ha quintuplicado o más lo que era antes.

Del ingreso total solo el 26 por ciento va a las arcas del Estado Nacional y el 74 por ciento va a los municipios, departamentos, prefecturas y un 5 por ciento a universidad, por lo que los ingresos de estos estamentos ha aumentado proporcionalmente. Esto ha fortalecido lo que llamamos prefectos o gobernadores, que estarían manejando un monto económico mayor, lo que explica porque los prefectos, sobretodo del Oriente, no quieren de ninguna manera llevar adelante la Asamblea Constituyente, porque en la nueva Constitución se reconocen las obligaciones y autonomías en otros niveles. Los prefectos de la media luna, como nosotros la llamamos, del Oriente, han propuesto la autonomía departamental, algo así como la descentralización llevada a un extremo que casi nos hizo sospechar en una suerte de soberanía, parecida a la autonomía española que tantos problemas les ha provocado. Los prefectos, con todo el dinero que están recibiendo, un monto que no tienen capacidad de ejecución porque han estado acostumbrados a que el Estado haga todo y les pague por todo, en la actualidad quieren la autonomía departamental. En ese caso el prefecto se convertiría en una especie de gobernador, que exige al Estado Nacional que cubra todas las obligaciones y el gobernador distribuiría discrecionalmente los fondos. Ellos debaten o discuten el centralismo nacional pero están llevando a un centralismo departamental, porque en esas zonas hay una discriminación muy marcada.

## ASAMBLEA CONSTITUYENTE

El otro tema importante que se ha planteado es la Asamblea Constituyente. La Constitución política del Estado es una Constitución positiva, que reconoce deberes y derechos, sin embargo tiene mucho de protección a los sectores pudientes y al modelo económico vigente.

La exigencia de la Asamblea Constituyente data del año 1991, cuando se hizo la primera marcha indígena desde la Amazonía hasta La Paz, exigiendo tierra, territorio y dignidad, y allí se exigió una nueva Constitución. De tal suerte que la Asamblea Constituyente no es obra de este gobierno sino de todos los movimientos populares que durante 15 años exigieron una nueva Constitución donde los indígenas sean reconocidos, donde se reconozcan: los derechos de los pueblos, que existen otras lenguas, otras nacionalidades, otros saberes, otras formas de pensar y actuar.

**“Hasta ese momento las empresas dejaban el 18 por ciento de las ganancias y se llevaban el 82 por ciento, a partir de la nacionalización quedan en el Estado el 82 por ciento y se llevan el 18 por ciento. Con el 18 por ciento todavía ganan, no es que se ha hecho algo tan grave, sino se hubieran ido por supuesto”.**

Bolivia se reconoce como un país altamente mestizo e indígena, en la investigación que hizo el PNUD cerca del 82 por ciento de la población se reconoció como indígena o descendientes de indígenas, ustedes comprenderán que Bolivia se declara de procedencia indígena, directa o indirecta, el 18% restante es europeo o asiáticos, yugoslavos, etc., que paradójicamente tienen mucho poder actualmente, sobretodo los asentados en el Oriente.

Por ello es que cuando se decide llamar a la Asamblea Constituyente, se convocó a los constituyentes rápidamente, entre enero y julio. Fue una votación nacional en la que se ganó más de la mitad de los constituyentes, de 156 constituyentes 88 son del MAS<sup>1</sup>, y el resto son de otras doce agrupaciones. La derecha se presentó con nuevas siglas, aunque todos saben quienes son, tuvieron que meter a los mismos caudillos, líderes sinvergüenzas, gobernadores y diputados del gobierno anterior, con una larga trayectoria y conocimiento de lo que son las normas y las leyes.

Contrariamente la gente del MAS, que no es un partido sino la suma de movimientos sociales, en una mayoría es gente que no tiene experiencia política partidaria, ni jurídica, algunos sin terminar la escuela primaria. Gente de sectores populares con una alta actitud interpelante pero al mismo tiempo con gran desconfianza hacia los sectores pudientes incluyendo a la clase media. Esto demuestra las dificultades para llevar adelante una Asamblea Constituyente con un grupo tan diverso, con historias tan diferentes. Las personas de base saben lo que quieren, pero ¿como se escribe lo que se piensa para que no se entienda de otra manera, si siempre los que han escrito son otros?. Este es el esquema, el mapa de la situación por la que resultó tan difícil ponerse de acuerdo. La votación sola de la gente del MAS era superior al 50 por ciento, pero la derecha quería 2/3 de los votos y así pretendía evitar que el MAS arrasara con todo.

Esto nos llevó tres meses de discusión, fue gravísimo y retardó mucho, sin embargo las comisiones fueron trabajando. Por norma esta Constitución debía ser aprobada en Sucre, Capital fundacional de Bolivia hasta que la guerra civil llevó la Capital a La Paz.

“La Asamblea Constituyente no es obra de este gobierno sino de todos los movimientos populares que durante 15 años exigieron una nueva Constitución donde los indígenas sean reconocidos”.

Entonces la derecha comenzó a discutir ese tema, el de la capitalía, como central y trató de imponer el problema de la devolución de la capital política a Sucre. Esto llevó a un enfrentamiento muy duro, hasta ese momento el prefecto de Chuquisaca era del MAS, pero tuvo que renunciar por la dureza del enfrentamiento.

Allí la universidad tuvo un papel central al convertirse en el cobijo de la clase media y pudiente, que convirtieron a la universidad en un reducto conservador, anti-popular, anti-progresista, en esta lógica de exigir la capitalía. Algo totalmente irracional, algo que nadie imaginaba, al punto que la noche en que los campesinos que estaban cobijados en el predio de la Universidad fueron expulsados a la noche y la lluvia por no estar de acuerdo con estas discusiones. Estos decían, “discutamos la capitalía pero antes aprobemos la Asamblea Constituyente”, para nosotros es más importante el reconocimiento de los derechos campesinos, de un país plurinacional, democrático y soberano, y después discutir si la capital se va a Sucre o no. Ese tema llevó a que los botaran a

los campesinos, algo dramático y terrible, que los sectores pudientes hayan tomado y utilizado esos espacios, es un tema que tenemos que ver en Bolivia, como volver a trabajar la universidad, con experiencias como la de Venezuela donde la universidad ha tenido un papel contrario al de la nuestra.

La Asamblea Constituyente terminó aprobándose, en la ciudad de Sucre, en una escuela militar en la que estudian muchachos civiles de nivel secundario, hijos de gentes un poco complicadas, un tanto rebeldes, no era un cuartel sino una escuela administrada por el Ejército. Hubo que hacer contenciones, con marchas desde La Paz, Cochabamba, para proteger a esa Asamblea, y hubo un enfrentamiento muy fuerte. En realidad, se aprobó en una especie de operación comando porque no había tiempo que perder, ya que en Sucre aparecieron grupos de jóvenes dirigentes que no eran de Chuquisaca, muchos de Santa Cruz, un movimiento juvenil paramilitar. De hecho, ha habido un enfrentamiento que ha sido hecho desde afuera, financiada desde afuera, con organización de tipo comando, de hostigamiento a la Policía, con quema de edificios, vehículos especiales, lanzando llantas con dinamita, operaciones que un estudiante o poblador cualquiera, sin entrenamiento, no podría haberlos hecho. Tuvieron que salir a escondidas los asambleístas después de aprobar la Asamblea en grande, en una acción muy rápida donde murieron dos personas de Sucre con disparos de armas de guerra, armas que tenían prohibidas las policías y los militares. Se tuvo que hacer así porque si este grupo vencía, o salía el Ejército a defender o se produciría un enfrentamiento con los sectores sociales que estaban allí. Entonces se aprobó en general, rápidamente, después se aprobó en detalle en Oruro una vez que el parlamento aprobó que la última sesión se hiciera fuera de Sucre en función de los riesgos que tenía la población.

1 MAS (Movimiento de Acción al Socialismo) es el movimiento político que llevó a la presidencia a Evo Morales.



Marcha de Campesinos en apoyo a la Asamblea Constituyente

La nueva Constitución tiene que ir a referéndum nacional y debe ser aprobada en ese referéndum, que será en Marzo o Abril, dependiendo del parlamento. En la Cámara de Diputados la mayoría es del MAS y por lo tanto está ya aprobada la realización del referéndum, pero en Senadores la mayoría es de la oposición, que quiere retardar el proceso para acumular fuerzas, generar conflictos y que no se aplique la nueva Constitución.

## VIVIR BIEN. UN PUNTO CENTRAL EN LA NUEVA CONSTITUCIÓN

Cuando el MAS asume la gestión, en su plan de gobierno plantea un tema central que es el “vivir bien”. Se discutió mucho esto en la suma de los movimientos sociales, a cerca del socialismo y sobre el ¿qué queremos?. Un planteo era “queremos vivir mejor”, pero en la discusión se dijo “no, siempre se puede vivir mejor, el tema es vivir bien”. Por eso es que este gobierno es para “vivir bien” y el planteo del MAS es por un país soberano, digno y productivo. Y en la lógica de la dignidad incorpora el tema de salud, educación y el reconocimiento de las poblaciones indígenas, nativas y la sabiduría indígena. Un país que se reconoce como plurinacional, donde el derecho es de todos y es por ello que en el primer artículo de la nueva Constitución, que es muy largo, se declara como un país unitario, social, de derecho, plurinacional, comunitario, libre, independiente, democrático, soberano, intercultural, descentralizado y con autonomía.

Si bien la nueva Constitución incorpora el planteamiento del MAS desarrollado, en el ámbito de la soberanía está la propiedad de todos los recursos naturales, la dignidad, el derecho y la prohibición de que todos los bienes públicos se puedan privatizar, es decir el derecho al agua, a la electricidad, deben ser públicos.

## LA REVOLUCIÓN EN SALUD

La temática de la salud es muy importante, muy larga, para vivir bien necesitamos salud y no podríamos tener salud si no estamos movilizados. La base sustancial del gobierno es la movilización social y el lema del Ministerio es “movilizados por el derecho a la salud y la vida”, es decir que no concebimos la salud sino es a través de la movilización social.

La salud no es un tema sólo de los médicos, que esté solo en manos de los médicos es un riesgo gravísimo, sino que tiene que estar en manos de todos.

Por esto, a nivel del Ministerio hemos planteado cinco líneas de trabajo, una de las cuales es este tema de la movilización y la participación social, y para la nueva Constitución desde el Ministerio hicimos las pre-constituyentes en salud, en cada Departamento se debatieron los temas que la población quería. Nuestro requisito fue que el 70 por ciento de los integrantes de esas pre-constituyentes fueran representantes de los sectores sociales y el 30 por ciento del sector técnico, porque en el ámbito técnico ya sabemos como llevar las cosas, pero el tema era como concibe y que quiere la población al respecto. Luego se hizo una constituyente nacional y las propuestas fueron incorporadas por la Asamblea Constituyente en un 90 por ciento, felizmente.

Entonces el tema de la movilización y participación social está en el modelo de gestión, que además es compartido, ya que en el directorio local de salud está el alcalde, un representante de la red de salud y está el representante social.

Entre los tres resuelven los problemas de gasto y gestión. Esto trae problemas, porque a veces al representante social es cooptado por el alcalde o el alcalde por el médico, pero hay municipios donde funciona muy bien, en la mayoría se ha avanzado enormemente y hay una buena experiencia.

El sistema de salud es el sector más resistente a hacer co-gestión, a informar, siempre quiere más hospitales, etc., y ver menos la promoción. En las cinco líneas de acción

**“La temática de la salud es muy importante, muy larga, para vivir bien necesitamos salud y no podríamos tener salud si no estamos movilizados”.**

**Cuando el MAS asume la gestión, en su plan de gobierno plantea un tema central que es el “vivir bien”. Se discutió mucho esto en la suma de los movimientos sociales, a cerca del socialismo y sobre el ¿qué queremos?. Un planteo era “queremos vivir mejor”, pero en la discusión se dijo “no, siempre se puede vivir mejor, el tema es vivir bien”.**

que indicaba, el otro tema básico para todo el esquema es la promoción de la salud. Estamos en una etapa de modificación del modelo de atención para llevarlo más a un modelo de prevención y promoción, y menos a lo que es el sistema de asistencia. Por supuesto que siempre estará el sistema asistencial buscando mayor calidad, pero el modelo está más asentado en la promoción y sobretodo en el primer nivel de atención con respecto al segundo nivel. Estamos trabajando mucho con los equipos en capacitación y también en una residencia de tres años, para el equipo de salud, en salud familiar comunitaria intercultural.

El tema de la inter-culturalidad es una transversal muy fuerte, muchísima población recurre al médico tradicional, por razones económicas, de distancia, culturales, no solo que el equipo de salud no sabe hablar el idioma nativo y además tiende a aparecer como los que saben, y la gente tiene temor a acercarse. Estamos trabajando en jerarquizar al médico tradicional y al mismo tiempo incorporar la línea de la inter-culturalidad. En el trabajo con los médicos tradicionales hicimos una travesura haciendo un curso pequeño de dos meses para médicos tradicionales de La Paz, en la Facultad de Medicina,

“El hecho de que el Presidente haya puesto en el centro el tema de salud y educación, hizo que la gente haya tomado estos temas como un derecho, como una parte de su discusión, y nos ha ayudado muchísimo”.

que fue una revolución, muy resistida, pero finalmente la hicimos y certificamos, si bien muchos la miraron de lejos otros ya están interesados. En el mes de marzo vamos a hacer una reunión de cuarenta sabios, médicos tradicionales a nivel nacional, porque nos interesa que ellos organicen y elaboren como vamos a certificar al médico tradicional, porque también hay personas que terminan vendiendo cualquier cosa, y el médico tradicional es una persona reconocida y de mucho conocimiento que no debe confundirse con éstos últimos.

## PRINCIPALES ABORDAJES

El hecho de que el Presidente haya puesto en el centro el tema de salud y educación, hizo que la gente haya tomado estos temas como un derecho, como una parte de su discusión, y nos ha ayudado muchísimo.

Dos ejes grandes son el tema de la desnutrición, Bolivia tiene un índice muy alto de desnutrición infantil, con una media del 26,5 por ciento en menores de cinco años, con lugares en que es mayor. Estamos implementando el programa de desnutrición cero en menores de cinco años, con foco en los menores de dos años, es un plan nacional con una excelente asimilación en los Municipios y la población.

En el año 2006 hicimos una campaña de vacunación contra la rubeola y el síndrome congénito de rubeola entre 15 y 39 años, hombres y mujeres, este año lo hicimos entre los 2 y 15 años, y la campaña contra la fiebre amarilla para todos hasta los 44 años. Nuestras vacunaciones no han bajado del 96 por ciento, 98 por ciento, 100 por ciento, o más del 100 por ciento porque se han traído gentes desde otros lados. Hay un caso de una población muy antigua en la frontera con Chile, donde han vacunado al 100 por ciento de la

población pero son más porque la gente va y viene de Chile.

Hay una buena acogida de estos programas por parte de la población y es por eso que hemos trabajado con mayor facilidad pero también con mayores exigencias, porque la gente interpela, exige, no acepta que no tenemos plata o que el equipo no esté al nivel de la exigencia. Porque no tenemos suficiente dinero, o el modelo de atención y la Universidad sigue formando con un modelo asistencial. Pero con el programa desnutrición cero estamos llegando a los 52 Municipios más pobres, con un índice de pobreza del 98 por ciento para arriba.

Otra área es el tema de la exclusión en salud, que se da por razones económicas, culturales o geográficas. En las razones económicas estamos con el seguro universal de salud, que alcanza a menores de 5 años con todo gratuito para el paciente, nuestro plan es llegar a la población de hasta los 21 años, y también ya están protegidos de 60 años

Para la nueva Constitución hicimos las pre-constituyentes en salud, en cada Departamento se debatieron los temas que la población quería. Nuestro requisito fue que el 70 por ciento de los integrantes de esas pre-constituyentes fueran representantes de los sectores sociales y el 30 por ciento del sector técnico, porque en el ámbito técnico ya sabemos como llevar las cosas, pero el tema era como concibe y que quiere la población al respecto.

para arriba. Este bache entre los 5 y los 21 años todavía está en el Parlamento, donde se están resistiendo a la aprobación porque el financiamiento viene de las prefecturas. Ellos dicen, “está bien aprobamos todo pero que el Estado pague, nosotros no”. Y les decimos, “ustedes tienen la plata ahora y ustedes pagan”.

Estamos en esa discusión, con la idea de lograr que progresivamente el seguro universal llegue a todos, económicamente no podemos más de 5 años, están incorporados partos y embarazos, salud sexual reproductiva, detección de cáncer a lo largo de toda la vida y la consulta externa gratuita para todos.

La idea es detectar hipertensos, diabéticos, obesos, aunque obesos hay pocos allá. Estos son los ejes sobre los que se ha estado trabajando, en la actualidad el momento es complicado porque se tiene que llevar a aprobación la nueva Constitución.

## EL FUTURO INMEDIATO DE LA REFORMA

En diciembre del año pasado estábamos en un momento muy duro, cuando en Sucre no dejaban reunir a la Asamblea Constituyente, y se aprobó como dije en una acción medio comando, ya que se estaba al borde del estado de sitio por la violencia en Sucre, se habían escapado todos los presos y la Policía abandonó la ciudad, y en Santa Cruz de la Sierra quisieron hacer lo mismo. Sin embargo el Presidente

**La Cámara de agro-industria está formada por los grandes empresarios que alquilan a los campesinos, les compran a éstos y aparecen como los grandes empresarios cuando los pequeños campesinos son los que producen.**



Muñeca en madera. Bolivia

se rehúsa a usar la fuerza. La lógica del Presidente es democrática: si tantas veces nos han reprimido, nosotros no deberíamos hacerlo. En esta línea resolvió poner a disposición su cargo y que se llame a un referéndum revocatorio, pero no solo su cargo sino también el de los nueve prefectos, y todo el mundo debería ser rectificado con el mismo porcentaje de votos más uno.

Lo que significaría una ventaja, ya que el Presidente fue aprobado por el 54 por ciento, mientras que hay otros que fueron elegidos con sólo el 38 por ciento y a través de acuerdos, por ejemplo. Muchos prefectos, que a pesar de esa ventaja no serían aprobados, empezaron a pedirle al Presidente que no se enoje, que quien dijo que debería renunciar, que siga, etc. Esa actitud y las que siguieron a la aprobación de la Asamblea Constituyente, pusieron la iniciativa en manos del gobierno, entonces el referéndum actual será aprobar la nueva Constitución y será revocatorio a la vez. La oposición no está tranquila, está perdiendo mucho, ya que la nueva Constitución toca temas centrales como la tenencia de la tierra.

En Bolivia cerca de 2/3 de su territorio es Amazonía y valles, pero es en la altura, en el Altiplano, donde esta la mayor producción, las minas, el sustento económico. El poder político, la capital, también está en el Altiplano.



Conferencia de Nila Heredia en Córdoba. Argentina

Sin embargo, la mayoría de su territorio está en el Amazonía, por eso en la revolución del '52 - '53, cuando se hace la reforma agraria, se reparten las tierras en el Altiplano, porque acá eran grandes extensiones de tierra deshabitadas.

El Estado fomenta que a las personas que quisieran ir al Oriente a trabajar y producir, se les daban las tierras gratuitas, concesionadas. En el transcurso de los años, estos señores que han estado en el poder se han ido dando tierras y más tierras, y hay gente que tiene miles de hectáreas improductivas. En el año 2007 se lanzó un decreto que es algo así como la segunda reforma agraria, que significa hacer un inventario de las concesiones de las tierras y aquellos que tienen tierras concesionadas deben demostrar que están produciendo.

La mayoría no están produciendo, aunque se reconocen 5 hectáreas por cabeza de ganado y en agricultura algo proporcional a esto. Todo lo demás está siendo distribuido entre los campesinos, por lo que están perdiendo esta tenencia de tierras que nunca fueron suyas y que fueron engañosamente dadas.

La nueva Constitución establece dos posturas: que la tenencia máxima sea de 5.000 o 10.000 hectáreas y hay gente que no quiere por nada perder este derecho, que alquilan las tierras a los campesinos y que estos produzcan. La Cámara de agro-industria está formada por los grandes empresarios, pero los grandes empresarios lo que hacen es alquilar a los campesinos y obligarlos a producir, les compran y aparecen como los grandes empresarios cuando los pequeños campesinos son los que producen. Ahora esto se está cortando y se les compra directamente a los pequeños campesinos. Entonces es obvio que estos sectores están en una actitud de problematización y formando, lastimosamente, grupos de choque paramilitares, y amenazas, extorsiones, etc. Sin embargo, en el Oriente la población está de acuerdo con el cambio, pero en el momento de la votación puede darse la extorsión, o el asalto a urnas, y por eso el momento es tan delicado. Este cambio ministerial -en el Ministerio de Salud- traduce las necesidades de dar señales al Oriente de que están incorporados al gabinete, un armado de tablero de ajedrez permanente, pero donde todos estamos en claro es en que no podemos perder esta oportunidad, perderla sería retroceder muchísimos años. La población está sublevada, interpelando, han entendido que tienen derechos y van a continuar en esta pelea e incluso nosotros continuaremos porque somos parte de ella. ■

# La salud en clave internacional

por Mario Rovere

“A ese respecto es importante recordar que durante la paz de los cien años y especialmente desde el comienzo del siglo XX, hubo un crecimiento de la democracia. Con los parlamentos incorporados como nuevo ingrediente de los procesos políticos internos, a la administración conservadora, la actividad diplomática y las finanzas internacionales se hicieron mas difíciles y la tendencia a los cambios inesperados mas frecuentes. En este sentido el juego político se transformó en mas errático. En el campo financiero el sufragio universal (masculino) y el surgimiento de los sindicatos y los partidos laboristas con representación parlamentaria politizaron las políticas fiscales y monetarias. Y en el campo de la política internacional, cuestiones diplomáticas pasaron rápidamente del cálculo de pocos a las pasiones de muchos”.

*Marcus Faro de Castro*

**Política y Relaciones Internacionales.** (2005) Brasilia: UnB. Editora.



Comprender el entramado de circunstancias que median entre la organización de una sociedad y su nivel sanitario, o entre la salud y la enfermedad individual y colectiva en cada momento de la vida, en cada lugar y en cada circunstancia concreta no es una tarea sencilla, aún para los analistas más experimentados. La salud es una compleja construcción que puede verse al mismo tiempo como el resultado de un conjunto de factores que lo determinan y como un elemento clave en el avance de otros sectores y factores del desarrollo.

Intentar caracterizar la salud como un componente inseparable de la vida política, social y económica de un país resulta complejo, pero hacerlo, además, en clave internacional podría parecer en primera instancia un lujo, una sofisticación innecesaria para los ciudadanos concretos de carne y hueso.

Gripe, sarampión, médico de familia, hospital, sistema local de salud, enfermera comunitaria, atención primaria de la salud, vacunación casa por casa, medicamentos son algunos de los problemas, algunas de las prácticas, algunos de los enunciados que nos hacen imaginar, que nos refuerzan siempre la imagen de la salud como muy cercana a lo cotidiano, al día a día, a la vida misma; bastante contrapuesta a esa palabra tan ajena, tan exótica que representa lo “internacional”.

En la práctica no se trata de contraponer, sino más bien de complementar las miradas porque en último caso un entorno cotidiano – lo local - podría no entenderse (ni extenderse) sin lo global o lo internacional. Ese medicamento, esa vacuna que se aplica en el barrio, casa por casa, pudo haber sido desarrollada por un laboratorio bien lejos de ese lugar. La Atención Primaria se lanzó como política internacional en Alma Ata, una región de la ex URSS que pocos por estas latitudes podrían ubicar en un mapa; los Sistemas “Locales” de Salud fueron pensados y sistematizados a partir de una serie de experiencias concretas latinoamericanas pero se conceptualizaron en las oficinas centrales de un organismo “internacional” de salud. Se sigue discutiendo si la medicina es familiar o general, añadiendo a las discusiones domésticas las experiencias desarrolladas en Gran Bretaña, en las costas este y oeste de los EE UU, en Cuba o en Brasil.

La complementariedad de ambas miradas es crucial porque nos permite en cada caso construir situaciones, casos y ejemplos que no solo muestran hasta qué punto estamos atravesados por experiencias y decisiones que se toman muy lejos de nuestras latitudes, sino que al recrearlas y redefinirlas a cada paso para acercarlas a nuestras necesidades estamos construyendo experiencias que podrían tener valor más universal y ser aplicadas en otros contextos.

Las enfermedades no respetan fronteras. Esta simple afirmación constatada a lo largo de toda la historia de la humanidad sería suficiente para comenzar a perfilar un objeto de estudio que intersecta la salud pública con las relaciones internacionales. Sin embargo, la historia de las enfermedades es mucho más antigua que la historia de la salud pública que deviene fundamentalmente política a partir del momento (siglo XVIII) en que comienza a ser identificada como un componente sustancial de las funciones y de la organización del Estado.

Dadas las formas en que las enfermedades y los primeros instrumentos para paliarlas, tramitarlas y/o prevenirlas se presentaron y más aún dada la tendencia a explicar las enfermedades epidémicas como provenientes del “afuera”, del extranjero, no es de extrañar que la salud pública se instalara como una función de gobierno cercana a la de las relaciones exteriores o las cancillerías.

Por las mismas razones, se entiende que se haya identificado primariamente esta función como parte de la tarea de gobierno de las ciudades portuarias o de aquellas que se encontraban muy cerca de una frontera.

Existe una cierta utilidad y quizás intencionalidad, - y no ocurre esto solo en salud - en que cada uno de nosotros piense que lo internacional nos es ajeno, que es una esfera restringida a la comprensión y, más aún, a la intervención de pequeños grupos, de dirigentes, de gobernantes, de delegados; en definitiva, de cierta elite que, aunque creciente, es la única que posee las claves de esa dimensión.

Así cuando lo internacional, nos alcanza, nos toca, nos modifica, nos afecta, nos beneficia o nos perjudica, tenemos la tendencia a pensar que estos fenómenos son naturales y, en consecuencia, solo cabe resignarse, acostumbrarse, protegerse, refugiarse - como si de un bombardeo se tratara - si acaso eso es posible, o aprovecharlo o adaptarse cuanto antes si creemos que beneficia o corresponde.

Frente a estas alternativas, procede la pregunta sobre el origen de esta concepción y las posibilidades concretas de modificarla, sobre todo, en un contexto y una época en donde la construcción de lo internacional muestra cómo algunos países que, por su poder relativo pueden apelar al unilateralismo más decimonónico, vienen desplazando el laborioso orden y la compleja institucionalidad generada en el clima posterior a la segunda guerra mundial.

En principio, la idea de lo internacional se instala con facilidad y, al mismo tiempo, queda restringida en las personas que, por diferentes motivos, viajan con frecuencia entre países; los que representan una proporción relativamente baja de la población mundial y, más baja

aún, si dejamos de incluir en este conjunto a aquellas que deben hacerlo simplemente por la naturaleza de su trabajo.

Por ello, no debe extrañar que las relaciones internacionales y aún la tarea diplomática haya sido asociada en el pasado a una función cumplida predominantemente por sectores de las elites dominantes de los países, fenómeno que solo parcialmente se fue modificando a partir de la profesionalización de la carrera diplomática.

Parece obvio afirmar que la distancia y el desconocimiento ayudan a crear un aura de misterio, una inespecificidad que se refuerza por una sensación de prioridad hacia lo más próximo e inmediato. En la misma lógica, dedicamos mucho más tiempo a una noticia policial de nuestra ciudad que a un resumen semanal de noticias internacionales que, además en ocasiones, por poco contextualizadas, las noticias internacionales se vuelven incomprensibles, algo que el orden mediático propio de cada país tiende a reforzar.

La salud -volvemos a ella- tiene en este sentido un rol importante que cumplir, ya que constituyó en el pasado uno de los temas que con más facilidad llamó la atención de la población y motivó reflexiones sobre lo internacional.

Podríamos decir, sin temor a equivocarnos, que la salud constituyó en este sentido un fenómeno muy parecido al que cumple la ecología hoy en día que mediante imágenes y cuestionamientos instala en la opinión pública la idea de lo mundial, de un solo planeta en riesgo, transformando lo internacional en asunto doméstico y conocido.

Existe una cierta utilidad, sino intencionalidad, -y no ocurre solo en salud- en que cada uno de nosotros piense que lo internacional nos es ajeno, que es una esfera restringida a la comprensión, y más aún, a la intervención de pequeños grupos, de dirigentes, de gobernantes, de delegados...

## UNA BREVE REFERENCIA HISTÓRICA

Como hemos mencionado, la salud contribuyó a construir “lo internacional” más allá de las relaciones bilaterales y se constituyó en uno de los primeros motivos aglutinantes -antecedido en el tiempo solo por una reunión dedicada a la comunicación telepostal interatlántica - para instalar una reunión entre delegados de muchos países y, a partir de allí, sostener una serie de reuniones de carácter periódicas, dando origen a lo que hoy podríamos denominar una diplomacia multilateral.

En 1851, delegados de los países con costa en el Mediterráneo invitados por el gobierno de Francia se reunieron en París fundando la salud internacional en los tiempos modernos, un campo que no se ocupa tan solo de un conjunto de enfermedades peligrosas y transmisibles a través de las fronteras sino sobre todo de las medidas que los pueblos, los gobiernos y, más recientemente, los organismos internacionales han realizado (y continuarán realizando) para evitar la propagación de enfermedades y para generar condiciones dignas para la salud y la vida.

Sin embargo, las motivaciones económicas y las tensiones entre comercio y medidas sanitarias (especialmente las cuarentenas que perjudicaban el comercio de las mercancías perecederas) eran una motivación mayúscula para emprender estas tareas. Mr. Baroche, Ministro de Negocios Extranjeros

de Francia, invitaba a la Conferencia de París en carta fechada el 16 de abril de 1851 y escribía “el Sr. Presidente de la República anunció que el Gobierno Francés tenía la intención de concertarse con los Estados de los que el Mediterráneo baña sus costas, con el objeto de regular, de una manera uniforme el sistema de los Lazaretos y de las cuarentenas, respecto a los cuales las legislaciones de estos Estados presentan una diversidad perjudicial a las relaciones comerciales.”

En el siglo XVIII y XIX y hasta principios del XX, la salud pública constituía un verdadero contrapunto para el desarrollo del capitalismo, tan predispuesto siempre a jugar en el límite de la sustentabilidad-depredación de las condiciones sociales y ambientales. Esto puede verse ilustrado en los fuertes debates que se hacían públicos entre comerciantes y algunos médicos cuando las medidas cuarentenarias afectaban el comercio marítimo o aun los eventos sociales-comerciales como la celebración de los carnavales<sup>1</sup>.

Eran los tiempos de otra globalización en donde no era Internet sino el telégrafo, no era la televisión sino los periódicos los que hicieron incorporar el conjunto de los actores de la política internacional a la opinión pública.

La especulación no es abstracta: un fenómeno fundamental en la organización de la salud pública contemporánea a mitad del siglo XIX, como es el desarrollo de la enfermería y su relación con importantes avances en la administración hospitalaria y la sanidad militar difícilmente se hubieran dado si el telégrafo, los corresponsales de guerra y los periódicos no hubieran acercado de una forma nunca antes vista los campos de batalla de Crimea a la opinión pública inglesa. El trabajo de Florence Nightingale y sus propuestas se viabilizaron y ganaron prestigio nacional e internacional por la transparencia y rápida difusión de sus resultados salvando vidas en una época en que morían más soldados en el hospital militar que en el campo de batalla.



Edificio de Naciones Unidas. Nueva York

1 Sacchetti L. y Rovere M. La Salud Pública en las Relaciones Internacionales: Cañones, Mercancías y Mosquitos. (2007). Eds. El Agora: Córdoba, Argentina.



El desarrollo de la enfermería e importantes avances en la administración hospitalaria y la sanidad militar difícilmente se hubieran dado si el telégrafo no hubiera acercado de una forma nunca antes vista los campos de batalla de Crimea a la opinión pública inglesa.

Al comienzo del siglo XX, los desarrollos de la salud pública permitieron abrir caminos, no confrontativos, que parecieron más bien complementar y minimizar los costos sociales de los avances económicos. Reuniones internacionales, organismos filantrópicos, reglamentos sanitarios combinados con campañas contra vectores, mejoras urbanísticas, cambios en la antisepsia, organización sanitaria, vacunas y medicamentos -en ocasiones trasladados de la esfera militar a la esfera civil- cambiaron muchos antagonismos irreductibles del siglo XIX.

Desde comienzos del siglo XX en las Américas y con un énfasis mucho mayor a nivel mundial después de la segunda guerra mundial, la salud internacional tiende a institucionalizarse, al mismo ritmo que impulsa el desarrollo de una función relevante en las funciones del Estado (Ministerio de Salud).

La posguerra impulsa la generación de sistemas nacionales de salud más o menos universales que, bajo diferentes nombres (servicio nacional de salud, seguros de salud, sistemas integrados) están insertos en una concepción mayor de estado benefactor o estado providencia que desarrolla en países europeos y más parcial y fragmentariamente, en los países latinoamericanos.

La institucionalización de la Salud Internacional entre 1948 y 1978 muestra señales muy relevantes en la erradicación y control de enfermedades y aprovechando la euforia de la erradicación de la viruela culmina el período con el lanzamiento de la Atención Primaria de la Salud en el marco de una reunión internacional muy influyente lanzada en Alma Ata, República de Kazajistán, perteneciente en ese momento a la URSS.

Apenas dos años después, el comienzo de la denominada Revolución Conservadora representada por los gobiernos de Ronald Reagan y Margaret Thatcher comenzaría a revertir esta historia impulsando la entrada en el juego de nuevos actores que serán particularmente influyentes en la década de los 90: Banco Mundial, Bancos Regionales y Fondo Monetario Internacional.

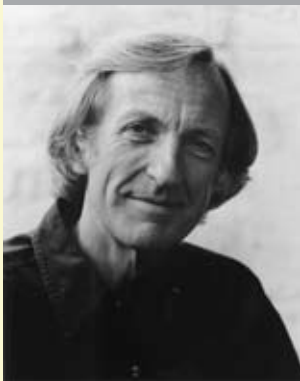
Así, el interés de los principales actores "reformistas" y globalizadores de los 90, que desencadenan sus operaciones apenas después de la caída del muro de Berlín, van a concentrar su esfuerzo en la reducción de la presencia del Estado en casi todas las áreas rentables o de rentabilidad potencial para la inversión de capital, incluyendo salud.

Durante la década, pueden observarse distintos fenómenos que han sido muy estudiados en las reformas regresivas en salud como el uso de países "modelo" (Colombia y Chile), la elevación del "subsidio a la demanda" como un principio casi religioso o los estudios evaluativos sobre diversos grados de aplicación de mecanismos de terciarización de

"La cosa más triste que vi en Irak fue niños muriendo porque no había quimioterapia ni control del dolor... Volé a Nueva York para una entrevista con Kofi Annan, el Secretario General de las UN... Parece un hombre extrañamente apocado, con una voz débil, casi inaudible..."

Como Secretario general de las Naciones Unidas, que impone el bloqueo a Irak, le pregunto, '¿Qué le dice a los padres de los niños que están muriendo?' Su respuesta fue que el Consejo de Seguridad estaba considerando 'sanciones inteligentes', que 'apuntarán a los líderes' en vez de actuar como 'un instrumento ciego que impacta en los niños'. Le dije que las UN se habían fundado para ayudar al pueblo, y no para lastimarlo, y replicó: 'Por favor, no nos juzgue por lo que ocurre en Irak!'"

**John Pilger.** Febrero de 2003. Traducción especial para Globalización, de un extracto editado de su libro: 'Los nuevos gobernantes del mundo', publicó en Ed. Verso.



John Pilger. Cineasta

funciones con énfasis en la terciarización del gerenciamiento. Sin embargo, resta quizás la más importante de las exploraciones, que es la amplia y extensa resistencia reticular que el propio sector salud desplegó en toda Latinoamérica durante esta década haciendo que el sector salud se constituyera en un verdadero Waterloo de los organismos internacionales de crédito.

## LA SALUD INTERNACIONAL EN NUESTROS DÍAS

Un conjunto de fenómenos aparentemente aislados pueden servirnos de marco para colocar en tiempo presente y, sobre todo, en perspectiva de futuro este título.

Radiólogos asiáticos, predominantemente hindúes tele-trabajan - analizando y leyendo imágenes - mientras en EE.UU. es de noche- para informar, antes que salga el sol, el material digitalizado

(radiografías, tomografías) que recibieron desde allá. El New England Journal of Medicine no se interroga sobre las consecuencias laborales ni los beneficios comerciales de éstas prácticas y se concentra en dejar una preocupación sobre la localización de la responsabilidad legal en caso de mala praxis.

o En noviembre del 2002, una nueva enfermedad producida por un virus que genera un grave síndrome respiratorio hiperagudo (SARS) se detecta en una alejada provincia de China (Guandong, muy cercana a Honk Kong) y se disemina a las grandes ciudades del país.

o En marzo del 2003, el temor de que se transforme en una pandemia se concreta. La letalidad es enorme (más de un 10 %) y su diseminación muy rápida.

o En el primer trimestre del 2003, llega a Toronto (Canadá) luego de haberse diseminado en Honk Kong, Beijing (China) y Taiwán. En poco más de 8 semanas, más de 300 personas enferman Toronto y 70 de ellas pierden la vida.

En el 2006 el lema anual de la Organización Mundial de la Salud "Working together for health" (Trabajando juntos por la salud) llama después de muchos años la atención mundial sobre los recursos humanos en salud. Los países desarrollados con un gran envejecimiento de su población parecen estar llenando sus crecientes necesidades de trabajadores de salud impulsando la migración de profesionales - especialmente médicos y enfermeras - provenientes de países menos desarrollados - africanos subsaharianos, asiáticos, caribeños, latinoamericanos - en magnitudes que terminan debilitando los servicios de salud de los países "donantes" hasta el punto de inviabilizar los servicios y programas de salud, incluso aquellos promovidos por la propia ayuda humanitaria.

Países que implementan medidas exitosas en el control del narcotráfico, impulsan la producción y el consumo en otras, lo que deriva en un incremento súbito de afectados en regiones del planeta que no tenían historia y que, en consecuencia, carecen de programas efectivos de prevención o tratamiento. La priorización poco criteriosa de una inversión en alta tecnología promovida y/o incentivada por los promotores-vendedores de una transnacional en un país que no tiene resuelto problemas básicos de salud en su población.

Medicamentos vitales que se suman (o se restan) al bloqueo impuesto a un país como en el caso de Irak, bajo la argumentación que este transgredió una norma internacional y que ello bastaría para "sancionar" a sus ciudadanos poniendo en riesgo su vida, restándole el acceso a medicamentos que podrían prolongarla.

Otros fenómenos internacionales como gripe aviar o las consecuencias para la salud del calentamiento global podrían agregarse con la misma o mayor importancia que los que hemos analizado pero...

## ¿QUE TIENEN EN COMÚN ESTOS FENÓMENOS?

Tal vez, nuevamente la constatación de la dificultad de comprender los fenómenos de la salud, la enfermedad y su atención cuando se los analiza solo desde la dimensión local o aún nacional.

A través de diversos ciclos históricos que alternan y combinan fenómenos de internacionalización con otros más “nacionalistas”, la salud se ha mostrado como uno de los fenómenos menos predispuestos a dejarse acotar a las fronteras de un país. Un conjunto de razones demográficas, epidemiológicas, ambientales, económicas, políticas, científicas, tecnológicas, comerciales y culturales determinan que lo que ocurre en el espacio local, o aún en el singular de cada país, requiera para su explicación de miradas que aportan la perspectiva de las relaciones internacionales.

Las relaciones internacionales, una rama considerablemente autónoma de las ciencias políticas, dista de ser una ciencia experimental y, en consecuencia, proveedora de leyes ciertas y aplicables a cualquier situación. Se trata, más bien, de una ciencia interpretativa o hermenéutica siempre abierta al análisis

y a la sistematización de nuevos fenómenos que parecen re-escribir a cada momento las líneas argumentales que explican no solo la oscilación extrema entre la guerra y la paz, sino toda la gama de grises que media entre el conflicto y la armonía, entre el antagonismo y la sinergia.

Pero, como hemos mencionado, las relaciones internacionales nacieron como un campo de prácticas muy restringido y aristocrático - que en cierto modo aún no se disipa del todo como imagen - disuadiendo al común de los ciudadanos y ciudadanas a su estudio cuidadoso y a su participación. Sin embargo, los cambios epocales de fines del siglo XX comenzaron a transformar estas tendencias.

Un siglo después, son otros fenómenos como los descriptos los que nos han convencido que lo internacional es demasiado importante como para seguir delegando las decisiones en las instancias que históricamente se han ocupado de ello.

### UN SOLO MUNDO; SALUD INTERNACIONAL O SALUD GLOBAL

Como ya hemos visto, la idea de globalización se ha instalado en el pasado cada vez que la humanidad ha incorporado desarrollos tecnológicos que han permitido percibir un acortamiento de las distancias, un aumento de la conectividad, conectando culturas que hasta ese momento habían permanecido considerablemente aisladas.

Así, durante los años posteriores al descubrimiento de América de la mano de las innovaciones tecnológicas de la navegación a vela, de la brújula, de la pólvora y del uso del caballo como arma de guerra, y también a mediados del siglo XIX con la propulsión a vapor (barcos y ferrocarriles), el telégrafo, la población vivió una sensación muy parecida a la que se describe en los últimos años.

En la última década y de la mano de la globalización,

Los países más desarrollados llenan sus crecientes necesidades de trabajadores de salud impulsando la migración de profesionales provenientes de países menos desarrollados con el consecuente debilitamiento de los servicios de salud en los países ‘donantes’.



muchas realidades (y también muchas fantasías) han sustentado la idea que el mundo va hacia un adelgazamiento de las fronteras, una reducción del Estado, una reducción de las regulaciones, etc. El concepto mismo de globalización representa, al mismo tiempo, la descripción de una época y una invitación a que ciertos fenómenos que aún no han ocurrido, ocurran.

La globalización ha traído consigo nuevos problemas y nuevos desafíos redefiniendo las reglas de juego de las relaciones internacionales a cada paso. Por un lado, al sorprendente fin de los muros entre el Este y el Oeste - muros ideológicos, fronteras impermeables -, se le han contrapuesto los muros Norte-Sur: EEUU-México, España-Africa, Italia-Europa oriental, Israel-Palestina, muros de la separación entre un mundo desarrollado que envejece y quiere “seleccionar” sus - por otro lado, imprescindibles- contingentes migratorios.

Hacia dónde va éste mundo y ese proceso tampoco queda claro, ni es independiente de hacia dónde queremos que vaya. La economía global ha constituido actores que se sienten - y, de hecho, se colocan - por encima de la política que, con sus múltiples fallas, se ha mostrado hasta el presente como un espacio privilegiado de articulación de intereses y de

resolución de conflictos por medios pacíficos. Ya existen movimientos tendientes a estudiar cómo articular a nivel global este fenómeno (“policing global economy”).

Algunos autores (De Aglio, 2005) postulan que, a partir de las crisis económicas de los EEUU y de los inmediatamente posteriores sucesos del 11 de setiembre del 2001 durante el ataque a las torres gemelas, hay que hablar de postglobalización - lo que sigue no parece mejor - especialmente, por el regreso del unilateralismo y las amenazas de peajes y barreras sobre Internet.

Con sus limitaciones y con sus potencialidades, el campo de las relaciones internacionales constituye hoy un campo de conocimientos y de intervención de posible control democrático. Los gobiernos de los países, sus Estados - especialmente, algunos de ellos - continúan siendo instancias poderosas y la emergencia de nuevos actores (empresas, ONGs, movimientos sociales) puede estudiarse con la misma eficacia con esta importante rama de las ciencias políticas.

Al contrario, lo global surge con fuerza cuando pensamos en equidad, entendiendo este concepto como “el perfeccionamiento de lo que es justo”. Desde esta perspectiva, la equidad no puede ser local y, en algún sentido tampoco puede ser “apenas nacional”, en la medida que los nuevos modos de producción han multiplicado la concentración del ingreso en pocos países en forma nunca antes vista. En consecuencia, tenemos una fuerte inclinación a pensar la equidad como global.

Siendo así, a pesar del marketing de los nombres y denominaciones, preferimos asociar salud con internacional por lo que es y lo que puede ser al ampliar lo internacional a la relación de gobiernos y pueblos, antes que con global, un nombre efímero o cíclico que permite diluir las responsabilidades por la prevención y por la organización de las respuestas frente a los problemas sanitarios de alcance mundial.

En otras palabras, proponemos una salud internacional (gobiernos y pueblos) para la construcción de condiciones para una equidad global.

## ¿QUÉ INTERÉS TIENEN ESTOS FENÓMENOS?

Desde la una organización concreta - El Agora - y desde esta revista - POSIBLES - consideramos que el devenir de las relaciones internacionales requiere de la construcción colectiva de un nuevo tipo de ciudadanía mundial. Se trata de un proceso multidimensional y - como ya ocurriera en el pasado - compartir elementos de salud internacional como una perspectiva de análisis y como un objeto de estudio e intervención articulado estrechamente con una perspectiva, igualmente internacional, de las políticas y de los desarrollos sustentables, puede resultar muy útil para ello.

¿Por qué mezclar estas cosas? En buena medida, porque no hay solución para los grandes problemas de salud dentro de la salud; también, porque la salud es parte de la vida y parte indisoluble del desarrollo y la organización política de las sociedades desde el nivel local hasta el internacional.

La propia OMS parece haberlo entendido así y, retomando su tradición de ampliar su agenda más allá de las enfermedades transmisibles, ha constituido la Comisión de alto nivel sobre determinantes de la salud. De por, sí una agenda amplia

La Comisión tiene una visión global de los determinantes sociales de la salud. La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país.

## A MODO DE APERTURA

Como hemos visto, salud fue una de las primeras problemáticas que llevaron a los países - no solo a sus gobiernos, sino también a sus parlamentos y ciudadanos - a convocar reuniones para lograr acuerdos internacionales; y hasta el día de hoy es salud (riesgos, medidas de protección, acuerdos) una de las preguntas más frecuentes que se hacen quienes piensan en un mundo que acerca las distancias.



The Sphere (La esfera), es una escultura de 4,5 metros y 45,000 libras de acero y bronce creada por Fritz Koenig. Era una obra más de arte público erigida frente a un rascacielos, sólo que estaba ubicada en la plazoleta del World Trade Center como un monumento para alentar la paz a través del comercio mundial y sufrió daños considerables por el ataque terrorista. El 11 de marzo de 2002 la escultura en ruinas fue reinstalada en Battery Park, próxima a su anterior ubicación en ground zero, a manera de recordatorio de los eventos que transformaron tan drásticamente su significado inicial.

ESFERAS, CIUDADES, TRANCISIONES, Perspectivas internacionales del arte y la cultura. Autor: Gerardo Mosquera, ArtNexus No. 54 - Oct 2004.

Para ello, debemos avanzar y mostrar a través de casos concretos por qué debe considerarse cada vez más seriamente esta perspectiva, ya que básicamente el conocimiento sobre la salud mundial permite predecir fenómenos, prepararse para que no ocurran o generen el menor perjuicio posible, recibir y ofrecer información, intercambiar y consensuar medidas, responder solidariamente frente a imponderables, participar en los debates de los temas más polémicos o poco definidos, complementar puntos de vista, aprender, compartir.

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional del poder, los ingresos, los bienes y los servicios.

### Subsanar las desigualdades sanitarias en una generación

La Comisión hace un llamamiento para que se subsanen las desigualdades sanitarias en el lapso de una generación. Se trata de una aspiración, no de una predicción. En los últimos 30 años se han producido importantes cambios a nivel mundial y nacional. Somos optimistas: disponemos de los conocimientos necesarios para alargar considerablemente la esperanza de vida y, así, contribuir a mejorar de forma notable la equidad sanitaria. Somos realistas: hay que actuar ya. El informe de la Comisión contiene material para preparar soluciones que permitan atajar las grandes desigualdades que existen en y entre los países.

Comisión de Determinantes de la Salud. OMS. 2008.

Consistente con la necesidad de democratizar todos los espacios de decisión política desde el más local hasta el internacional, nos proponemos avanzar hacia una mayor comprensión y una mayor capacidad de incidencia de los ciudadanos sobre un orden que nos afecta tan sustancialmente.

En este primer informe, abrimos más que concluimos una línea de trabajo que fuertemente articulada con las dimensiones políticas, económicas y sociales implícitos en diferentes proyectos de desarrollo sustentable de nuestros pueblos nos permita avanzar en la lógica de una equidad a la que no nos cuesta denominar global.



# Para que siga entre nosotros

Por Eduardo Espinoza

Universidad de El Salvador. El Salvador



Edmundo Granda

Conocí a Edmundo Granda hace apenas una década. Hasta entonces sabía de él por su pensamiento conocido a través de sus escritos. Recién me reincorporaba a la vida civil y a la Academia luego del prolongado conflicto civil en mi país. Luego de 15 años ausente de bibliotecas y sorprendentes progresos en la comunicación y el desarrollo del conocimiento, su palabra me resultó luminosa, vital, refrescante.

Fue por ello que le invité a que nos ayudara a orientar la recién fundada Maestría en Salud Pública de mi Universidad. No tenía muchas esperanzas que aceptara recibiendo la invitación de un perfecto desconocido como yo.

Sin embargo me asombró su rápida respuesta afirmativa y su entrega incondicional. Sus ideas fueron brillantes, nos emocionaron y enriquecieron, nos marcaron el rumbo en esa aventura que es la Salud Colectiva.

Pero más allá de su pensamiento de vanguardia nos impresionó su solidaridad y su humildad. Construía con nosotros, sentía con nosotros, soñaba con nosotros. Sencillamente actuaba como pensaba.

Desde entonces cultivamos una sincera y cada vez más fuerte camaradería, tanto como fuimos cada vez más cómplices en la búsqueda de la equidad. Nos encontramos con alguna frecuencia en diversos foros, sabíamos que así sucedería pues compartíamos muchos ideales. En cada ocasión disfruté cada palabra de su charla jovial y le extrañé tan pronto nos separábamos.

Edmundo no debió adelantársenos, la lucha por la vida necesitaba más de él que de nosotros.

Durante nuestra guerra, cuando alguien caía reivindicábamos su nombre en nuestras acciones futuras y cuanto más querido era, más relevantes tratábamos de que fueran. Creo que lo mejor que podemos hacer por la memoria de Edmundo es eso: redoblar el combate a la injusticia y a la inequidad, revitalizar la lucha por la salud para todos.

Será la mejor manera de perpetuar su memoria, de que siga entre nosotros.



# ACTIVIDADES

## SEMINARIO LATINOAMERICANO SOBRE SALUD INTERNACIONAL

Organizado por el Instituto para la Salud Juan Lazarte y la Organización Panamericana de la Salud se llevó a cabo entre el 22 de octubre y el 9 de noviembre del 2007, en la ciudad de Rosario (Argentina), el Seminario Latinoamericano “La Salud Internacional, una herramienta para equidad”. El encuentro, que tuvo una duración de 120 horas, tuvo como objetivo visualizar la salud internacional como un espacio de oportunidades para fortalecer los sistemas nacionales de salud a través del intercambio, la cooperación y la solidaridad entre los países de la región. Participaron un total de 29 profesionales del campo de la salud pública y de las relaciones internacionales de 9 países latinoamericanos. Tres grandes ejes teóricos fueron abordados: Conceptualización y delimitación del campo de la Salud Internacional, Efecto de Agenda: La complejidad de la Salud internacional/ Global y Salud Internacional: las herramientas básicas. El seminario contó con la coordinación de Mario Rovere y el dictado de los módulos estuvo a cargo de docentes nacionales e internacionales, algunos de ellos de OPS/OMS.

## LOS EQUIPOS DE SALUD, LA SALUD PÚBLICA Y LA SALUD INTERNACIONAL

En noviembre de 2007, en el marco de las III Jornadas Internacionales de Salud Pública, organizadas por la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad Nacional de Córdoba, El Agora coordinó el taller “Los equipos de Salud, la Salud Pública y la Salud Internacional”. El mismo estuvo a cargo de un grupo de docentes coordinado por el Dr. Mario Rovere y contó con la participación de 80 profesionales provenientes de distintas provincias de Argentina y de otros países latinoamericanos.

## REVITALIZANDO LA ATENCIÓN PRIMARIA

El Agora resultó seleccionado por ALCUEH (Programa de colaboración América Latina, el Caribe y la Unión Europea para la salud) para desarrollar el proyecto de investigación ‘Revitalizando la atención primaria’, cuyo objetivo es indagar acerca de los retrocesos, avances, resistencias y omisiones en el desarrollo de la Atención Primaria de la Salud en la Argentina. El estudio se realiza en dos escenarios diferentes: uno urbano, la Villa 31 de la ciudad de Buenos Aires y otro rural, la localidad de General Güemes en la provincia de Salta, en el período comprendido entre 1978 a 2008.



## I FORO DE SALUD INTERNACIONAL

En el marco del Seminario Latinoamericano se realizó durante los días 1 y 2 de noviembre el 1° Foro Internacional en la construcción de un mundo más seguro y solidario. Del mismo participaron 180 personas provenientes de distintos países latinoamericanos. El acto de apertura contó con la presencia del Dr. Hermes Binner, gobernador de la provincia de Santa Fe, de Dario Maiorna, rector de la Universidad Nacional de Rosario, el Dr. Charles Godue, Coordinador del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos OPS/Oms, y el Dr. Carlos Bloch, Director del Instituto de la Salud “Juan Lazarte de Rosario. Durante las jornadas se desarrollaron temas relacionados a las practicas de salud internacional, la formación de los recursos humanos y la investigación, con especial énfasis puesto sobre las realidades latinoamericanas.

Los organizadores destacaron los importantes apoyos recibidos para la realización de estos eventos de OPS/OMS sede central y de los países participantes, de la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, de la Municipalidad y el Consejo Deliberante de la Ciudad de Rosario, de la Universidad Nacional de Rosario y de la Asociación Civil El Agora.



**SICKO.** En este número de la revista comenzamos “tirando la primera piedra sin esconder la mano”. En los próximos números recibiremos los aportes, recomendaciones y críticas audiovisuales de los propios lectores de PoSibles.

Recomendamos Sicko por lo que significa este documental en el mundo de la Salud. Aunque no viene a descubrir nada nuevo, el mismo se impone con un duro golpe en el corazón de uno de los países más ricos de la tierra, con una fuerte crítica al sistema de salud y a la industria farmacéutica.

Sicko no solo muestra la problemática de 45 millones de personas de los Estados Unidos sin acceso a la salud pública, sino que invita a través de la ironía y un seguimiento inductivo claro, a reflexionar y demandar cambios hacia un sistema de sanidad universal y gratuito de la que disponen países como Francia, Canadá, Reino Unido y Cuba.

En este sentido, mediante la exposición y visibilidad de la problemática, el documental de Michael Moore apunta de manera contundente y altamente efectiva a pensar otros “Posibles”. Explora otras fronteras y empuja los límites para incidir en las políticas públicas de salud y la participación ciudadana para ejercer sus derechos.

En la página Web de Michael Moore, se realizó una campaña ciudadana, donde se invita a demandar a las compañías de seguros médicos y compromete a los candidatos presidenciales. A partir de esta iniciativa se realizaron peticiones al congreso de los Estados Unidos y se solicitó que enviaran «historias de terror sobre la sanidad pública» aquellos que habían sufrido en sus propios cuerpos las deficiencias del sistema sanitario estadounidense. En este sentido tenemos mucho que aprender.

Más información: <http://www.michaelmoore.com>



## LA VIGENCIA DEL LIBRO VERDE.

Este libro es el resultado de las ponencias presentadas en el Seminario-Taller: “La Salud Internacional: Un campo de Estudio y Práctica Profesional”, realizado en Canadá en Marzo de 1991.

El Taller fue convocado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y el Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Québec.

De acuerdo a los objetivos prefijados el grupo de profesionales que participaron debatieron sobre los grandes desafíos de la salud de América y se examinaron experiencias sobre la formación de personal en el campo desarrolladas en el continente americano. El producto del taller permitió insumos tendientes a la formulación del concepto de salud internacional proponiendo lineamientos para el futuro.

Las ponencias fueron publicadas por OPS/OMS en un libro Salud Internacional. Un debate Norte-Sur, Serie de Desarrollo de Recursos Humanos N° 95 que puede ser consultado en <http://www.paho.org/>

El valor de la publicación fue puesto de manifiesto por el Dr. Milton Terris (MPH) quien expreso: “Participé en la reunión celebrada en Québec y me impresionaron muchas algunas de las ponencias presentadas. Hace unos días recibí el libro resultante de la reunión... La diferencia entre los dos títulos es asombrosa. El de la reunión sugiere una experiencia académica más o menos típica preocupada de los interrogantes técnicos del estudio y la práctica profesionales. Por otro, el título del libro refleja lo que sucedió verdaderamente en la reunión, es decir, el surgimiento de un caluroso debate entre los hemisferios norte y sur acerca de conceptos y cuestiones fundamentales relacionados con la salud internacional...”

Esta publicación, de más de quince años, es bibliografía obligatoria de actividades de capacitación sobre el tema y es consultada permanentemente por los profesionales dedicados a la práctica de la salud internacional, esto demuestra su vigencia a pesar del tiempo transcurrido.

<http://hist.library.paho.org/Spanish/DRH/30160.pdf>

# II Foro Internacional de Salud Colectiva, Salud Mental y Derechos Humanos.

Por Eugenia Bagnasco y Analía Bertolotto



Foto: Isabel Ramalho (JB)

*“Mas é carnaval, não me diga mais quem é você...  
Que hoje eu sou da maneira que você me quer...  
Seja você quem for, seja o que Deus quiser”...*

En el mes de mayo se llevó a cabo en Río de Janeiro el II Foro Internacional de Salud Colectiva, Salud Mental y Derechos Humanos. Espacio de reunión de diversos movimientos sociales de derechos humanos, de salud mental y salud colectiva. Inspirado en los foros sociales mundiales esta nueva edición se realizó en la Universidad del Estado de Río de Janeiro de Brasil, país que fue elegido como sede por ser el que más ha ejercitado prácticas concretas y relevantes de participación y representación social en el campo de las políticas públicas. El Foro expresó el espíritu del Movimiento Nacional de Lucha Antimanicomial de Brasil y el movimiento de las Madres de Plaza de Mayo de Argentina los que, junto con el Grupo Tortura Nunca Más, constituyen algunos de los movimientos sociales más amplios e importantes de América Latina en esta materia.

El encuentro puso de manifiesto la necesidad de debatir la salud colectiva con otros actores más allá de aquellos que pertenecen al sector, de manera de generar alianzas y redes de relaciones políticas y sociales que incluyan a los técnicos, los profesionales y los funcionarios de los ámbitos gubernamentales y no gubernamentales junto a los militantes de movimientos sociales, de asociaciones de usuarios y familiares, entre otros. Todos ellos reunidos en un sistema participativo de política pública de salud que articulado con las luchas sociales procuran inventar una nueva sociedad política.

El Foro Internacional de Salud Colectiva, Salud Mental y Derechos Humanos surge a partir de los congresos internacionales de Salud Mental y Derechos Humanos

organizados por la Universidad Popular de las Madres de Plaza de Mayo, de Argentina.

Por su parte, el Movimiento Nacional de Lucha Antimanicomial, creado en 1978, tiene como objetivo la abolición del hospital psiquiátrico. ‘Una institución donde no tiene valor la palabra de la persona porque no tiene dominio sobre lo que habla o piensa, es una institución carcelaria y segregatoria y no un lugar de recuperación’. Con este discurso, sus integrantes se opusieron al manicomio como ‘conjunto teórico y aparato jurídico-social que hace del sufrimiento individual una enfermedad’, proponiendo lidiar socialmente con los ‘locos’ como con otras diversidades culturales, étnicas, sexuales o religiosas...considerando que la psiquiatría es en sí misma historia y tiene que vérselas con el sujeto concreto de cada país, para desde allí pensar la ciudadanía, la diversidad, la sociedad; si no, se torna sólo ‘una camisa de fuerza’.

En este evento, producto de las luchas antimanicomiales y de la reivindicación de los derechos humanos, desfilaron reconocidas personalidades como Gregorio Barembli, Alicia Stolkiner, Gregorio Kazi, Sonia Alberti, Roseni Pinheiro, Dulce Suaya, Eduardo M. Vasconcelos, Fernando Freita.

De esta destacable sucesión, resalta una de las mesas más conmovedoras e impactantes por la calidad, la profundidad y al mismo tiempo la sencillez y la claridad con que se abordaron temas tan complejos y delicados como el lugar y la importancia de la verdad y la memoria en relación a la justicia y la reparación emocional y material a las víctimas de violación de los derechos humanos por las dictaduras

militares, como fue la mesa titulada “Los límites del terror.” Esta mesa, en cuyo auditorio se encontraban familiares de ex detenidos y desaparecidos, contó con la participación de la psicóloga Cecilia Coimbra, ex presa política y presidenta del Grupo Tortura Nunca Más que nuclea a familiares y amigos de desaparecidos políticos, y con la presencia del juez argentino Carlos Rozanski, presidente del tribunal que condenó al sacerdote Von Wernich por crímenes contra la humanidad durante la dictadura militar argentina, y a un ex-policía por violación de los derechos humanos de centenares de presos políticos.



Paulo Amarante

Paulo Amarante, uno de los precursores del Movimiento Antimanicomial y organizador del Foro, afirmó: ‘La insatisfacción nos puso en movimiento’. Los hospitales no curaban, eran ‘fábricas de locura’. Basaglia los definió como ‘campos de concentración, lugares de exterminio y muerte civil’.

En un marco de integración y respeto por la diversidad, la programación cultural del II Foro incluyó la presentación de los colectivos carnavalescos ‘Tá pirando, Pirado, Pirou!’, ‘Loucura Suburbana’ y ‘Tremendo nos Nervos’ en su apertura; así como la actuación del grupo ‘Pirei na Cena’ del Centro de Teatro del Oprimido y otros como el de internos del Hospital de Tratamiento y Custodia.

Se destacó por su convocatoria y calidad musical el show Loucos pela Diversidade, compuesto por las bandas musicales ‘Sistema Nervoso Alterado’, ‘Camisa de Força’, ‘Coral Cênico Cidadãos Cantantes’, ‘Black Confusion’ y la ya afamada ‘Harmonia Enlouquece’ que deleitaron al público con sus melodías bajo los Arcos da Lapa, en pleno centro carioca.

Por otra parte, se realizó una exposición de carteles históricos de distintos eventos y mensajes referidos a la lucha antimanicomial, así como muestras de videos y películas inéditas.

La actividad para el cierre fue programada en la playa de Copacabana, donde se organizó un desfile temático sobre Locura y Diversidad, en el que se desató un verdadero carnaval que copó toda la calle con centenares de profesionales, técnicos, usuarios de tratamientos psiquiátricos y familiares, que se mezclaron con bañistas y turistas para acompañar a los blocos ‘Loucura Suburbana’ y ‘Tá Pirando, Pirado, Pirou’, formados por pacientes e integrantes de diferentes institutos psiquiátricos.

Es así como, en el marco de la Reforma Psiquiátrica Brasileña se pretende cambiar el imaginario popular sobre la locura, convirtiéndose el carnaval en uno de sus principales instrumentos.

**Es así como, en el marco de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, se pretende cambiar el imaginario popular sobre la locura, convirtiéndose el carnaval en uno de sus principales instrumentos.**



# La Salud Internacional y Yo

Por Eduardo A. Guarnera\*

\*El texto fue escrito para el Orientado en Salud Internacional.  
Maestría de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.

Para que la Salud Internacional esté presente en problemas locales como el de Infiernillo debe encontrar su propio espacio, debería construirlo organizando una sucesión de objetivos de complejidad creciente hasta alcanzar un total de conocimientos con experticia para resolver problemas de salud suregionales, regionales, continentales y hemisféricos, con expertos reconocidos en este campo del saber.



Y un día fui médico, y no sé por qué, me especialicé en enfermedades infecciosas y tampoco sé por qué después de algunos años encontré mi vocación en la producción del conocimiento y empecé a descreer de los que sólo consumen información. Ilusoriamente pensaba que ese camino reduciría la brecha entre el conocimiento y las necesidades de la gente, pero ni siquiera me imaginaba por qué.

Más tarde, encontré algunas razones en las necesidades básicas de la gente, trabajé en Salud Pública y estudié otras herramientas asociadas, por aquello de que lo público es la cosa de todos, es decir, que son para el bien común.

Y ahí empecé a imaginar algunos por qué.

Todas estas cosas se amontonaron juntas en mi cerebro y trataron de encontrar alguna razón coherente para entender lo que me produjo un

profundo desasosiego. Una mañana, me levanté abrumado después de soñar con la brecha, ese espacio que separa a la realidad del conocimiento, la soñé creciendo, ensanchándose, tendiendo a expandirse como los gases hasta el infinito, intuí que la ampliación permanente sugiere que esos pueblos tienen un perfil de crecimiento que se debate dentro de un atraso estructural. En todo caso, la brecha es el termómetro que mide la calidad de vida y su espesor es un indicador del nivel de riesgo social. Pero la brecha tiene otras propiedades, no es equitativa y produce un agobio distinto sobre cada pueblo. El peso que le impone a cada comunidad depende del nivel de educación, del desarrollo de sus instituciones, de los recursos públicos y de la sociedad civil y de las oportunidades de desarrollo sano y productivo que se pudieron concretar.

La brecha es la medida tangible de la distancia que separa a las personas de los beneficios del conocimiento, que ahora está monopolizado por industrias o *holdings* empresarios. La brecha es biotecnología, maquinaria, educación, informática, medicamentos, alimentos, transportes, tiempo de ocio y recreación, turismo y valor agregado a la producción... y esos bienes y servicios se distribuyen sin equidad.

Y... de repente, ví que la realidad estaba delante de mí, que me pedía que viera lo que miraba todos los días sin procesar imágenes, y que viera el sentido que para el conjunto tenía la vida. Y me senté en el cordón de la vereda para pensar una salida que fuera el inicio del camino... Y me puse a mirar la nada para pensar...

Y descubrí que el proceso mirar-ver me revelaba el mundo invisible que había pasado a mi lado silencioso, rozándose, o distante, pero invisible a los ojos y al proceso cognitivo. Y hoy descubrí que la pobreza tiene percentiles, olores, colores, formas y medidas ponderostaturales, pero también tiene un espacio geográfico, un contexto social, tiene cultura, tiene sueños y tiene ambiciones, tiene personas y tiene la condición humana.

Finalmente, comprendí que el paisaje cotidiano es un telón con pinturas que muestra cosas: que hay fuerza laboral pero no hay trabajo, que hay alimentos pero hay hambre, que hay niños y adultos analfabetos pero no hay horas ni días para enseñar, que hay tierras pero nadie las tiene, que hay tiempo de ocio pero nadie sabe de recreación, que hay sistemas de salud pero hay más demanda oculta que espontánea, que hay equipo de salud pero también desnutridos, anémicos y vulnerables, que existen derechos naturales y constitucionales pero solo se conocen las obligaciones y los derechos de la globalización y la internacionalización de los intereses.



San danza (1925) Xul Solar

Y después de un largo silencio que me permitió procesar esta película, revolví mis ideas buscando donde dar el primer paso del largo camino que lleve, aunque sea, al punto donde se generan las oportunidades.

## UN ENCUENTRO CON EL MISMÍSIMO PAULO FREIRE

¡Ay! si pudiera mandar cartas a Guinea-Bissau, quizá me sería posible un intercambio epistolar con el mismísimo Paulo Freire y discutir si empezamos por alfabetizar aplicando el principio de enseñar-aprender, preparando los materiales de estudio imbricados en la propia realidad local, para descubrir las necesidades y utopías de las mayorías silenciosas, o dada la urgencia por salir, enseñamos prácticas y desarrollamos habilidades sin alfabetizar... ¿Y si me responde?, quizá me recordaría que la alfabetización no es un fin en si misma, que no es un puro aprendizaje mecánico, que es un acto político que abraza a los aspectos esenciales de la vida, que le da sentido a la salud, la producción de bienes y servicios, a la educación, a la calidad de vida vista con un sentido humanista y para ser abarcativo al proyecto de la comunidad para asegurar la realización de sus hijos.

Y de la mano de Paulo Freire llegué a la salud como una parte de la actividad política de los hombres. Pero este campo que debería ser más conocido para mí, sin embargo era como Africa, un continente negro. ¿A cuál salud me refería?, a la individual, la colectiva, la especializada por grupos de riesgo, a la poblacional, la de aquellas enfermedades prevalentes,

o la de enfermedades inmunoprevenibles, las de la esfera psíquica, la que se relaciona con patologías del ambiente, de los animales, la de aquellas enfermedades que no respetan los límites de países, regiones o continentes, o la salud que no puede ser, porque sus compañeros de ruta son el hambre y la desnutrición, en fin, la iniquidad de la vida misma.

¿Qué duda don Paulo? Los pueblos originarios quizá con una educación primitiva sabían de esas cosas, será que para las cosas básicas de la vida alcanza con entender el sentido de las necesidades y eso es sentido común nomás.

Más allá de los determinantes biológicos, la salud tiene otros componentes abióticos como la filosofía del sistema de salud, las estrategias de cobertura, la complementariedad de las redes, la capacidad de los efectores, la oferta de servicios, la complejidad de la atención, los servicios intermedios, el equipamiento, la política de turnos, y los condicionantes de la comunidad como la desocupación, la calidad del trabajo, la desnutrición, la violencia familiar, la prostitución y el alcoholismo.

Y en medio de estas cavilaciones, seguía sentado en el cordón de la vereda, y ahí me quede saludando a Freire que se iba esfumando en el horizonte de la calle, al final creí entenderle que la alfabetización era fundamental, pero que era política y que la salud también lo era; sin embargo cabe pensar que cuanto mayor sea el nivel de la educación más racionalidad tendrán las decisiones políticas.

## HABLÉ CON CHARLES GODUE

Entre los rayos del sol que me daban de frente y el humo de la basura que se quemaba cerca mío, veía con dificultad una imagen que fue apareciendo lentamente y que después se hizo persona, me miró y se presentó, soy Charles Godue

Finalmente, comprendí que el paisaje cotidiano es un telón con pinturas que muestra cosas: que hay fuerza laboral pero no hay trabajo, que hay alimentos pero hay hambre, que hay niños y adultos analfabetos pero no hay horas ni días para enseñar, que hay tierras pero nadie las tiene...”

y vengo para que hablemos de la Salud en los tiempos de hoy. Confieso que no estoy seguro si era él, pero sí que me hablaba de un espacio de pensamiento para analizar las turbulencias actuales, y repensar la salud con enfoques nuevos, para lograr que forme cuerpo con las complejidades que plantea el mundo actual que aparece dominado por otros intereses y organizado bajo un nuevo orden.

Quizá el primer acuerdo sea un supuesto básico sobre las características organizacionales del mundo actual, el mismo

Godue lo definió integrado, interconectado y globalizado, así resulta que la tierra funciona como una mega unión de países que muchos han llamado “La aldea global”. En este mundo globalizado donde existen países globalizadores y otros países globalizados, conviven muchas realidades locales, en este contexto fragmentario ¿qué es la salud? Mi primera tentación es que habría que definir al menos dos paradigmas, la Salud Local y la Salud Internacional. Quizá en este punto encontremos la mayor discrepancia en nuestro intercambio imaginario de ideas, Godue considera a la salud local como convencional, pasiva, medicalizada y generalmente de alto costo. Le propuse que a esta visión medicalista le agregáramos un contenido social, para que el equipo de salud sea el referente no solo de la enfermedad, sino que también lidere el cambio, integrando la prevención, la educación, la recreación, la búsqueda del proyecto de vida y la realización personal de los miembros de la comunidad. En síntesis, la salud local es la que debe llegar a la gente, de manera sencilla, por contacto personal, medicalizada pero con medicamentos básicos de bajo costo, con actividades de vigilancia epidemiológica activa

**Entonces, veríamos que la sucesión de saludes locales se extiende sobre la aldea global como si fuera La Salud Global. Cada país organizó su parte de Salud Global como un Sistema Local, integrado por niveles de complejidad y complementariedad, con distintos orígenes de financiamiento.**

y coordinación de niveles de complejidad con referencia y contrareferencia.

Así podemos imaginar que hay una sucesión de “saludes locales”, como si la figura fuera una extensión de la expresión, salud de los países. Entonces, veríamos que la sucesión de saludes locales se extiende sobre la aldea global como si fuera La Salud Global. Cada país organizó su parte de Salud Global como un Sistema Local, integrado por

niveles de complejidad y complementariedad, con distintos orígenes de financiamiento.

De acuerdo con estas consideraciones sobre la Salud Local se puede asumir que la Salud Global se presenta fragmentada por comunidades. Cada una tiene su propio grado de desarrollo y capacidad de financiamiento, de los cuales depende la cantidad y calidad de recursos humanos, la relación entre la población profesional y la población general, el número de camas/habitante, la cantidad de efectores, la oferta de especialidades, los niveles de complejidad en la atención, la disponibilidad de equipamiento médico, la disponibilidad de medicamentos, de servicios de control de calidad de insumos y medicamentos, la realización de intervenciones complejas, la generación de los equipos de salud, la capacidad de abordaje a la comunidad, la fortaleza de las relaciones Interinstitucionales e intersectoriales, la formación de recursos humanos y las fuentes de financiamiento.

El intercambio de ideas con Godue parece llegar al espacio de las definiciones, la salud local es incumbencia de los países y la salud global es el área de la Salud Internacional que es obligación de organismos del Sistema de las Naciones Unidas.

Y... dónde está el puente entre ambas? ¿cuál es el punto donde los intereses se cruzan? o acaso navegan casi juntas por líneas paralelas?

Acá convenimos en fijar otros supuestos, la Salud Local es operativa, mientras que la Salud Internacional es normativa; sin embargo, en situación de catástrofes o emergencias pueden suministrar ayuda directa y actuar como operativa y normativa simultáneamente. Sus herramientas de intervención son las recomendaciones que producen expertos en temas de salud y las asesorías por actividades de cooperación técnica. Sobre esta base, se podrían definir otros dos supuestos, aunque con alguna sutileza semántica, se diría que la Salud Internacional tiene usuarios y beneficiarios. Los usuarios son los funcionarios de la Salud Local que acogen las Recomendaciones y los informes de Asesorías Internacionales como un insumo para la planificación, organización y auditoría de los Sistemas de Salud propios y consideran la oportunidad y factibilidad de aplicación. Los beneficiarios son todos los usuarios de los sistemas de salud locales que a través de las recomendaciones y asesorías, reciben los beneficios del conocimiento de experiencias de otros pueblos y de otras comunidades para resolver problemas de salud similares.

Entonces se podría decir que el puente entre ambas saludes son por acaso las reuniones de expertos y documentos técnicos que transfieren experiencias, desde la óptica de satisfacer intereses sanitarios generales que podrían lesionarse por problemas de salud inicialmente locales.

Y cuáles es el punto donde se cruzan los intereses? Esta definición es ideológica, convenimos casi al unísono. Actualmente, las convergencias de la Salud Internacional con la Salud Local, desde la visión de los globalizados, es la que promueven los globalizadores para resolver amenazas de enfermedades que pueden ocasionar epidemias o riesgos de introducción de agentes exóticos dentro de sus fronteras, para ello tratan de focalizar la amenaza, imponiendo programas de control o de prevención en los sitios de origen, para lo cual dan apoyo con préstamos, actividades de cooperación técnica y, si fuera necesario, de asistencia técnica. Desde los globalizadores la convergencia es el punto donde el conocimiento disponible se proyecta sobre los Sistemas de Salud de las poblaciones que padecen necesidades para producir transformaciones en la calidad de vida de sus habitantes. Pura retórica, recordamos una expresión de Pedro Acha cuando decía, "si el papel de los informes y documentos fueran de arroz al menos servirían para combatir el hambre", y qué cerca estaba de la verdad.

Ya muy próximo a retirarse Godue reafirmó su visión sobre la Salud Internacional, sugiriendo que dentro de un mundo tortuoso, con enfermedades emergentes y reemergentes, con megadesastres naturales frecuentes, con flujos de migración desordenados y orientados hacia distintos países, con falta de alimentos en muchos países del mundo, con desordenes sociales y lleno de asimetrías económicas, la Salud Internacional surge como un instituto organizador.

Y... pasaron meses.

Volvió la rutina con su lento devenir, soportando el *swicht* que conecta o interrumpe el curso natural de las cosas, a veces pienso casi con desesperación que todo sueño pasado fue mejor y otras pienso que la ilusión de los sueños por venir mantienen las fuerzas de la utopía movilizante.

## LAS DOS SALUDES SIGUEN CAMINOS PARALELOS

Y ayer recibí la visita de una persona desconocida para mí, muy buenas tardes señor, soy Transito Quispe, me está mandando mi papá Don Amable Quispe para que lo vea y le cuente y me escuche.

Mire me dijo, tomándose todo el tiempo del mundo antes de cada palabra, allá donde vivimos pasan cosas, de esas que nadie sabe, pero que mi papá anda como adivinando, él dice que son cosas de la salud y que por eso lo invita para que venga a mi casa en Infiernillo que está cerca de la laguna alta en Catamarca.

La invitación era interesante, imaginaba que recorrería un paraíso de alta montaña, que viviría algunos días con la naturaleza, casi como volver a las fuentes de la vida, pero

Si la salud local es incumbencia de los países y la salud global es el área de la Salud Internacional que es obligación de organismos del Sistema de las Naciones Unidas. ¿Dónde está el puente entre ambas? ¿cuál es el punto donde los intereses se cruzan? O acaso navegan casi juntas por líneas paralelas?

desconocía porque me buscaban, que podía romper la quietud del macizo surcado por las pircas serpenteantes como si fueran las venas del silencio.

Entonces le contesté, vea don Tránsito tan pronto como le de arreglo a unas cosas de esas que parecen urgentes, estaré saliendo para allá, pero cuénteme algo más del problema que preocupa a don Amable. Vea, me dijo, en Infiernillo somos pocos y las mujeres quieren tener hijos pero no les nacen, y no es fácil para nosotros andar trabajando en esas cosas duras de la montañas con las manos y los pies llenos de costras y callos.

Extendimos la charla entre mates amargos durante horas y fue como hablar con la montaña misma y con las cosas cotidianas de aquellos lugares que atesoran en todos los decires, la profundidad de las observaciones con la misma esencia de las palabras. Me despedí de él y se fue con mi promesa de una pronta visita al Infiernillo.

Y aquí estoy llegando al paraíso, viaje en avión, ómnibus, una camioneta que quien sabe con qué suspiro de Dios encontró fuerza para subir esas cuestas sin camino, y ahora en una mula gris, lenta, pesada y media manera estoy haciendo la última parte de un espacio que no sé precisar, pero acá ¿que importan las medidas?, si la única distancia es la inmensidad



Drago (1927) Xul Solar

y el tiempo no existe, se paró, o para mejor decir, nunca empezó a existir.

Un fuerte abrazo en silencio fue el encuentro con don Amable Quispe, ahí supe que todas las cosas se hacen y se dicen en silencio, el ruido es del viento, la lluvia, los pájaros, el agua que salta entre las piedras y el león que sale de noche, a veces en la primavera el caballo y los burros relinchan buscando su pareja. Pero ni siquiera la nieve que deja todo blanco hace ruido. Y ahí estaba sentado en su vivienda, sobre unos cueros que fueron montura, cubiertos por una manta multicolor de lana cruda teñida con polvo de piedras, hierbas y cáscaras secas de la zona, acomodó el mate y empezamos un diálogo de pocas palabras pero con el convencimiento que da la sabiduría, pronto

comprendí que si perdía una palabra era como si perdiera un texto completo de los clásicos.

Vea, me dijo, acá las hembras no paren, dende hace tiempo las mujeres juntan los cuerpos con el hombre pero no quedan, a veces se preñan pero una hemorragia se lleva la vida, y por si acaso le digo que también a los animales les pasa lo mismo, y así cada vez todos somos menos.

También le cuento que la piel se nos hace cuero oscuro y nos salen unos callos que no dejan llegar al monte ni hachar la leña. Cuando cierro los ojos me encuentro con Don Ata, Don Mercado y el Negro Jololo que empezaron a tener problemas con las aguas y se fueron pronto. Para mí esto es de la salud, porque le damos regalos a la Pacha y matamos una llama todos los años, pero la cosa no cambia.

Yo seguía en silencio y escuchaba tratando de adivinar todo lo que sugerían las palabras, mire me dijo, cuando se fue la nevada pasada, aparecieron pescados muertos en el arroyo, flotaban en el agua y vinieron los jotes a comerlos, después encontramos algunos muertos. A los pocos días andábamos con olor a ajo en el resuello.

Al final, dijo clavando los ojos en la cumbre del cerro, llevo muchos años en este rancho, y antes mi papá y más antes mi abuelo, el paisaje es el mismo, los siglos no lo cambiaron, vea esa piedra que dobla al río, nació con la tierra y esas nubes que traen el agua y la nieve nacieron con el cielo, lo único nuevo es la minera que está allá arriba y que tira la dinamita todos los días, se me hace que lo peor es el agua que le agregaron al arroyo y que le usan para lavar las piedras que rompen, han envenenado todo, por eso es un problema de la salud.

Con esa descripción llena de precisiones, maldije al arsénico, estaban removiéndolo de las rocas y del agua profunda de montaña y lo mandaban al agua superficial de consumo.

Compartí algunos días mas la vivienda de los Quispe en el Infiernillo, mientras juntaba fuerzas para el regreso. Y ya de vuelta, traté de encontrar una solución al problema de la gente del Infiernillo.

**Vea, me dijo, acá las hembras no paren, dende hace tiempo las mujeres juntan los cuerpos con el hombre pero no quedan, a veces se preñan pero una hemorragia se lleva la vida, y así cada vez todos somos menos.**

Las lesiones cutáneas, la esterilidad, los abortos y los casos de cáncer de vejiga son problema de la salud local. Para atenderlos tienen un agente sanitario de Atención Primaria que pasa por Infiernillo cada 3 o 4 meses porque hay pocos niños y ninguna embarazada, encima nunca recibieron información de enfermedades crónicas ni de toxicología. Don Miguel, el agente, hacía un año que no tenía novedad para informar. Si esta situación llega al nivel central, se podría perder en un farrago administrativo, mientras alguno busca las ampollas de BAL, estarán demandando un informe epidemiológico, las historias clínicas, la notificación con nombre y apellido y un estudio de brote. Pero, cuál es la solución para Infiernillo y sus habitantes? El arsénico seguirá presente y los hombre y animales lo seguirán tomando. La Secretaria de Ambiente propone ubicar una fuente de agua alternativa pero es una obra de infraestructura que llevara años, la empresa minera dice que no sería rentable si tuviera que derivar el agua en otro sentido, mientras tanto... Don Quispe y los suyos esperan. La Salud Local tiene conocimientos del tratamiento pero requiere asesorías para disponer métodos de depuración individual, dado que todos toman el agua del río y no es posible construir un sistema de depósito, tratamiento y distribución de agua potable.

“Para mí esto es de la salud, porque le damos regalos a la Pacha y matamos una llama todos los años, pero la cosa no cambia”.



Otros troncos (1919) Xul Solar

Y acá estoy escribiendo a instituciones especializados de los organismos Internacionales de ayuda multilateral. A todos les explico la situación de Infiernillo y me proponen mandarnos un experto, organizar un *meeteng* en Colorado, EEUU, donde hay experiencia en agua de pozo con altos niveles de arsénico, reunir un grupo de expertos para elaborar el documento Técnico N° A314-005 “ Tratamiento de aguas superficiales con Arsénico”, movilizar referentes nacionales para producir un informe sobre la situación de Infiernillo, producir un informe para el Banco Mundial con el fin de que financie alguna alternativa sustentable, mientras Don Quispe sigue con la piel engrosada, los callos en las palmas de las manos y en las plantas de los pies y las mujeres esperan para ser madres.

Así como discurren las cosas, no se ven los puentes entre la Salud Local y la Salud Internacional, ni los puntos de convergencia sobre el terreno de los problemas locales... para Don Quispe un quebracho colorado en Infiernillo, las dos saludes siguen caminos paralelos, pareciera que sus intereses nunca se encuentran.

Para que la Salud Internacional esté presente en problemas locales como el de Infiernillo debe encontrar su propio espacio, debería construirlo organizando una sucesión de objetivos de complejidad creciente hasta alcanzar un total de conocimientos con experticia para resolver problemas de salud suregionales, regionales, continentales y hemisféricos, con expertos reconocidos en este campo del saber.

Para ser útil a los beneficiarios, es necesario que sea una actividad propia de las universidades, que están organizadas para especializar recursos humanos, intercambiar experiencias, organizar bancos de informaciones y experiencias y transferirlas a sus usuarios que, en primera línea, debieran ser los organismos internacionales y, en segunda línea, las ONGs internacionales y los ministerios de salud nacionales. ■ ■

**Para atenderlos tienen un agente sanitario de Atención Primaria que pasa por Infiernillo cada 3 o 4 meses porque hay pocos niños y ninguna embarazada.**

Entrevista a la Dra. María Isabel Rodríguez

## Globalizar la equidad

Hoy la globalización también significa que se globalizan aspiraciones desde expectativas de vida, que tú país no te lo da, entonces hay sectores hoy que están buscando la solución a sus problemas fuera de las fronteras...

Lo de equidad global es un eje que rearma la discusión en Salud internacional, por eso también el interés en analizar el tema de la maquila. Si la relación capital-trabajo es conflictiva, se vuelve internacional cuando uno tiene el capital en un país y el trabajo en otro. Si los trabajadores quieren organizarse gremialmente en una maquila la negociación hay que hacer en otro país, hay que cruzar las fronteras, se ha vuelto internacional hasta el conflicto de clases, ya no es un problema interno de cada país.

**E**l 24 de agosto del 2005 por la noche en un bar de San Salvador acordamos una entrevista con la Dra. María Isabel Rodríguez, Ex Rectora de la Universidad de El Salvador. En su paso durante más de dos décadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dio inicio y coordinó por diez años la Residencia en Salud Internacional. La charla, según se acordó, sería sobre Salud Internacional a propósito de cumplirse 20 años del inicio de dicho programa.

Quien escribe formó parte de la primera promoción de ese programa y aprovechamos la fortuna de coincidir en El Salvador y tener esta conversación con la presencia de Eduardo Espinosa, Secretario de relaciones Internacionales de la Universidad y de María Teresa, Jefa de prensa del Rectorado.

## UNA BREVE INTRODUCCIÓN PARA COMPRENDER MEJOR LOS HECHOS DE LOS QUE SE HABLA

A mediados de los '80 se crea en el ámbito de un organismo internacional - la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS- las condiciones adecuadas para ofrecer un programa que comenzó a socializar el hasta entonces hermético campo de la Salud Internacional. El programa se enmarcaba en el optimismo que surgía en la región cuando varios países recuperaban sus democracias tras casi una década de dictaduras, una iniciativa fuerte de colocar a Salud como puente para la paz en Centroamérica y en la agenda que ofrecía el movimiento de atención primaria y Salud Para Todos. Los protagonistas mencionados son en su mayoría funcionarios de carrera de la organización y serán presentados a pié de página a medida que aparezcan en el relato.



Dra. María Isabel Rodríguez

El programa consistía<sup>1</sup> en un sistema de aprendizaje por exposición y participación en las actividades de cooperación técnica, en la sede central de la OPS en Washington, con actividades comunes de reflexión y estudio sobre salud internacional visitas a instituciones-clave del sector y viajes en el marco de la cooperación técnica a países miembro de la organización. A pesar que nunca se usó formalmente ese nombre en la entrevista se menciona al programa como “la residencia”. La Dra. Rodríguez coordinó hasta 1995 este programa y luego de regreso a su país fue elegida Rectora de la Universidad de El Salvador cargo que ocupaba en el momento de esta entrevista y que recientemente ha finalizado.

**MR -Buenas noches doctora, para comenzar a conversar se me ocurría que podríamos repasar un poco los orígenes de la Residencia; cómo transcurrió la experiencia, si se plasmaron o no las cosas que se habían imaginado previamente y alguna reflexión vinculada al futuro o para dónde podría ir el futuro de la Salud Internacional.**

-Yo diría no tanto el futuro sino cómo ubicar los orígenes en el '85 y analizar esa época, comparado con este momento, ¿qué puede hacer diferencia con lo que nosotros vivimos en aquella época?. Pienso que este es un momento interesante para comparar los orígenes de la residencia con el momento actual, en términos de “globalización” o “mundialización” –entre comillas- creo que vale la pena colocarlo en ese contexto.

**MR -Se rellena con fantasías alguna falta de información con respecto al origen de la residencia. A mi me impacta el tiempo de reflexión que se produce en ese tiempo, y me llega la sensación que hay una relación que no puedo explicar bien con el gran golpe que significó la muerte prematura de Juan César García, como si en algún sentido la residencia fuera a plasmar algo que él también había ayudado a pensar y que esa residencia reparaba algo en relación a ese proyecto ¿hay algo de eso?**

<sup>1</sup>El programa se discontinuó en el año 2007 y se ofrece a partir de 2008 en un formato en donde la principal experiencia es acompañar la cooperación técnica en el país de origen del participante.

En la Reunión de Punta del Este surgen las bases para el primer plan de Salud Pública de las Américas y todo ese contexto unido a un acontecimiento internacional tan importante como el de la revolución cubana y ese análisis que, por ejemplo, hace el Che Guevara sobre lo que era las intenciones del gobierno de los Estados Unidos en relación con los planes de desarrollo de los gobiernos.

-Yo diría que no consciente, es posible que haya existido y que lo estemos descubriendo ahora estudiando la posición de Juan César García<sup>2</sup> y su trabajo en los países, lo estamos viendo ahora, nosotros vivimos una época que gana perspectiva a través de los años. El programa de desarrollo de Recursos Humanos vino acumulando una reflexión sobre los grandes acontecimientos internacionales que generaron impacto en el desarrollo de recursos humanos, por eso este programa se constituye en el generador, en el origen de la residencia en OPS. Es notable que a pesar de ser un organismo internacional que por sus propias características debió haber pensado mucho antes en un campo como el de la Salud Internacional, no lo hizo. Fue más bien la gente de recursos humanos, que veníamos acumulando todo el análisis que se da desde acontecimientos como la Reunión de Punta del Este<sup>3</sup>. ¿Porqué Punta del Este?; porque de ahí surgen las bases para el primer plan de Salud Pública de las Américas y todo ese contexto unido a un acontecimiento internacional tan importante como el de la revolución cubana y ese análisis que, por ejemplo, hace el Che Guevara sobre lo que era las intenciones del gobierno de los Estados Unidos en relación con los planes de desarrollo de los gobiernos.

Ahí viene toda esa época que ustedes se acordaran de Prebisch<sup>4</sup>, la época del desarrollismo pero en este caso en el campo de la salud. Era el momento en que presentándose movimientos revolucionarios en América Latina, Estados Unidos vende los planes de desarrollo y en particular la agenda de Punta del Este como una manera de resolver los problemas de desarrollo incluyendo la salud de las Américas y empieza a plantear el problema de los préstamos, de las grandes ayudas y hace ese anuncio de la creación del Banco Interamericano de Desarrollo. Está íntimamente ligada a eso, que puede haber más temprana e históricamente un momento en que se desarrolla la Salud Internacional pero con otro punto de vista en el cual entra el contexto político,

el contexto sociológico, que permite ver a la Salud Internacional más allá de como lo podríamos nosotros ver en la historia de las enfermedades infecciosas, que es otro punto de vista: que la lepra, que la malaria, que el cólera con aquel énfasis en que "las enfermedades no reconocen fronteras"; surge en consecuencia otra forma de ver la Salud Internacional, nosotros lo empezamos a ver desde otro momento, qué sigue después de todo lo que representa el '72, el primer plan decenal de Salud de las Américas, en ese contexto está surgiendo otro punto de vista, otra visión.

**MR -Porque en realidad una cosa notable es que daría la sensación de que cuando la OPS amplía la agenda saliendo de las enfermedades transmisibles como único eje de trabajo, desde los sectores conservadores de EE UU se visualiza como una politización y en realidad ese proceso que viene asociado con la planificación autoriza a hablar de otras cosas que no son enfermedades le genera también más riesgos a OPS, se vuelve más vulnerable en cierta forma ¿no?**

-Sí, la vuelve más vulnerable y se vuelve más clara la división entre lo que vendría a ser una forma de abordaje tecnocrático por un lado y por el otro lado, otra más producto del análisis de las condiciones socioeconómicas y políticas de los países. Yo creo que se empiezan, incluso, a dividir los salubristas. El caso de recursos humanos es un caso muy interesante y la ligo por su origen a la residencia porque en la propia OPS se establece la gran diferencia entre la masa de profesionales

2 Juan C. García. Médico y sociólogo argentino consultor de la OPS en recursos humanos y desarrollo de la investigación en la década de los '70 y '80 fue promotor del movimiento de medicina social en América Latina.

3 Se refiere a la influyente Conferencia de Punta del Este en 1961 que entre otras cosas impulsó el surgimiento de un programa de Recursos humanos dentro de la OPS.

4 Raul Prebisch. Influyente economista, director de CEPAL por varias décadas.

que no reflexionan sobre su propio quehacer y sobre todo lo que es el campo de la salud, sino que reflexionan sobre la técnica, la tecnología aplicada a su especialidad y viene toda la época de la vacunación, la tecnología puramente aplicada sin ver contextos, son importantes algunas figuras que se desarrollan en esa época y que llaman la atención sobre los determinantes incluso sociales del proceso salud-enfermedad. La verdad es que recursos humanos aglutina la gente venida de las universidades con mayor capacidad de reflexión crítica.

**MT -¿Y eso lo determina el lugar dónde han estudiado, sus años de formación, lo determina el país, su situación?**

-Lo determina el contexto de los países latinoamericanos que están entrando en un proceso de ebullición y de cambios porque los años a que me refiero de Punta el Este, que es



Serenata lunar. Alex Sánchez (El Aleph)

precisamente el '61, es ya la reacción contra la revolución cubana y contra los efectos de un país que ha optado por la salud como una estrategia de desarrollo y además de visión política porque salud se convierte rápidamente para Cuba en una causa nacional pero también en un instrumento para de mostrar los resultados de la revolución.

**MR -Recursos Humanos dentro de la OPS es un lugar habilitado para articularse con la Universidad dentro de un organismo intergubernamental, eso le da una posibilidad de independencia de pensamiento, independencia política distinto como línea de trabajo de lo que tenían muchas otras unidades que estaban forzadas a articularse sólo con los gobiernos, eso probablemente explica porque sólo este programa tenía en ese momento acogida para la residencia dentro de la OPS.**

-Sí, y lo interesante es que es un programa que permaneció firme y al mismo tiempo aislado, porque de todo el pensamiento de desarrollo de recursos humanos, que precisamente surge, los planes de salud le dan un gran auge, si uno lee el Plan Decenal de las Américas del '72 tiene grandes contradicciones porque al lado de todos los planes e indicadores que se crearon, incluye todo el proceso de la reforma en educación médica, entonces empieza a introducir conceptos fuertes de transformación a través de una lógica de recursos humanos, incluso el plan adopta la reforma de la educación que propicia OPS y empiezan todos los problemas de interdisciplinariedad, cosa curiosa en un plan de salud pero ahí estaban los líderes de recursos humanos como Jorge Andrade, una serie de gente que son, incluso, co-redactores del informe del '72, que es el último plan integral que se presenta.

**MR -La Alianza para el Progreso si bien había privilegiado salud, también había puesto incluso antes que Salud a la Educación, eso forzaba a la OPS a tener que tomar en cuenta la dimensión educacional, incluso porque había metas, recuerdo el trabajo que ustedes escriben en un momento dado (Rodríguez M.I y Borrel RM., investigación sobre el programa de becas de la OPS), había en Punta del Este un mandato vinculado al tema de la distribución de médicos en el continente.**

-Pienso que sí, en ese sentido todavía los indicadores de distribución de médicos eran, yo diría absolutamente ingenuos, porque luego se quedaron preguntándole a uno en los países "cuál es la relación de médico por habitante que debe de tener..." absurdo, los indicadores que aparecen en el Plan Decenal de Salud del '72 son indicadores que ya en ese momento varios países ya los tenían, y sin embargo se estaban recomendando para dentro de 10 años, allí estaba incluida toda la visión de Horwitz<sup>5</sup>, profundamente desarrollista colocando aquella situación del círculo de la salud-enfermedad y pobreza pero había un contexto internacional en todo esto importantísimo.

**MR -Algunas cosas que son ya curiosidades, una por ejemplo, a pesar de que el grupo de recursos humanos tenía un área de promoción de apoyo a la Salud Pública, el grupo de recursos humanos en general no era salubrista por decirlo así, entonces una cosa que uno podría preguntarse es ¿por qué se pensó que la residencia en Salud Internacional tenía que convocar gente que sí fuera salubrista?**

5 Abram Horwitz. Primer Director Latinoamericano de la OPS, sanitarista chileno cubrió el período 1962-1974.

-Es una buena pregunta, sabe porqué... no sé, presumiría si dijera que en gran parte la propuesta de la residencia cuando se lo presentamos al Dr. Carlyle Guerra de Macedo<sup>6</sup>, si Carlyle no hubiera estado ahí, aunque tal vez (Abram) Horwitz hubiera sido también receptivo a la idea, no hubiera ocurrido antes con (Héctor) Acuña<sup>7</sup>, ni después con (George) Alleyne<sup>8</sup>. Yo pienso que una de las grandes cosas que en el caso nuestro favoreció la idea, fue una experiencia de los países, de ver la escasa o nula formación en el área de conocimiento internacional, sobre todo de cooperación internacional que los salubristas tenían, tanto los salubristas de los países e incluso los salubristas que cooperaban con los países, esa fue una de las razones que le dimos a Carlyle. Recuerdo que una de las cosas que a mi me favoreció para que tanto el Dr. José Roberto Ferreira que era el Director de Recursos Humanos como Carlyle se hubieran ido sensibilizando es que cuando a mi me transfieren de República Dominicana a Washington, Carlyle me encarga un Programa de Desarrollo de las representaciones de país<sup>9</sup>, un programa para formar al personal de los países.

Allí empezaron a perfilarse algunos de los componentes que luego tuvo la residencia, empezamos a hacer talleres de análisis de la cooperación técnica en los países, y lo hicimos en varios países del continente, lo hicimos en Cuba, en República Dominicana, en México, en Brasil mismo, fuimos desarrollando eso, entonces era bien claro que la gente en las representaciones no miraba, es decir, no reflexionaba sobre lo que era la cooperación internacional, lo hacía mecánicamente, automáticamente porque le habían encargado dar cooperación, por cierto, pero reflexionar sistemáticamente sobre la cooperación nunca lo hicieron.

Fue entonces cuando discutiendo en ese ambiente tan interesante que había en la OPS, eso es en el año '82, cuando yo vengo de Dominicana empezamos a reflexionar sobre cómo es eso que las universidades norteamericanas forman salubristas en Salud Internacional<sup>10</sup>, cómo lo piensan, qué entienden por Salud Internacional las universidades norteamericanas y allí fue donde aparecieron las tremendas y aplastantes respuestas, ellos tenían una perspectiva que se hacía muy evidente en universidades como John Hopkins, o como Yale, o como Columbia: Salud Internacional es 'salud de los subdesarrollados'.

Después de avanzar estos programas producen otra definición ampliada, al menos en algunas universidades: no sólo salud de los subdesarrollados sino también de las poblaciones marginales, generalmente migrantes dentro de los Estados Unidos eso era Salud Internacional, nada de relaciones internacionales, nada de tensiones o lucha de poderes ni nada, entonces viene nuestra famosa interpretación o traducción: les preocupaba "la Salud de los otros en cuanto puede afectarnos a nosotros" y ahí empezamos a complejizar todo el análisis de lo que habían sido el combate a la malaria, el combate a tantas otras enfermedades en los cuales ellos se preocupaban por erradicarlas porque les podían afectar a ellos, esa era la concepción que venía del pasado, en los siglos pasados sobre Salud Internacional por parte de los países –entre comillas- "países

**“...Pienso que una de las grandes cosas que en el caso nuestro favoreció la idea, fue una experiencia de los países, de ver la escasa o nula formación en el área de conocimiento internacional, sobre todo de cooperación internacional que los salubristas tenían, tanto los salubristas de los países e incluso los salubristas que cooperaban con los países”.**

6 Carlyle Guerra de Macedo sanitarista brasilero fue Director de OPS entre 1982 y 1994.

7 Héctor Acuña: Salubrista mexicano Director entre 1974 y 1982 y George Alleyne Director de OPS entre 1994 y 2002.

8 Se refiere a ex -directores de la OPS.

9 Se hace referencia a las representaciones que la OPS tienen en todos los países de las Américas (exceptuando Canadá y EE UU en donde está la sede) por las características particulares de la relación con la OMS las representaciones lo son de ambas organizaciones. Cuentan con un representante y 8un staff técnico y administrativo de diferente tamaño generalmente en función del país o de la intensidad de la cooperación técnica que allí se realiza.

10 En la década de los '80 había un auge de departamentos y posgrados en salud internacional en las escuelas de Salud Pública de EE UU, posiblemente entre otras razones porque la agencia de cooperación bilateral de los EE UU (USAID) estaba canalizando sus fondos de cooperación en salud a través de las escuelas.

Algunas universidades norteamericanas entendían la Salud Internacional como ‘salud de los ‘subdesarrollados y también de las poblaciones marginales (generalmente migrantes dentro de los Estados Unidos). Eso era Salud Internacional, nada de relaciones internacionales, nada de tensiones o lucha de poderes ni nada. Les preocupaba “*la salud de los otros en cuanto puede afectarnos a nosotros*”.

desarrollados”, países centrales,. Entonces, pienso que todas esas circunstancias permitieron que cuando le planteamos al Dr. Carlyle Guerra de Macedo la posibilidad de hacer un programa, él respondió inmediatamente y nos dijo: - Perfecto. Estaba de acuerdo.

**MR -Digamos en el momento en que se le presenta la decisión a Carlyle también había alguna competencia con la OMS, con el tema del liderazgo o...?**

-Esa es otra respuesta, ahí se ha señalado una cosa importante, él pidió a recursos humanos que buscáramos programas que dieran respuesta a la recomendación que hizo la OMS, a los pocos años de Salud para Todos, a los años de atención primaria, de aquella famosa resolución de un Consejo Directivo de la OMS, en que dice, que: como una estrategia de Salud para Todos pedía a los países crear masas críticas de líderes para la salud pública y entonces cuando le presentamos esto discutiéndolo con (Roberto) Ferreira<sup>11</sup>. Ferreira dice: esa es la respuesta, esa es la respuesta de la formación de líderes, entonces el programa de Salud Internacional nace como un programa de formación de líderes de salud en Salud Internacional porque era la forma de ampliar la cooperación, cooperación fue una de las estrategias de Salud para Todos.

**MT -¿Quiénes participan en esta formación de Salud Internacional, es decir, sólo de gente de América Latina, también de Estados Unidos de todo el mundo...?**

-En el programa que nosotros generamos allá, entre la gente de Washington, estaba olvidando a una persona que también fue clave allí, que es José Teruel<sup>12</sup>. Yo entré a trabajar también en el análisis de estos documentos para la cuestión de liderazgo. Allí se acuerdan que varias agencias de Naciones Unidas, incluyendo agencias para el desarrollo en (cómo se llamaba esta agencia para el desarrollo de Naciones Unidas, del PNUD pero unido en ese momento a otras agencias), empiezan a crearse aquellas famosas reuniones de análisis de la cooperación técnica entre países, ahí surge, la CTPD.

**MR -La Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo porque había un marco que tenía que ver con el tema de desarrollos alternativos, es la época de *the small is beautiful*, ya se plantea que los países mas que seguir todos un mismo patrón de desarrollo se podían beneficiar más de la cooperación de países que estuvieran en un escalón mayor, en vez de espejarse directamente en los grandes países.**

Esto fue bastante resistido por los países centrales porque ellos tenían hasta el momento el monopolio de la cooperación, cuando empieza a instalarse esta idea se legitima que un país cooperante puede ser India o puede ser Brasil. Un detalle muy gráfico es que después a la CTPD le arrancaron la D, o sea, que se seguía hablando de Cooperación Técnica entre Países pero se sacó lo de Desarrollo porque los países centrales decían que “era discriminatorio” contra los países centrales en realidad era solo hacer un pequeño espacio en la corriente principal de cooperación para otros países pero además había un marco político de controversia por la fuerte presencia del movimiento de No Alineados que eso también da un marco distinto.

11 Se referencia a quien fue Director del programa de recursos humanos durante más de 3 décadas en la OPS.

12 En la etapa en que nace el programa José Teruel era Coordinador de la Dirección de Planeamiento Estratégico de la Organización, una unidad que coparticipó en la generación del programa.



El hombre de la abundancia. Alex Sánchez (El Aleph)

-Los marcos políticos son muy importantes para entender la residencia y Teruel tuvo una excelente participación en eso. Lo interesante es que Teruel se mete a trabajar y entramos a ayudarlo en este proyecto en que entra el primer grupo de los residentes, entra Mariela Licha Salomón - la mujer de Roberto Vargas- hubo una cosa interesante porque entra en este conflicto del intento de liberación de los países, las guerras en Nicaragua, El Salvador, las guerras en Centroamérica generan el Programa de Salud Puente para la Paz que compromete a tanta gente y que eso lo coordinó Teruel, en ese momento yo estaba trabajando con Teruel en el DAP y ese es un interesante aporte porque ese era análisis estratégico.

**MR -Volviendo a esa época a uno la sensación que le queda es que nunca antes la OPS, exploró tanto hasta dónde podía llegar un organismo de cooperación técnica en términos de análisis e involucramiento en temas de política internacional.**

-Claro eso lo hizo por la posición de Carlyle que nos permitió una libertad muy grande en ese sentido, de repente se asustó pero...

**MR -Hace poco trabajamos con fuentes directas en la Universidad reconstruyendo como Carlyle habilitó el rol que cumplió la OPS, en toda la transición en Nicaragua, básicamente en la observación de las elecciones, colocó cuadros técnicos de la OPS directamente como observadores de las elecciones... fue una situación inédita no había historia de que la OPS cumpliera semejante rol político.**

-Pero había un contexto favorable, la OMS con (Halfdan) Mahler<sup>13</sup>, esa era la enorme ventaja Mahler. Él hace locuras: viene a Nicaragua, va a la frontera, le grita a unos y otros que paren la guerra, hace cosas terribles. Pero también el contexto en ese momento entre OMS-OPS era de compatibilidad de ideas. OMS había dado el gran paso, *Salud para Todos* que realmente fue el gran paso con la estrategia de atención primaria. Entonces OPS, que se había adelantado en mucho a la atención primaria porque ya habían experiencias muy importantes en nuestros países, empieza a desarrollar proyectos de este tipo, así tan novedosos y con tantos avances significativos.

Es muy difícil encontrar reuniones de OMS, fuera de las que derivaron de Salud para Todos con Mahler, tan de avanzada como las de recursos humanos que hizo OPS, por ejemplo en Canadá cuando se hace la reunión de planificación de recursos humanos, -coincide infelizmente con la caída de Salvador Allende-, eran realmente discusiones de avanzada. Por eso digo que cuando nosotros llegamos a plantearle eso a Carlyle, con la visión que tenía vio muchas cosas.

**El programa de Salud Internacional nace como un programa de formación de líderes de salud porque era la forma de ampliar la cooperación, cooperación fue una de las estrategias de *Salud para Todos*.**

13 Se refiere a Halfdan Mahler de nacionalidad sueca Director de la OMS durante su gestión se define la meta de Salud para Todos y se organiza en forma conjunta con UNICEF la reunión de Alma Ata en 1978.

Primero se presentó al Consejo Ejecutivo de la OPS. El programa se presenta como un programa de Liderazgo en Salud, de otra manera no lo hubieran aceptado, es la respuesta a la invitación de la OMS a crear líderes, masas críticas de líderes en el continente, así se presentó y así está la constitución del programa en un Consejo Directivo de la OPS ahí se aprobó entonces.

**MR -No sé si es momento de sugerir un clima de evaluación pero tal vez algún comentario que pudiera expresar una síntesis de lo que fue la experiencia concreta de conducir por diez años ese programa.**

-Diría que fue una experiencia un poco contradictoria en el sentido de que fue muy positiva en cuanto a la construcción de un pensamiento con toda la gente que formó parte del programa como alumnos pero muy ingrata por cuanto el programa entró en un ambiente que digo yo, que era contra-hegemónico. Hubo que luchar mucho con toda aquella gente que se acercaba al Dr. Carlyle Guerra de Macedo para pedirle que parara las actividades de recursos humanos y que coincidían con la posición del Departamento de Estado que permanentemente estaba presentando en todos los consejos directivos objeciones de por qué se estaba gastando un programa que representaba "indoctrinamiento de los salubristas latinoamericanos". Y fue Carlyle que una vez me llamó para discutir la situación entonces yo le dije:

-Mira que tú propones, que se cambie esto. -No, me dijo, no te estoy proponiendo eso. Entonces llegó a decirme Carlyle -Es que el problema es que el representante del Departamento de Estado cree que eres tú la que ha estado creando esta interpretación. Yo le dije: -Es muy sencillo, cambia la coordinación, yo dejo la coordinación, -Me dijo: -Todo lo contrario es lo que me estimula a pelear con Boyer<sup>14</sup> -delegado de Estados Unidos en el Departamento de Estado.

**MR -La residencia tiene antecedentes y orígenes importantes porque evidentemente el área de recursos humanos logró una forma de crear condiciones de considerable autonomía, porque facilitó, estimuló el desarrollo de ciencias sociales y salud, el desarrollo de la incorporación de las ciencias sociales a la educación médica, reformas de educación médica. Toda una serie de líneas de trabajo y además el desarrollo de los postgrados de Medicina Social en Brasil y en México, eran de alguna manera intervenciones muy fuertes, pero al llevar ese proyecto a Washington tomaron un riesgo y generaron una visibilidad mucho mayor porque naturalmente era un espacio mucho más cerrado, más controlado.**

**Están apareciendo, recién ahora, iniciativas universitarias vinculadas con la Salud Internacional, casualmente justo cuando la OPS está redefiniendo sus estrategias en esta línea de trabajo, uno podría imaginarse que realmente las universidades latinoamericanas estarían en condiciones hoy de poder recuperar esa historia, recuperar esos graduados, las personas que han hecho esa experiencia y trasladarlo a una propuesta de formación, incluso tal vez más masiva porque al final este programa era de diez personas por año.**

-Tal vez en algunos países, yo digo que sí, sobre todo cuando se están abriendo posibilidades en el continente. Pero a su vez, yo pienso que la situación en la región es dura, países en donde yo hubiese creído que se hubiera podido desarrollar un buen programa de Salud Internacional como México, ha costado tanto, es un programa difícil, no es fácil, el propio Brasil cuando tratamos que Itamarati propiciara el programa no resultó fácil. Nunca lo logramos hacer en Cuba, pese a que Cuba ofreció condiciones muy favorables y nosotros pedíamos a los cubanos reflexionar sobre el papel que había jugado su internacionalismo solidario en salud, era como para hacer un análisis de profundidad, Cuba nunca lo hizo, no sé, a lo mejor lo podrá hacer Venezuela.

Es que para mí en el caso del abordaje de Salud Internacional, además de todo el contexto político que obligaba a un abordaje de las ciencias sociales en salud de profundidad, hubo un compromiso profundo que no era demagógico, no era

**Había un contexto favorable de la OMS con Mahler... Hace locuras, viene a Nicaragua, va a la frontera, le grita a unos y otros que paren la guerra, hace cosas terribles... Pero también el contexto en ese momento entre OMS-OPS era de compatibilidad de ideas.**

14 Representante del gobierno de los EE UU en la OPS en la década de los '80.

panfletario. Un abordaje científico de la cooperación técnica, un abordaje científico de los estudios comparados en salud, un abordaje científico educativo, todas esas condiciones no son fáciles que se den. Claro cuando hay una universidad comprometida que está dispuesta a lanzarse en un camino como este tiene que tener la posibilidad de tener unas cuantas gentes capaces de empujar el proceso y sostenerlo.

**MR -De la experiencia actual un punto que tengo bastante crítico es que la formación no se traslada tan fácilmente de una residencia a una maestría, de una experiencia vivencial a una experiencia académica. Creo que tal vez la respuesta puede ser en realidad el tema de la definición de los campos de investigación; creo que le pregunté y usted hizo un comentario en la video-conferencia<sup>15</sup>, lo volvería a tocar como punto: ¿Cómo cuadrar, cómo plasmar objetos de investigación que pudieran llamarse específicos de salud internacional?**

-Fíjese que incluso en el caso nuestro no fue fácil. Siempre creíamos que no había llegado como al punto de madurez del sistema pero yo pienso que ahora sí hay condiciones y pienso que ha habido un acumulo, incluso en el desarrollo histórico de los procesos de la residencia. Habría mucho que estudiar, yo no he visto una investigación de profundidad y se lo platicaba un día al Dr. Mahler en Cuenca, no he visto una investigación de profundidad sobre el desarrollo del concepto y la práctica de la atención primaria. No hay un estudio bien sistematizado sobre eso, que quizás nos podría ayudar a aclarar el porqué de las dificultades para la incorporación de atención primaria en determinados países y hacerlo comparativo por regiones. Se estaría en condiciones

en una red de programas de salud internacional, aunque sea una red de tres o cuatro y empujarlo, yo creo que es un tema interesante.

**“OMS había dado el gran paso, Salud para Todos realmente fue el gran paso con la estrategia de atención primaria”.**

**MR -Un tema muy importante y posible. Estudios comparados y estudios institucionales a lo mejor de los organismos internacionales que en definitiva también son instituciones, podrían ser dos ejes perfectamente posibles, aparecen otros temas, de repente, hay como una renovación de agenda, a mi me llama la atención y me parece sólido el tema de los trabajos de historia de la Salud Pública.**

-¡Excelente!

**MR - Y ahí la sensación que tengo, me parece una cosa muy rara, pero es una impresión, debería de hacerlo más serio para fundar esto que voy a decir ahora, pero en realidad a mi me parece dos cosas: una es, ¿La Salud Pública no nació internacional?**

-Nació internacional en su definición misma.

MR -Claro, la Salud Pública se vuelve de cierta manera nacional a mitad del siglo pasado, la Salud Pública que nosotros conocemos fortalecida por el desarrollismo cuando se multiplican los ministerios de salud y aparece esta sensación muy endógena. La impresión es que en tiempos de globalización vuelve a hacerse mas internacional. A mi me está pasando que luego de coordinar mucho tiempo posgrados en Salud Pública tengo que cambiar la pregunta que era ¿Qué se podría ver en un posgrado sobre salud internacional? y ahora comienzo a preguntarme ¿Cómo uno puede enseñar Salud Pública sin Salud Internacional?.

-Recuerdo ahora los estudios comparativos de salud que Milton Roemmers y todos esos grupos propiciaron, en este momento deberían de hacerse con otro concepto, esos fueron estudios comparativos, yo diría como asépticos y este sería uno de los temas de investigación de un programa de Salud Internacional, interesantísimo. A mi, por ejemplo, me enseñó mucho la reunión de Cuenca<sup>16</sup>, pensando llevar al extremo más opuesto el análisis de lo que presentan los iraquíes, la destrucción violenta de un sistema de salud por los problemas de la guerra, el militarismo como elemento sustancial de la destrucción de un sistema, pero en el mundo nosotros tenemos una gran cantidad de ejemplos de destrucción de sistemas de salud como consecuencia no sólo de la guerra sino las políticas que serían muy interesante traer.

Una de las cosas que yo nunca he visto que se haya estudiado es ¿Cómo evolucionó la Salud Pública de los grandes países

<sup>15</sup> Se hace una referencia a una videoconferencia que se realizó entre la Universidad de El Salvador y la Universidad de Buenos Aires en el marco del Orientado de Salud Internacional el 8 de junio del 2005.

<sup>16</sup> Se refiere a la Cumbre por la Salud de los Pueblos que se realizó en Cuenca durante el mes de julio del 2005.

de la época a lo largo de la historia? Y pongo el ejemplo de Argentina, de México, tal vez de Perú también, de los grandes países que fueron líderes de avanzada en Salud Pública. Y si uno analiza cómo caen esos países, yo diría que, me puse a elucubrar más que estudiar, encuentro razones de carácter internacional: el desmantelamiento de todo lo que fue la campaña anti-malárica, la separación de los organismos internacionales, de UNICEF un organismo que volvió dependiente a los países y después los dejó sueltos y allí se vino el rebote de la malaria en muchos países, y como esas muchas otras cosas que propiciaron, fíjese que no está documentado, no está escrito, y eso es cierto se crea una situación terrible y vienen las enfermedades emergentes que tienen razones de orden político muy claro e históricamente se puede demostrar pero no hay estudios sistemáticos sobre eso.

**MR -Es cierto fíjese que nosotros en la Salud Pública nunca tuvimos una teoría del retroceso, es decir, la idea de progreso del desarrollismo es tan fuerte que la sensación es que la Salud Pública sólo puede avanzar.**

-...O caminar hacia adelante...

**MR -Claro en algunos países avanzaba rápido y en otros avanzaba despacio, pero retroceder era algo que estaba fuera de la cabeza de este pensamiento desarrollista porque el progreso es un paradigma sin retroceso posible. Cuando empezamos a ver la situación de retroceso no había marco teórico para explicar cómo se retrocede en términos de cobertura, en términos de enfermedades, era un fenómeno muy curioso.**

**En la Salud Pública nunca tuvimos una teoría del retroceso, es decir, la idea de progreso del desarrollismo es tan fuerte que la sensación es que la SP sólo puede avanzar.**

**MT -Pero era el estado de bienestar a lo mejor...**

**MR -Pero el estado de bienestar crea una generación de sanitarios que nunca pudieron imaginarse una época sin estado de bienestar, o sea, nadie pudo pronosticar que el futuro era el estado de malestar.**

-Pero hay otra cosa que algún día la vamos a estudiar y que vale la pena que se pongan a pensar en ella. OPS propició una serie de conferencias que marcan incluso toda su posición ideológica y la influencia determinante de los Estados Unidos en su forma de pensar y me refiero a las conferencias de Salud Pública, desde Viña del Mar, San Miguel Regla y todas esas conferencias. Pero hay un salto cualitativo que recoge el pensamiento latinoamericano en Salud que tiene elementos de Salud Internacional, que es una conferencia a la que asiste María del Carmen Troncoso<sup>17</sup>, yo creo que fue su mejor momento, hace una propuesta incluso de los determinantes sociales de la Salud

Pública, es la primera vez que el objeto de estudio de la medicina social se describe, eso es en el año 74, 76, pero ese grupo es interesante como va evolucionando y luego cómo eso va sustituido con las reuniones de medicina social.

**MR -¿Dónde se reunieron?**

-En Washington, eran las famosas reuniones de los programas de libros de texto, en la cual nos vemos envueltos todos, yo en ese tiempo era del área de fisiología y asistía a esas conferencias de fisiología, de farmacología pero eran famosas porque...

**MR -¿De quién fue la idea?**

-Esa fue idea de Juan César García, se definía el objeto de estudio de la materia. Luego en el contexto de la educación médica había una pelea terrible; yo recuerdo de unos suramericanos tan reaccionarios que pelearon con nosotros terriblemente en las dos reuniones, sobre todo en la de farmacología porque no querían que se abordaran los objetivos de la educación médica antes que los objetivos de la enseñanza de la fisiología o la farmacología, lo que fuera, que ellos consideraban la suficiente identidad de la fisiología o de la farmacología para ponerla en el contexto, primero imagínese un

<sup>17</sup> Se refiere a una epidemióloga argentina que fue consultora de la OPS en la década del 70, profesora de la Universidad Nacional de Rosario y fundadora del Instituto J. Lazarte.

contexto socioeconómico, no tenían ni siquiera en el contexto de la educación médica, entonces ahí se definían objetivos de la educación médica, objetivos...

#### MR - Ésta ¿Se hace para Salud Pública?

-Se hace una reunión de esas de Salud Pública y allí es donde se pega el salto y viene el objeto de estudio de la Salud Pública y objeto de la medicina social y empiezan a llegar los brasileños, creo que está Hesio Cordeiro<sup>18</sup>, están todos los de la nueva mentalidad que se va creando en el continente. Por eso digo que la Salud Internacional es una confluencia de una serie de hechos que se dan por el desarrollo de los grupos en el continente.

#### MT -¿Y cómo se define el objeto de estudio de la Salud Pública?

-Como el estudio de la salud y la enfermedad en sus determinantes socioeconómicas y sociales, se veía así como muy preventivista.

Es que para mí en el caso del abordaje de Salud Internacional, además de todo el contexto político que obligaba a un abordaje de las Ciencias Sociales en Salud de profundidad, hay compromiso.

#### MR -Rompe la idea de sólo Salud Pública como lo preventivo.

-Mete el aspecto socioeconómico, mete las grades determinantes ahí, es un salto.

MR -Está pensado para el tema de pregrado. Todo ese movimiento de alguna manera va a marcar un eje de tensión a la educación médica. Después viene la reacción de la educación médica de las facultades de medicina contra esos cambios, se crean como varios escenarios de lucha, que se da primero con la Salud Pública, con la enseñanza de las ciencias sociales en el pregrado, después se da en el campo de la epidemiología, con la discusión de epidemiología social y epidemiología tradicional, después con la medicina social y la salud pública, se van dando estas contradicciones y de alguna manera la Salud Internacional sale un poco como en diagonal, porque ninguna de estas corrientes la reconoce como propia tampoco. Nosotros tuvimos una histórica reunión tratando de ver las relaciones entre medicina social y

salud internacional, una reunión que no tuvo nunca informe en Sucre (risas).

Porque las reuniones más importantes de la OPS, son tan importantes que no tienen informe, por la fuerza de lo hablado... fue fuertísima, lo de SI aparecía como no bien digerible o articulable con la Medicina Social.

-No lo querían aceptar, pero es interesante, por cierto que yo tengo su documento, se llamaba: Cooperación Técnica Estratégica para una Salud Internacional Alternativa, documento de Sucre en 1993-1994, en Bolivia, se nos permitían esos lujos.

#### MR -Claro, participó la Dra. Mirta Roses en esa reunión.

-Sí, estuvo en Sucre con nosotros. Hizo una presentación sobre la relación entre Salud Internacional y Diplomacia. Ya me acuerdo, si la tengo, deberíamos reconstruirla<sup>19</sup>.

EE -Mire, Doctora, en estos momentos por el análisis y lo que se ha platicado, ¿Qué elementos deberían de cuidarse para que estas nuevas iniciativas universitarias nacieran en un campo e impartieran mayor fuerza, innovación de fortalecimiento, etc.?

-No es fácil pensarlo verdad, porque pienso que estos casos llevan detrás una cosa que provocan reacciones muy violentas que es la denuncia. El arma fundamental de todos estos proyectos es la denuncia, claro denuncia a través de resultados de la investigación, a través de resultados.

18 Sanitarista brasileiro uno de los fundadores del movimiento de Saude Coletiva fue Rector de la Universidad Estadual de Rio de Janeiro.

19 El artículo fue gentilmente editado por la Dra. Mirta Roses Periago, actual directora de la OPS, para su difusión en el Seminario Latinoamericano de Salud Internacional y se encuentra disponible en la página web de El Agora. <http://www.elagora.org.ar>

EE -Hay que denunciar y anunciar, decía Paulo Freire...

-Anunciar y proponer porque tiene que ser una denuncia propositiva.

MT -La protesta con propuesta.

-Es una denuncia propositiva.

MR -El concepto que nosotros estamos descubriendo más fuerte en este momento pero así con una cierta densidad organizadora para el pensamiento en Salud Internacional es: en vez de pensar Salud Global, que es un concepto del que estamos tratando, por distintos motivos, de no tomarlo, reafirmamos la idea de Salud Internacional pero lo hemos colocado en el marco de una propuesta de equidad global. Puede decir que lo que en realidad hay que globalizar es la equidad y que eso significaría que la equidad no puede medirse a nivel local ni a nivel nacional porque determinados

estándares que se han alcanzado en la humanidad pasan a ser derechos, es decir, que hoy no hay ninguna explicación para que en ningún lugar del mundo la mortalidad infantil sea de dos dígitos.

-Eso es un problema de equidad global, no es un problema de resolver si la diferencial entre tú ciudad capital y el interior del país. La idea de equidad global es muy fuerte y hay un concepto que planteaba Don Javier Torres Goitia en Bolivia a nivel nacional, pero que bien se aplica a nivel internacional, él decía a sus técnicos: el conflicto capital-trabajo genera necesariamente, que periódicamente los más tiendan a buscar el nivel de vida de los menos y eso lo logran de una manera pacífica o violenta, que sea pacífica o violenta tiene mucho que ver con los técnicos porque los técnicos que trabajamos en salud podemos facilitar o dificultar ese acceso, si uno trabaja bien como técnico en salud uno construye paz. A nivel internacional es igual, porque hoy la globalización también significa que se globalizan aspiraciones desde expectativas de vida, que tú país no te lo da, entonces hay sectores hoy que están buscando la solución a sus problemas fuera de las fronteras, entonces hacer una equidad global significa romper, por ejemplo hoy, el problema básico que ya

no es la guerra nuclear sino que es el tema del genocidio de África. El genocidio de África es posible porque se piensa que "ellos deben resolver sus problemas", si uno piensa la equidad global lo de África clama al cielo, es una cosa inimaginable, es una monstruosidad instalada hoy en una generación que a su vez no reflexiona y no mira ese tema.

Lo de equidad global es un eje que rearma la discusión en Salud internacional, por eso también el interés en analizar el tema de la maquila. Si la relación capital-trabajo es conflictiva, se vuelve internacional cuando uno tiene el capital en un país y el trabajo en otro. Si los trabajadores quieren organizarse

gremialmente en una maquila la negociación hay que hacer en otro país, hay que cruzar las fronteras. Se ha vuelto internacional hasta el conflicto de clases, ya no es un problema interno de cada país.

MR -Me entusiasmé, creo que deberíamos pensar como en un cierre.

-Un cierre temporal.

MT -¿Qué van a reconstruir?

-Yo creo que hay mucho por hacer.

MR -A lo mejor un cierre es preguntarse ¿Qué condiciones reales cree que puede tener la Universidad de El Salvador para abordar un tema de este tipo?

-He disminuido un poquito mi entusiasmo... pero son momentos, lo atraviesan todos los países, las universidades, todos los programas. Estamos viviendo un momento difícil a nivel de la Maestría de Salud Pública, tenemos más entusiasmo por el lado de la Escuela de Relaciones Internacionales que está presionándonos para que lo hagamos. Yo estaba pensando ahora con este grupo de OPS pudiera permitir montar un programa, aprovechándolos a ellos y trayéndolos a la Universidad a recibir los componentes de Relaciones Internacionales que pudieran involucrarse en el estudio de la Salud, mientras este chaparrón de la Maestría de Salud Pública pasa -creo va a ser muy temporal porque está haciendo crisis en este momento. Pero yo tengo la esperanza, no, la esperanza es muy feo decirlo, la expectativa de que las universidades ofrecen un buen espacio y además la Salud Internacional les da una gran oportunidad. No es que la Salud Internacional se



La casa del chaman. Alex Sánchez (El Aleph)

va a aprovechar del espacio de la Universidad, es que la Universidad se va a aprovechar de la Salud Internacional para abrirse al mundo, para ver un poquito más de lo que está viendo la Universidad, yo creo que las escuelas de Salud Pública han cometido ese grave error, no han aprovechado la Salud Internacional como un instrumento de apertura y de visión más amplia de la salud. ¿No cree usted?

EE -¿Cómo no! Sobre todo hoy que salud cada vez demuestra mayor poder de convocatoria. Desde luego que la globalización, en cualquiera de sus formas: la militarización, las relaciones de comercio, la depredación del medio ambiente, tiene un impacto indiscutible en la salud, y en la medida que eso sucede y la población cobra más conciencia de esta situación, la convocatoria en torno a salud se hace más fuerte y la necesidad de estudiar estas determinantes a profundidad en su relación con la formación de recursos humanos en salud es incuestionable. Definir políticas y determinantes.

MT - Y ahí caben todas las disciplinas.

-Sí.

MR - Hasta la comunicación social... (risas)<sup>20</sup>.

Reafirmamos la idea de Salud Internacional pero colocada en el marco de una propuesta de equidad global... Lo que en realidad hay que globalizar es la equidad... Hoy no hay ninguna explicación para que en ningún lugar del mundo la mortalidad infantil sea de dos dígitos.

---

20 María Teresa es comunicadora social y ya estaba gestionando un lugar para ingresar al Diplomado de Salud Internacional. Lugar que seguramente se ha ganado después de desgrabar y editar esta entrevista.

# Programa de Agricultura Urbana

Rosario. Argentina



## Organizaciones ejecutoras:

Municipio de Rosario y CEPAR (Centro de Estudios de Producciones Agroecológicas).

## Persona de Contacto:

Ing. Agr. Antonio Lattuca.

**E-mail:** lattucario@arnet.com.ar

**Teléfono:** +54-341-438-6897

## Video:

<http://es.youtube.com/watch?v=TlvzFKB-dhA&feature=related>

El Programa de Agricultura Urbana de la ciudad de Rosario (PAU), surgió a partir de la crisis económica Argentina de 2001 que en Rosario se manifestó con niveles de pobreza del 60% con el fin de responder a esta realidad con una propuesta productiva. El punto de partida que lo motivó fue la necesidad de promover un proceso de construcción de desarrollo endógeno, a partir de estrategias participativas y formas solidarias de producción, transformación, comercialización y consumo de alimentos sanos.

En la ejecución de las actividades se desarrolló un proceso participativo liderado por las mujeres huerteras. Entre las prioridades del PAU se estableció:

- a. Atender a la seguridad alimentaria de las familias pobres urbanas de la ciudad a partir de la puesta en producción de los terrenos vacantes y su tenencia segura.
- b. Establecer un sistema de producción de alimentos de rápidos resultados (hortalizas), que no creará dependencia de recursos, que sea de fácil adopción por los pobres urbanos.
- c. Producir alimentos sanos de alto valor biológico, con el fin de atender a la necesidad de vitaminas y minerales de las familias pobres.
- d. Establecer un sistema de comercialización directa, ubicados en espacios públicos en lugares estratégicos de la ciudad
- e. Promover la sostenibilidad de la iniciativa a partir de la institucionalización de la Agricultura Urbana como política pública.

La conjunción entre el protagonismo de las familias productoras -mediante un proceso participativo de motivación, capacitación y acompañamiento técnico en todas las etapas; el trabajo integrado con organizaciones populares, institutos de investigación y otras áreas del Municipio; y la incorporación de la PAU como política pública, ha hecho posible que hoy se puedan destacar los siguientes impactos:

- Que las familias pobres (especialmente las mujeres) se sientan valoradas y reconocidas como actores formando parte de un proceso de inclusión.
- La instalación y funcionamiento de 791 huertas comunitarias.
- El mejoramiento del paisaje barrial urbano y las condiciones de vida de sus habitantes.
- Más de 10.000 familias directamente vinculadas a la producción de hortalizas orgánicas, que supone al menos el auto abastecimiento con verduras de 40 mil personas.
- La creación de un circuito de economía solidaria de inclusión a 342 grupos productivos. Cada grupo participa en la semana en tres de las ferias instaladas alcanzando ingresos equivalentes entre 40 a 150 USD mensuales (la línea de indigencia es de USD 90).
- La alta valoración social de la calidad de los productos que se comercializan en las ferias y por todas las actividades del PAU que lo legitima como actividad.
- El desarrollo de una planificación productiva para abastecer además a comedores comunitarios y escolares en el marco de una red social solidaria.
- La posibilidad de acceso a la tenencia segura de los terrenos productivos por parte de los pobres urbanos. ■ ■

# Red Pro Belén

Belen, Iquitos. Perú

La Red Pro Belén se creó en agosto del 2007, por personas, organizaciones y autoridades del distrito, como resultado de un Taller de Diagnóstico Participativo facilitado por consultores de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Este taller fue convocado por la Municipalidad Distrital e impulsado por un grupo de organizaciones, entre ellas la Asociación Bolaroja (Perú) y el Gesundheit! Institute (EEUU), organizaciones que han desarrollado desde el 2005 acciones anuales basadas en la aplicación del payaso, el juego y el arte en la comunidad en las zonas urbanas alta y especialmente baja, en los barrios de Pueblo Libre, Belén Bajo, Sachachorro y Seis de octubre. Otros aliados de esta iniciativa han sido la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), la Asociación Selva Amazónica, la Asociación La Restinga, la Unión Bíblica.

Belén, una de las localidades más pobres de Iquitos, es el escenario donde se vienen desempeñando una serie de acciones, dirigidas a contribuir a mejorar las condiciones de vida y de salud de la población a través del arte como puente para la salud y herramienta para la Salud Pública. El trabajo de los clowns o payasos en la comunidad hace posible abrir nuevos canales de comunicación directa con lo pobladores y así hablar de los problemas que les aquejan y las maneras de organizarse para resolverlos.

El Programa busca: a) fortalecer el plan de desarrollo local en el distrito de Belén, b) identificar y priorizar problemas de salud y nutrición, educación y derechos; y del ambiente, en el distrito de Belén y c) planificar acciones concertadas para resolver los problemas identificados en el distrito de Belén.

Los problemas identificados y priorizados en los tres ejes de trabajo seleccionados -salud, medio ambiente y educación / derechos- fueron:

- Violencia
- Abuso sexual
- Embarazo Adolescente
- Alcoholismo y consumo de drogas
- Infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA
- Analfabetismo
- Malnutrición infantil y anemia
- Severos problemas de saneamiento básico



### Organizaciones ejecutoras:

Municipalidad Distrital de Belén, OPS/OMS, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

### Video:

<http://www.youtube.com/watch?v=iS7Gazplf8I>

\* *Best Practices* es un concepto creado por Naciones Unidas y por la Comunidad Internacional para definir a aquellas iniciativas positivas que buscan mejorar la calidad de vida y la sostenibilidad de las ciudades y las comunidades en las que se encuentran insertas. A través de este espacio queremos contribuir a difundir estas experiencias y contagiar a otras en otros contextos de nuestro continente.

Al cierre de esta edición las imágenes sobre la violencia en distintos puntos de Bolivia y los testimonios de la masacre de campesinos en el Departamento Pando, en el norte de Bolivia, en manos de los opositores a las políticas implementadas por el presidente Evo Morales estremecieron al mundo y en particular a la región.

A pocas horas de producirse estos acontecimientos los países que componen la Unión de Naciones Sudamericanas (Unasur), en una rápida respuesta, se reunieron para dar el respaldo al gobierno democrático del Presidente Evo Morales y rechazar todo intento de golpe de estado. Cabe destacar que el 10 de agosto el mandato de Evo Morales fue refrendado -con la presencia de veedores del Mercosur- por más del 65% de los votos.

A la convocatoria asistieron el Secretario General de la OEA y los Jefes de Estado de Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, Paraguay, Perú, Venezuela, Uruguay, además del canciller de Perú y representantes de Guyana y Surinam. Los presentes aprobaron por unanimidad la Declaración de La Moneda, que merece ser difundida por todos los medios posibles.

## DECLARACION DE LA MONEDA

*Santiago de Chile, 15 de septiembre de 2008.*

Las Jefas y Jefes de Estado y de Gobierno de UNASUR, reunidos en el Palacio de la Moneda, en Santiago de Chile el 15 de Septiembre del 2008, con el propósito de considerar la situación en la República de Bolivia y recordando los trágicos episodios que hace 35 años en este mismo lugar conmocionaron a toda la humanidad;

Considerando que el Tratado Constitutivo de UNASUR, firmado en Brasilia el 23 de mayo del 2008, consagra los principios del irrestricto respeto a la soberanía, a la no injerencia en asuntos internos, a la integridad e inviolabilidad territorial, a la democracia y sus instituciones y al irrestricto respeto a los derechos humanos.

Ante los graves hechos que se registran en la hermana República de Bolivia y en pos del fortalecimiento del diálogo político y la cooperación para el fortalecimiento de la seguridad ciudadana, los países integrantes de UNASUR:

1. Expresan su más pleno y decidido respaldo al Gobierno Constitucional del Presidente Evo Morales, cuyo mandato fue ratificado por una amplia mayoría en el reciente Referéndum.
2. Advierten que sus respectivos Gobiernos rechazan enérgicamente y no reconocerán cualquier situación que implique un intento de golpe civil, la ruptura del orden institucional o que comprometa la integridad territorial de la República de Bolivia.
3. Consecuente con lo anterior, y en consideración a la grave situación que afecta a la hermana República de Bolivia, condenan el ataque a instalaciones gubernamentales y a la fuerza pública por parte de grupos que buscan la desestabilización de la democracia boliviana, exigiendo la pronta devolución de esas instalaciones como condición para el inicio de un proceso de diálogo.
4. A la vez, hacen un llamado a todos los actores políticos y sociales involucrados a que tomen las medidas necesarias para que cesen inmediatamente las acciones de violencia, intimidación y de desacato a la institucionalidad democrática y al orden jurídico establecido.
5. En ese contexto, expresan su más firme condena a la masacre que se



La Declaración de La Moneda

vivió en el Departamento de Pando y respaldan el llamado realizado por el Gobierno boliviano para que una Comisión de UNASUR pueda constituirse en ese hermano país para realizar una investigación imparcial que permita esclarecer, a la brevedad, este lamentable suceso y formular recomendaciones, de tal manera de garantizar que el mismo no quede en la impunidad.

6. Instan a todos los miembros de la sociedad boliviana a preservar la unidad nacional y la integridad territorial de ese país, fundamentos básicos de todo Estado, y a rechazar cualquier intento de socavar estos principios.
7. Hacen un llamado al diálogo para establecer las condiciones que permitan superar la actual situación y concertar la búsqueda de una solución sustentable en el marco del pleno respeto al Estado de derecho y al orden legal vigente.
8. En ese sentido, los Presidentes de UNASUR acuerdan crear una Comisión abierta a todos sus miembros, coordinada por la Presidencia Pro Témpore, para acompañar los trabajos de esa mesa de diálogo conducida por el legítimo Gobierno de Bolivia, y
9. Crean una Comisión de apoyo y asistencia al Gobierno de Bolivia, en función de sus requerimientos, incluyendo recursos humanos especializados. Quiero decir que luego de esta reunión, extensa pero muy fructífera, y de estos acuerdos, UNASUR ha quedado más consolidado.

Fuente: y Fotografía: Dirección de Prensa Presidencia de la Chile. <http://www.prensapresidencia.cl/>



