



## **XXXIV Congreso FAMG – 2017**

### **Conferencia**

#### **FORMACIÓN DEL CAPITAL HUMANO PARA UNA SALUD COLECTIVA**

Dr. Adrián Alasino – Presidente FAMG - Director de la Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Dr. Ricardo Nidd, Decano Fac. Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario

Dr. Mario Hernández, Médico Cirujano, Magíster en Historia, Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia

#### **DR. ADRIÁN ALASINO**

La Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata, es la casa nuestra. Y creemos que en la cadena de eslabones de cosas que hay que hacer para mejorar la formación del capital humano para una salud colectiva, una es la formación de grado, y después hay otros eslabones.

Por un acuerdo entre la Universidad Nacional de Mar del Plata y el Instituto Nacional de Epidemiología, que depende del Malbrán, tenemos cedidas parte de las instalaciones para nuestra casa, para el desarrollo de la Escuela.

Tenemos 3200 inscriptos (en este, nuestro primer año de existencia). La universidad la presentó en su periódico Enlace Universitario como una carrera pensada para cambios en las sociedades actuales y nuevos escenarios.

No resiste ningún análisis negativo el lugar que ocupa la universidad pública de Mar del Plata, gratuita y de ingreso irrestricto, en su ciudad.

Tres consideraciones voy a hacer en esta presentación:

Voy a compartir algunos datos sobre la realidad universitaria argentina. Hoy José Carlos Escudero me decía que aproximadamente tenemos un poco más de un millón y medio de estudiantes, y el 82% de esa gente está en la universidad pública. Que hay 54 universidades públicas sobre un total de 107, o sea que hay tantas facultades privadas como públicas. Si bien entre las privadas se cuentan algunos institutos de salud, la cantidad de facultades de medicina están casi equilibradas. Pero la universidad pública tiene el 82% de los estudiantes.

Por supuesto que la característica de todas las universidades públicas, es que estamos todas bajo el mismo techo, pero hay alguna variante respecto al acceso, no en cuanto a la gratuidad, pero sí en cuanto al acceso, el cogobierno y la participación de los estudiantes.

Estos datos son verdaderamente muy impactantes.

Y no voy a hablar de eso hoy, pero está claro que también en la formación que los estudiantes de medicina necesitan, hay una puja de paradigmas. Si bien es cierto que ha habido cambios, estamos en un momento donde claramente las universidades estamos tratando de ir hacia un modelo de Salud Colectiva.

Lógicamente que es necesario para nosotros en este modelo de formar profesionales para la salud, realizar algunas cuestiones que son centrales. Por ejemplo, definir lo que se llaman “nuevos escenarios”. En realidad, no son nuevos. Son los escenarios en los cuales la gente desarrolla su vida. Y a esos escenarios debemos convertirlos en ámbitos de estudio y preparación para los profesionales. Una cosa que parece de sentido común es que, por ejemplo, las necesidades de salud estén relacionadas con el contenido y la metodología de estudio. Eso parece tan sencillo, no lo es. Antes se estudiaban otras cosas, el arañazo de gato en las montañas Rocallosas, y otras cosas, que era lo que venía en los libros. Y aparte, nos lo tomaban en los exámenes de la facultad. O sea, había –no hace mil años- hace 20 años, una disociación muy marcada entre los contenidos y la metodología de enseñanza y la práctica de los profesionales de la salud.



El hecho para nosotros también central, es incorporar la docencia en Atención Primaria como un elemento que esté en la formación de los profesionales de la salud.

Lógicamente la sociedad necesita un médico diferente. Un médico que esté ajustado a la situación en la cual vivimos y esté mirando un poquito más qué es lo que el paradigma flexneriano decía que era la atención de la enfermedad, sentado al lado de la cama (del paciente). Paradigma que en la medicina lleva más de 100 años.

Entonces, nuestra Escuela de Medicina se propuso esa definición para el proceso de formación de un médico, que está en el escrito que ustedes tienen y que, seguramente, va a llevar más trabajo realizarla que escribirla.

Brevemente lo que significa para nosotros este cambio en la mirada de lo que viene a ser el aporte para la formación, hoy por hoy, de los estudiantes de medicina.

De todos los puntos desarrollables me voy a centrar en “orientación comunitaria”.

El estudiante pasa en la carrera una proporción de tiempo del 50% en la teoría y del 50% en la práctica. Ese tiempo de teoría se toma como aprendizaje basado en problemas, el “ABP” que es una actividad teórica, porque los estudiantes se juntan en equipos pequeños y a raíz de la problematización de un caso, discuten y ahí también aprenden. Ese es un espacio ubicado dentro de la teoría, con los clásicos seminarios. Y después tenemos las actividades de campo y de laboratorio que son el otro 50% del tiempo total. Este es uno de los cambios más sustanciales que hay en los planes que se llaman “innovadores”, aunque a mí me parece que la palabra que más los define es “integrados” porque la medicina hace más de 40 años que viene tratando de innovar, pero no llegamos a que todas las facultades y escuelas, en este momento, tengan este modelo. Por eso a mí me gusta más hablar de modelo integrado, con 50% de trabajo en práctica, y no de un modelo en sí innovador.

Entonces en la orientación comunitaria, qué es lo que sucede. Es una cosa increíble. Porque nosotros – y hay que hacer un paralelismo en cómo nos formamos nosotros hace 20, 30 o 40 años (todos los que están acá son médicos y saben que es así)- nos formábamos sobre los cadáveres de anatomía, de entrada, y nunca jamás íbamos a un centro de salud. Ni de casualidad. Salíamos para ir al hospital a ver enfermos y ahí terminaba todo. Entonces (algo que es operativamente muy complejo), realizar el primer año un esquema escalonado de trabajo para los estudiantes fuera de los muros de las aulas, es realmente muy difícil, pero ahí está la clave. Una de las claves. En este momento tenemos 489 estudiantes, que están en primer año, distribuidos por la ciudad de Mar del Plata haciendo trabajo de campo. Un esfuerzo que implica 50 personas coordinando, centros de salud, tutores, facilitadores, una guía de trabajo articulada para cumplir con metas. Porque no es que salen a pasear. Y en este punto, la incorporación temprana a los escenarios comunitarios es central.

Se puede ver la cara de alegría de los estudiantes cuando se calzan su ambo por primera vez, y pueden salir a dar sus primeros pasos, conociendo la comunidad y el barrio.

Y en esta última parte les voy a hablar de dos cosas que, para mí, soportan y sustentan lo que les estoy comentando.

Una es los escenarios de prácticas que reemplazan a las viejas bachas de cadáveres que estaban destruidos – porque cuando nos decían “por acá pasa el nervio tal”, estaba todo destruido y con olor a formol porque los cuerpos tenían 80 años en el mismo lugar-. Hoy, la tecnología puede demostrar que realmente es útil con el laboratorio de corpofisiología para prácticas de primer año, donde está todo perfectamente listo para que los estudiantes puedan aprender sin necesidad de estar sometidos a lo que antes sucedía.

Y hay otra pata. que es muy necesaria, para el trabajo, para que los estudiantes puedan lograr estos objetivos que muy rápidamente he presentado. Porque nosotros podemos presentar los programas más lindos del mundo, el plan del currículum de la universidad puede ser el más lindo, pero alguien lo tiene que enseñar. Y para eso necesitamos que nosotros mismos, todos



los docentes, hagamos permanentemente espacios y programas como el que nosotros tenemos de educación continua, para desaprender un poco viejas mañas que también están arraigadas en los modelos pedagógicos, en el pensamiento de las prácticas, de los escenarios. Quien dictó el primer curso que hicimos fue Mario Róvere, a quienes hoy es el equipo docente de primer año, el que un año antes de abrir la facultad ya se estaba preparando. Afortunadamente es una capacitación que la estamos haciendo año a año y que no es suficiente. Porque esto es como cuando nosotros decíamos en el medio del campo, cuando el caballo vuelve para la tapera... lo soltás y vuelve para el mismo lugar. Eso nos pasa a los médicos. Estamos totalmente acostumbrados a pensar en una lógica en la que lo que nos saca de juego, no lo queremos aceptar. Porque toda la vida hemos dicho: esta persona que tiene fiebre, astenia, rigidez, tiene meningitis... es muy fácil. Entonces esa es la lógica del médico. Porque claro, someterse a los estudiantes, a que te interpielen en una ABP, es muy difícil. De esta forma educativa podríamos hablar largo y tendido, pero hay la usaremos sólo como disparador. Los profesionales necesitamos muchísimo los espacios de capacitación para poder cumplir con los objetivos, estos objetivos.

Y la otra cuestión es que hay un espacio muy interesante en las currículas "innovadas", que nosotros lo estamos haciendo por primera vez esta semana. Una se llama Semana de Integración. En esa semana no hay clases. Todas las cátedras trabajan juntas y docentes y estudiantes se unen para distintas actividades. Una de esas actividades es artística. Están construyendo un mural. Otras tienen que ver con RCP, con accidentes de tránsito, por ejemplo. Son estudiantes de primer año que tienen los elementos para poder hacer su Semana de Integración. Además, se divierten y lo pasan muy bien. Van a hacer una actividad para la comunidad, en la esquina de Luro y San Juan, donde está la terminal de ómnibus. Van a ocupar distintos puntos de trabajo. Otro es el patio seco de donde está la universidad, para relacionarse con estudiantes de otras carreras.

La verdad que para nosotros es un desafío enorme, a diario, conducir, pensar y llevar adelante algo que en esta ciudad tiene muchísimas expectativas. Con un paradigma que claramente no es el que domina. Y tenemos la fortuna de que tanto la comunidad como los estudiantes lo están apoyando mucho.

Comparto un video con distintas actividades, donde con mirar las caras de los chicos no hace falta decir nada más.

#### **DR. RICARDO NIDD**

El primer planteo tiene que ver con una primera inquietud, que es esta dificultad que tenemos para definir qué somos, si recursos humanos, capital humano, talentos humanos. Creo que formamos y capacitamos en general, al menos quienes estamos en las universidades, profesionales, y creo que es un destino que podría involucrarnos a todos y, de esta manera, formación y capacitación para una Salud Colectiva.

Antes de comenzar me quedé con unos números y con una inquietud de Adrián. Yo les voy a explicar porque creo que la creación de la Escuela de Medicina Pública, en el contexto de la Universidad de Mar del Plata, es un hecho revolucionario.

Primero que Argentina tiene una particularidad. La tradición universitaria argentina tiene una particularidad que está sintetizada en este número que se viene planteando de que alrededor del 80% de la matrícula universitaria, es pública. Esto es en Argentina. No es exactamente lo mismo- más bien está más cerca de lo contrario- en el resto de América Latina. Es un fenómeno interesante para prestar atención cuando discutimos educación médica. Y cuando, como correlato, aparece este temor a las masas. Miren, es muy difícil asumir que garantizamos



derecho y temer a las masas. Vamos a terminar de ponernos de acuerdo si estamos en un lado o en otro de la trinchera.

Estamos hablando de la formación de profesionales para un sistema de salud. Entonces, ¿para qué sistema de salud? Si es para un sistema de salud universal, o de cobertura universal. Y no es un detalle menor. Porque cuando hablamos de cobertura estamos salteando una etapa del proceso salud enfermedad, y que es la promoción de la salud. Porque la cobertura es para la atención médica, cuando ya fue salteado el proceso de promoción, entonces se trabaja sobre la demanda. Aunque no fuera coberturista, como está planteado -porque esa es la verdad- aunque fuera una verdadera cobertura, después se trabaja por posverdades sobre la demanda y, también, se puede resolver el problema de fondo de este proyecto de cobertura universal de salud, que es reducir los recursos que se dedican a esta responsabilidad del Estado, por supuesto para destinarlos a otras responsabilidades del Estado.

Entonces, y esto se ha dicho reiteradamente en las mesas que me anteceden, la salud como un bien de consumo o la salud como un derecho. Y ahí es donde planteamos la diferencia estratégica. Si vamos a educar para la salud, vamos a educar para la salud. En donde la salud como bien de consumo queda eliminado y queda destinado a determinados sectores. Y si la salud es un bien se disfruta como un privilegio.

Entonces, yendo al tema que nos convoca, que es la formación profesional, nosotros nos proponemos en nuestra facultad y en varias escuelas de medicina públicas del país, formar un profesional capaz de tener la inteligencia y la habilidad de reconocer sus límites disciplinares, para integrarse al equipo de salud. No tiene que saber todo. Tiene que saber cómo articular sus saberes al contexto de un equipo, reconociendo sus propias limitaciones.

Entonces, vuelvo sobre el tema, hoy en las escuelas de medicina, en las escuelas públicas de medicina del país, hay dos elementos fundacionales que determinan qué profesional vamos a formar.

El primero es el tema de esta dicotomía entre admisión universal o ingreso por mérito. Y el segundo tiene que ver con, a partir de aquellos que hemos resuelto admitir, sobre qué estructura epistemológica los formamos en la profesión.

Entonces, empezamos con el problema del ingreso. Nosotros constituimos una escuela de medicina –que no es única- que forma parte de las escuelas de medicina que han decidido no poner selecciones previas al ingreso a la universidad. Esto nosotros lo hemos hecho hace ya diez años. No es por jactancia, pero entendemos que hemos empezado a hacer escuela en esto. Y empieza la explicación que yo les venía debiendo de por qué es revolucionaria -que ya lo voy a seguir profundizando- la creación de la Escuela de Medicina pública en el contexto de la Universidad de Mar del Plata, que también adhiere a este modelo de admisión universal. La mitad de las escuelas públicas de medicina, o más o menos, la mitad de las escuelas públicas de medicina del país hoy funcionan con un sistema de admisión universal, ingreso irrestricto, ingreso libre, o los diferentes nombres que se toman en función de historias, de tradiciones o de circunstancias pero que, en líneas generales, es más o menos lo mismo. Es decir, a diferencia de las otras escuelas de medicina que siguen, con diferentes discursos, poniendo obstáculos al ingreso o haciendo exámenes de selección.

Lo que sostiene el discurso de la limitación es la posverdad de la responsabilidad. No se puede enseñar medicina con determinado presupuesto a grandes masas de alumnos porque eso resiente la calidad de la enseñanza. Casi que parece sentido común (cuidado con los sentidos comunes) construidos en el clima de época. Entonces, no tenemos indicadores que hayamos acordado de calidad de educación médica y que podamos compartir para medirnos en cuanto a qué profesional, con qué calidad estamos formando. A mí se me ocurrió inventar este indicador, y que es el rendimiento comparado del concurso único de residencias. Ustedes saben que, año a año, el Ministerio de la Nación convoca a los médicos noveles a participar del concurso unificado para ingresar a las residencias médicas. Y cada médico egresado de diferentes



universidades se inscribe y participa de un concurso. Que no está elaborado. Un concurso, un examen de 100 preguntas que no está elaborado en función de la episteme, de la currícula innovada, etcétera, etcétera. Está elaborado en Buenos Aires y nosotros particularmente no tenemos ninguna participación en la elaboración, o una mínima participación en la elaboración, en el aporte para la construcción de ese pregonero.

Vemos algunos resultados. En el año 2016, que es el número más preciso que tengo en este momento (estamos armando algo con el 2017), pero en el año 2016 hubo 3.300 médicos de todo el país, egresados de diferentes facultades de medicina públicas y privadas, que se presentaron al concurso unificado nacional. Tomé algunos ejemplos. La Universidad Nacional de Rosario aportó al sistema, a ese sistema que, hace un ratito nomás, planteamos con gran preocupación que está dejando muchísimas vacantes. Porque parece que la oferta del ingreso a residencias está dejando de ser tentadora para nuestros colegas. Y es todo un análisis que deberíamos darnos. Qué está pasando en ese sentido. Por supuesto hay muchas hipótesis. Pero digamos que nosotros, que en Rosario, le aportamos a este sistema el 20%. Tomando las decenas de escuelas de medicina públicas que hay en el país.

El puntaje máximo obtenido fue de 89 puntos, que lo obtuvieron algunos rosarinos, y también lo tuvieron cordobeses, y de otras universidades. Pero vamos al promedio. Estoy comparando dos universidades públicas, dos escuelas de medicina tradicionales, de mucha antigüedad (nosotros vamos a estar cumpliendo 100 años en el 2020). Estoy comparando dos facultades con presupuestos similares. Y estoy comparando una facultad que tiene un ingreso anual promedio de 3.800, 4000 alumnos contra una que jamás supera los 500. El puntaje promedio es el mismo. Es un indicador. Es un indicador que por ejemplo supera, en promedio a la Católica de Cuyo. Prestigiosa Católica de Cuyo, que tiene un ingreso, por examen también, pero superior a la pública de Cuyo. Supera a la del amigo Ferreira, la UCES. El campeón mundial de la excelencia médica. Es un planteo que nosotros solemos sostener, que solemos intercambiar con nuestros colegas, con mucho respeto, en el marco del Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas, en diferentes instancias de debate que tenemos. Nosotros estamos convencidos de que cuando el proyecto educativo es sustentable, calidad y cantidad no se contraponen.

Planteada la discusión del ingreso ¿cómo formamos a nuestros jóvenes? Básicamente, epistemológicamente, hay dos caminos. Está el camino tradicional, que se lo ha mencionado aquí, que lo vamos a sintetizar en el modelo Flexneriano. Y está el modelo de la Escuela de Medicina de Rosario, de la Escuela de Medicina de Bahía Blanca, de la Escuela de Medicina de Mar del Plata, con currícula innovada.

Y acá voy a decir algo que no puede decir Adrián y entonces lo digo yo, que después me exilio en Rosario. Y tiene que ver con continuar la explicación de por qué el proyecto de la Escuela Pública de Medicina en Mar del Plata es revolucionario. Y es revolucionario porque lo dice el Colegio de Médicos de Mar del Plata, que envió una carta, el 7 de marzo de 2017, que voy a sintetizar, que plantea que la Universidad de Mar del Plata implementó para su Escuela de Medicina, un paradigma académico de formación médica atravesado por los programas de formación en medicina orientado a la APS, salud comunitaria y familiar. ¡Están horrorizados!

Ello contrasta ineludiblemente con los paradigmas académicos más ortodoxos y de mayor aplicación en las universidades del país y de todo el mundo –y fíjense que lo ponen como argumento- con los que se ha formado la comunidad médica, prácticamente en su totalidad, desde el siglo X.

Quieren que les diga una cosa: ¡ojalá!

Porque a principios del siglo pasado aparece Abraham Flexner contratado por la Fundación Rockefeller que le encarga que construya el modelo de formación médica. Y Abraham Flexner escribe un largo catálogo de sugerencias, de las cuales yo he tomado éstas tres perlitas: El uso de unidades periféricas al hospital, puestos y centros de salud, se deben considerar impropios



para la educación médica; La asistencia ambulatoria en los hospitales no debe ser estimulada, dado que el control de los pacientes ambulatorios es dificultoso e insatisfactorio; El hospital universitario y la enseñanza de la medicina deben estimular el desarrollo de especialidades y sub especialidades médicas.

Así queridos colegas, veo algunas caras que se me asemejan de la misma generación, y que así hemos sido formados todos nosotros. Esto es lo que estamos intentando transformar. Esto es lo revolucionario que tanto molesta a la corporación médica de Mar del Plata, que en realidad no está preocupada por las características epistemológicas de la currícula, sino porque dentro de seis años la universidad pública va a largar al mercado entre 500 y 600 nuevos competidores. Este es el problema de la corporación, que no resiste la creación de la facultad pública de medicina y que, por supuesto, le echa la culpa a esta forma de enseñanza de la medicina, que tan poco tiene que ver con los usos y costumbres con los que hemos salido todos los sabios que hoy le garantizamos la salud al pueblo.

Hoy Alicia nombró a Aristóteles. Parece que Aristóteles está bueno para pegarle, entonces nosotros no vamos a caer en esta simplificación, pero vamos a reconocer que la lógica formal aristotélica es la que ha construido las ciencias de estos días. Y en esa lógica formal aristotélica están los famosos principios axiomáticos que son el principio de identidad, de no contradicción y de tercero excluido. Una cosa es igual a sí misma, si es una cosa no hay otra cosa y no hay posibilidad de un tercero entre ambas. Estos son los principios axiomáticos de la lógica con los que nosotros construimos, por ejemplo, todas nuestras clasificaciones. Los tumores son benignos y malignos y etcétera, etcétera, y de ahí desagregamos con una lógica clasificatoria excluyente.

Ese formalismo aristotélico dice que los fundamentos lógicos son la certeza, sobre la base de la identidad, y la no contradicción. El debate epistemológico que hemos dado, particularmente en Rosario, en donde nos dimos a la tarea de transformar la currícula, y hemos sido la vanguardia en el tema de las currículas innovadas.

Esto es una vieja frase que de vez en cuando nos recuerda Mario Róvere. Es más difícil transformar una currícula que mudar un cementerio. Y esta situación, puedo asegurarles que es un fenómeno que en Rosario explotó, pero se produjo la transformación de la currícula. Sobre este debate epistemológico aparece como alternativa para asumir el proceso de enseñanza aprendizaje en la escuela pública de Medicina de la Universidad de Rosario, el paradigma de la complejidad. Y el paradigma de la complejidad advierte que, el desafío de la simplicidad tradicional excluye variables que pueden ser verdaderas determinaciones. El paradigma de la complejidad desarrolla la autonomía y la reflexión del sujeto histórico. El paradigma de la complejidad trabaja el conocimiento en procesos, que es algo que venimos rescatando en la mañana de hoy. Y finalmente, los últimos dos puntos: reconocer la lógica de lo multiseccional para distinguir sin desarticular ni segmentar, para no descartar los antagonismos. Claro, el problema es que confronta con el principio de no contradicción aristotélica. Y fíjense, instala en la problemática del conocimiento, el conflicto, la ambigüedad, el desorden. Que son las tres premisas que Aristóteles nos obliga a respetar.

Esto es una preocupación que le deja el Colegio de Mar del Plata, porque no solo hace un enunciado, sino que después resuelve apoyar y velar por toda iniciativa universitaria consagrada a la educación médica de grado y posgrado que forme profesionales de máxima calidad científico humanística. En particular para la Escuela de Medicina de Mar del Plata, dada su modalidad curricular, planteada entre comillas, y que es una escuela de medicina en formación, mantendrá una actitud de observación crítica y toda la colaboración que requiera en pos de la premisa general. Y finalmente se plantea emplear mecanismos a fin de garantizar la apropiada formación. Claramente ya dejaron dicho que las tradiciones del siglo X, etcétera, etcétera, son las premisas científicas que los convoca. Me queda la preocupación de cómo irán a emplear los mecanismos a fin de garantizar lo que para ellos es la apropiada formación.



La figura del Rector electo en esta sala nos da garantías de autonomía universitaria y entonces sabremos que podrán decir muchas cosas, pero a las puertas de los 100 años de la Reforma Universitaria, la autonomía universitaria es una conquista irrenunciable.

Y tan irrenunciable es que, en estos días, en que estamos reclamando la aparición con vida de Santiago Maldonado, en que nos seguimos preguntando dónde está, la gendarmería, o las fuerzas de seguridad en general, andan merodeando la universidad pública. Y esto el efecto que está produciendo es un fenómeno de unidad, de fortaleza del concepto de autonomía universitaria que se está consolidando. Esta es una tarea militante de los universitarios que, en algún punto, pese a nuestras grandísimas dificultades para construir consenso, hemos alcanzado.

Quería terminar con una frase de Ramón Carrillo en 1949 -digo para no descontextualizar la frase. El pensamiento siempre está planeado en un contexto-. Decía Carrillo que mientras sigamos viendo a las enfermedades y olvidemos al enfermo como una unidad biológica, psicológica y social seremos simples zapateros remendones de la personalidad humana. No puede haber política sanitaria sin política social.

Muchas gracias.

#### **DR. MARIO HERNÁNDEZ**

El reto es encontrarnos, para discutir, para profundizar cosas que nos interesan y yo asumí que no quería dedicarme a contarles cómo se forman los médicos en Colombia, porque se resuelve muy fácil. Los (profesionales de la salud) los está formando el mercado, para el mercado.

Tenemos en este momento solo el 35% de la matrícula universitaria en universidades públicas, el resto son universidades privadas que crecieron y se multiplicaron por dos el número de escuelas de medicina desde 1992 hasta hoy. Y cada vez hay más negocio en la educación. Entonces, quiero más bien entrar a plantearles algo que yo creo que se ha discutido ya en varias de las intervenciones anteriores, pero voy a tratar de ordenar un poco las reflexiones que hemos venido haciendo quienes hemos vivido en esta transformación de la sociedad hacia una lógica de mercado, como es la colombiana.

Voy a tratar de mostrarles unos desafíos que estoy percibiendo en las formaciones de salud de toda nuestra América. Ojo, no es solamente para Argentina. Todos y todas estamos sometidos y sometidas a esta lógica muy fuerte, muy imperante. Todos los campos y en especial salud y educación que están atrapados en esto que hemos denominado capitalismo cognitivo y no nosotros como colombianos sino como una corriente que viene desarrollándose en los últimos 20 años, 15 o 20 años.

Voy a tratar de hacer este recorrido. Qué es eso del capitalismo cognitivo. Que por lo menos lo tengamos sobre la mesa y veamos qué tan potente es para explicar varias cosas. Después ver cómo el capitalismo cognitivo y en particular en salud, como se expresa en Colombia con su modelo de "aseguramiento universal", entre comillas. Después tratar de ver cómo vamos saliendo de esto en una lucha que tenemos allí pero que quiero proponer para toda América Latina con una visión de Salud Colectiva. Plantearnos de entrada como la perspectiva por la cual podríamos trabajar juntos. Y finalmente los desafíos muy concretos para la formación en salud, si queremos ir hacia allá.

¿Qué es esa cosa del capitalismo cognitivo? Hay una corriente, que especialmente surgió del obrerismo italiano en la época de los 60 y los 70, pero que se ha madurado mucho en varias de las corrientes neomarxistas que tratan de entender qué es lo que le está pasando al capitalismo contemporáneo y que trata de diferenciarse claramente de esa corriente principal que nos insiste en que el problema es la sociedad del conocimiento, y que es natural cómo hemos llegado a la sociedad del conocimiento. La hipótesis fuerte de esta corriente es que dice que estamos

en una nueva fase del capitalismo. Es decir, estamos pasando del capitalismo industrial centrado en las fábricas, donde predomina el proceso de acumulación, producción, distribución, acumulación, consumo, acumulación, hacia un capitalismo cognitivo que está atrapando cada vez más nuestra vida cotidiana. Ese es un argumento fuerte y que precisamente nos muestra el tránsito que va del predominio de bienes materiales, que se transforman en las fábricas, el modelo fordista que se construyó durante más de 100 años, hacia bienes inmateriales, información y conocimiento sobre todo. Información con distintos soportes para distintos usos, conocimiento, producidos y consumidos en la esfera de la circulación. Es decir, en nuestra vida cotidiana, en nuestro trabajo vivo. Ese es el modelo cognitivo. Del trabajo muerto de las fábricas, de donde se suponía que venía el conocimiento acumulado de la humanidad, estamos pasando cada vez más al predominio del trabajo vivo a través de los bienes inmateriales, informacionales. Y esto ya nos ocupa todo el tiempo, la vida cotidiana. Y en la vida cotidiana es de donde extraen el capital, ese es el problema.

Entonces no es simplemente sociedad del conocimiento, donde se supone que todo el que quiera crecer y ser rico tiene que entrar, sino más bien entender cómo nos ha utilizado nuestra vida cotidiana el capitalismo para extraer su riqueza.

Hay una idea muy interesante que vienen trabajando sobre todo los franceses y también los italianos, que esta idea planteada también por Marx en los Grundrisse (NdelaR: anotaciones que darán origen a "El Capital"), donde dice: miren la humanidad ha venido construyendo esta cosa que se llama el "general intellect", que se ubica, se expresa precisamente en las máquinas. Este bien común que una vez puesto allí pone el trabajo vivo a utilizar esas máquinas. Esa era un poco la idea. Y resulta que esto ha venido siendo cada vez más apropiado, cercado. El último cercamiento. Recuerdan ustedes, la acumulación originaria de capital, con el cercamiento de las tierras en Inglaterra, precisamente para crear la propiedad privada y después volverla una norma defendida por los Estados. Bueno, aquí estamos con el cercamiento del bien común llamado conocimiento "general intellect" que se ha convertido ahora en derechos de propiedad intelectual. Propiedad privada. Totalmente protegida, ya no solo por las reglas de los Estados, sino por la OMC y ahora cada vez más ampliada a través de los derechos de libre comercio. Que esto sí queda claramente protegido. Es la última propiedad privada que es la base de la acumulación del capitalismo cognitivo. Y se expresa en estos tres ámbitos que desafortunadamente no percibimos. En Internet. Cada vez que entramos a las redes sociales no nos damos cuenta la cantidad de información maravillosa que usan después para nuestro consumo, inducirnos al consumo y hacernos comprar cosas que no necesitamos.

Pero las patentes, las patentes son la mejor expresión de eso. De las semillas, de los agrotóxicos, de los medicamentos, de los programas, del software, de los equipos, etcétera, etcétera. Y salud está ahí centralmente. Y en la universidad que estamos reproduciendo con el modelo ortodoxo, estamos reproduciendo esta forma de acumulación, de apropiación del conocimiento.

Esto no es una cosa que haya aparecido de la noche a la mañana. Es una construcción que viene dándose durante todo el siglo XX y especialmente en el siglo XXI. Y la salud ha estado ahí, perfectamente articulada. De ser una medicina artesanal, familiar, toda esta cosa de arte, oficio, del saber, bueno... pasó a ser la medicina científico industrial. Quiero hacer énfasis en esto. Es la revolución industrial que se produce en esa medicina científica, pero poco a poco se va ordenando en la fábrica de producción llamado hospital. Allí la teoría del germen es fundamental con su proyecto de la bala mágica propuesto por Paul Ehrlich, recuerdan ustedes, discípulo de Koch, que finalmente murió tratando de demostrar que el Salvarsán curaba más que mataba, aunque mataba mucha gente cierto. Y ahí nos abrió las puertas de la bala mágica. Toxicidad orientada, definida, y esto es industria farmacéutica. Y no es una cosa reciente. En el año 1918, Bayer integra precisamente a un grupo de ingenieros y a un grupo de médicos que estaban trabajando en este proyecto y bueno, empieza la creación de medicamentos para esa nueva medicina científica. Y el modelo Flexneriano que nos acaban de mostrar, precisamente por eso



necesita el hospital. Es como la fábrica de producción de servicios de salud, pero también articulado al proyecto de la bala mágica. Es decir, medicamentos y tecnología centrados en esa fábrica llamada hospital, universitario, para formar gente y reproducir claramente el modelo. Entonces claro, allí se produce toda una expansión de esa propuesta en todo el mundo. La Fundación Rockefeller se encargó de divulgarlo. Viene la segunda guerra mundial. Y la segunda guerra mundial abre una gran cantidad de posibilidades tecnológicas de incidir sobre la vida humana. Efectivamente salud se convierte en atención de la enfermedad. En esos hospitales la investigación, la innovación tecnológica en salud es la punta de lanza de la incorporación de esas tecnologías en la vida de las personas, pero especialmente en la atención médica. Pero justamente por eso, porque lograron resolver una serie de problemas y prolongar la vida, entonces comienzan a buscar que se considere un derecho. Se produce una especie de puja, una búsqueda en sociedad por conocimiento, pero cada vez comienza más a asimilarse que lo que se está buscando es ser atendido por esa medicina científica. No la salud. No el derecho a la salud, sino el derecho a consumir esos bienes que circulan, sobre todo en esa gran industria llamada hospital universitario. Y es eso lo que empezamos a llamar en los 60, finales de los 60, 69 exactamente, con Bülach con su informe sobre los hospitales en Nueva York, que se habla de complejo médico industrial. Tomando a Eisenhower cuando declaró el complejo militar industrial que estaban invadiendo el mundo a finales de los 50. Así que aquí lo que tenemos es toda una organización que va dándose especialmente en Estados Unidos, alrededor del hospital universitario, que articula producción de conocimiento, ciencia, tecnología e innovación, servicio de salud en el hospital, gerencia de servicios de salud en el hospital. Poco a poco los aseguradores fueron también entrando en el negocio y, obviamente, la industria farmacéutica y tecnológica productora de equipos. Es toda una articulación de acumulación de riqueza. Eso se llama complejo médico industrial.

Entonces cuando uno ve las diferencias entre los distintos sistemas de salud en los 80, por ejemplo, hay sistemas que le apostaron al tema de ligar esa atención en salud como derecho al concepto de ciudadanía social. Esos fueron los que desarrollaron el Estado de Bienestar. Estados Unidos nunca lo hizo y por eso desarrolló un sistema de seguros privados, absolutamente abiertos de mercado, con subsidios a la demanda llamada Medicare. Fueron los gringos los que se inventaron el subsidio a la demanda, atendiendo, pagando desde el fondo público directamente a los hospitales. Con eso de que nadie puede ya controlar y tiene ochenta y pico de facturas mentirosas para sacarle plata al Estado. Plata pública que todos ponemos. Esa es la lógica del mercado. Y claro, los países socialistas fueron por otra vía. Y nosotros en esta cosa llamada Tercer Mundo nos fuimos con la segmentación. Una segmentación que ha sido muy dolorosa. Imposible de superar casi en ninguno de nuestros países. Entre seguro social, asistencia pública para pobres y sector privado para el sálvese quien pueda. Entonces con dimensiones distintas, todo lo que ustedes quieran, pero segmentación es nuestra palabra clave. Ahora, la transformación que ocurrió en los 70, sobre todo en el capitalismo mundial, tiene que ver precisamente con lo que ocurrió en esas décadas de los 50 y de los 60. Cómo van produciéndose cada vez más unos nichos de acumulación en medio de los pactos establecidos, incluso los monetarios de Bretton Woods que permitían efectivamente la circulación de dólares basados en oro pero que fue produciendo eso que llama Harris, la crisis de sobreacumulación. Y el sector salud fue uno de los de sobreacumulación. Especialmente los gringos. Pues entonces rompen el saco. Rompen el patrón dólar oro, y Nixon tiene que hacerlo y aceptarlo en el 71. Y empieza este período inflacionario tan espantoso ¿y qué pasa?, que esa lógica va llevando, poco a poco, más que la crisis del petróleo, a una cosa fundamental que fue la instalación de las políticas monetaristas de control de inflación. El señor Paul Volcker, en 1979, presidente de la Reserva Federal de Estados Unidos, decide aumentar las tasas de interés en el sector financiero para que esa masa monetaria empiece a circular en la especulación y bajar la inflación. ¿Y con esto qué pasó? Pues que nos endeudamos y todos los endeudados dijimos: “pues, no podemos

pagar". Países endeudados. Países enteros. Y viene la política de ajuste estructural. Pero piensen. Eso es lo que lanza el cambio inicial que percibimos como financiarización. Del sector industrial pasamos al sector financiero como motor de la acumulación. Y dijimos: sí, eso es financiarización. Y nos parecía que los seguros, la atención gerenciada, era la forma en que el sector financiero entraba en el sector salud. Estábamos en eso. Esto es lo que presiona, sin duda alguna. Es desde esa necesidad de abrir los mercados para superar la sobreacumulación que presiona las reformas liberales en los 70 y en los 80. Hay que entender eso, con ese tamaño. Se trata de abrir mercados. Destruir instituciones públicas para que finalmente sea el mercado quien se alimente con toda esta apertura. Esto es reforma neoliberal. Viene desde los 70.

La crisis de la deuda nos lleva a los programas de ajuste estructural. No voy a repetir, todos lo sabemos, el Consenso de Washington. Pero lo que no hemos analizado bien en el sector salud, es la agenda específica del sector salud. Que la ha impulsado sin duda alguna, no sólo ya el Banco Mundial y el Fondo Monetario, sino ahora aliados con OMS, con las grandes ONGs, Bill Gates y Melinda Gates, recortando dinero por todas partes para que se aplique esta agenda. Con gran presión económica y política para que esto funcione. Acumulación de capital en el sector salud. Primero el pluralismo estructurado, descrito claramente por Frenk y Londoño en el 95-97, después de la experiencia Colombiana. Ahora les muestro cómo funciona eso. Y por qué se llama pluralismo estructurado. Pero además manejo social del riesgo. Ese es otro invento maravilloso de los economistas neoclásicos del Banco Mundial, sobre todo Holzman & Jorgensen. Los seres humanos somos trapecistas, que andamos en el trapecio de la vida. Y entonces la adversidad nos puede producir algún problema, pero si tenemos recursos, pues entonces tenemos como superar, si no tenemos recursos entramos ya en un riesgo mayor. El riesgo es financiero. Léanse este artículo: "Manejo social del riesgo y la nueva protección social". Y ¿qué pasa?, ese riesgo financiero es un problema de corresponsabilidad. Primero la familia tiene que responder por sus viejos, sus pobres, sus enfermos. Pero después los vecinos, después las iglesias. "Si usted es previsivo compra seguros para proteger su riesgo" y sólo en última instancia el Estado viene a ser la nueva protección social, pero protegiendo financieramente a los extremadamente pobres, pero..., a través de algún seguro. Ese es el origen de la cobertura universal, se llama manejo social del riesgo. Pero léanse esto, son solo 20 páginas; es muy importante entender la lógica de esto. Esa es la agenda. Y ya la CUS, la cobertura universal la plantea Kutzin en 2001, sólo que el Banco Mundial lo viene disfrazando, y ya la OMS se convirtió en la que dice: "mire, esto es". El objetivo es que los pobres no sufran con el pago de atención de enfermedades. Están presuponiendo que por eso se paga. Eso dice la OMS. Pero nos ha hecho un discurso muy bonito. La argumentación es muy sencilla: La población se ha envejecido, esos bienes son carísimos porque tienen mucha innovación, investigación, ciencia pura. Sociedad del conocimiento. Eso hay que pagar. Entonces todo el que pueda pagar que pague y el Estado se concentra focalizando sus recursos para incorporar al mercado a los realmente pobres. Eso se llama subsidio a la demanda. Esa es la lógica de la CUS.

Y claro, esto es una dinámica muy compleja, en que aparentemente se venía dando esa tensión entre capital financiero y capital del complejo médico, donde el financiero quería controlar el gasto y el otro quería aumentar el gasto. Pues ya lo están resolviendo. Ya están produciendo una cosa que se llama integración comercial entre aseguradores y prestadores. Colombia es el mejor ejemplo. Y hay una serie de nuevas estrategias de la industria que es lo que precisamente están generando esos nuevos mercados. Patentes en el mercado bursátil. Eso es una maravilla, se conecta con la financiarización. Invención de enfermedades para nuevos medicamentos. Inventan el medicamento y después la enfermedad. Llegar directamente al consumidor sin pasar por el médico. Ya no necesitan al médico. Toda esa propaganda, parece que usted de todo se formula solo, incluso están metiendo las medicinas alternativas también, por todos lados, no hay problema. Se amplían, eso sí, los derechos de propiedad intelectual. Llevamos 25 años, en promedio. Los TLC (NdelaR: Tratado de Libre Comercio) los están llevando un poco más, todavía.



Y el biocapitalismo es lo que se nos viene. Porque resulta que ahora es mejorar la salud. Mejorar el desempeño. Usted puede estar sano, puede tener una medicina personalizada, desde sus genes, así que olvídense del resto del mundo. Si usted se concentra en esto va a ser sano y va a vivir más. Es decir, nos han creado una subjetividad.

¿Qué pasó en Colombia? Por qué esta agenda entró tan rápida y fácilmente en Colombia. Porque tuvimos en la década del 80 la peor década de legitimidad del Estado. La peor violencia que hemos vivido en nuestra historia. Una década en la que se combinó la lucha contra el narcotráfico, contra la insurgencia. Y la insurgencia también logró una serie de espacios. Con todo lo que ustedes se imaginan tuvimos más muertos en esa década que en cualquier momento de nuestra historia. Y eso implicó, efectivamente, crisis absoluta también en el campo de la salud, de la educación, un ajuste estructural, etcétera, pues era prácticamente un Estado inviable. Cuando se hace el primer intento de paz con el M19 y con cuatro grupos más, se llega a la posibilidad de hacer una constituyente. Y en la constituyente se volcaron una serie de esperanzas. La primera parte decía: la salud es un derecho de todo ciudadano. En la primera parte de la discusión sobre la constituyente. Y llegaron –les decíamos nosotros– al kínder de Gaviria. El presidente Cesar Gaviria Trujillo que estaba metiendo todo el neoliberalismo con sus muchachos recién traídos de la formación, allá en Estados Unidos. El kínder de los muchachos era. Pero no, no, no. Eso de la salud es un derecho, eso es para Dinamarca, no en un departamento nuestro bastante pobre. No, no, esto es para ricos. A los pobres nos toca hacer esto: definir que la atención en salud –no la salud–, está en nuestra Constitución. La atención de salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos, a cargo del Estado, pero corresponde al Estado organizar, dirigir, pero no prestar servicios de salud. Y más bien definir políticas para que entre la empresa privada a prestar. Eso es neoliberalismo puro. Y vamos a ver cómo son las competencias. Las competencias en Colombia es cuánta plata pone la Nación, ponen los entes territoriales y los particulares. El gasto de bolsillo está ordenado por un sistema de seguridad social obligatorio. Modelo neoliberal, pero con disfraz de seguridad social.

Tuvimos después de un debate bastante insulso de un año y medio, esta cosa que es la Ley 100, que es estructural en cualquier parte del mundo. No van a encontrar un sistema tan estructurado por el aseguramiento de mercado, pero con una característica fundamental: con competencia regulada. Aseguramiento con competencia regulada. Pero la entrada es muy grave, porque dice: Los ciudadanos y ciudadanas colombianos y colombianas se van a dividir en dos, pobre y no pobre. Y tiene que demostrar que son pobres y no pobres para merecer algún recurso público, sino no se paga. Usted si es no pobre paga obligatoriamente y si es pobre, demuestre que es pobre. ¿Cómo lo hago? Con una encuesta que se llama SISBEN. La van a aplicar aquí, van a ver. Sistema de identificación de beneficiarios potenciales del Estado. Para decir que usted es pobre, en la encuesta de pobreza le dicen: en el título de pobre, usted es SISBEN 1 o 2, con un puntaje. Y le dan el carnet de SISBEN. Lo declaran pobre. Para merecer el subsidio. Porque eso suena como una focalización eficientísima y el mejor uso de los recursos públicos. Así se los va a presentar el próximo Ministro y el Ministro de Hacienda. Así se lo van a decir. Es la mejor forma de focalizar porque en esas cosas de hospitales abiertos han hecho subsidios cruzados. Hay mucha gente que puede pagar y ¡no está pagando!. Me tiene que demostrar que es pobre para que no pague. Bueno, esa es la lógica. Entonces quedó el régimen contributivo para pobre, obligatorio, es para fiscalidad (NdelaR: régimen fiscal), es un recurso público. Régimen subsidiado para el pobre. Y el Estado paga la póliza por la cual entra. Se llama Unidad de pago por capitación. Y la forma de regulación de mercado para que no se vaya a perder mucho con ésto, es simplemente que el fondo público le paga al asegurador una cápita a cambio de un plan de beneficios definido para el consumidor. Y como se supone que quiere ser universal, entonces la misma OPC (NdelaR: prestaciones cubiertas) para el mismo plan de beneficios. Todos los aseguradores. Entonces claro, se jactan mucho de la equidad que logra eso. Porque no es lo mismo que Estados Unidos, donde cada cual paga su póliza y obtiene el plan de la póliza. Y hay



kaki y hay gold, y lo tratan como kaki y como gold (NdelaR: se refiere a una clasificación por color, como de la piel). Ahí, supuestamente, hay una regulación de la competencia que produce menos inequidad. Y eso se los van a vender a ustedes. Sin duda alguna. Aparte quedaron unos regímenes especiales de los sindicatos que lograron sostenerse y hacen una cosa pequeña, cubren 2.000.000 de personas. Y aparte de eso los ricos pueden pagar su medicina prepagada, que eso si es un mercado puro, sin ningún problema, y pues tiene sus restricciones. Por ejemplo, las preexistencias (NdelaR: enfermedades previas). Claro, yo pago el seguro y para mi preexistencia voy al seguro público. Entonces ahí sí vienen los seguros cruzados, pero entre las grandes empresas.

Léanlo, por favor, y trabajemos fuerte el tema de cómo se reestructura entonces este sistema, que era muy parecido al de ustedes. Tenía una red pública a cargo del Ministerio de Salud y los Entes territoriales, un seguro social con varias entidades, parecido a las obras sociales. Si, igual. Entonces, lo reestructuraron. Esas viejas aseguradoras, más bien esos institutos de seguros sociales o esas mutuales se pueden convertir en EPS (Empresas Promotoras de Salud), y compiten como públicas con cualquier otra empresa de salud privada. Competencia. Pero sí, tiene que autosostenerse o se quiebra y se va. Primera cosa: competencia. Segundo. El usuario es el que va a elegir. ¡Cómo así, que no le dejamos al usuario que elija su obra social de acuerdo a la calidad!... Pues, aquí se va a poder. Esa libre elección, mire, a la gente le sienta super bien. Es la manera de vender el asunto. Después el presupuesto que tenemos para hospitales, en lugar de entregárselo a esos ineficientes y corruptos que son todos ustedes, los que trabajan en los hospitales, se lo vamos a dar a cada pobre. Y entonces empezamos a identificar pobres y los incorporamos a través del pago de la UPC (Unidad de Pago por Capitación) de la póliza al mercado de aseguramiento. Eso es lo que se está proponiendo. Solo que empezaron mal. Porque empezaron con cuarenta pesos. Una cosa absurda. Pero van a ver como sueltan una cosita, como hizo el seguro popular con Julio Frenk, el médico, desde el año 1993 al 2004. Y entonces claro, los hospitales tienen que convertirse. No es que los vayan a liquidar. No, no, no. Les empiezan a decir: Pues sean eficientes, calidad, garantía de calidad con la que pueden vender mejor sus servicios a todos los aseguradores. Y obviamente una cantidad sobre costos de personal... ¡por favor!... ¡qué hacen esas enfermeras y esos médicos por allá recorriendo casitas! No, no no. Por favor, eso es muy caro. Canalice. Dígale a una promotora de salud que le canalice. Es decir, le envíe al hospital – eso se llama demanda inducida- y usted espera allá con menos médicos y más baratos. Esa es la lógica, es muy sencilla. Pero es contundente. El problema es tan duro que lo hemos vivido de una forma tal que no hemos sabido sobreponernos.

Y pues, el pluralismo estructurado se llama así porque, ojo, no es el neoliberalismo viejo, no, no, no; esto es más elaborado. Son las teorías neoclásicas que dicen que es una nueva relación entre el Estado y el mercado, si, y sólo si, definimos bien las funciones del sistema, y qué le compete al Estado y qué le compete al mercado. Fácil. Eso se lo inventaron estos tipos, lo reflexionaron más bien, Julio Frenk y Juan Luis Londoño, diciendo que el financiamiento es mejor que sea público, porque entonces la cotización obligatoria para fiscalidad... y la fiscalidad garantiza que haya plata en el sistema. Después viene la modulación. Es decir, la regulación. La forma de cómo se pasa la plata a los aseguradores. UPC, es decir Unidad de Pago por Capacitación, eso es regulación de mercado de aseguramiento. Después articulación, que es lo que hacen las aseguradoras entre los fondos públicos, ojo, y la prestación. Luego no van y cumplen su puesto en ningún hospital. Es a través de estas señoras que entonces son las aseguradoras, las que contratan supuestamente. IPS, se las llaman en general, Instituciones Prestadoras de Salud y los hospitales se convierten en empresas sociales del Estado. Empresas. Autosostenibles.

Y esto tiene detrás un tema que hay que trabajar, con los estudiantes, tanto en pregrado como en especialidad médica, médicos generales, médicos de familia, como ustedes los quieran llamar, porque nos están metiendo los dedos en la boca. Simplemente nos dicen: Esto es una gran especialidad, economía de la salud se llama y ustedes no saben nada de eso. La tal



economía de la salud, es la incorporación de teorías neoclásicas de economía en el campo de atención de enfermedad. Así de sencillo. Y eso está basado en una teoría liberal fundamental, que es la teoría que sostiene la elección racional a través de la cual se pueden separar bienes privados de bienes públicos para entregarles los (bienes) privados al mercado y sólo los públicos al Estado. Elección racional qué quiere decir: Ah no, pues que todos los seres humanos somos egoístas, queremos tener más por menos, y siempre actuamos de esa forma. Esa es la ideología de Hobbes del siglo XVI ¡por favor! Eso es Hobbes, liberalismo puro. Pero ellos te dicen: Nooo, eso es ciencia de la economía. Y empiezan a calcular cómo es que se comportan los agentes racionales al consumir. Entonces dicen: Miren, si un bien está expuesto allí pero su deseo de consumo surge del individuo, el deseo de consumo va al mercado. Obtiene el bien, se consume, y obviamente sólo satisface a este individuo, cumple un principio de exclusión. A nadie más beneficia. En esas condiciones ese señor está dispuesto a pagar por él. Y eso funciona mejor con libre mercado, libre elección, libre competencia, mejor calidad y mejor precio. Perfecto. Y el extremo contrario es cuando el bien afecta a muchos al mismo tiempo. Tiene altas externalidades, recuerden, nos están hablando hace rato de externalidades. En esas condiciones pues no cumple el principio de exclusión, la gente no está dispuesta a pagar, entonces eso sí hay que dárselo al Estado. Y al aplicar a la salud dijeron: Hombre, la atención de enfermos es un bien privado. Usted va solo al médico, consume medicamentos solo, se mejora solo... pues pague. Y al otro lado, sólo las epidemias y los desastres serían justificables como bienes públicos.

Y después viene todo ese encadenamiento, lo de la teoría principal, agentes de Arrow del año 1963. Eso es viejo ya. Y (Kenneth) Arrow ganó un Nobel además con el tema de la teoría de la incertidumbre en la atención médica. Y nos dicen, no porque eso es natural, claro, porque yo no sé qué es lo que estoy comprando cuando voy al médico, pero además hay una asimetría de información. Pues yo no llego diciendo qué quiero, sino que el tipo me obliga a consumir. Entonces necesito un agente que me defienda de los excesos del prestador, y ese se llama asegurador. Teoría del agente principal. Y finalmente la competencia regulada, que es lo que nos echó el discípulo de Arrow y que dice: Miren ese mercado de seguros es demasiado exagerado, gasta mucha plata, es inequitativo, pongámosle una regulación: misma póliza a igual plan. Eso es UPC POS en Colombia. Colombia incorporó todo esto rapidito. Con los del kínder de Gaviria entre los cuales estaba Juan Luis Londoño de la Cuesta, el finadito Juan Luis que nos metió en esta cosa. Y a los pobres obviamente el Estado los va a incorporar, pero entonces va a agarrar la UPC para meterlos. Eso es el régimen subsidiado, subsidio focalizado. ¿Qué es lo que hemos visto? Es obvio, Cobertura Universal de Seguro. Estamos en el 97 y algo por ciento. Todos tenemos seguro en Colombia. Eso sí es cobertura universal. Todos tenemos algún seguro. Seguro para pobres, régimen subsidiado a la mitad de la población, más o menos. Seguro para contribuyente obligatorio. Unos de los regímenes especiales chiquitos y medicina prepaga para todo aquel que quiera pagar su medicina. Pero todos tenemos alguna.

Y eso produce salud para pobres, salud para medios y salud para ricos. Y se expresa de muchas formas. Eso va consolidando una cultura individualista del consumismo en salud, perfectamente funcional al capitalismo cognitivo. Las aseguradoras ya aprendieron que la clave es poner barreras en el acceso, para no gastarse la póliza. Esa es la forma de ganar. Bajar las tarifas con los hospitales, castigar al hospital, incluso glosar (NdelaR: pedir explicaciones) de las facturas para que no se pague la cosa. La deuda es impresionante entre aseguradores y prestadores y esto va construyendo una cosa que se llama precariedad laboral, mala calidad de atención, y todo el tiempo la concentración en donde está el negocio. Así de sencillo. Apropiación indebida, extracción de rentas. Todo el tiempo.

¿Cuál derecho? Pues, en eso no hay caso. Esto es, por ejemplo, la tendencia al aseguramiento. Esto es lo que nos muestran los ministros cada vez que vienen. “¿Cómo vamos a echar esto? Esto es lo que queremos todos. Tener algún seguro”. El colombiano lo logró en 20 años. Es grave porque parece incontestable.



Entonces qué pasa. Que empieza a confundirse derecho –es que ya el tema no es si servicio o derecho, si mercancía o derecho. No, no, no. Claro que es derecho, pero son derechos de propiedad. Los derechos de propiedad se definen justamente con un seguro. O le pagaron con un paquete de prestaciones que, entre más grande, pues la sociedad la va a aceptar más y el esfuerzo es desde mi propiedad, Yo pagué por él. Por eso es que funciona como seguro. O me pagaron por él. Es decir, yo soy pobre y merezco entrar, pero es una cosa de propiedad. Son derechos de propiedad. Igual que la propiedad intelectual. Y claro, salud pública se reduce a un paquete también. Plan de intervenciones colectivas. Eso es salud pública. Y ahora la quieren contratar con las EPS también y quitárselo a los Entes territoriales, a los municipios y departamentos, porque son muy ineficientes y corruptos.

Y entonces qué pasa. Le seguimos la pista a la mortalidad materna entre regímenes y, por ejemplo, en ese período 2005 – 2011 en Bogotá, el doble de riesgo de morir por enfermedades relacionadas con el embarazo de las señoras gestantes del régimen subsidiado, respecto a las del contributivo. Las que fluctúan son las que no estaban aseguradas y a veces no tenían a dónde acudir, entonces se enfermaban y morían más. Es decir, toda una lógica de clasificación.

Y la demostramos finalmente, por posición socio ocupacional con un índice compuesto de riesgo y protección, uno encuentra ahí claramente que los que más riesgo tienen son los menos protegidos y los que menos riesgo tienen son los más protegidos. Directivos y gerentes. En fin, reproducimos la desigualdad social. Así de sencillo.

Pero eso sí, alimentamos permanentemente el negocio. Es lo que está haciendo el gobierno actual. Se montó una política de atención integral en salud en un país. Eso pega cierto, es marketing. Y además el modelo integral de salud MIAS para que pudiera alinear los incentivos de todos los actores de este mercado. A los usuarios les dice unas cosas, a las EPS les dice otras; a las IPS, a los médicos, a los entes territoriales. A los usuarios, por ejemplo, les dice: mire usted va a tener unos beneficios colectivos, el plan POS que yo voy a pagar con la UPC, después tiene un No Pos que lo va a formular el médico y se vuelve ordenador del gasto y responde por eso. Si se le va la mano, entonces va a la cárcel porque se gastan recursos públicos. Ese sí que está gastando mal los recursos públicos: el médico, individual, con su paciente individual, de lo que esté por fuera del POS. Y aun así quedaron unas exclusiones que sacaron como ley estatutaria del derecho a la salud. Léansela por favor. Ley 1751 del 2015, que dice: Mire, con estos criterios vamos a ir excluyendo una cantidad de cosas que no va a pagar el Estado. Lo pagan las familias de su bolsillo. Y ya. Y la gente se ha venido acostumbrando a eso.

Este es el modelito que dice que cada cual debe cumplir con la cosa, ojo que ahí está la Atención Primaria, Medicina Familiar y Comunitaria, que harían las EPS; ojo a esto, como gestión individual del riesgo en salud para disminuir el riesgo financiero. Qué es lo mismo de Kaiser Permanente, la aseguradora más grande de Estados Unidos. Al Ente territorial le dicen: usted tiene que hacer algo así como PiG pero también gestión integral para afectar los determinantes sociales de la salud como dice la OMS. Todo perfecto. Si a la IPS, pues se tiene que trabajar en red, pero lo ordena la EPS. Todo eso lo integran y al paciente le dicen, usted tiene que auto cuidarse. Y lo pusieron en la Ley Estatutaria. Es un deber de los ciudadanos auto cuidarse y ahora empieza la negociación. Si usted fumó 30 años, pues qué pena, no le vamos a dar oxígeno permanente, pague por él. Así..., transacciones y transacciones.

Lo que tenemos aquí son unos retos muy difíciles. Es necesario que lo planteemos con toda dureza, con toda claridad, quienes pensemos que es posible una Salud Colectiva. Es el momento. Pero no sigamos diciendo que es un problema de atención médica, por favor. Entremos en otra forma de ver la cosa. Pensemos en el tema de relación sociedad naturaleza, porque hace parte del mismo juego. Lo de agrotóxicos, el extractivismo, todo hace parte del mismo juego. Ustedes no dicen, allá están los de seguridad alimentaria y esas cosas tan raras, pero nosotros atendemos individuos... Caemos en la trampa inmediatamente. Y creo que vale la pena recoger muchas experiencias que ustedes y muchos tenemos en nuestros países, pero buscar una nueva manera



de entender el territorio. El enfoque territorial. No es espacio físico, es territorialidades en conflicto. Para ver si hacemos alternativas al desarrollo, no alternativas de desarrollo. Al desarrollo depredador. No extractivismo, no agroindustria, no financiarización, no al capitalismo cognitivo, no patriarcal, no racista, no colonial. Ahí tendríamos que construir todo un proyecto. Que en salud estamos cortos en eso, muy cortos, y reproducimos mucho la cosa. Y entonces, claro, eso implica otra institucionalidad, otra relación Sociedad-Estado. Sociedad-Estado, no Estado-Mercado. Y de pronto reconstruir un Estado o hacer otro Estado, con cambios estructurales muy profundos. Y yo creo que no lo estamos haciendo. Y eso pasa por democratización, eso pasa por reconocimiento de la diversidad, por superación de la cosa clientelista electorera que todos vivimos, todos nuestros países, y entrar en una política económica. Nos toca dialogar con los economistas seriamente, pero sobre todo para traerlos a una lógica socioambiental, de desconcentración de la propiedad, de soberanía alimentaria y ambiental, de reforma tributaria –es necesario repensar la cosa tributaria y de reordenamiento de los presupuestos-.

Eso implica entonces que un sistema de salud tendría que ser de otra manera. Ya lo hemos dicho muchas veces. Y es interesante pensar, si nos separamos de la lógica de que yo compre un seguro, así lo llamemos seguridad social. Mejor hablemos de impuestos. Un sistema progresivo de impuestos que recupere toda esa plata que se saca a los paraísos fiscales. Hay que traerla, y ponerla a funcionar. Toda la cosa de retirarle el impuesto a la renta y pasar a los impuestos colectivos pagados con el consumo, toda esa lógica, para ver si recuperamos una plata que es de todos y la ponemos a un servicio de un sistema universal, realmente universal. Pero eso implica administrar descentralizadamente esos recursos públicos sin lucro alguno, y con mucho control, vigilancia y participación social. Sería la única forma. Como hace la provincia de Santafé (de Bogotá). Yo creo que en cierta forma está haciendo eso. Integración territorial que implica entonces diversidad, interculturalidad, pero también intersectorialidad, una lógica ambientalista muy amplia. Ahí ya hablamos de redes integradas, de transectorialidad, y de políticas que están articuladas según necesidades en los territorios, y no según lógicas sectoriales y financieras. En Colombia hemos buscado, hemos hecho proyectos de Ley que integran parafiscalidad con fiscalidad progresiva, vamos a ver cómo vamos avanzando en un fondo público único, asignación territorial según desigualdades, superación de desigualdades injustas, calidad, etcétera, y administración pública.

Los territorios deben ser sociales, donde salud es simplemente una forma de articulación con otros, una planeación estratégica por problemas, etcétera, atención primaria se articula muy bien con las comunidades, con las redes, es puerta de entrada, permite abrir una cantidad de posibilidades de relación del sector salud con los otros sectores. Y claro que permite integrar las redes, ida y vuelta todo el tiempo, pero aquí se necesita territorialidad, otra territorialidad, otra institucionalidad.

Y entramos en los dilemas. Entramos sin darnos cuenta, y si no nos damos cuenta de la presión tan tenaz que es esto, podemos reproducir, desafortunadamente, podemos ir reproduciendo cada vez más, a pesar de los esfuerzos, esta cosa biomédica, super especializada, flexneriana, medicina basada en la evidencia, hospitalocéntrica, gestión del riesgo, que eso es lo que nos están vendiendo todo el tiempo, y exclusión de otros saberes. Esa es la ruta que nos están planteando. Y adaptese. En Colombia es así. Ya las aseguradoras tienen sus escuelas de personal en salud. De medicina, de enfermería y demás. Sánitas por ejemplo, que es española. No es colombiana, es española. Es una cosa transnacional.

Y pues, obviamente, el formar para qué, implicaría que tenemos que hacer conciencia de esta situación tan compleja en salud, esa relación con el capitalismo cognitivo, porque implica un cuestionamiento profundo de la especialización. Profundo. No sólo epistemológico, también económico – político. De hablar de integralidad en serio, de saberes y de prácticas en los



territorios para descolonizar, desmercantilizar, desmedicalizar, desprivatizar. Y eso implica luchar contra los derechos de propiedad intelectual en salud. Esa es una ruta muy interesante. Aquí ustedes iniciaron en el gobierno anterior (Ndelar: kirchnerismo) una lucha interesante, podemos profundizarla. Así que territorialidad, pero subjetividad también. Construir nuevas subjetividades que nos saquen del consumismo en salud. Es absurdo eso. Y obviamente nuevos procesos pedagógicos, educación popular me gusta más, incluso, para formar médicos a esta altura, que esto que nos han enseñado todo el tiempo. Y obviamente una perspectiva Latinoamericana. Si no nos unimos nos arrasan a todos, muy fácilmente. Ya estamos arrinconados, entonces este es el momento de ver cómo analizamos una lucha distinta. Y sin gente no hay transformaciones, una golondrina no hace verano. Muchas gracias.