

Jesús Rico Velasco
Neoliberalismo, salud pública y atención primaria:
Colombia Médica, vol. 28, núm. 1, 1997, pp. 27-33,
Universidad del Valle
Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28328106>



Colombia Médica,
ISSN (Versión impresa): 0120-8322
colombiamedica@correounivalle.edu.co
Universidad del Valle
Colombia

¿Cómo citar?

Fascículo completo

Más información del artículo

Página de la revista

www.redalyc.org

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

*Sección: Contribución especial****Neoliberalismo, salud pública y atención primaria: Las contradicciones en el paradigma de salud para todos***

Jesús Rico Velasco, Ph.D.*

Palabras claves: Sociología. Atención primaria. Neoliberalismo. Capitalismo. Salud pública.

PROPUESTA ANALÍTICA

Este artículo es una oportunidad para mirar desde la sociología las interrelaciones entre las aplicaciones del discurso neoliberal y la prestación de servicios de salud y el encuadre con el paradigma de *Salud para Todos* que se ha venido manejando en las últimas décadas con la aplicación de la estrategia de atención primaria. Este acercamiento parte de un esquema muy sencillo que se resume en la Figura 1.

LIBERALISMO Y CAPITALISMO

La esencia del liberalismo como ideología se encuentra en la intención de lograr una mayor libertad para los individuos y una realización de su potencial humano. La definición enciclopédica¹ describe al liberalismo como: «1) una valoración de la libre expresión de la personalidad individual; 2) una creencia en la capacidad del hombre para hacer que esa expresión sea valiosa para él y para la sociedad; y 3) el mantenimiento de aquellas instituciones y prácticas que protegen y nutren la libre expresión y la confianza en esta libertad.»

Históricamente el liberalismo como pensamiento y práctica social tiene

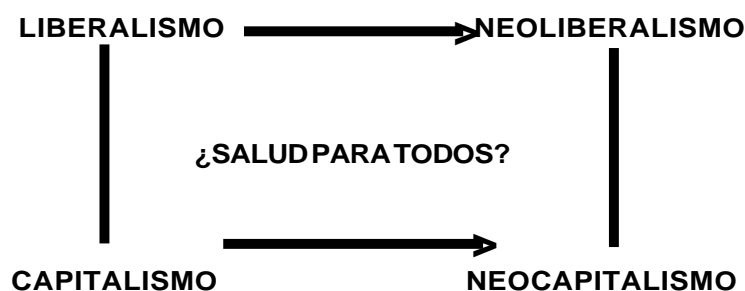


Figura 1

dos períodos distintos por completo, conocidos como el liberalismo clásico y el moderno. El clásico tiene sus raíces primero en Inglaterra durante los siglos XVII y XVIII en los procesos revolucionarios de las crecientes clases burguesas que se oponían al control de la economía por parte del gobierno. El monopolio del comercio y de la industria por parte de la monarquía fue rechazado por algunos que sostenían que esta práctica política conocida como el mercantilismo no producía necesariamente un crecimiento económico.

Adam Smith como filósofo y político fue uno de los grandes ideólogos del pensamiento liberal al promover el pensamiento de una economía de libre mercado sin la interferencia del Estado, que promulgó principalmente en su obra sobre «*La riqueza de las naciones*». Fue un exponente

de la libre empresa, de la libre elección del individuo para decidir su actuar económico en el mercado de la libre oferta y demanda, con un gobierno de muy poca intervención en los asuntos económicos y más bien como defensor y regulador o protector del sistema normativo, de la seguridad nacional para preservar la paz, garantizar la propiedad privada y los sistemas de contratación con todas sus obligaciones. En resumen, podría decirse que fue el padre del liberalismo económico o del «*laissez faire*.»

El liberalismo moderno florece sobre todo en los Estados Unidos y otros pocos países que heredaron de Inglaterra los principios liberales de la revolución puritana. Max Weber en sus estudios sobre la sociología de la religión apuntó cómo la ética protestante se relacionaba directamente con el éxito en las actividades económicas. Los principios religiosos y la ética se mezclaron con las prácticas económicas para reforzar el «espíritu del capitalismo.» Weber explicó la

* Profesor Titular, Director Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

paradójica asociación entre la religión y la acumulación de riquezas, en función de la doctrina de la Predestinación sostenida por los teólogos que apoyaban a las sectas protestantes puritanas. De esta manera Weber mostró en su ensayo sobre «*La ética protestante y el espíritu capitalista*» (1904-1905) cómo la ideología religiosa se encontraba como una de las bases principales sobre las que se construyó el capitalismo en Inglaterra y en Estados Unidos².

Thomas Jefferson incorporó las ideas liberales en la Declaración de Independencia de las colonias americanas y William Jackson juntamente con George Washington y otros representantes de las colonias independentistas introdujeron la separación de poderes para limitar las acciones del gobierno como aparece en la Constitución de los Estados Unidos. Jefferson apeló a las leyes de la naturaleza y a las leyes divinas para sustentar las tres ideas más importantes que deberían guiar el sistema democrático americano y que sirvieron de referencia a muchos pueblos sobre la tierra: 1) Dios creó a todos los hombres en condiciones de igualdad y les dio los derechos a la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad (en el liberalismo clásico era la propiedad y la búsqueda de la riqueza); 2) El objetivo principal del gobierno es proteger y garantizar esos derechos; y 3) Si el Gobierno usurpa esos derechos, los ciudadanos son libres para rebelarse y constituir un nuevo gobierno³.

De esta manera se sentaron las bases legales para el desarrollo del capitalismo como sistema económico, la propiedad privada, la libre empresa y la economía de libre mercado. En este sentido se puede afirmar que los liberales y los capitalistas clásicos y modernos fueron supremamente

exitosos en limitar las acciones del Estado en el manejo de la economía. Sin embargo, la concentración de la riqueza fue tan poderosa que hacia finales del siglo XIX y primeras décadas del XX había sucedido algo que ni los liberales clásicos ni modernos pudieron prever: el sistema económico capitalista sobrepasaba al Estado que fue incapaz de controlar el proceso de enriquecimiento y concentración de poderes en pequeños grupos que llegaron en un determinado momento a controlar al Gobierno.

Los objetivos del liberalismo moderno y el capitalismo entraron en franca decadencia durante las dos guerras mundiales. El surgimiento de sistemas totalitarios y los avances del socialismo democrático establecieron grandes bloques preocupados por el desarrollo de sus economías, el nacionalismo, y de pronto la búsqueda del bienestar sin garantizar un resultado de igualdad o bienestar para todos.

Las contribuciones de Keynes⁴ a la recuperación económica de postguerra son indiscutibles. Su aporte a la economía se centró sobre su teoría del empleo, el interés, los salarios y el dinero. Participó en la fundación del Fondo Monetario Internacional y del Banco Internacional para la Reconstrucción y el Desarrollo. El keynesianismo dominante durante la postguerra, donde el Estado mediaba en los procesos económicos y establecía una legislación social y laboral que pretendía beneficiar a todos los segmentos de la población, llega a sus límites permisibles hacia la década de 1970 cuando la crisis económica parecía ser el común denominador en todos los sistemas.

NEOLIBERALISMO Y NEOCAPITALISMO

Frente a la crisis económica mun-

dial aparece el neoliberalismo como ideología para salvar la política económica con énfasis en la libre oferta y demanda de los bienes y servicios, con una fuerte reducción de los papeles del Estado como regulador de los factores de producción (capital, tierra, trabajo y organización), y con estrategias claras de privatización de las empresas desarrolladas en los períodos anteriores de proteccionismo estatal.

El neoliberalismo plantea nuevamente el libre comercio, la libertad en el mercado de capitales, la libre absorción y ubicación de las empresas nacionales y transnacionales, la concentración del mercado financiero, y el derecho a determinar la dirección hacia la que se deben mover las economías menores en un proceso de globalización como nunca lo habrían imaginado los ideólogos del liberalismo.

En este orden de ideas cabe la pregunta: ¿Qué tiene de liberal el neoliberalismo? Varias tendencias que se pueden presentar como pruebas apuntan a respuestas negativas. Es posible afirmar que en el nivel general existe una pérdida de la autonomía. Los países, y muy especialmente los tercermundistas, supeditan sus procesos de desarrollo a las directrices de la banca mundial, las transnacionales y los grupos financieros que manejan realmente el poder. En el proceso de globalización de la economía los ricos son cada vez más ricos y los pobres además de ser más pobres son más numerosos (de los 484 millones de habitantes en Latinoamérica y el Caribe se calcula que 217 millones, o sea 45% de la población, es pobre).

El papel del Estado es reducido y su intervención apunta hacia la administración de justicia, el manejo de la fuerza con sus ejércitos y policías

para garantizar la seguridad de los ciudadanos y proteger los capitales de los inversionistas. La democracia y la participación popular están amenazadas constantemente por la aplicación de modelos de desarrollo paradójicamente concentradores y excluyentes. En este neocapitalismo que se legitima en las ideas neoliberales, al Estado que resulta le toca responder con esquemas posiblemente solidarios con las necesidades básicas de la gente pobre: salud, alimentación, vivienda, educación y otros componentes del «bienestar» a través de mecanismos de la deuda pública y privada (léase deuda externa).

Es posible afirmar que el neocapitalismo que resulta de las prácticas neoliberales refuerza los procesos de globalización en las postrimerías del siglo XX. El debilitamiento de las ideologías y políticas nacionalistas y socialistas, y la pérdida de poder en el escenario mundial del estatismo soviético, juntamente con el derrumbamiento del Muro de Berlín, la occidentalización de Japón y de otros países asiáticos, más las transformaciones recientes de otras repúblicas populares y democráticas de Europa del Este, dejan a los Estados Unidos como el único poder mundial que puede intervenir en casi todas las esferas de la vida de las poblaciones en todo el mundo⁵.

En la década de 1970 casi todos los países tercermundistas se vieron obligados a realizar ajustes en el desarrollo de sus economías como resultado de una crisis mundial, en su mayoría condicionadas por el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, y poderosos grupos financieros transnacionales que veían en peligro las ganancias en la producción de bienes y servicios, el mercado de capitales, la división del trabajo, los precios de los productos, y los intere-

ses de la deuda externa. Se sentaron las bases de legitimización del neoliberalismo y la aplicación de las prácticas neocapitalistas, sin considerar en ningún momento el costo social.

Algunos estudios han demostrado que casi todas estas políticas macroeconómicas han tenido efectos negativos sobre la salud de los pobres. La reducción del gasto social en salud es uno de los factores que ha repercutido necesariamente en la prestación de los servicios de salud (coberturas, calidad y eficiencia). Poca atención se le ha dado a los efectos negativos sobre la salud de las poblaciones, producidos por la aplicación de políticas en el campo de la agricultura, la industria, políticas energéticas y de vivienda. Sin embargo, existe un reconocimiento general que muchas de las aplicaciones estratégicas de las políticas generadas en los diversos campos mencionados inciden negativamente sobre la salud de las personas, especialmente de las poblaciones desprotegidas que se encuentran por debajo de las líneas de la pobreza y la miseria⁶.

EL PARADIGMA DE SALUD PARA TODOS

Paralelamente a estos movimientos neoliberales y neocapitalistas aparece en el escenario, a finales de la década de 1970 la decantación de los acercamientos en salud que por años se venían practicando en muchos países. «La Declaración de Alma-Ata, 1978 Salud para Todos,» proclamaba la salud como «derecho humano fundamental,» reconoce la grave desigualdad en el estado de salud de la población y la brecha existente entre la salud de las poblaciones de los países desarrollados y los subdesarrollados, apela al desarrollo econó-

mico y social en el nuevo orden económico y social, establece el derecho del pueblo y el deber de participar individual y colectivamente en los procesos de prestación de servicios de salud, proclama la importante necesidad de alcanzar la salud para todos los pueblos hacia el año 2000, y define la estrategia de la atención primaria como el mecanismo para llegar a la gente con servicios de salud.

La Conferencia de Alma-Ata define la atención primaria como la «asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, y lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.»⁷

La atención primaria incluye por lo menos ocho elementos básicos: educación en salud, control de las enfermedades endémicas locales, programa expandido de inmunizaciones, atención materno infantil que incluye servicios de planificación familiar, disponibilidad de drogas básicas para la atención, promoción de la nutrición (vigilancia nutricional), tratamiento de enfermedades comunes, y saneamiento ambiental, principalmente suminis-

tro de agua potable. La atención primaria quedó sostenida sobre cuatro pilares básicos que se resumían en desarrollo tecnológico apropiado, fortalecimiento de la gestión administrativa de los servicios de salud, participación comunitaria y procesos de intersectorialidad como parte del desarrollo económico y social. Los principios de igualdad, equidad, calidad, suficiencia y pertinencia social enmarcaron todas las declaraciones internacionales de Salud para Todos.

Después de la Declaración de Alma-Ata y por lo menos durante los cinco años siguientes, se produce uno de los marcos conceptuales más extraordinarios para operacionalizar la estrategia de «Salud Para Todos en el Año 2000;» se definieron los indicadores para la evaluación de progreso, los procesos de gestión para el desarrollo nacional de la salud, las normas fundamentales para la evaluación, se formularon los planes de acción para aplicar la estrategia de salud para todos, y otros documentos que sirvieron de referencia curriculares en las escuela de salud pública y en algunas facultades de medicina.

En la reunión de Riga (URSS) celebrada en marzo de 1988, donde se analizaron las perspectivas a medio camino de la salud para todos y la estrategia de atención primaria, se encontró que si bien era cierto que se habían logrado ganancias significativas en términos de control de la mortalidad y las enfermedades especialmente materno infantil en varios países, el beneficio no era uniforme entre países y al interior de muchos. Algunos indicadores asociados con la salud eran inaceptables como el aumento en las tasas de analfabetismo en los países en desarrollo y el aumento en el número de personas que viven en la más absoluta pobreza.

Igualmente se señaló que existían algunos factores que estancaban el desarrollo: la escasez de recursos, la debilidad de las infraestructuras y las limitaciones en la capacidad de gestión. Se reconoció que existían «nuevas fuerzas en juego y una impetuosa corriente que tira en sentido inverso.» Precisamente las transformaciones macroeconómicas y las prácticas neocapitalistas tenían un efecto devastador en las políticas sobre salud para todos y la aplicación de la estrategia de atención primaria que se afirmaba en esa reunión⁸.

LA CRISIS DE LA SALUD PÚBLICA

Poco tiempo después, la reunión de expertos realizada en New Orleans en 1990 reconoció la presencia de una crisis en la salud pública de casi todos los países de la región de las Américas y otros de Europa frente a la «incapacidad de la mayoría de sociedades de promover y proteger su salud en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieren.»⁹

En efecto, la década de 1980 había mostrado el resurgimiento de espectros epidemiológicos que se creían controlados como la malaria, el cólera, la tuberculosis y otras endemias que estaban a punto de ser erradicadas del planeta. Hicieron aparición enfermedades como el SIDA, diferentes clases de virus y otras aún no bien identificadas. Por otra parte, se ha presentado un aumento progresivo de las enfermedades degenerativas propias del envejecimiento en algunas poblaciones como los problemas cardiovasculares, el cáncer, la desnutrición y aumentos significativos en las enfermedades psicosociales como la depresión y la violencia con características de «cultura» en sus diferentes manifestaciones de homicidios,

suicidios, y la violencia intrafamiliar. Asimismo se encontró alza progresiva en los accidentes de tránsito, los ocupacionales y, por supuesto, un franco deterioro del ambiente.

Ante estas circunstancias los expertos reconocieron que la crisis en la salud pública tocaba todos sus componentes¹⁰: La salud pública como ciencia y como arte se apartaba del progreso que debería haber alcanzado. El enclaustramiento de la enseñanza y el alejamiento de los servicios y las experiencias comunitarias dieron como resultado una formación escolástica, intramural, y revisionista que en muchas ocasiones apareció distante de las propias realidades y entornos socioculturales que las mismas escuelas de salud pública estaban acostumbradas a manejar. Aunque el estado de salud de algunas poblaciones había mejorado en los promedios, como se observa en los aumentos importantes en la esperanza de vida de las poblaciones y en el descenso de la mortalidad que se manifiesta claramente en los cambios cuantitativos y cualitativos de la mortalidad materno-infantil¹¹, los diferenciales entre las regiones y el interior de los países eran cada vez mayores. La prestación de servicios de salud pública que estaban subsidiados en la oferta eran presionados a transformarse rápidamente en empresas sociales del Estado, con énfasis en el subsidio hacia la demanda, que crea un nuevo escenario para el futuro de la salud pública.

El esquema paternalista de las décadas pasadas condicionado por las ideas del «estado de bienestar,» fruto de las ideologías socialistas ha sido muy rápidamente transformado por orientaciones capitalistas neoliberales que exigen nuevas maneras de responder por la salud de la gente. Los servicios de salud se convirtieron en empresas sociales del Estado que obli-

gan a la mayoría a transformarse rápidamente para acomodarse a las nuevas disposiciones legales.

El Estado reconoce constitucionalmente la salud como un derecho y ante estas circunstancias debe responder por la salud de la gente. Al ser la salud pública un acto político, se va más allá de la responsabilidad individual de la salud para considerar una acción colectiva organizada, igualitaria y equitativa. La seguridad social se establece como mecanismo del Estado para asegurar que todas las personas tengan acceso a los servicios en función y en proporción a sus necesidades, estatus ocupacionales, y estratos socioeconómicos. En este sentido el Estado define diversas posibilidades o maneras de prestación de servicios y de contrataciones para responder a las necesidades de salud de la población. Ante estas circunstancias, la práctica social de la salud pública se ve amenazada por el debilitamiento del poder del Gobierno y la reorganizan de la sociedad como mercado.

SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD

Hacia finales de la década de 1980 algunos países, particularmente los latinoamericanos, fueron sometidos a un fuerte viraje en el manejo macroeconómico. Los principios de reforma (o contrarreforma) del sector salud se asociaron con la seguridad social y en este proceso se formularon toda una serie de paquetes legislativos para favorecer la productividad y tasas de ganancias que venían en descenso como resultado de las políticas paternalistas o proteccionistas de los gobiernos. El agotamiento de las economías socialistas y keynesianas estaban próximas a ser reemplazadas por uno de los sistemas más controvertidos de los últimos

tiempos: el neocapitalismo que se sustenta ideológicamente en los conceptos neoliberales impuestos con el rigor insospechado de los organismos internacionales y de los grupos transnacionales.

Las leyes de seguridad social liberaron grandes cantidades de dinero relacionadas con las pensiones y cesantías de los trabajadores en uno de los procesos más significativos en los pasos para la privatización de los derechos sociales. El componente salud en el contexto de la legislación de la seguridad social cambia su significado social.

La salud que se había considerado como un «valor social» definido al interior en los procesos de socialización de las personas en las familias, y como derecho fundamental en las constituciones de los países, entra en el mercado de la libre empresa como producto y el cuidado de la salud como servicio. El neocapitalismo operante se beneficia de la seguridad social y de la reforma del sector salud en esta última década del siglo XX. Los capitales liberados de pensiones y cesantías de los trabajadores aumentan las ganancias, mas no la productividad. El sector salud entra en el proceso de privatización y el Estado reduce su papel como garante de un derecho de tal manera que el paradigma que resulta a la larga es concentrador y excluyente, en franca contradicción con los principios de universalidad, igualdad, y equidad. En el fondo se ha reconocido la desigualdad.

¿SALUD PARA TODOS?

En este orden de ideas cabe la pregunta: ¿La salud para quién? Necesariamente en un modelo neoliberal y neocapitalista la respuesta no podría ser «la salud para todos.»

La sociedad se organiza como un mercado con una fuerte división del trabajo condicionada por los grandes avances de la ciencia y la tecnología y muy en particular por los cambios producidos por la comunicación y la informática. Surge un nuevo lenguaje y una nueva manera de llegar a la gente con servicios. Por ejemplo, en Colombia a raíz de la Ley 100 se pretende cambiar la mente de los administradores de la salud y la oferta se organiza en empresas (ESES, EPS, IPS, ARS) con paquetes = o planes: POS, POSS, PAB, etc.

Cali con una población estimada de 1'949,302 habitantes en 1996, tenía 55.2% de su población afiliada al régimen contributivo compuesto por personas con capacidad de pago suscritas a Entidades Promotoras de Salud (EPS). Estas personas pertenecen a la fuerza laboral vinculadas por contrato, o son funcionarios del Estado, jubilados, pensionados y los trabajadores independientes, donde se incluye su grupo familiar (total 1'075,867 personas). En el régimen subsidiado compuesto por aquellas personas que no tiene capacidad de pago y carnetizadas por el Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios (SISBEN) había 9.2% de la población (178,714 personas) afiliadas a las Administradoras de Recursos del Régimen Subsidiado (ARS). El resto de la población (694,721 personas), o sea 35.6% no tiene capacidad de pago, no están carnetizadas y todavía no se benefician con el régimen subsidiado. Su salud depende de los situados fiscales, municipal y departamental, y otros recursos presupuestales de nivel local y regional¹².

El factor controlador está definido por los precios de los paquetes que consideran a la salud como producto en el mercado o como servicio. La presencia del dinero y del interés

empiezan a regular la oferta y la demanda de los servicios de salud y la ganancia define la permanencia de las empresas en el mercado. Contradictoriamente en este paradigma neocapitalista la economía de mercado no es una garantía de la igualdad o de la equidad. La práctica neocapitalista pone de lado los principios fundamentales para el desarrollo de una nueva salud pública basada en el humanismo, la ética, la participación democrática y la solidaridad.

La «Salud para Todos» como paradigma hacia el año 2000, se ha convertido en la salud para «UNOS» que sí pueden pagar para mantener o recuperar su salud en el mercado de la oferta y demanda libres. La salud para el «resto» mayoritario se basa en los sistemas solidarios, la focalización, la subsidiaridad, y la carnetización que estigmatiza y los identifica como pobres. Se reduce la estrategia de atención primaria a planes de atención básica con el subsidio del Estado y de responsabilidad limitada que se centra en los alcaldes y con territorialidad definida administrativamente en los municipios.

CONCLUSIÓN: ¿UN NUEVO PARADIGMA?

Ante estas circunstancias posiblemente irreversibles en el futuro inmediato, los intentos de revertir los cambios en las políticas económicas que se basan en el neocapitalismo y legitimizadas por la ideología neoliberal, podrían generar un empeoramiento en el nivel de vida de las poblaciones latinoamericanas. Los cambios y ajustes económicos han producido una nueva acomodación del orden de las naciones, de los hombres y de la sociedad. Los intereses económicos se han constituido en el centro fundamental que regula la

acción social. La globalización capitalista exige un nuevo paradigma que responda a la privatización de la salud, la reducción del poder del Estado, la descentralización, la libre oferta y demanda.

Es posible que el camino más adecuado sea reafirmar la salud como derecho social y exigir la responsabilidad del Estado en una nueva salud pública con base en una *economía solidaria*. Las empresas solidarias deben ser eficientes, costo-efectivas y responder a las necesidades de la gente. La salud como empresa social se debe organizar y acomodar al discurso neoliberal y tomar prestados los conceptos, métodos y tecnologías que se han probado exitosamente en las empresas privadas.

Hay que reconocer que esta economía solidaria no se fundamenta en los derechos sociales o constitucionales. Continúa basándose en la producción de *beneficios* cuyo fin principal es la ampliación de los mercados dentro del encuadre aparente de la solidaridad. El peligro en este nuevo paradigma resulta de la discriminación que establecen las mismas empresas solidarias en su estructura de mercado al ofrecer paquetes diferenciales a sus asociados de tal manera que unos puedan tener acceso a mejores servicios de acuerdo con su capacidad de pago. Así, han surgido las tarjetas de servicios dorados, amarillos y servicios normales en nombre del cooperativismo que se fundamenta en los principios de la solidaridad.

Es prácticamente imposible pretender hacer salud pública con empresas sociales del Estado cuyo subsidio del Gobierno llega únicamente vía la demanda. El desmonte del subsidio hacia la oferta pone en peligro la solidaridad y la justicia social. Debe buscarse un paradigma de equilibrio en el cual se garantice un mínimo

óptimo de servicios para responder por la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y un adecuado tratamiento y rehabilitación para las poblaciones mayoritarias de pobres y de quienes se encuentran en el plano de la miseria.

La salud ambiental en la comunidad, en la vivienda familiar, en el trabajo, y en el espacio público exigen acercamientos distintos, que posiblemente combinen las acciones de empresas privadas prestadoras de servicios y empresas sociales del Estado. El Estado debe ser el garante de un ambiente saludable frente a la aplicación de unas prácticas neocapitalistas en los procesos industriales, energéticos, agrícolas, producción de alimentos, disposición y manejo de excretas, basuras, contaminación del aire, el agua y la tierra, que relegan a un segundo plano los ideales de salud de la gente, las acciones solidarias y la salud como uno de los derechos sociales. Reducir progresivamente los riesgos que comprometen la salud y fomentar el incremento de los factores protectores hacia el logro de salud con calidad de vida.

La desigualdad y los diferenciales se reconocen y se establecen con toda claridad en la transformación del sector salud actualmente, en el cual las empresas privadas y las del Estado ofrecen paquetes distintos en función y en proporción con la capacidad de pago de los usuarios. En este sentido se debe aceptar que la salud como producto o como servicio es una dimensión cambiante en la que se conjugan gran cantidad de intereses de empresas productoras de insumos, equipos, medicamentos, personal profesional y administrativo que entran en un mercado de libre oferta y demanda.

En el nuevo paradigma el Estado debe regular fuertemente el ofreci-

miento de bienes y servicios, garantizar la seguridad social de los trabajadores del sector y promover las empresas solidarias con amplias coberturas, costoeficientes y con calidad y en estrecha relación con las necesidades de las poblaciones.

La promoción de la salud debe ser el eje fundamental en el nuevo paradigma de las políticas de salud pública. Analizar los ideales de salud de la gente para responder con innovaciones eficientes y efectivas que sustenten la salud y la vida. Hay que ir mucho más allá del autocuidado, la educación en salud, campañas de inmunización, y planificación familiar. De pronto, el logro de la participación democrática, de la respuesta comunitaria y de los grupos sociales organizados como los adolescentes, las mujeres y los hombres expuestos a riesgos específicos como la drogadicción, la violencia, la prostitución, el manejo social del SIDA, los niños trabajadores, los ancianos, los grupos y organismos de apoyo social, se deben constituir en centros de atención de la salud pública. También los que concentran los medios de producción (grupos financieros, industriales, comerciantes, etc.), deben ser componentes importantes en la nueva salud pública solidaria que sustenta la equidad con base en la justicia social.

La formación del recurso humano para la salud colectiva y protección del ambiente debe responder a los retos de una nueva visión de la salud pública. Su perfil profesional y ocu-

pacional se debe relacionar íntimamente con las transformaciones que ocurren en el sector. La fuerza de trabajo en el sector salud se debe entrenar de manera adecuada con capacidad para responder a las necesidades de las poblaciones. En este sentido existe una gran responsabilidad de las escuelas de medicina, de salud pública, de enfermería, de ingeniería, y de otras que directa o indirectamente forman recursos para la salud¹³.

Lo público es de responsabilidad compartida de muchos sectores. Lo público en salud tiene varios actores y entre ellos los principales en el nuevo paradigma de la economía solidaria son: El Estado (políticos, funcionarios y técnicos) que debe obrar para ser agente regulador de las empresas que juegan en el mercado de la salud como un bien o como servicios, para vigilar los precios y asegurar la calidad. La misma comunidad que debe actuar en forma responsable frente a su salud con participación activa y exigiendo el cumplimiento a su derecho constitucional. Por último, las instituciones formadoras del recurso humano para la salud, especialmente las **escuelas de salud pública** que deben asumir una función de "advocacy" y pronunciarse frente a los grandes temas de la salud y los procesos de reforma del sector tomando las banderas de la solidaridad para que realmente se llegue con justicia social a las personas.

REFERENCIAS

1. *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*. Madrid, Aguilar, 1979.
2. Weber M. *The protestant ethic and the spirit of capitalism*. (traducido por Talcott Parsons). New York; Scribner:1930.
3. Este resumen de las ideas de Jefferson se puede extraer fácilmente de la lectura de la Declaración de Independencia de los Estados Unidos. La separación de los poderes legislativo, ejecutivo y judicial esta explícito en los artículos que componen la Constitución de los Estados Unidos.
4. Keynes JM. *The general theory of employment, interest and money*. London, Macmillan, 1936. (Traducción del Fondo de Cultura Económica, México, 1993).
5. González-Poso C. *Dos décadas de reestructuración neoliberal y la búsqueda de alternativas*. Bogotá, Corporación Salud y Desarrollo, 1997.
6. Weil-Cooper DE, Alicibusan AP, Wilson JF, Reich MR, Brdaley DJ. *The impact of development policies on health: A review of the literature*. Geneva, World Health Organization: 1990.
7. Organización Mundial de la Salud. *Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional en Atención Primaria de la Salud*. Serie Salud para Todos, Ginebra, 1978.
8. Organización Mundial de la Salud. *De Alma-Ata al Año 2000*. Ginebra; OMS: 1991.
9. Organización Panamericana de la Salud. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington; OPS: 1992.
10. Organización Panamericana de la Salud. *Sobre la teoría y la práctica de la salud pública: un debate, múltiples perspectivas*. Washington, OPS, 1993.
11. Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*. Washington; 1993.
12. Secretaría de Salud Pública de Cali. *Informe de gestión 1995-1996*. Cali; 1997.
13. Rico-Velasco J, Woolley L. *La crisis de la salud pública y los cambios curriculares: una experiencia educativa en la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, Cali*. Documento presentado en el VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social, Buenos Aires, 17 a 21 de marzo, 1997.