



## ¿LA SALUD COMO DERECHO O COMO MERCANCÍA? DESIGUALDADES Y POLÍTICAS

por Spinelli Hugo;  
Alazraqui Marcio;  
Di Cecco Vanessa

*Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas.*

Ramón Carrillo

En el año 1754, Jean Jacques Rousseau escribía «sobre la desigualdad entre los hombres» (Rousseau, 2006), ideas del iluminismo francés que alentaron las revoluciones independentistas en América Latina, en las que se escucharon voces de libertad e igualdad. La Nación Argentina no solo se forjó en el mundo de las luces, también fue forjada a fuego y espada como forma de acallar el eco de las voces que buscaron avanzar en la independencia y la resolución de las causas de las desigualdades a lo largo de su historia.

A fines del siglo XIX, las denominaciones de *croto*, *miserable*, *poligrillo*, *pordiosero* o *vagabundo* —al menos en la Argentina— hacían referencia a aquellos que ya no eran pobres, sino marginados por la sociedad. Pero eran casos aislados y, en general, resultaban muy conocidos para el resto de los habitantes, sobre todo en pueblos o ciudades pequeñas. A veces eran hasta personajes con cierta fama: las «curiosidades del pueblo» (Nario, 1986; Gutiérrez, 1986). Lo que va a cambiar y de manera abrupta, a partir de las reformas neoliberales de fines del siglo XX, es la generalización de la marginación. El ser excluido se convirtió en una situación muy frecuente y se caracterizó por su cara de mujer y joven. Lo que resultaba curioso un siglo atrás se volvió tragedia en los noventa. Muchos de esos excluidos se autodenominaban a sí mismos como «muertos vivos». El «Siglo de las Luces» había quedado muy atrás, ahora se hablaba de décadas perdidas. El continente americano pasó a ser el más desigual. Y como siempre esas desigualdades se expresaron en muertes precoces en todos los grupos de edades. Es recién a partir de los primeros años del nuevo siglo que algunos países deciden romper con el orden establecido y comenzar a recuperar el viejo proyecto emancipatorio enunciado por Simón Bolívar.

### MEDICINA, DESARROLLO Y LA PLANIFICACIÓN EN AMÉRICA LATINA

Entre la segunda mitad del siglo XIX y la primera década del siglo XX, una serie de hechos terminaron por constituir lo que se conoce en la actualidad como medicina científica. Los descubrimientos de Luis Pasteur en 1862 y la publicación del Informe Flexner, en Estados Unidos (Flexner, 1910, p. 346) son dos referentes insoslayables del proceso a partir del cual se concibe al hospital como una máquina —expresión de la forma de producción capitalista—, y se magnifica el rol de las bacterias como causas de enfermedades. Ambos hechos constituyen, a partir de entonces, la base del pensamiento dominante en relación con la salud-enfermedad-atención de las personas. Lo social desaparece como posibilidad de explicación. Las causas de las enfermedades se conciben como debidas a un microbio, al que solo basta identificar para encontrar la vacuna o el medicamento que lo neutralice para que el cuerpo vuelva a su «normal» funcionamiento. El hospital es un lugar de reparación que no se pregunta por la determinación social sino por la causa inmediata. La medicina se consolida así como una ciencia de los individuos, centrada en la responsabilidad individual y los factores de riesgo. La resolución de los problemas sociales pasa a ser una cuestión del progreso que, a su vez, depende del desarrollo económico.

A fines de la primera mitad del siglo XX las discusiones sobre el desarrollo y/o dependencia marcaron la agenda política y pasó a ser un dilema que enfrentó a vastos sectores sociales de la mayoría de los países de América Latina. El

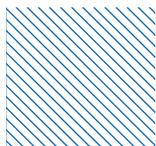
desarrollo económico tuvo tres grandes interpretaciones: a) como crecimiento, cuyo referente era Keynes; b) como secuencia de fases, en las que el subdesarrollo era una de esas fases y c) como cambio de estructuras ligado al pensamiento de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), con Presbich como su máximo referente (Bobbio, Matteucci, 1985). La idea de desarrollo confrontaba con la teoría de la dependencia que ubicaba en la extracción del excedente económico por parte de los países capitalistas adelantados la causa del subdesarrollo. El concepto de progreso, sostenido por la idea desarrollo, se presentaba como una de las ideologías preferidas de la cosmovisión moderna. Tras este concepto, la modernidad deja de ser un ideal abstracto y se convierte en una voluntad, señalando una continuidad entre el «Siglo de las Luces» y la «Era del Progreso» con el lema de «crecer para distribuir».

Distintas metáforas y esquemas sintetizan estas conceptualizaciones de desarrollo. Según una de ellas, había que esperar a que la copa de champagne se llenara a través del crecimiento económico; al desbordar, alcanzaría a los sectores más postergados —la base de la copa— y ese efecto redistributivo eliminaría la pobreza y la miseria de los pueblos. También se hablaba del círculo vicioso de la pobreza, la ignorancia y la enfermedad, que graficaba la retroalimentación entre estos tres elementos que mantenía las condiciones estructurales y sanitarias de los países subdesarrollados (Molina & Adriasola, 1961).

Las ideas de progreso y desarrollo trajeron a nuestros países la creación de los sistemas de información que debían dar cuenta de los avances en el área económico-social. En salud, el proyecto se desarrolló a partir del «método CENDES-OPS» (OPS, 1965) que fue el núcleo de las oficinas de planificación de los Ministerios de Salud en los países de América Latina. El desarrollo no fue tal, como resulta obvio, tan obvio como el incumplimiento de las metas que desde la reunión del Consejo Interamericano Económico y Social en Punta del Este (Uruguay) en 1961 se propusieron los distintos gobiernos, y a las cuales se fueron sumando las surgidas en las posteriores reuniones de Ministros de Salud de las Américas. Desde 1961 a la fecha, se han planteado diferentes metas sociales y sanitarias, por ejemplo: erradicar el paludismo, provisión de agua potable para el 70 % de la población urbana y el 50 % de la población rural (Conferencia de Punta del Este, Plan decenal 1962-1971); Salud para todos en el año 2000 (Asamblea Mundial de la Salud de 1977); cobertura total de inmunizaciones a menores de un año, aguas y disposición de excretas al total de la población (1981 Plan de instrumentación de las estrategias regionales de OPS); erradicación del sarampión para el año 2000 (Conferencia Sanitaria Panamericana, 1994). Las promesas en su mayoría fueron vanas. La verificación del incumplimiento de los objetivos planteados no requiere de ninguna especialización sanitaria.

## LA RELACIÓN ENTRE DESARROLLO, PLANIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA: LA TEORÍA DE LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La teoría de la transición epidemiológica desarrollada por Omran en 1971 (Omran, 2005, pp. 731-757) para describir cambios en los patrones de salud y enfermedad (en particular, la mortalidad y la fertilidad) y su relación con cambios demográficos, económicos y sociales, está en clara correlación con la idea del desarrollo como etapas que se suceden de manera cuasinatural.



Omran se interesaba por saber cómo a lo largo del tiempo los cambios en la mortalidad provocaban cambios en una población en general. La transición presupone una primera etapa en la que la esperanza de vida es corta y las tasas de mortalidad altas, debido sobre todo a la preponderancia de las enfermedades infecciosas que inhiben el crecimiento poblacional. En la segunda etapa, las tasas de mortalidad se encuentran en declive por distintas razones —los mejoramientos en la calidad de vida, la alimentación y la higiene, las políticas sanitarias, y en menor medida los avances de la biomedicina en términos de inmunizaciones y tratamientos— y las consecuencias son que la esperanza de vida comienza a aumentar. La transición se completa en la tercera etapa, en la que la mortalidad se mantiene en niveles bajos y la esperanza de vida supera los cincuenta años, lo que provoca que la tasa de fecundidad sea el factor más importante en la dinámica poblacional. Esta transición, entonces, supone que las enfermedades transmisibles tendrán cada vez menos peso como causa de muerte y que las enfermedades degenerativas y «provocadas por el hombre» empezarán a ser las principales causas de muerte (Omran, 2005, pp. 731-757). Esto se acompaña de una esperanza de vida cada vez más alta y una tasa de mortalidad cada vez más baja.

El motor de la transición epidemiológica se encuentra en lo que el autor denomina «el complejo de modernización» de las sociedades. Mientras en los países desarrollados la transición se da, en general, gracias a las mejorías socioeconómicas, en países en vías de desarrollo la atribuye a las mejorías a la efectividad de los programas de salud pública. Omran subraya, entonces, que la manera en que la transición epidemiológica se da en un determinado país depende de características como el patrón, el ritmo y las consecuencias del cambio poblacional, y por todo ello, varía, por lo tanto, de país en país según su nivel de desarrollo.

## EL DEBATE SOBRE LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

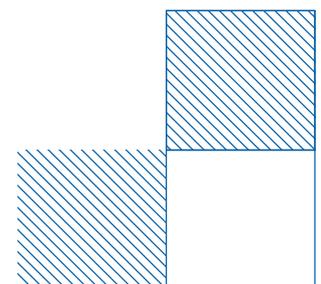
Si bien puede ser que con el nombre de *transición epidemiológica* algunos investigadores hayan encontrado una referencia para explicar o discutir los resultados de sus estudios, resulta importante subrayar las contribuciones de pensadores latinoamericanos en respuesta a los planteos centrales de Omran. Estos investigadores se enmarcan en la tradición de la medicina social latinoamericana y la salud colectiva y realizan aportes para pensar críticamente la teoría de transición epidemiológica. Según Barreto *et al.*, la teoría de la transición epidemiológica parte de la búsqueda de un modelo macroteórico para ordenar una variedad de experiencias, pero esconde «un enfoque neo-evolucionista de la modernización» en la que se supone que «las sociedades 'tradicionales' (en gran parte, rurales) se transforman en sociedades 'avanzadas' o 'modernas' mediante una secuencia determinada de etapas específicas» (Barreto, Carmo, Noronha, Neves, Alves, 1993, pp.127-146). Asume teleológicamente, por lo tanto, que hay un continuo de modernización que implica un período de subdesarrollo, implícito en los modos de vivir tradicionales/primitivos, que luego necesariamente dará lugar, mediante transformaciones sociales, a la sociedad desarrollada con sus modos de vivir modernos. Es además etnocéntrico en la medida que

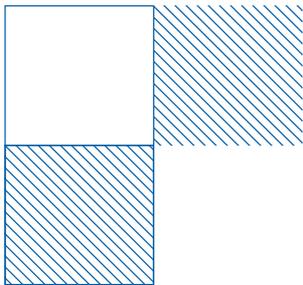
observa un fenómeno vivido en un grupo de países y pretende universalizarlo, subestimando la complejidad de dicha extrapolación. Como mínimo opaca numerosos otros factores que influyen en los cambios sociales, sobre todo los colectivos humanos y sus acciones, reacciones, comportamientos y luchas a lo largo de estos procesos, y las políticas estatales, que pueden favorecer distintos tipos de estructuras (Barreto, Carmo, Noronha, Neves, Alves, 1993 y Menéndez, 2009). Para Barreto *et al.*, Omran «no presta suficiente atención a las maneras por las cuales los grupos y procesos locales pueden contribuir para modificar los patrones de desarrollo regional y nacional». Cómo se desprende de esta crítica que hace Barreto, la medicina social y la salud colectiva han señalado la lucha social y política como fundamental en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de los pueblos de América Latina.

Otros autores señalan cuestiones de desigualdad estructural que subyacen en los presupuestos de la teoría de la transición epidemiológica. En referencia al incremento de violencias, Menéndez critica la mirada ahistórica que redescubre las violencias como causa de mortalidad cuando la violencia homicida forma parte de la historia de las Américas desde, por lo menos, el año 1492 (Menéndez, 2009).

Por su parte, Minayo (1993) identifica una «segunda selección social» que se ve entre los adolescentes brasileños más afectados por la mortalidad por violencias. Según Minayo, la primera selección social ocurre con la mortalidad infantil, en la que se ven los efectos de las desigualdades sociales a través de las expresiones biológicas, como son la desnutrición, la diarrea y las enfermedades inmunoprevenibles. Sin embargo, las causas en la adolescencia ya ni siquiera responden a un esquema biológico, sino que son causas netamente sociales. Afirma que «en ambas selecciones, el grupo condenado a muerte es exactamente el mismo, sobre todo en las regiones metropolitanas» (Minayo, 1993). La hipótesis de Minayo es que el homicidio, aun cuando es perpetuado por otros sujetos de la misma clase social y no por el Estado, resulta ser funcional al mantenimiento de la hegemonía porque mata a sujetos «indeseables». Así se pregunta cuándo Brasil abandonó su proyecto de integración para adoptar «como práctica social la eliminación de niños y adolescentes» (Minayo, 1993), y cuando nombra la mortalidad por violencia en adolescentes lo llama «exterminio», señalando como causa principal la violencia estructural de la sociedad.

De esta manera, resulta fundamental considerar la cuestión de la transición epidemiológica desde una perspectiva crítica, pensando hasta qué punto ayuda a describir una realidad existente y hasta qué punto se utiliza para ocultar bajo la nominación de «modernización» las raíces de desigualdad y explotación ambiental del capitalismo y su expresión en la etapa neoliberal, así como otros fenómenos globales tales como el crimen organizado (Barreto, 2004 y Menéndez, 2012). Si bien hay ventajas en poder utilizar modelos para describir y predecir cambios, también es necesario examinar los presupuestos que contienen y lo que se oculta tras ellos. En ese caso, perdemos una visión de los factores estructurales que generan algunas «modernidades» y no otras.





## DE LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA AL MOSAICO EPIDEMIOLÓGICO

Al analizar la estructura de la mortalidad de los países de la América Latina, no encontramos plasmada la idea de transición epidemiológica que prometía el desarrollo, sino más bien un mosaico epidemiológico en el que se encuentran las «viejas» enfermedades infecciosas, junto a las mal llamadas «enfermedades de la civilización» como diabetes, hipertensión, obesidad y cáncer, a las que se suman las consecuencias de las violencias y las adicciones. Este mapa epidemiológico es muy complejo y no puede ser leído en términos de transición, ya que todos estos elementos no hacen más que expresar las diferentes formas de vivir y morir en función de las condiciones de vida que tiene la niñez, la juventud y la adultez en los países de América Latina, las cuales son influenciadas de manera muy fuerte por las desigualdades sociales acumuladas por siglos y que representan el principal desafío para mejorar las condiciones de vida de los latinoamericanos. La tuberculosis, el paludismo, la sífilis congénita, la enfermedad de Chagas, las altas tasas de mortalidad infantil, los homicidios y de accidentes de tránsito no son causa de la falta de conocimientos científicos sino de sociedades desiguales. Esos problemas muestran distribuciones desiguales en su análisis macrogeográfico, por ejemplo, entre países; sin embargo, al ir tomando unidades geográficas menores encontramos los mismos patrones vistos entre las unidades más grandes. Esto no es más que un señalamiento de las desigualdades al interior de las distintas provincias de un país, así como al interior de las distintas ciudades de una provincia, y de los distintos barrios de una ciudad.

## LA SALUD: ¿UN DERECHO O UNA MERCANCÍA?

La organización y estructura de los sistemas de salud en los países de América Latina presentan desarrollos, coberturas, desempeños e indicadores diferentes que se relacionan con la propia historia del país. Así se encuentran muy diferentes modos de financiamiento y aseguramiento; de estructuras legales y normativas; del papel del Estado; de la integración de los actores (coordinación, segmentación, fragmentación); de los sectores participantes (público, seguridad social, privado); y de la organización e integración de las redes asistenciales. Estos sistemas contruidos históricamente recibieron —en general— profundas modificaciones de índole privatista con la ola neoliberal de los noventa en el marco del Consenso de Washington.

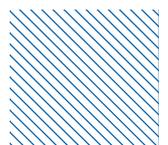
En la mayoría de países el sistema público alcanza la mayor cobertura nacional en cuanto a infraestructura, personal asistencial y provisión de servicios, especialmente en el nivel primario de atención y en lugares rurales, aislados y con población de menores recursos y mayor vulnerabilidad social. La alta tecnología —de alta rentabilidad económica— se radica, por lo general, en los grandes centros urbanos, en manos de capitales privados. Hay entidades estatales o privadas que cuentan con sistemas de salud propios (régimenes especiales), como es el caso de las fuerzas armadas, policía y grupos organizados de trabajadores. Los fenómenos de solidaridad invertida donde el que menos tiene financia al que más tiene son muy comunes en distintos tipos de procedimientos donde lo público da el servicio y el privado lo cobra, o la prestación es financiada por lo público al prestador privado con muy bajos controles por parte del Estado

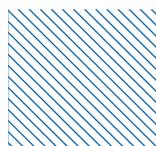
asegurando tasas de ganancias muy por encima de la observada en otras áreas económicas.

El derecho a la salud y a la atención de la enfermedad sigue siendo una deuda pendiente en la mayoría de los países y seguramente será tema de la agenda política de las próximas décadas. Resulta claro que se debe trabajar en desmedicalizar muchos de los problemas sociales medicalizados, como por ejemplo el alcoholismo. En ese sentido, afirmamos desde la Universidad Nacional de Lanús que es necesaria «más salud y no más médicos». Como ejemplo podemos colocar el aumento que han tenido las cesáreas en todos los países con porcentajes de casi el 80 % de los nacimientos en el sector privado de Argentina, con todo lo que ello implica de violencia hacia el cuerpo de la mujer, la deshumanización del parto, el aumento de los riesgos para la madre y el niño por el propio proceso quirúrgico, el mayor gasto económico de la prestación, la aparición de nuevos problemas de salud como los «prematuros tardíos» son algunos de los señalamientos que se pueden hacer. Son muchísimos los temas y problemas que generan distorsiones en el proceso de atención de las personas y que nos hablan de la salud en tanto mercancía más que de un derecho garantizado por el Estado.

Los siguientes cuadros nos muestran distintos indicadores de países seleccionados de América Latina entre 1990 y 2010. La calidad de la información es dispar y las fuentes de información son los países, la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud y la CEPAL (Regional Health Observatory, 2015 y OPS, 2013).

La esperanza de vida viene aumentando en la totalidad de los países, pero encontramos fuertes diferencias, así en el año 2010 en Chile es de ochenta años y en Haití es de 63,7 (Cuadro 1). En relación al gasto total en salud como porcentaje del PBI (Cuadro 2) vuelve a ocurrir algo similar, para el año 2010 el porcentaje mayor corresponde a Cuba y el menor a Venezuela. Si el análisis lo trasladamos al número de camas hospitalarias por mil habitantes (Cuadro 3), el valor mayor corresponde a Cuba con 5,1 y el valor menor lo comparten Guatemala, Haití y Honduras con 0,7 camas por mil habitantes. Por último, seleccionamos el número de médicos por diez mil habitantes y los valores mayores correspondieron a Cuba con 68,1 médicos por diez mil habitantes, en contraste con Haití con 2,3 médicos. Estos valores nos señalan las profundas desigualdades existentes en nuestra América y como los países muestran indicadores muy dispares que señalan la ausencia de la salud como derecho social y la influencia que tienen los elementos de la política sobre la configuración de los indicadores centrales de un país.





**Cuadro 1: Esperanza de vida al nacer. Países seleccionados de América Latina, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 y 2015.**

País	1990	1995	2000	2005	2010	2015
Argentina	71,6	72,7	73,8	74,8	75,8	76,7
Bolivia	58,8	61,1	63,0	64,7	66,4	67,8
Brasil	66,5	68,5	70,3	71,8	73,1	74,5
Chile	73,7	75,1	76,9	78,3	79,2	80,5
Colombia	68,3	69,4	71,0	72,3	73,4	74,4
Costa Rica	75,7	76,7	77,7	78,4	79,3	80,4
Cuba	74,7	75,4	76,7	77,7	78,7	79,6
Ecuador	68,8	71,2	73,4	74,6	75,7	77,0
El Salvador	65,9	68,9	69,7	70,8	71,9	73,1
Guatemala	62,2	64,9	67,8	69,7	71,1	72,7
Guayana Francesa	71,9	73,6	74,8	75,5	76,4	77,6
Guyana	62,0	62,7	63,3	64,5	65,8	66,6
Haití	54,5	56,1	57,5	59,3	61,9	63,7
Honduras	66,7	68,9	70,5	71,5	72,9	74,4
México	70,8	72,8	74,4	75,6	76,8	77,9
Nicaragua	64,1	67,4	69,7	72,0	73,8	75,5
Panamá	73,0	74,1	75,1	76,0	76,9	78,0
Paraguay	68,0	68,9	70,1	71,3	72,0	72,4
Perú	65,5	68,0	70,5	72,4	73,9	75,4
Puerto Rico	74,2	74,2	75,8	77,4	78,3	79,2
República Dominicana	67,9	69,6	70,6	71,6	72,7	73,8
Suriname	67,4	67,7	67,9	68,8	70,3	71,5
Uruguay	72,6	73,6	74,8	75,9	76,8	77,5
Venezuela	71,1	71,9	72,4	73,2	74,2	75,0

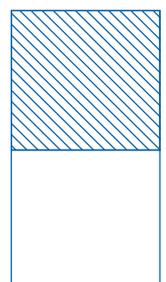
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Observatorio Regional de Salud, Organización Panamericana de Salud (Regional Health Observatory, 2015).

**Cuadro 2: Gasto total en salud como porcentaje del PBI. Países seleccionados de América Latina, 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010.**

Países	1990	1995	2000	2005	2010
Argentina	SI	8,3	9,2	8,3	8,2
Bolivia	SI	4,5	6,1	5,6	5,5
Brasil	SI	6,7	7,2	8,2	9,0
Chile	SI	6,5	7,7	6,6	7,1
Colombia	SI	6,8	5,9	5,8	6,8
Costa Rica	SI	6,5	7,1	7,7	9,7
Cuba	SI	5,2	6,1	8,1	10,6
Ecuador	SI	3,4	3,6	6,3	7,2
El Salvador	SI	6,4	8,1	7,2	6,9
Guatemala	SI	3,7	5,6	6,5	6,9
Guayana Francesa	SI	SI	SI	SI	SI
Guyana	SI	5,1	5,9	5,4	6,6
Haití	SI	6,6	6,1	4,4	6,7
Honduras	SI	5,3	6,6	7,7	8,7
México	SI	5,2	5,1	5,9	6,3
Nicaragua	SI	6,5	5,4	6,1	7,6
Panamá	SI	7,7	7,8	7,5	8,5
Paraguay	SI	5,9	8,1	5,6	8,7
Perú	SI	4,5	4,7	4,5	4,9
Puerto Rico	SI	SI	SI	SI	SI
República Dominicana	SI	5,5	6,4	5,3	5,5
Suriname	SI	5,2	8,8	6,8	5,8
Uruguay	SI	15,6	11,3	8,2	8,8
Venezuela	SI	4,2	5,7	5,4	4,7

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CEPALSTAT (2014).

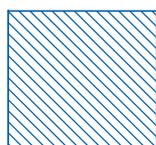
SI: sin información.



**Cuadro 3: Camas hospitalarias cada 1000 habitantes. Países seleccionados de América Latina, años 2000, 2005 y 2010.**

País	1990	1995	2000	2005	2010
Argentina	2,2	SI	4,1	4,1	4,5
Bolivia	1,4	SI	0,8	1	1,1
Brasil	3,7	SI	2,9	2,6	2,3
Chile	2,5	SI	2,7	2,4	2
Colombia	1,4	SI	1,6	1,2	1,4
Costa Rica	SI	SI	1,6	1,4	1,2
Cuba	SI	SI	5	4,9	5,1
Ecuador	1,7	SI	1,5	1,4	1,6
El Salvador	SI	SI	0,8	0,9	1
Guatemala	SI	SI	0,5	0,7	0,7
Guayana Francesa	SI	SI	3,6	3,1	2,8
Guyana	4,3	SI	1,4	2,9	2
Haití	SI	SI	0,8	0,8	0,7
Honduras	SI	SI	4,1	1	0,7
México	SI	SI	1,1	1	1,7
Nicaragua	SI	SI	1	0,9	1,1
Panamá	SI	SI	2,1	2,4	2,4
Paraguay	1,1	SI	0,7	1,2	1,3
Perú	1,5	SI	1,8	1,1	1,5
Puerto Rico	SI	SI	3,2	3,2	3
República Dominicana	SI	SI	2	2,2	1,7
Suriname	3,9	SI	3,9	3,1	3,1
Uruguay	2,7	SI	4,4	2,4	3
Venezuela	2,6	SI	2	0,9	0,9

Fuente: Elaboración propia a partir de la serie Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos (OPS, 2000 y 2014) y Salud en Sudamérica (OPS, 2012) de Organización Panamericana de Salud. SI: sin información.

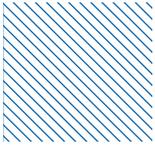


**Cuadro 4: Médicos cada 10 000 habitantes. Países seleccionados de América Latina, 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010.**

País	1990	1995	2000	2005	2010
Argentina	33,3	26,8	30,4	32,1	30
Bolivia	2,9	3,4	3,3	4,9	4,2
Brasil	10,8	12,3	14	16,4	15,1
Chile	4,6	10,8	11,5	9,3	18,2
Colombia	9,2	9,9	9,4	12,7	16,8
Costa Rica	SI	12,7	12,7	20	18,6
Cuba	36,5	51,8	58,2	62,7	68,1
Ecuador	9,6	13,3	14,3	15,4	15,9
El Salvador	SI	9,1	11,8	12,6	23
Guatemala	SI	11	10,3	9,7	7,6
Guayana Francesa	SI	13	13,9	SI	17,5
Guyana	4,1	3,3	2,6	2,2	6,9
Haití	SI	1,6	2,5	SI	2,3
Honduras	SI	SI	8,7	8,5	8,4
México	SI	15,6	15,6	14	22
Nicaragua	SI	8,2	6,2	16,4	8,4
Panamá	SI	11,7	12,1	13,8	14,2
Paraguay	6,6	7,3	4,9	6	16,2
Perú	7,6	9,8	10,3	11,5	10
Puerto Rico	SI	17,5	17,5	22	SI
República Dominicana	SI	SI	19	20	15,3
Suriname	7,4	7,5	5	8,9	10,3
Uruguay	29,3	35,6	43,8	38,7	47
Venezuela	17,4	19,4	19,7	SI	12,3

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Observatorio Regional de Salud (Regional Health Observatory, 2015), Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos (OPS, 2000, 2008, 2009 y 2014) y Salud en Sudamérica (OPS, 2012) de la Organización Panamericana de Salud. SI: sin información.



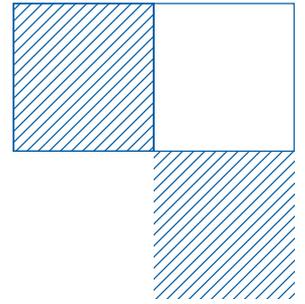


## CONCLUSIÓN

Mientras el sector salud siga enfrentando a las desigualdades como «un problema sanitario», sin que ello signifique el sentirse involucrado en revisar sus propias concepciones teórico-ideológicas que «lo colocan» como sector técnico frente al problema, su acción estará destinada al fracaso y al control social. Esa compleja situación fue y es disimulada tras la apariencia de una ciencia médica sólida y sin cuestionamientos, donde las desigualdades aparecen como objeto de «nuevas» prácticas y/o discursos.

Los habitantes de América Latina merecen y por lo tanto deben exigir el derecho a la salud —el cual excede el campo médico— además del derecho a la atención de la enfermedad, que sí es propio del campo de la salud (Spinelli, 2010). Ello será posible en la medida que podamos inscribir a la sociedad toda en la afirmación que ya figura en la constitución de algunos países de América Latina: el «buen vivir» que toma su terminología del *Sumak Kawsay* propio de la cosmovisión ancestral quechua y está presente en distintos pueblos originarios. El «buen vivir» se contrapone a la idea de «vivir mejor» del complejo de la modernización, expresada a través del progreso que lleva al consumismo y, por ende, la transformación de la salud en una mercancía, además de las consecuencias epidemiológicas señaladas. Esta discusión implica un cambio cultural que exige un aumento de los niveles de ciudadanía y de ampliación de derechos de la mayoría de los habitantes de América Latina, la cual trata de limitarse llevando la discusión a los estilos de vida y los factores de riesgo en vez de procesos sociales, políticas y desigualdades, en una clara maniobra de culpabilizar a las víctimas.

La Patria Grande se debe un pueblo con los mejores indicadores sociosanitarios y para ello es necesario el pleno ejercicio de los derechos sociales que permitan así incluir a los excluidos, y eliminar las desigualdades en un proceso de ampliación de derechos para importantes sectores sociales.



## ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN AMÉRICA LATINA 1995

### Edades

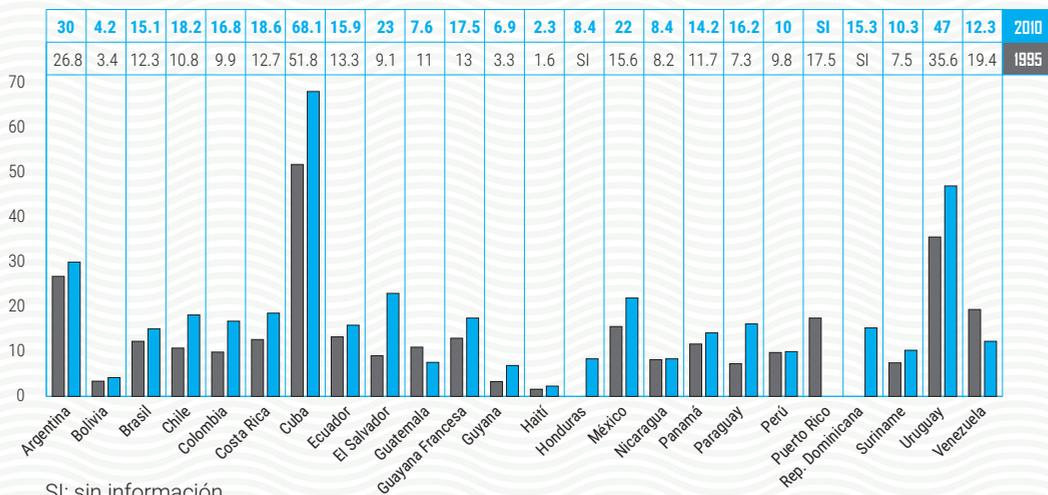
- hasta 70 años
- 71 a 75 años
- 76 años y más
- Sin datos

- 1 Límite del lecho y subsuelo del Río de la Plata
- 2 Límite del exterior del Río de la Plata
- 3 Límite lateral marítimo argentino-uruguayo

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CEPALSTAT.



### Médicos por 10 000 habitantes 1995 y 2010



SI: sin información.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Observatorio Regional de Salud, Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos de la Organización Panamericana de Salud.

## ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN AMÉRICA LATINA 2010

### Edades

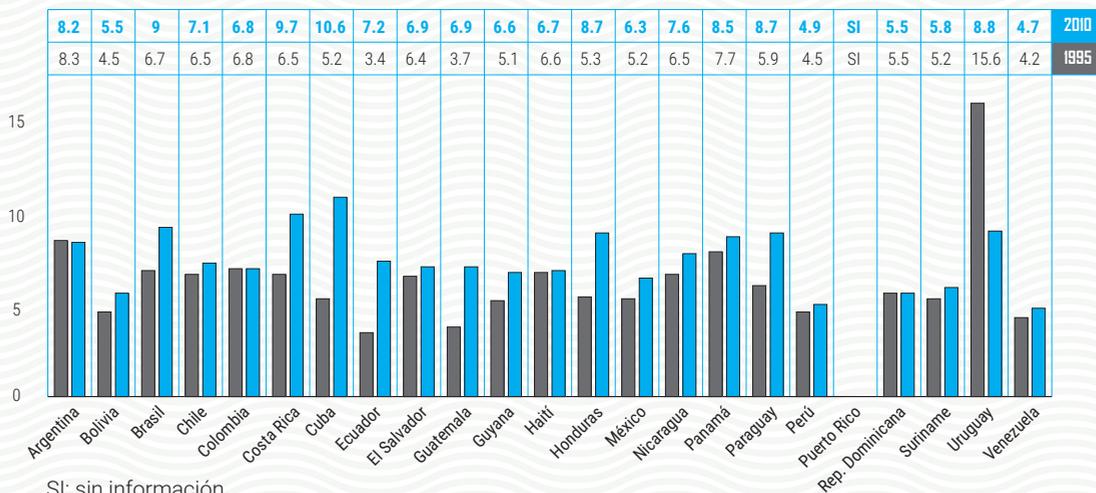


- 1 Límite del lecho y subsuelo del Río de la Plata
- 2 Límite del exterior del Río de la Plata
- 3 Límite lateral marítimo argentino-uruguayo

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CEPALSTAT.



### Gasto en salud: Gasto total en salud como % del PBI 1995 y 2010



SI: sin información.

Fuente: Elaboración propia con base a datos CEPALSTAT.

## BIBLIOGRAFÍA

- Barreto, M. L. (2004). The globalization of epidemiology: critical thoughts from Latin America. En *International Journal of Epidemiology*, 33, 5, pp. 1132-1137.
- Barreto, M. L., Carmo, E. H., Noronha, C. V., Neves, R. B. B., Alves P. C. (1993). Mudanças dos padrões de morbi-mortalidade: uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas. En *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, 3, 1, pp. 127-146.
- Bobbio, N., Matteucci, N. (1985). *Diccionario de Política*. México: Siglo XXI.
- CEPALSTAT (2014). *Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas. Estadísticas e Indicadores. Santiago de Chile: CEPAL-Naciones Unidas. 1990-2014*. Consultado el 10-9-2014 de: [estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB\\_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e](http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e)
- Flexner, A. (1910). Medical education in the United States and Canada. *Bulletin*, 4.
- Gutiérrez, L. H. (1986). *Mendigos y vagabundos*. Buenos Aires: CEAL.
- Menéndez, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Bs.As.: Lugar Editorial S.A.
- ————— (2012). Substancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. En *Salud Colectiva*, 8, 1, pp. 9-24.
- Minayo, M. C. S. (1993). Violência para todos. En *Cadernos de Saúde Pública*, 9, 1, pp. 65-78.
- Molina, G., y Adriasola, G. (1961). *Principios de Administración Sanitaria*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Nario, H. (1986). *El mundo de los crotos*. Buenos Aires: CEAL.
- Omran, A. R. (2005). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. En *The Milbank Quarterly*, 83, 4, pp. 731-757.
- OPS. (1965). *Programación y Salud Pública. Programación de la Salud*, 111.
- — (2002). *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos*. Washington: OPS.
- — (2006). *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos*. Washington: OPS.
- — (2008). *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos*. Washington: OPS.
- — (2009). *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos*. Washington: OPS.
- — (2012). *Salud en Sudamérica Edición de 2012: Panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud*. Washington: OPS.
- — (2012). *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos*. Washington: OPS.
- — (2013). *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos*. Washington: OPS.
- — (2014). *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos*. Washington: OPS.
- Regional Health Observatory Databases. (2015). *Health Indicators by Countries and years (Interactive data table)*. Washington: Pan American Health Organization. 1990-2014. Consultado el 15-6-2015 de: [ais.paho.org/phis/viz/indicatorsbycountryandyears.asp](http://ais.paho.org/phis/viz/indicatorsbycountryandyears.asp)
- Rousseau, J. J. (2006). *Discursos sobre la desigualdad entre los hombres; Discurso sobre si el restablecimiento de las ciencias y el arte han contribuido a depurar las costumbres*. Buenos Aires: Claridad.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. En *Salud Colectiva*, 6, 3, pp. 275-293.



Colectivo Político Ricardo Carpani, *Mural Salud preventiva*,  
Villa 1-11-14, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2015.  
Técnica: pintura látex acrílico.