

DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

COMPILACIÓN DE NOTAS SOBRE SALUD PÚBLICA, POLÍTICA Y JUSTICIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Por Carlos Bustíos Romaní



(VOCES EN SALUD PÚBLICA — CONTRIBUYENDO AL PENSAMIENTO ...)

<https://vocesensaludpublica.blog>

Lima, septiembre 2021

Compilación de notas sobre salud pública, política y justicia en tiempos de pandemia. (Voces en salud pública – Contribuyendo al pensamiento...) / Bustíos Romaní, Carlos -- Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública; 2021.

87 p.; ilus.

HISTORIA DE MEDICINA / SALUD PÚBLICA / POLÍTICA DE SALUD / JUSTICIA SOCIAL / SISTEMAS DE SALUD / IMPACTOS DE LA SALUD / PANDEMIAS / CORONAVIRUS

**“Compilación de Notas sobre Salud Pública, Política y Justicia en Tiempos de Pandemia”
(Voces de Salud Pública – Contribuyendo al Pensamiento...)**

Autor: Carlos Bustíos Romaní, Sanitarista, Docente Extraordinario Experto de la Facultad de Medicina de la UNMSM.

Apoyo en diseño y diagramación: Alicia Ríos Terrones de Terranova, Minsa.

©UNMSM, septiembre 2021

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública
Av. Miguel Grau N° 755, Cercado de Lima
Lima 01, Perú

Primera edición, septiembre 2021

CONTENIDO

	<u>Pág.</u>
INTRODUCCIÓN	4
1. NOTAS SOBRE SALUD PÚBLICA	5
1.1. La Salud Pública en una sociedad en crisis	5
1.2. Sobre una Reforma en Salud fallida en el Perú (1985-1987).	14
1.3. La Salud Pública en tiempos de pandemia	24
1.4. Sustentación de la Salud Pública en tiempos de pandemia	31
1.5. Medicina tradicional peruana y Salud	40
2. POLÍTICA Y JUSTICIA SOCIAL EN SALUD PÚBLICA	50
2.1. Pascal y poder en tiempos de pandemia	50
2.2. Recordando a Maquiavelo en una situación de crisis política sanitaria	54
2.3. Utopía, dignidad y derechos humanos en tiempos de pandemia	63
2.4. Justicia social en tiempos de pandemia	70
3. MEMORIA INSTITUCIONAL	80
3.1. Antecedentes y primeros años del DAPMySP	80

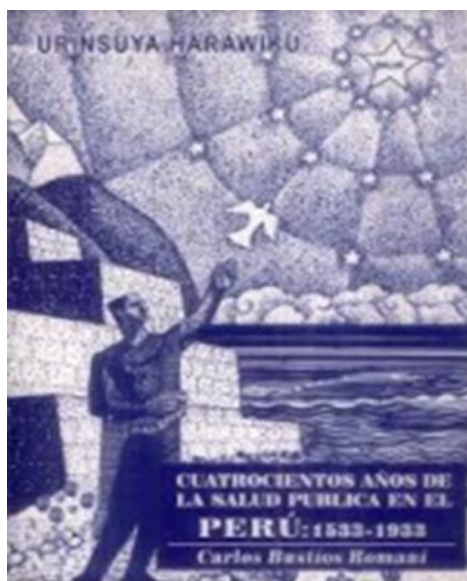
INTRODUCCIÓN

El director del Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública (DAMPySP) de la Facultad de San Fernando, mediante un comunicado del 18 de agosto de 2020, comunica al personal docente del Departamento sobre el lanzamiento del blog VOCES EN SALUD PÚBLICA. En dicha comunicación, el Dr. Max Cárdenas Díaz informó que el Comité de Gestión del Departamento aprobó la publicación virtual del Blog ‘como un órgano de difusión del DAMPySP, comunicando que la coordinación del blog, está a cargo de un Comité integrado por los colegas Lucy López Reyes, Adriel Olórtégui Yzú y Luis Robles Guerrero, autores de la propuesta original.

Actualmente, Voces en Salud Pública es un espacio de difusión del aporte colectivo de los profesores del DAMPySP a la comprensión y el debate de los problemas relacionados a la teoría y la práctica sanitaria. El objetivo inmediato de Voces es constituirse en un medio de comunicación que permita a los profesores del DAMPySP y profesionales de la salud, compartir e intercambiar ideas con la comunidad académica y científica del país, con el fin de fortalecer y hacer crecer al Pensamiento Salubrista del Perú.

El que escribe estas páginas, ha compilado, ordenado y – a veces corregido – las notas que, habiendo sido presentadas a los responsables de dicho Blog, han sido publicadas en este año del bicentenario y de la pandemia. Notas en las que se presentan, para su debate crítico en aquel intercambio de ideas, algunas reflexiones y comentarios personales – no siempre ortodoxos – sobre tres temas: salud pública; política y justicia social en salud pública; y, memoria institucional.

1. NOTAS SOBRE SALUD PÚBLICA



**URINSUYA HARAWIKU:
“Los del pueblo de abajo salud al mañana”**

1.1. LA SALUD PÚBLICA EN UNA SOCIEDAD EN CRISIS

INTRODUCCIÓN

El Blog *Voces en Salud Pública* es un espacio de difusión del aporte colectivo de los profesores del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de San Fernando, a la comprensión y el debate de los problemas relacionados a la teoría y la práctica sanitaria. Espacio de difusión que tiene un antecedente fechado en diciembre de 1998, cuando se publicó en la revista *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol,59, N.º 4) una Sección Especial, denominada *Salud Pública en el Perú: un Reto a la Imaginación*. Sección editada por el Dr. Jorge O. Alarcón y que contenía cinco artículos sobre la salud pública. Uno de ellos, era el denominado *La Salud Pública al Final del Siglo XX*, redactado con la pretensión de discutir “las tendencias actuales de la Salud Pública desde una perspectiva histórica, social y política”, dentro del marco conceptual sustentado por la teoría de la acción comunicativa del filósofo y sociólogo alemán Jürgen Habermas.

Más de dos décadas después de la redacción de ese artículo he creído conveniente volver a socializar, a través de este Blog, varios párrafos del mismo, en tanto considero que su contenido mantiene su validez en el debate actual sobre la necesidad de una reforma sustantiva de la práctica de la Salud Pública, cuyas características correspondan a las crecientes exigencias ciudadanas de un cuidado de la salud colectiva eficaz, equitativa y solidaria. Debate que se ha reiniciado en el contexto de una sociedad peruana en crisis económica y política, agravada por los efectos de la pandemia y de la corrupción aún no controlados.

CONSIDERACIONES PREVIAS

Jürgen Habermas es uno de los filósofos y sociólogos vivos más importantes de la actualidad. Heredero de la tradición filosófica de la Escuela de Frankfurt, sintetiza y asimila diversas corrientes filosóficas proponiendo una nueva teoría de la acción social. Filosofía y teoría estrechamente relacionadas en su obra, en la medida en que han sido sus inquietudes políticas y sociales las que le han obligado a reflexionar sobre la racionalidad y a proponer un modelo discursivo de razón (racionalidad comunicativa) que sirve de fundamento para las diversas disciplinas científicas, pero que determina también un nuevo concepto de sociedad, replanteando con ello la ética, la política y el derecho. Esta teoría es, en realidad, una teoría global de la sociedad sobre el origen, la evolución y las patologías de la sociedad. Para definirla, abandona el programa de la filosofía de la conciencia o del sujeto y se ubica en el de la intersubjetividad comunicativa o del entendimiento lingüístico. De acuerdo a este nuevo programa hace una crítica de las limitaciones de las sociologías comprensiva y sistémica para proponer un nuevo concepto de “sociedad”.

Sociedad desde la perspectiva de la sociología comprensiva

En opinión de Habermas, desde la perspectiva de la sociología comprensiva (Max Weber) la sociedad es coextensiva al “mundo de la vida”, es decir al mundo cotidiano. Con este concepto se hace referencia a una colectividad social construida por las acciones de los individuos a partir de tradiciones culturales comunes, y que es caracterizada por la percepción directa, la práctica material y la sociabilidad. Son ejemplos de esta forma de actuar las interacciones de los miembros de la familia, amigos y vecinos, aunque también el debate y la participación democrática en el espacio público. En este “mundo de la vida” los sujetos actúan sobre la base de alguna forma de consenso intersubjetivo implícito o explícito acerca de normas, valores y fines; consenso que se predica en términos de habla y de interpretación lingüística.

Es el mundo de la “integración social”, donde lo que vincula a los individuos socializados y asegura la integración de la colectividad es una red de acciones comunicativas de cooperación, orientadas al entendimiento. Acciones que tienen una racionalidad garantizada en las tradiciones culturales y los valores éticos internalizados en la colectividad, y utilizan como medios de coordinación y control social la influencia del prestigio y el compromiso valorativo.

Sociedad desde la perspectiva de la sociología sistémica

Desde la perspectiva funcionalista de la sociología sistémica (Talcott Parsons), la sociedad es un “sistema”. Este concepto hace referencia – según Habermas – a una sociedad cuyos miembros se relacionan no solamente a través de acciones orientadas al entendimiento mutuo, sino también a través de relaciones funcionales no lingüísticas de cooperación y de control que no son pretendidos y que la mayoría de veces no resultan perceptibles dentro del horizonte del mundo de la vida. En las sociedades modernas las relaciones sistémicas más importantes de control o de “regulación no normativa” son el

“mercado” (lo económico) y el Estado (lo político), coordinados a través de mecanismos instrumentales (orientados al éxito material) que son el dinero y el poder.

El concepto “sistema” social hace referencia, entonces, a todos los modos en que se coordinan entre sí las acciones de los individuos a través del “entrelazado funcional de consecuencias inintencionadas, mientras que cada acción es determinada por cálculos hechos en interés propio y orientadas a maximizar la utilidad” (integración sistémica). Acciones que tienen una racionalidad garantizada en la riqueza y en la coerción, y que utilizan como medios de coordinación y control social el dinero y el poder.

Sociedad desde la perspectiva de Habermas

Habermas plantea un concepto de sociedad articulado en dos niveles que comprenda al mismo tiempo los conceptos de “sistema” y de “mundo de vida”. Siendo necesario señalar que el análisis del autor, formulado desde la teoría de la acción comunicativa, acentúa que la cuestión teórica de ¿cómo es posible el orden en la sociedad? remite a la cuestión de ¿cómo se coordina la acción? de (por lo menos) dos participantes en una interacción. Sobre este presupuesto, mundo de la vida y sistema social son dos dimensiones institucionales que corresponden a dos formas básicas de coordinación de la acción: la integración social y la integración sistémica. Formas que integran ideas e intereses que permiten ordenar las oportunidades legítimas de satisfacción y realización de las necesidades humanas.

Habermas enfatiza las diferencias entre “integración social” e “integración sistémica”: la primera se centra en las orientaciones normativas de la acción en el mundo sociocultural de la vida cotidiana, en tanto que la segunda opera atravesando dichas orientaciones utilizando otros mecanismos de carácter funcional. En el primer caso, el conjunto de acciones queda integrado a través de un consenso asegurado normativamente, o por medio de un consenso alcanzado por el diálogo; en el segundo, por medio de un control no normativo de decisiones particulares carentes subjetivamente de coordinación. Por ejemplo, el mercado es uno de los mecanismos de “integración sistémica” que estabiliza redes de acción no pretendidas por los actores, mecanismos que se establecen mediante un entrelazamiento funcional de los “resultados” o “consecuencias” económicas de la acción, mientras que el mecanismo de entendimiento, propio de la integración social, se limita a armonizar entre sí las “orientaciones” normativas de acción de los participantes.

Iniciando la sustentación de su propuesta específica, Habermas advierte sobre las limitaciones de aquellas sociologías. En el sentido, que si entendemos la integración de la sociedad exclusivamente como “integración social” estaremos optando por una estrategia conceptual que concibe a la sociedad como equivalente al mundo de la vida, aceptando tres ficciones: la autonomía de los actores con respecto a lo económico y lo político; la independencia de la cultura; y la transparencia del diálogo o comunicación. Pero si, por otro lado, entendemos la integración de la sociedad exclusivamente como “integración sistémica” estaremos optando por otra estrategia conceptual, también

limitada, que presenta a la sociedad según el modelo de un sistema autorregulado, es decir un tipo especial de sistema biológico.

Para superar esas limitaciones, Habermas utiliza ambos conceptos como elementos polares de su concepción de una sociedad que se estructura respondiendo a esas dos formas de integración; aunque distinguiendo entre la racionalización del mundo de la vida y el aumento de la complejidad de los sistemas sociales. Es decir, el concepto de mundo de la vida, le sirve de complemento para el análisis de la acción social y lo trata como contexto donde se desarrollan las relaciones que el mundo de la vida tiene con el mundo objetivo y desde estas relaciones actor-mundo, enfoca la pragmática comunicativa para situaciones comunes de definición de acciones. Precizando, que “la sociedad es una entidad que el curso de su evolución se diferencia lo mismo como sistema que como mundo de la vida”.

Finalmente, Habermas señala que, en la modernidad, tanto el sistema como el mundo de la vida, deben estructurarse comunicativamente para poder superar la racionalidad meramente instrumental (éxito material). Sólo así, se podría construir el sentido social capaz de hacernos más humanos para lograr reconstruir una racionalidad práctico-moral (entendimiento) que neutralice el dinero –como medio de control sistémico– y el poder del Estado como única capacidad de acción colectiva, como fuente de sentido social.

LA SALUD PÚBLICA AL FINAL DEL SIGLO XX (PÁRRAFOS)

La Sociedad al Final del Segundo Milenio

En la *Teoría de la acción comunicativa* de J. Habermas, se argumenta que la dinámica de las sociedades modernas se caracteriza por presentar algunas tendencias generales como: el “*desenganche*” entre el mundo de la vida y las estructuras de reproducción económica y del poder que se autonomizan y se configuran como sistemas autorregulados (subsistema económico y subsistema político), así como el sometimiento del mundo de la vida por el sistema social global. En este contexto, las formas de coordinación intersubjetiva de la acción social orientadas al entendimiento ceden espacio y, en gran medida, quedan subyugadas por las formas instrumentales y estratégicas de coordinación que los subsistemas económico y político realizan. Es decir, las acciones orientadas al entendimiento y que utilizan como criterios de racionalidad la consistencia moral y el asentimiento consensual retroceden y quedan subordinadas a las acciones orientadas al éxito material que utiliza como criterios de racionalidad la rentabilidad económica y el dominio político. Las acciones orientadas al entendimiento tienen una racionalidad garantizada en las tradiciones culturales y los valores éticos internalizados en la colectividad, y utilizan como medios de coordinación y control social la influencia del prestigio y el compromiso valorativo. De manera muy distinta, las acciones orientadas al éxito material tienen una racionalidad garantizada en la riqueza y en la coerción, y utilizan como medios de coordinación y control social el dinero y el poder.

Al final de este milenio, los hechos están validando la teoría de Habermas. Estamos viviendo en un nuevo mundo donde coexisten, por un lado, procesos de globalización y concentración del dinero y del poder, y por otro, procesos de profundización de desigualdades entre los hombres y de globalización de la desocupación, la pobreza y la violencia. Mundo que desde la segunda mitad de la década de los setenta está sometido a una profunda reorganización para consolidar estructuras económicas y políticas que, actualmente, recrean sociedades que marginan y acostumbra, al hacerla cotidiana, a la marginación, así como devalúan las tradiciones culturales. En el centro de tal reorganización está el proyecto de desarrollo neoliberal, con su concepción individualista del ser humano, su racionalidad instrumental y sus propuestas de integrar la sociedad en función del *"libre mercado"*, a través de una mercantilización y privatización de todos los procesos sociales que puedan ser compatibles con los intereses privados y una moral egoísta o pragmática. Por el alto costo social de la instrumentación del proyecto, su legitimación es un aspecto esencial de esta reorganización. En este sentido, por un lado, se argumenta que dicho proyecto es el único camino viable para el *"desarrollo del capital humano y del capital social"* en el largo plazo; y por otro, se trata de inducir a un cambio de los valores internalizados y de las normas vigentes en la sociedad, para que éstos legitimen - antes que a las demandas sociales para satisfacer necesidades actuales de la población - a los requerimientos materiales del proyecto neoliberal.

La Reforma de los Sistemas de Salud al final del Segundo Milenio

Al final del segundo milenio, en los países de América del Sur, la política de salud está totalmente subordinada a la política económica, que se ha constituido en el eje central de los proyectos nacionales de desarrollo. Además, el Banco Mundial, entidad financiera, comanda la asignación de recursos de la Cooperación Externa en el campo de la Salud y se ha convertido en el principal referente teórico de las reformas de los sistemas nacionales de salud. Por ende, los Ministros de Economía lideran la acción gubernamental y los economistas imponen su saber, de manera autoritaria, en los sectores sociales y en la práctica de la Salud Pública. Liderazgo y autoritarismo que someten a una debilitada autoridad política sectorial; no consideran los saberes de otros profesionales, e ignoran la racionalidad y la visión de otros actores sociales que actúan en el campo de la atención integral de la salud.

En esa situación, nadie puede negar que los procesos de reforma del sistema de salud en los países de la Región se realizan en función de la lógica económica de una reforma del Estado que está privatizando sus estructuras y procesos para adecuarse a los requerimientos del proyecto neoliberal, bajo la tutoría de organismos financieros internacionales. No puede sorprender entonces, que se siga recortando los alcances del derecho a la salud, partiendo de la premisa de la imposibilidad o inconveniencia de incrementar el gasto público en salud - históricamente insuficiente en América Latina - y se insista en que las autoridades sectoriales de salud deban limitarse a reformas orientadas a garantizar el mejor uso de los escasos recursos existentes y a incrementar el apoyo financiero no gubernamental. Para esto último, se están creando las condiciones

para convertir al Sector Salud como un ámbito directo y legítimo de lucro y acumulación económica, antes que un campo de satisfacción de una necesidad básica y de acumulación del bienestar y la calidad de la persona humana.

En el discurso oficial de las autoridades políticas a cargo de la conducción de los procesos de reformas comentados, se insiste en que tales cambios están orientados hacia el logro de mayores niveles de eficiencia para una mayor efectividad, equidad y calidad en la atención de la salud. Sin embargo, la evaluación de los resultados de esos cambios muestra que cuando se ha logrado aumentar la eficiencia técnica de la atención, los efectos más persistentes son: el incremento de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud de calidad y la mayor insatisfacción de los usuarios por la efectividad y la calidad de dichos servicios.

En nuestro entender, la explicación de los resultados insatisfactorios de las reformas en la Región se encuentra en las restricciones contextuales impuestas – en el curso de la búsqueda preferente de la eficiencia – a los avances de la universalidad, la equidad, la integralidad y, especialmente, de la democratización de la atención de la salud. Restricciones derivadas de la aplicación unilateral de una lógica de la acumulación económica y, en consecuencia, de una racionalidad esencialmente instrumental.

Los actores sociales teñidos con el *"ideologismo"* neoliberal, están convencidos de que los servicios de salud son *"mercancías"* y que el *"libre juego de la demanda y oferta"* es, en el largo plazo, *"el mejor mecanismo para regular la producción y el consumo equitativo"* de dichas mercancías. Por ello, cuando comentan esos resultados y el alto costo de la reforma, no los atribuyen al núcleo económico de ésta, sino al supuesto hecho de que no es suficientemente liberal. En consecuencia, no buscan nuevos caminos basados en el consenso interdisciplinario, sino que persisten en reelaborar normas jurídicas y redefinir conceptos tecnológicos y preceptos éticos, con el fin de construir y hacer hegemónico, en el mundo cotidiano y en el mundo académico, un marco conceptual normativo, de acuerdo con el cual sería imposible o incorrecto pensar y argumentar en favor de propuestas contrarias a una racionalidad que entiende al beneficio económico como un fin en sí mismo.

En ese escenario ideologizado, los conceptos de solidaridad, igualdad y justicia social, que emergieron en la modernidad, son redefinidos o dejan de estar presentes en el espacio de discusión pública y ceden lugar, también redefinidos, a los de eficiencia, equidad, calidad, libre elección y competitividad, entendidos éstos como condiciones necesarias para una supuesta *"modernización"*, otro concepto sometido a una redefinición, que pretende entenderlo como equivalente al de *"privatización"*. Todos los conceptos y todas las normas que no corresponden a las ideas neoliberales son considerados como *"obsoletos"* o *"populistas"* y tienen que ser abandonados o redefinidos.

COMENTARIOS FINALES

En América del Sur, los resultados insatisfactorios de las reformas de los sistemas de salud siguen siendo justificados por las autoridades políticas, con la afirmación de que son temporales y parte de un costo social ineludible para instrumentar el proyecto neoliberal, único camino viable para el desarrollo humano. Sin embargo, cada vez es más difícil argumentar la validez de la parte esencial de esta afirmación. Hay señales que la sostenibilidad y el crecimiento del sistema neoliberal globalizado están amenazados por las crecientes desigualdades, la devaluación de principios morales y jurídicos surgidos en la modernidad, el marcado desequilibrio entre los poderes mundiales, y el aumento de la población que se siente marginada de dicho sistema. La mayor parte de especialistas en el tema, coinciden en sostener que dicho sistema no podrá continuar con su evolución actual y los más radicales, consideran que se desplomará si no elimina o controla esas amenazas.

El capitalismo fortalecido que surgió tras el colapso de la Unión Soviética no ha producido ninguna ideología orientadora sino un *"ideologismo"* neoliberal que, asumiendo *"el penoso realismo del mercado"*, privilegia un individualismo egoísta y promueve la avaricia y la prepotencia de los *"triunfadores"*. *"El principio ético que directamente justificaría la distribución de la renta en una sociedad libre de mercado es el siguiente: a cada uno, según lo que él y los instrumentos que él posee producen"* (Friedman, Milton. "Capitalismo y Libertad", 1962). En un mundo donde el empleo adecuado es cada vez más escaso e inestable, el trabajador debe soportar el recorte de sus derechos para disminuir los *"sobrecostos laborales"* que, supuestamente, limitan la competitividad de la empresa. En la perspectiva de los países en desarrollo y de los trabajadores ha surgido el *"globalitarismo"*. Un ejemplo de ello, es el intento de algunos países poderosos de aplicar sus legislaciones nacionales en el plano internacional.

En las circunstancias del replanteamiento futuro del proyecto de desarrollo sociopolítico actualmente dominante, cualquier propuesta de reforma de la práctica de la Salud Pública - con pretensión de eficacia, rectitud y veracidad - tiene que ser concordante, a nuestro entender, con la existencia de condiciones contextuales y sanitarias que a continuación se enumeran:

1ª. Los derechos humanos y, en particular, las exigencias internas de libertad, justicia y solidaridad se mantienen, de manera auténtica, como valores éticos supremos de la moralidad que contienen y expresan la dignidad humana. Los principios de la meta norma moral han sido traducidos a normas morales concretas mediante la deliberación práctica. Se acepta que esta traducción es falible, por consiguiente, ha de realizarse a través de una deliberación conjunta y leal entre sujetos, en el curso de la cual se pueden consensuar la validez de las diversas propuestas normativas, en un contexto histórico social dado. Propuestas que en el campo particular de la atención de la salud de la población deben cumplir los siguientes requisitos:

- universalidad y libertad en el acceso a los servicios de salud;
- equidad en la asignación de los recursos y en la distribución los servicios de salud;
- integralidad en la organización y prestación de servicios de salud;
- eficiencia técnica en la gestión y uso de los recursos asignados;
- solidaridad social y generacional en el financiamiento de la atención de la salud;
- carácter participatorio, para garantizar el cumplimiento de los requisitos anteriores.

2ª. El Estado existe como un conjunto de instituciones sociales que establece un orden en un territorio determinado que respalda con una garantía coercitiva centralizada. El Estado y el mercado son necesarios para la sociedad y ambos son recíprocamente dependientes y complementarios. Si bien la actividad económica es imposible sin un marco institucional estable, una sociedad con mercados débiles carece de dinamismo económico. Además, en la actualidad, las políticas globales y sectoriales necesitan una nueva forma de interacción de los actores públicos y privados en los diversos ámbitos.

3ª. Desde un punto de vista normativo, un objetivo principal de aquel Estado es lograr la integración del conjunto de la sociedad en el desarrollo, en el sentido más amplio del concepto. El pacto social que origina toda la institucionalidad pública sólo tiene sentido como un factor de mejoramiento del conjunto social. De lo anterior, se infiere la preocupación particular por quienes son menos favorecidos por el libre juego de las fuerzas del mercado. En consecuencia, corresponde a una institucionalidad democrática impedir la captura del Estado por intereses corporativos o sectoriales y mantener una clara separación entre los intereses generales y los particulares. Un papel esencial de la institucionalidad estatal es el de asegurar el Estado de Derecho en general. Al mismo tiempo, uno de los aspectos institucionales más importante es el de la regulación del mercado.

4ª. Procesos políticos y sociales gobernables, es decir, que tengan un curso preestablecido para la articulación de propósito orientados al desarrollo humano, y la resolución de conflictos que aparezcan en dicho curso. Los programas de reforma y los consecuentes cambios institucionales, así como las propuestas para anticipar situaciones críticas, precisan de un apoyo político y social sostenido en sus diversas fases. Para ello se necesitan esfuerzos permanentes para analizar, en conjunto, los argumentos de los distintos actores sociales y plantear opciones jerarquizadas de políticas de consenso, eficaces y eficientes. Es decir, se necesita definir acciones políticas de carácter comunicativo, en los términos definidos por Habermas.

5ª. Los procesos de concertación, como propios de una acción comunicativa, suponen la existencia de una serie de factores en cuanto a la participación leal y responsable de los actores sociales en la elaboración y toma de decisiones de políticas públicas. Por otra parte, los acuerdos de concertación deben procesarse institucionalmente, para evitar que las instituciones democráticas queden reducidas al papel de instancias de mera ratificación de lo acordado. Junto al impulso de los acuerdos, se requiere generar

escenarios que permitan encausar y negociar conflictos e intereses contradictorios; de otro modo el consenso se puede convertir en su propio enemigo al intentar reemplazar la dinámica social por las negociaciones de las cúpulas. Para que la concertación se considere como un ejercicio legítimo y conveniente, debe atender a los diversos intereses y partes; en este sentido conviene más regular y negociar que ignorar los grupos de presión.

6ª. La "salud" y la "enfermedad" son entendidas como fenómenos inherentes a la vida misma. La muerte es la negación de ambos. Sin salud no hay seguridad de la supervivencia; no hay posibilidad de desarrollar capacidades y potencialidades productivas y sociales; no hay posibilidad de participar activamente, como individuo y como ser colectivo, en la vida social; no hay libertad ni ciudadanía plena. La salud humana es, así, una necesidad básica de carácter biosocial que va más allá del planteamiento de la salud como un derecho sancionado jurídicamente.

7ª. La definición de políticas específicas concertadas para tratar problemas de alta complejidad, como son las que enfrenta la Salud Pública, exige la existencia previa de políticas generales y sectoriales concertadas que sirvan de marco de referencia para un trabajo interdisciplinario en esa área específica, con la participación de todos los actores sociales relevantes. Los responsables de este trabajo, una vez que estén ubicados y contextualizados, deberán buscar, con un enfoque prospectivo y dentro del marco político general y sectorial concertado, opciones de respuestas racionales a una serie de interrogantes sobre los diversos problemas del conocimiento y de la acción en las distintas dimensiones de dicha área. El ordenamiento sistemático de dichas respuestas constituirá una Agenda de Trabajo para llegar a acuerdos sobre *"lo que es necesario y posible hacer"* en el país para el desarrollo efectivo de la Salud Pública.

Con relación a la viabilidad futura de estas últimas siete condiciones, nos parece importante citar al pensador Paulo Freire, cuando decía *"Como un ser inconcluso y consciente de su inconclusión, el hombre es un ser de la búsqueda permanente. No podría haber hombre sin búsqueda, de la misma forma como no habría búsqueda sin mundo... esta búsqueda implica un sujeto, un punto de partida, un objetivo... Nadie puede buscar solo. Toda búsqueda en aislamiento; toda búsqueda que se haga por intereses personales o de grupo, necesariamente es búsqueda contra los demás. Solamente en comunión es auténtica"*.

REFERENCIAS

Las referencias bibliográficas utilizadas que sustentan los párrafos transcritos `pueden ser encontradas en la página 320 de la Revista *Anales de la Facultad de Medicina UNMSM*, Vol., 59. N.º 4, 1998.

1.2. SOBRE UNA REFORMA EN SALUD FALLIDA EN EL PERÚ (1985-1987)

INTRODUCCIÓN

La crisis de la COVID-19 ha exacerbado la vulnerabilidad de quienes menos protecciones gozan en la sociedad peruana, y está poniendo de relieve las profundas desigualdades económicas y sociales y las graves deficiencias del último de los modelos de reforma de sistemas nacionales de salud que históricamente se han aplicado, sin éxito, en nuestro país. Desigualdades y deficiencias que exigen, ahora más que nunca, una nueva reforma del sistema de salud nacional, con el fin de que pueda estar en condiciones de asegurar respuestas eficaces, justas y solidarias a los problemas de la salud de la población. Respuestas que, además de ser las más apropiadas para la superación de la actual situación pandémica, constituyan las bases de la construcción democrática de un sistema nacional de salud que haga efectiva la realización del derecho de salud para todos en las futuras circunstancias post-pandémicas.

Sin embargo, es necesario advertir al respecto que los testimonios, y los estudios de los historiadores y sanitaristas peruanos, coinciden en validar la afirmación de que las distintas políticas de reforma de los sistemas oficiales de salud en nuestro país desde el año 1978, nunca fueron aplicadas de la manera establecida en las normas que las legitimaron, por razones estructurales y coyunturales tanto sectoriales como contextuales. Los hechos evidenciaron y siguen evidenciando la existencia de grandes limitaciones y restricciones políticas, económicas y culturales que impidieron la realización efectiva de los objetivos reformistas en salud, en circunstancias que se pretendía alcanzarlos sin afectar en lo esencial la estructura del *statu quo* social, heredado desde la colonia. Hace apenas seis años, Efraín Gonzales de Olarte, economista e investigador peruano, comentaba:

“Cuando la desigualdad de ingresos, de riqueza y de capacidades humanas es grande y persistente, se generan condiciones propicias para su aprovechamiento hacia fines políticos particulares y, sobre todo, para mantener el *statu quo* social. El detonante para que esto suceda es la pérdida de valores morales y del significado ético sobre el uso de los bienes públicos, el sentido de la equidad y sobre los recursos del Estado. Esto es lo que va ocurriendo en el Perú de los últimos años, el peligro es que podríamos estar convirtiéndonos en un país donde el ‘todo vale’, nos llevará a un país que no vale” (E. Gonzáles Olarte, marzo 2015).

Con el propósito de ejemplificar la validez de lo expresado en los párrafos anteriores, presentamos, en estas notas, testimonios y comentarios sobre las razones del fracaso de uno de esos modelos de reforma en salud, en el contexto nacional de 1985-1987. Modelo que, sin embargo, había sido diseñado por uno de los más destacados sanitaristas latinoamericanos, el peruano David Tejada de Rivero, nominado en el año 2002 por la OPS/OMS como uno de los “héroes de la salud pública en las Américas”. Como es conocido, el doctor Tejada de Rivero en representación de la OMS, fue uno de

los dos organizadores de la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata*, efectuada del 6 al 12 de septiembre de 1978, junto con el doctor Nye Nye del UNICEF.

LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ 1985-1987

La política nacional de salud formalizada en 1985

En marzo de 1985 Alan García anuncia – durante su gira en Europa como presidente electo –su primera designación de Ministro de Estado: el Dr. David Tejada, como ministro de salud. Éste había aceptado tal designación, renunciando a su alto cargo de Subdirector General de la OMS, en Ginebra; regresando al Perú después de residir 15 años en el extranjero, desempeñando con éxito altos cargos internacionales en el campo de la salud pública. Su designación como ministro se había efectuado sin conocimiento de la Asociación Nacional de Médicos Apristas (ANDEMA).

David Tejada de Rivero, al asumir el cargo del ministro de salud del primer régimen gubernamental aprista en la historia del Perú, inició la difusión de sus ideas sobre una “Política Nacional de Salud” (PNS), que tenía como estrategia la “democratización de la salud” y como objetivo final la “salud para todos”. Estrategia que recogía los elementos fundamentales de la Declaración y de las Recomendaciones de Alma Ata, resumidos en los siguientes términos: “Hacer que la atención de la salud llegue en forma integral y permanente a todos los peruanos; acortar las tremendas e injustas diferencias que existen en la situación de salud, entre una minoría privilegiada y las grandes mayorías abandonadas; reorientar los recursos financieros y humanos que la sociedad asigna para el cuidado de la salud del pueblo, en forma tal, que su distribución sea equitativa –dar más a los que tienen menos –; facilitar la participación del pueblo, como objeto y sujeto de los propósitos de todo el quehacer de la salud, de tal modo que sea el pueblo mismo el que maneje, supervise y controle el sistema de salud”. (D. Tejada, 1985, p. 16).

El contenido primigenio y transformador de la política propuesta por Tejada aparece en el folleto publicado por el MINSA en septiembre de 1985, *Política Nacional de Salud* (PNS), donde se presentan y se sustentan los “Siete Lineamientos de Política Nacional de Salud” que, luego, de ser debatidos y aprobados por todos los grupos políticos son formalizados por el Congreso por la Ley 24305. A través de la cual se delega al Poder Ejecutivo la facultad de dictar mediante Decretos Legislativos, la *Ley Orgánica del Sector Salud* y sus leyes complementarias, que permitan la puesta en práctica de los lineamientos que constituyen la PNS.

1. Movilización y participación del pueblo organizado en todos sus estratos y a todos los niveles del sistema de salud.
2. Descentralización efectiva de los servicios de salud, con delegación de autoridad y de responsabilidad hasta el establecimiento del nivel local más periférico.
3. Acciones intersectoriales en el campo de la salud.
4. Desarrollo de nuevos enfoques para el enfrentamiento de los problemas de salud.
5. Reordenamiento del Sector Salud y sus instituciones.
6. Rol rector del ministro, del Ministerio de Salud en el Sector Salud.

7. Salud para todos como el objetivo final del Sector Salud, con prioridad en los sectores más pobres y vulnerables.

En ese mismo folleto, Tejada se cuida en señalar que son, por lo menos, cuatro las condiciones básicas que deberán desarrollarse, tanto a nivel de las instituciones del Sector Salud, como del conjunto de trabajadores de salud, para que esos lineamientos de política puedan cumplirse con éxito:

- Unidad de Doctrina en el campo de la salud.
- Compromiso con el Pueblo.
- Moralidad efectiva a todos los niveles.
- Mística y fe de los trabajadores de salud y del pueblo en general.

Dudas iniciales sobre la viabilidad de la PNS

Esos lineamientos fueron socializados y defendidos con éxito por el mismo ministro, desde su regreso al país en junio de 1985 – en distintos escenarios políticos, gremiales y académicos – alcanzando un rápido y amplio consenso sobre su pertinencia e importancia, así como el inicial apoyo de la Izquierda Unida, principal movimiento político de oposición al gobierno. No obstante, en el mes de septiembre del mismo año, comenzaron a expresarse en la prensa nacional dudas sobre su viabilidad política. Entre ellas, las del pedagogo Carlos Castillo Ríos y las del médico Eduardo Zárate Cárdenas, profesor de la UNMSM, que son citados a continuación:

“Pero, nos asalta una duda: se lo permitiremos (la realización de la Reforma) los peruanos ¿Quién o quiénes sabotearon la reforma de la salud en la época de Velasco? (...) ¿Será fácil vencer a las transnacionales del fármaco y a las oligarquías médicas? (C. Castillo, *La República*, Lima, 3 de septiembre de 1985).

“¿Es compatible el proyecto Tejada con las posiciones de la izquierda médica? ¿Es posible la democratización de la salud y la participación popular en los niveles ejecutivos de base? Un aparato partidario gobiernista, con luchas internas, ¿es capaz de llevar a una Política Nacional de Salud con un ente rector de parte del Ministerio de Salud? ¿Se puede afirmar un Proyecto de Medicamentos solo basado en la sensibilidad de las empresas transnacionales? (E. Zárate, *La República*, Lima, 9 de septiembre de 1985).

La reforma de la salud durante la gestión de Tejada

Desde el inicio de la gestión de Tejada como ministro de salud se produjeron grandes cambios normativos y organizativos en el sector salud que pretendían impulsar los procesos de desburocratización, descentralización y participación comunitaria, como medios para el logro del gran objetivo de la PNS: la democratización de la salud.

Es así, que se comenzó con gran fuerza la desburocratización de los niveles central e intermedio del MINSA, con el propósito de fortalecer el nivel operativo y, por tanto, a la descentralización del ministerio. Procesos que fueron distorsionados groseramente por los responsables a llevarlos a cabo, al realizarlos de manera vertical, desordenada y,

sobre todo, politizada. La gran mayoría de los funcionarios de carrera – en ejercicio antes de julio de 1985 – fueron reemplazados por miembros del partido aprista sin capacitación y experiencia en salud pública, bajo dos supuestos: solo ellos podrían “comprometerse” lealmente con la nueva PNS del partido de gobierno y, además, no estarían “contaminados” o “deformados” por los conocimientos, las actitudes y las prácticas de la salud pública tradicional.

Tempranamente, los hechos observados mostraron que tanto la orientación como los ritmos de los procesos de democratización y descentralización, en el Ministerio, estaban lejos de ser los esperados o previstos por las autoridades políticas. La actuación de los nuevos funcionarios, sin capacitación y sin experiencia en salud pública, se caracterizó por la improvisación, la inseguridad en toma de decisiones y el sectarismo. No obstante, esa actuación defectuosa de los nuevos funcionarios, la burocracia partidaria aprista continuó exigiendo al ministro el reemplazo de los pocos funcionarios de carrera, que aún continuaba trabajando en el Sector Salud en cargos directivos.

A los efectos negativos de esa actuación de los nuevos funcionarios se sumaron los derivados de la escasez de recursos económicos asignados al Sector y la desconfianza de las organizaciones comunitarias, no afines al partido aprista, en participar en la gestión de los servicios de salud del MINSA. Estos hechos impidieron avances en el logro del gran objetivo participativo de la PNS. Además, desde abril de 1986 los graves y continuos conflictos de las autoridades sanitarias nacionales con los gremios y sindicatos del personal de salud limitaron aún más las posibilidades de una adecuada implementación de la PNS.

En medio de la primera huelga médica nacional –que duró 50 días– líderes médicos del mismo Partido de Gobierno no se abstendían de criticar públicamente la escasa dinámica de los cambios sectoriales reformistas y seguían reclamando corregirla con una mayor presencia de miembros del APRA en cargos directivos del Sector Salud.

“La huelga es antinacional... la gestión del actual ministro y del Presidente Ejecutivo del IPSS está lleno de buenas intenciones (...) Pero dentro de sus generales hay desertores de otros gobiernos. También a estos generales les falta comandantes necesarios para hacer la transformación (...) Creo que el factor principal es el hombre creyente, con fe en el cambio, creyente en la autoridad, con mano firme y con el respaldo incondicional del presidente Alan García (...) No se puede hacer cristianismo con mahometanos” (C. López Silva, Diario *El Nacional*, Lima, 13 de abril de 1986)

COMENTARIOS DURANTE LA GESTIÓN DE TEJADA

En agosto de 1986

El 23 de agosto de 1986 en la ceremonia de clausura del Curso de Orientación en Salud Pública efectuado en la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), organizado para capacitar a un grupo especial de jóvenes médicos vinculados políticamente con el partido de gobierno, el director general de la ENSAP y el ministro de salud hacen los siguientes comentarios sobre las dificultades que limitan los avances en el proceso de reforma iniciado un año antes:

“Después de ocho años de la Reunión de Alma Ata y un año de la aplicación de la PNS, la realidad peruana en salud se muestra cualitativamente diferente. No se puede discutir la existencia de cambios que se perciben, en una perspectiva histórica, como precondiciones ideológicas y jurídicas indispensables para que todos los peruanos comprometidos con el proceso de la democratización de la salud, pueda realizar las acciones que la hagan factible y viable. Sin embargo, tampoco se puede discutir que esos cambios se han iniciado en una sociedad que aún no se recupera de un deterioro moral que devaluó la justicia y la solidaridad democrática, así como la honestidad, la dignidad y la disciplina de los actores sociales. Una devaluación ética que condicionó en el personal de salud y en el Pueblo, actitudes y comportamientos incompatibles con un apropiado cuidado de la salud (...) Las dificultades que implica reivindicar valores ético-humanísticos, con el fin de reorientar actitudes y comportamientos sociales en el campo de la salud, hace indispensable pensar y actuar con realismo, pero tomando conciencia que realismo no quiere decir cinismo, ni conformismo, ni indiferencia, ni pesimismo (...) Realismo en salud, significa un reconocimiento de las limitaciones y restricciones que se enfrenta, pero también la comprensión clara de las enormes oportunidades que la actual coyuntura ofrece al cambio. Significa percibir que la democratización sectorial ya se inició, a través de un proceso complejo, fragmentario, dependiente y contradictorio. Significa entender que la envergadura de la tarea a realizar, demandará un esfuerzo que no se podrá efectuar en el corto y mediano plazo y que, además, generará, indefectiblemente, nuevas demandas, nuevos interrogantes y nuevos problemas” (C. Bustíos, 1986, p.3).

“Quiero referirme a la crisis (nacional)..., como lo ha mencionado el Dr. Bustíos, no es solamente una crisis económica, es una crisis social, es una crisis moral, es una crisis de autoridad y una crisis generada por hechos, políticas, por decisiones muy lejanas en el tiempo que datan de nuestra independencia política. Si una mira con sentido histórico se dará cuenta que la independencia de 1821, no significó realmente una revolución fundamental en las estructuras social y económica del país. Más bien estas estructuras se prolongaron y, en lugar de ir desapareciendo para dar lugar a un nuevo tipo de sociedad, en algunos aspectos se fueron consolidando. Además, como en todo devenir histórico, se fueron incrustando en el camino nuevos elementos estructurales... que nos dieron tal vez la impresión de que nosotros cambiábamos... pero que, en el fondo, nos hicieron perder la perspectiva de que no habíamos hecho los cambios sociales, económicos y políticos fundamentales para tener un destino diferente (...) Esto me lleva a compartir con ustedes el balance... de un año de

gobierno en el Sector Salud... Yo diría que ese año, el mayor esfuerzo ha sido crear las precondiciones para poder llevar a cabo el cambio que significa nuestra PNS (...) Iniciar un proceso, es partir de un punto aparentemente estático a un sentido dinámico de movimiento. Y hay que reflexionar, que si hoy, más que nunca, existen una serie de resistencias al simple movimiento, más deben haber ante determinado cambio en la dirección del movimiento (...) Se han hecho muchos esfuerzos, que eran inevitables, que eran impostergables. Todo esto requiere tiempo, ajustes y cuidado, las cosas no pueden cambiar de la noche a la mañana (...) Pero esto no significa que el balance que yo hago es positivo... creo que distamos mucho de haber realizado lo que podríamos haber hecho... (En) una síntesis de cuáles son los factores fundamentales que han impedido aplicar la política... la conclusión que sale clara, nítida, es que el factor fundamental es el hecho de que todo proceso de cambio... tiene que comenzar en la mentalidad y la actitud de las personas. No hay otra forma, no se hacen... cambios sociales por decreto, ni tampoco bastan las políticas de salud bien concebidas, que pueden quedarse en el papel... cuando se trata de cambiar la dirección de todo nuestro quehacer, cuando entran elementos absolutamente nuevos frente a los cuales, no solo no hemos estado acostumbrados, sino que hemos estado deformados para vivir sin ellos. La participación del pueblo sigue siendo para nosotros un motivo de temor y de miedo y, de pánico en algunos casos, la aceptamos de labios para afuera. Todo esto (la PNS en su total), en un plano declarativo, es aceptado unánimemente. Pero nuestra conducta, nuestra mentalidad, nuestras actitudes siguen siendo las del pasado (D. Tejada, 1987, p.9-12).

En los últimos meses de gestión de Tejada

Desde inicios del año 1987 se acrecentaban las críticas a las decisiones ministeriales que no lograban avances en la implementación de la PNS, así como en la solución de los nuevos problemas vinculados con el desabastecimiento de medicamentos, los conflictos gremiales con el personal de salud, y las sucesivas y desordenadas reorganizaciones de las entidades del Sector. El 9 de mayo de 1987, en el “Fórum y Encuentro para analizar la función gubernamental” que se realizó en el Aula Magna del Partido Aprista Peruano, el ministro Tejada declaró que la participación del pueblo en salud era vital para esa implementación “pero que hay asesores apristas que le tienen miedo al pueblo y no quieren trabajar con él, porque tradicionalmente el sistema ha trabajado al margen del pueblo y de sus organizaciones”. Remarcando que en el Sector hay una burocracia aprista que no quiere ir a las serranías.

Ocho días después de esa declaración de Tejada, los candidatos apoyados por la Izquierda Unida en las elecciones de las directivas del Colegio Médico del Perú y de la Federación Médica Peruana derrotaron ampliamente a los candidatos apristas. Hasta esta oportunidad el APRA habían controlado ambas instituciones. Dos de los lemas de campaña de los vencedores habían sido: “frente al autoritarismo y la apristización de las instituciones de salud”, “ante la demagógica e ineficaz política de salud”.

A fines del mes de junio de 1987, se produjo la primera crisis política del régimen aprista con la renuncia inesperada del Presidente de Consejo de Ministros y Ministro de Economía, el diputado Luis Alva Castro. Esta crisis se resolvió con la recomposición del Consejo de Ministros bajo la presidencia del senador Guillermo Larco Cox. Antes de conocerse la voluntad de renuncia de Alva, Tejada había viajado a Estados Unidos por 10 días a culminar gestiones de cooperación del BID con el Sector Salud; al regresar al país fue informado sobre su reemplazo en el cargo de Ministro de Salud. Reemplazo que fue recibido con beneplácito de la burocracia ministerial, incluyendo muchos funcionarios apristas nombrados durante la gestión de Tejada.

COMENTARIOS DESPUÉS DE LA GESTIÓN DE TEJADA: 1987-1988

En octubre de 1987 – cuatro meses después de la separación de Tejada del MINSA – se efectuó el V Congreso Nacional de la Confederación General de Trabajadores del Perú (CGTP), oportunidad en la que el Dr. Eduardo Schiantarelli, entonces miembro del Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú, afirmaba lo siguiente:

“Desde el punto de vista técnico, el MINSA no ha logrado desarrollar ninguno de los elementos centrales de la PNS, tampoco se ha avanzado en la estrategia. Si bien se puede considerar al Sector como el que más se ha descentralizado, debe resaltarse el fracaso absoluto de la integración funcional (MINSA-IPSS), la participación del pueblo, el trabajo intersectorial y la reorientación del sector a lo preventivo-promocional... El lineamiento-objetivo Salud Para Todos, se encuentra ahora tan lejano como antes de asumir el poder (...) Desde el punto de vista político se debe criticarse el inadecuado manejo de la situación generada en 1985... En esta contingencia, la decisión gubernamental fue nombrar como ministro a un técnico de cualidades reconocidas pero desfasado políticamente del país y de su partido por 11 años de gestión en organismos internacionales. Esta decisión lo único que originó fue que las ambiciones postergadas de personajes de la cúpula partidaria, buscaron expresarse través de la forma más mediocre, el sabotaje de la gestión (...) Esto no exime, sin embargo, de la responsabilidad del ministro... su propio frente interno lo manejó en forma inadecuada pues permitió el copamiento de todos los niveles de decisión por personal profesional y técnicamente incapaces. Esta negociación en búsqueda de establecer un equilibrio interno, acentuó el bloqueo y permitió desarrollar actitud sectaria nunca antes visto... Este bienio realmente sólo ha sido un período de palabras y promesas incumplidas” (E. Schiantarelli, octubre 1987, p. 54-64).

Además, en el II Foro “Medicina y Salud” organizado y realizado por la Facultad de Medicina de la UNMSM, en septiembre de 1988, participó el Dr. Pedro Ortiz Cabanillas, entonces Decano del Colegio Médico del Perú y futuro director fundador del Instituto de Ética en Salud de la misma Facultad, haciendo los siguientes comentarios sobre las limitaciones que históricamente existen en la sociedad peruana para la realización del derecho de todos a la salud:

“Empezaría tomando un punto dejado por el Ing. Carlos del Río (el anterior ponente; entonces, presidente del CONCYTEC), en el sentido de cambiar nuestra mentalidad...

lograr una persona integrada que ponga nuestra inteligencia al servicio de la sociedad y no en sí misma. Esto es fundamental. Pero justamente este reto... no queda en un reto a la persona, al individuo; el verdadero reto es al sistema social, que constituye el contexto de esa persona. En otros términos, tendríamos que cambiar, primero, la estructura de la sociedad para cambiar la estructura de la personalidad. La otra alternativa sería cambiar la personalidad de los individuos (uno por uno), y de esta manera transformar a la sociedad... pero cuando tiempo tardaría ello. Ya hemos tenido y tenemos a peruanos con la mentalidad (reclamada por del Río)... que hace más de un siglo y medio de vida republicana estuvieron y están tratando de cambiar la mentalidad de los peruanos (en tal sentido) y sin embargo esto no se ha conseguido (...) De acuerdo a esto... creo que la crítica o la acusación que hagamos del sistema social tenemos que verla en términos cualitativos... lo que significa entrar en asuntos como el deterioro de la sociedad en términos de sus elementos que la han corrompido en todos sus ámbitos... Es toda la sociedad que lleva en sí misma una distorsión tan grande de sus elementos, que dificultan las relaciones humanas, la utilización solidaria de la inteligencia, por la perturbación misma que significa, para el individuo, encarar emocionalmente los retos cotidianos para mantenerse o avanzar algo en su posición personal. Tenemos que enjuiciar a esta sociedad como una colectividad totalmente informal...que, constituyendo el contexto de todas nuestras instituciones, no les permiten modificarse internamente. Porque tales instituciones son una copia fiel de la sociedad en que se desenvuelven. Tenemos que decirlo claramente, es una sociedad dividida en clases y es, por eso, que cada dispositivo legal provoca una doble reacción contradictoria, unos se benefician y otros mejoran sus condiciones de vida... y es por eso que cuestionamos el sistema (...) Por eso decimos, que el sistema de salud, los servicios de salud, son también contradictorios. No se puede coordinar, ni integrar, los dos mecanismos probables de su progreso... Los servicios de salud han fracasado porque no se puede coordinar ni integrar servicios que son estratificados: los servicios del Ministerio para los pobres, los del IPSS para la clase media y los del Sector Privado para las clases pudientes. El sistema de salud pues, no ha podido ni podrá democratizar nada. La implementación de la Atención Primaria de la Salud tampoco ha sido posible... No se ha cumplido los lineamientos políticos que diera el ex Ministro Tejada; no se ha podido dar agua a los pueblos, y cuando éste salió a las calles, lo primero que supo fue la muerte de alguien, que murió pidiendo agua” (P. Ortiz, septiembre 1988, p. 70-71).

COMENTARIO FINAL

La Declaración de Alma Ata, estableció el año 1978 un hito en la historia del cuidado de la salud de la población universal, cuando una generación de líderes de la salud pública mundial expresó su compromiso de lograr salud para todos a través de la estrategia de atención primaria de salud, en los términos señalados en páginas anteriores por Tejada. Sin embargo, el concepto original de “atención primaria” fue tempranamente distorsionado y, además, implementado de manera insuficiente y desigual entre y dentro de los países, por razones imputables tanto a las limitaciones internas de los sistemas nacionales de salud como a las restricciones impuestas desde

sus contextos. Desde entonces, numerosas cumbres, conferencias mundiales, regionales y nacionales sobre la reforma de la salud han reiterado ese compromiso con la atención primaria, aunque utilizando distintos criterios para delimitar los alcances del concepto original, especialmente en lo que se refiere a la participación de la población.

Cuarenta años después de aquel hito, los Jefes de Estado y de Gobierno, los ministros y los representantes de Estados y Gobiernos, que participaron en la Segunda Conferencia Mundial Sobre Atención Primaria de Salud: *Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*, reunidos en Astaná los días 25 y 26 de octubre de 2018, reafirmaron los compromisos expresados en la ambiciosa y visionaria Declaración de Alma-Ata de 1978 y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en pos de la salud para todos, en la llamada Declaración de Astaná. Sin embargo, de esos compromisos, un año y cinco meses después de esta segunda Declaración, el 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud tenía que lamentar el inicio de la pandemia COVID-19 y, luego, reconocer las debilidades de los sistemas nacionales de salud del mundo actual para enfrentarla con éxito.

Actualmente, en circunstancias de gran incertidumbre mundial del cómo enfrentar la pandemia y los efectos del calentamiento global con los sistemas nacionales de salud actuales, se debe destacar que no obstante la acumulación del conocimiento generado por la aplicación de distintas experiencias de APS en los programas de cuidado de la salud, continúan existiendo problemas teóricos e instrumentales que impiden dar respuestas adecuadas a preguntas básicas sobre la democratización y la mayor eficacia de tales sistemas. Problemas que se hacen más evidentes en aquellas circunstancias. Tales problemas generan dos grandes preguntas:

1. ¿La estrategia de APS con participación comunitaria es un elemento necesario para el éxito de los programas oficiales de salud y el mejoramiento de la salud comunitaria? Una primera respuesta es que la mejora del nivel de salud de la población como consecuencia de la participación comunitaria en la APS continúa siendo un resultado ambiguo y dudoso. Ello se debe, en parte, a la falta de criterios claros para evaluar los resultados de los programas de salud, y si éstos pueden interpretarse como efecto de esa participación. Pero aún, cuando esta interpretación fuera posible: ¿Cómo trasladar experiencias locales exitosas a programas regionales o nacionales?
2. En el caso de ser un elemento necesario para el éxito de aquellos programas: ¿Cómo resolver la situación paradójica que se presenta cuando la iniciativa de la APS con participación comunitaria no es propuesta por la comunidad? Casi siempre, la decisión de incluir dentro de un programa de salud oficial a la APS con participación comunitaria es tomada sin participación de la comunidad; es decir, se decide “desde afuera”, y la participación que se solicita a la comunidad está frecuentemente sujeta a un programa predefinido por los “técnicos”. Sin embargo, las experiencias exitosas parecen señalar que cuando la participación se materializa respetando la estructura organizativa de la comunidad y brindando posibilidades de desarrollo comunal, pueden alcanzarse altos grados de compromiso con la respuesta.

Además de esas dos preguntas, en los casos de países como el Perú se plantea una tercera: ¿Cómo viabilizar una estrategia de APS con participación comunitaria sostenible en un sistema nacional de salud en crisis, antes de comenzar a resolver las contradicciones existentes en una sociedad con problemas históricos de fragmentación social, económica, política y cultural, que hicieron dominante una conducción política que no obedece a razones de justicia y de solidaridad social?

Concluimos, la ausencia en nuestro país de respuestas creativas y consensuadas a esa tercera pregunta, así como las experiencias que al respecto se han acumulado en el mundo, nos lleva a tres reflexiones. La primera, es evidente que no basta que el derecho a la salud esté institucionalizado jurídicamente, ni que los gobiernos reiteren en el discurso político su compromiso con la APS, para que esta estrategia pueda aplicarse de manera democrática, equitativa y solidaria. La segunda, cada vez se hace más difícil, para los sanitaristas, seguir aceptando que es posible hacer viable, en países como el nuestro, la aplicación de una estrategia de APS integral o comprensiva, sin haberse librado previamente de las restricciones impuestas por aquellas contradicciones sociales, en la que estamos atrapados históricamente. La tercera, la necesidad de mantener vigente el mensaje de un gran historiador peruano cuando, hace cerca de noventa años, nos recordaba que “el Perú es ciertamente un problema, pero también una posibilidad, que no debe perderse por la obra o la inacción de los peruanos” (Basadre, Perú Problema y Posibilidad, 1931)

Finalmente, estamos convencidos de que para liberarnos de aquellas contradicciones y reconstruir una sociedad peruana que posibilite la realización efectiva del derecho a la salud tendríamos que ingresar a una nueva etapa de nuestra historia republicana – en el contexto de una nueva era del mundo occidental, iniciada con la actual pandemia –, en la cual los futuros actores sociales estarían en condiciones de tomar decisiones creativas y consensuadas para enfrentar los problemas que afectan al bienestar y a la seguridad de la población, utilizando una racionalidad comunicativa orientada al entendimiento auténtico. Racionalidad vinculada con el supuesto de la posibilidad (o la permanente esperanza) de un acuerdo nacional consensuado, fundamentado y legitimado – de manera equilibrada y complementaria – en los mejores argumentos científico-tecnológicos, jurídico-políticos y ético-morales expuestos en un diálogo y acordados en un debate democrático.

REFERENCIAS

Bustíos, Carlos. Salud Pública y Seguridad Social en el reformismo Aprista, Perú: 1985-1990. En: C. Bustíos. *Crisis de los Sistemas de Salud y de la Seguridad Social en el Perú: 1968-1990*. Lima: Editorial e Imprenta UNMSM; 2007: p. 357-484.

Bustíos, Carlos. Realismo en Salud. *Revista ENSAP*. 1986; 1(2):3

Bustíos, Carlos. Cuarenta años después de la Declaración de Alma-Ata. En: O. Lazo (editor) *40 años después de Alma-Ata. Atención primaria d la salud sigue vigente*. Lima. Colegio Médico del Perú; septiembre 2017: p. 16-32.

Castillo, Carlos. Diario *La República*, Lima, 3 de septiembre de 1985.

Gonzáles de Olarte, Efraín. Distribución, política y moral en el Perú. Revista Argumentos del IEP. 2015; N.º 1, Año 9., marzo 2015.

López Silva, César. Diario *El Nacional*, Lima, 13 de abril de 1986.

Ortiz, Pedro. Exposición. En: Facultad de Medicina UNMSM. II Foro Medicina y Salud. Lima: Talleres Propaceb; 1988; p. 70-72.

Tejada David. Discurso del Sr. Ministro de Salud. Revista ENSAP. 1987; 1 (3): 9-15.

Tejada, David. Política Nacional de Salud. Lima. Ministerio de Salud; 1985.

Schiantarelli, Eduardo. Balance de Gestión Gubernamental en Salud 1985-1987. VII Congreso Nacional de la CGTP. Documento de consulta 14-18 octubre 1987. P. 56-64.

Zarate, Eduardo. Diario *La República*, Lima, 9 de septiembre de 1985.

1.3. LA SALUD PÚBLICA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 ilustra de manera impactante las grandes relaciones entre la política, la economía y la salud pública. Durante mucho tiempo los expertos en salud pública han venido advirtiendo que el mundo probablemente enfrentaría una grave pandemia e instado a un mayor grado de preparación para enfrentarla con éxito. Sin embargo, a los gobernantes que en su gestión cotidiana se focalizan en los problemas inmediatos de carácter económico les resulta difícil invertir tiempo, dinero y capital político para abordar la posibilidad abstracta de una crisis futura. Por ello, la mayor parte del mundo no estaba preparada para una amenaza sanitaria mundial de la magnitud planteada por este nuevo coronavirus. Es así, que mientras la pandemia recorre todo el mundo, las distintas políticas nacionales de respuesta a la misma, diseñadas por los “expertos”, se muestran limitadas en sus logros, por las restricciones impuestas por los distintos contextos – políticos, económicos, sociales y culturales – en que deben ser aplicadas, así como por las debilidades institucionales de los sistemas de salud nacionales. En esa situación de pandemia mundial y de creciente desconfianza en la opinión de los “expertos”, algunas autoridades gubernamentales y algunos grupos de la sociedad, se han resistido a las recomendaciones de los especialistas en salud pública, esperando que se relajaran las restricciones y se volviera a la normalidad antes de que los peligros hayan desaparecido.

Al mismo tiempo, a nivel internacional, las respuestas de los gobiernos a la pandemia ilustran las crecientes dificultades políticas para la cooperación mundial. Una respuesta internacional coordinada es, sin duda, la mejor forma de hacer frente a una emergencia sanitaria internacional: “los microbios no respetan fronteras”. Sin embargo, algunas autoridades gubernamentales presionadas por intereses económicos o electorales han tomado decisiones que imponen costos a otros países, así como limitan la cooperación

internacional. Organismos internacionales como la OMS y la UNESCO procuran coordinar una respuesta cooperativa mundial a la crisis, pero pueden carecer de poder concretar sus esfuerzos ante las fuertes presiones políticas de corte nacionalista.

Por otro lado, la pandemia del COVID-19 tiene una particularidad que la distingue de cualquier otra crisis sanitaria que haya azotado al mundo en el pasado. La diferencia es el rol que juegan las redes sociales y el impacto que ellas generan en las personas. Actualmente, potentes plataformas digitales capaces de viralizar en segundos, y en todas partes del mundo, información valiosa, pero, también, argumentos falsos que amenazan a la población, en cuanto las personas validan como ciertos datos que, en realidad, nadie corroboró. Al compartirlos casi de manera automática, se alimenta la red de engaño y se nutre una trama desinformativa de contenidos no verificados altamente peligrosos para la población. Como respuesta inicial a este problema, la UNESCO ha lanzado una serie de contenidos digitales, con recomendaciones para que los ciudadanos validen los contenidos que vienen consumiendo durante la pandemia. Además, invita a medios de comunicación de los organismos gubernamentales y académicos que socialicen entre sus audiencias aquellas opiniones y prácticas que impulsan un manejo verificado o validado de los contenidos que circulan por las redes sociales.

De manera concordante con esa intención de la UNESCO, las siguientes páginas tienen la pretensión de socializar, entre los lectores de esta publicación, una compilación de los comentarios que sobre el tema de la pandemia COVID-19 y la salud pública han efectuado un filósofo y sociólogo de la Escuela de Frankfurt; una médica, política y funcionaria de Naciones Unidas; así como tres economistas funcionarios del Fondo Monetario Internacional.

COMENTARIOS DE UN FILÓSOFO

Jürgen Habermas, es uno de los pensadores mundiales más destacados de la actualidad. Sociólogo y filósofo alemán. Principal representante de la "segunda generación" de la Escuela de Frankfurt, entre 1955 y 1959 trabajó en el Instituto de Investigación Social de la ciudad. En 1983 obtuvo la cátedra de Filosofía y Sociología en la Universidad Goethe de Frankfurt, universidad en la que permanecería hasta su jubilación en 1994, cuando pasó a ser reconocido como profesor emérito de la misma Universidad.

Los límites del saber de los expertos

Habermas, en una larga entrevista concedida a *Le Monde*, el 4 de abril del 2020, sobre la crisis del coronavirus, iniciaba sus comentarios afirmando lo siguiente: "Una cosa se puede decir: nunca habíamos sabido tanto de nuestra ignorancia ni sobre la presión de actuar en medio de la inseguridad".

Desde un punto de vista filosófico, Habermas cree que la crisis del COVID-19 ha servido para que la opinión pública tome conciencia de los límites del saber de los expertos, que en circunstancias como las actuales no pueden indicar con seguridad qué se ha de hacer. "El escenario en que se desarrolla una acción política sumida en la incertidumbre pocas veces se ha puesto de manifiesto de una manera tan clara".

En su opinión, en nuestras sociedades complejas nos enfrentamos permanentemente a grandes inseguridades "pero estas aparecen de forma local y no simultánea y son

resueltas en uno u otro subsistemas de la sociedad por expertos (...) Ahora en cambio la inseguridad existencial es global y simultánea y está incluso en la cabeza de los individuos conectados a las redes de comunicación (...) Cada individuo aislado es informado de los riesgos de la pandemia porque para luchar contra ella el autoaislamiento del individuo es la variable más importante en consideración de los sistemas sanitarios saturados". Además, precisaba que la inseguridad no sólo se refiere a la lucha contra la pandemia sino también a las consecuencias económicas y sociales que son impredecibles. Aunque, a diferencia de lo que ocurre con el virus, en lo relativo a las consecuencias económicas hay expertos que puedan estimarlas con cierta seguridad. Advirtiéndolo, finalmente, "Los economistas y los sociólogos tienen que tener cuidado con pronósticos imprudentes".

Los grandes desafíos éticos en la pandemia

En esa misma entrevista, Habermas señala que "En el desarrollo de la crisis se ha visto algunos políticos que vacilan en basar su estrategia en el principio de que el esfuerzo del Estado por salvar la vida de todos sus ciudadanos debe tener prioridad frente al cálculo utilitarista de las consecuencias económicas que puede tener esa estrategia". Vacilación que expresa la existencia de dos graves desafíos éticos: la prioridad en el triaje en los hospitales desbordados y la decisión sobre cuándo levantar el confinamiento. En los dos casos, existe el peligro de responder a ellos con decisiones contrarias a la dignidad humana. Al respecto, la historia de la filosofía, según como la interpreta el autor, nos lleva a la idea irrenunciable de la dignidad de cada individuo de la especie humana y a la igualdad de derechos entre todos ellos.

Con relación al primero de esos desafíos, explica que, ante la saturación de los servicios de salud, especialmente de las unidades de cuidados intensivos, los médicos pueden verse obligados a decidir sobre que enfermos tienen prioridad o preferencia cuando no es posible atender a todos como se debería. Se pueden introducir así, en los protocolos de clasificación, motivaciones utilitaristas, y los profesionales sentirse arrastrados a "comparar el valor de una vida humana con el valor de otra", dando preferencia, por ejemplo, a los de menor edad frente a los mayores. A juicio de Habermas, se debe evitar, en esa situación tan grave, que sean las razones económicas las que determinen las decisiones sobre la salud de las personas. De otro modo, se conculcaría el deber de tratar igual a todos, con independencia del estatus, el origen y "la edad". La ética exige que, en estas circunstancias trágicas, el médico tome sus decisiones "exclusivamente a tenor de indicios clínicos que permitan pensar que el tratamiento en cuestión tiene gran probabilidad de éxito".

Con relación al segundo desafío, en el cual la pandemia plantea otra cuestión que afecta especialmente a la dignidad humana: cuándo se debe poner fin al confinamiento. Son las autoridades las que deben resistirse a la "tentación utilitarista" al sopesar, "por un lado, los daños sociales y económicos y, por otro, las muertes que se pueden evitar". Los políticos, dice Habermas, no deben levantar apresuradamente el aislamiento para aliviar la consiguiente crisis económica, si eso pone en peligro la vida de los ciudadanos. Pues

los derechos fundamentales “prohíben que las autoridades públicas tomen decisiones que supongan la muerte de personas”. De hecho, proteger a las personas es lo único que puede justificar la restricción de las libertades en una situación excepcional como la pandemia del coronavirus, que amenaza la vida y la integridad física de los habitantes del país.

COMENTARIOS DE UNA FUNCIONARIA DE NACIONES UNIDAS

Michelle Bachelet Jeria, médica y política chilena, ostentó la presidencia de su país en dos periodos: 2006-2010 y 2014-2018. En el año 2010, fue nombrada como primera Directora Ejecutiva de ONU Mujeres, organismo que vela por la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer. Desde 2018 desempeña el cargo de Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

Enfoque de control de la pandemia

Michelle Bachelet, durante una conferencia de prensa virtual en Ginebra del 14 de mayo del 2020 (<https://news.un.org/es/story/2020/05/1474382>), coincidía con Habermas, cuando afirmaba que la pandemia de coronavirus no puede ser contenida por la política o por ideologías, ni por un enfoque solamente económico, “Tales enfoques simplemente no son sostenibles. Y tampoco serán sostenibles en el futuro. No podremos simplemente regresar a la economía “normal” y a otras partes del statu quo anterior a COVID-19 cuando termine la pandemia. Esa debería ser la lección más importante aprendida de esta crisis”.

“Equilibrar los imperativos económicos con los imperativos de salud y de derechos humanos durante la pandemia COVID-19 será una de las experiencias más delicadas, desalentadoras y definitorias para todos los líderes políticos y todos los Gobiernos”. “Tienen que lidiar con el manejo de la situación médica de la manera más efectiva posible, al mismo tiempo que intentan evitar que sus economías colapsen, con todos los efectos devastadores adicionales que esto tendrá, y ya está teniendo, en sus poblaciones. En el futuro, los principales desafíos de derechos humanos continuarán estando inextricablemente entrelazados con los médicos y económicos”, explicó.

Las lecciones que nos deja la pandemia hasta ahora

Para M. Bachelet, está claro cómo ni siquiera los países más ricos y poderosos estaban listos para hacer frente a una pandemia como la actual, a pesar de la gran cantidad de advertencias de larga data de los expertos médicos de que iba a suceder eventualmente. Reiteró, además, que, si bien el virus no en sí no discrimina, sus impactos desiguales han dejado al descubierto las desigualdades sociales y económicas provocadas por el hombre de las que se alimenta. Una serie de lecciones ya se están volviendo claras, incluyendo que descuidar los derechos económicos y sociales de partes de la población al final repercute en todos los demás.

“Cuán bien aprendamos esas lecciones será de gran ayuda para determinar la escala y la duración de esta pandemia en particular. También debería ayudarnos a estar mejor

preparados para prevenir o contener futuras pandemias, incluidas las que son potencialmente más mortales que COVID-19”. La Alta Comisionada afirmó que esas lecciones debían ser aplicadas a otras crisis inminentes, como el cambio climático.

“Ahora estamos entrando en un período aún más complicado, con algunos países que comienzan a abrirse nuevamente después de los bloqueos, mientras que otros ven trágicamente que sus tasas de infección y mortalidad comienzan a dispararse por primera vez. Es probable que la segunda y hasta la tercera oleada de COVID-19 ocurran en diferentes lugares en diferentes momentos con diferentes grados de severidad”, alertó.

Salir de la cuarentena respetando los derechos humanos

Bachelet afirmó ser muy consciente de lo complejo que es encontrar el equilibrio adecuado para los Gobiernos. Según la Alta Comisionada, si la reapertura de las sociedades se maneja de una mala manera, todos los enormes sacrificios realizados durante el cierre inicial habrán sido en vano, y los daños económicos y a las personas se ampliarán significativamente.

La Alta Comisionada expresó que las personas tienen derecho a información precisa sobre la pandemia, además de que tienen derecho a participar en las decisiones que afectan sus vidas, incluida la forma de levantar las medidas de emergencia. Al elaborar planes para levantar los bloqueos, los Estados deben consultar a las comunidades y grupos gravemente afectados, así como a los que están en la primera línea de la pandemia, como los trabajadores de la salud, los trabajadores del transporte público y las personas que trabajan en los sectores de fabricación y distribución de alimentos.

“La participación genera una mayor confianza en las autoridades y un mejor cumplimiento de las medidas para restringir el contagio, y es importante reconocer que la libertad de expresión, como otros derechos humanos, es un componente crucial de la salud pública”, acotó Bachelet.

Criterios para levantar el confinamiento

Bachelet enumeró, haciéndose eco de algunas de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, cinco criterios que deben tener en cuenta los países antes de levantar el confinamiento.

1. Haber cumplido los criterios de cobertura de salud. La OMS ha delineado claramente la necesidad de controlar la transmisión y establecer las capacidades del sistema de salud para detectar, evaluar, aislar y tratar cada caso, y rastrear cada contacto.
2. Haber introducido medidas para proteger los lugares más vulnerables. Existe amplia evidencia de que las personas que viven juntas en ciertos lugares enfrentan mayores riesgos. Los planes para levantar los bloqueos deben prestar especial atención a estos. “La negligencia de las personas mayores en hogares de ancianos en algunos países durante la primera ola de la pandemia ha sido horrible”, aseveró.

3. Haber implementado medidas específicas para personas en alto riesgo. La pandemia está teniendo un impacto desproporcionado en las minorías raciales y étnicas y en los trabajadores migrantes. Las personas con discapacidad, y las personas con problemas de salud subyacentes existentes, están en mayor peligro debido a la prevalencia de otros factores de riesgo. Es por ello por lo que los planes para levantar el confinamiento deben incluir medidas para estas personas, incluidas las pruebas y la provisión de atención médica de fácil acceso. “Nunca antes había sido tan claro que es importante para todos nosotros que nadie quede excluido de los esquemas de protección social. Y en algunos países tales esquemas apenas existen”, sostuvo.

4. Haber tomado medidas para proteger a los trabajadores. Al levantar los bloqueos, aquellos que no tienen ingresos estables, aquellos que no pueden trabajar de manera remota y todos los que tienen trabajos esenciales, que no son solo trabajadores de la salud, enfrentarán los mayores riesgos, previó Bachelet. “Las medidas para proteger a dichos trabajadores deben incluir asegurar que aquellos con trabajos que involucran el contacto con muchas personas tengan el equipo de protección adecuado, como máscaras, desinfectantes y materiales de protección. Se necesitan reglas claras para proporcionar protección a los trabajadores y miembros del público. Y todas las formas de transporte público deben ser lo más seguras posible”.

5. Asegurarse de que la población esté comprometida para el futuro. Las personas tienen derecho a información precisa sobre la pandemia, además de que tienen derecho a participar en las decisiones que afectan sus vidas, incluida la forma de levantar las medidas de emergencia. Al elaborar planes para levantar los bloqueos, los Estados deben consultar a las comunidades y grupos gravemente afectados, así como a los que están en la primera línea de la pandemia, como los trabajadores de la salud, los trabajadores del transporte público y las personas que trabajan en los sectores de fabricación y distribución de alimentos.

COMENTARIOS DE FUNCIONARIOS DEL FMI

En la Revista *Finanzas & Desarrollo*, publicación trimestral del Fondo Monetario Internacional (FMI) de Junio de 2020 se incluyen unos comentarios de tres funcionarios de esta entidad – Dabla-Norris, Vitor Gaspar y Kalpana Kochhar –, donde se señalan algunos puntos de referencia para el diseño de un orden internacional tras el COVID-19, con el fin de que la humanidad empiece a “prepararse para un mundo desconocido” que surgirá después de esta ola de pandemia (Vol., 57 N°2: 24-25).

Los coautores inician sus comentarios, afirmando que si bien nadie se arriesga a asegurar cómo será el mundo post COVID-19, “todos somos conscientes de que pocas cosas serán igual que antes de que apareciera el coronavirus a finales de 2019. La propia OMS ha vaticinado con claridad que habrá una ‘nueva realidad’ una vez pase la crisis sanitaria, ya que el virus no va a desaparecer”. Y eso es solo desde el punto de vista de la salud. Además, precisan que con relación a la salud pública hay muchas incógnitas: ¿cuánto se tardará en desarrollar y administrar vacunas eficaces?, ¿cuánto durarán el brote y los confinamientos?, ¿es probable que se repitan?, ¿cuáles serán las repercusiones económicas? Sin embargo, enfatizan que aún en esta situación de

incertidumbre, es posible identificar tres puntos de referencia para el establecimiento de un nuevo orden internacional tras COVID-19.

1. Es vital la colaboración internacional para articular respuestas de salud pública eficaces que se basen en un consenso científico sólido sobre las causas de la enfermedad y la forma de mitigarla. Las respuestas de salud pública exigen un enfoque universal de las pandemias. Cada vez más, las economías de mercados emergentes y en desarrollo, no están nada preparadas para afrontar el shock sanitario y económico actual, y se encuentran cada vez más en la primera línea de la propagación de la enfermedad. A menos que se logre contener el virus en todo el mundo, no pueden descartarse una tercera y posteriores olas de brotes pandémicos. Es importante garantizar que la producción y distribución de las futuras vacunas y tratamientos a escala mundial sea rápida, tenga un costo accesible y esté al alcance de todos. Para alcanzar este objetivo, será necesario que las normas de fijación de precios y fabricación se diseñen y apliquen respetando la colaboración y la solidaridad a escala internacional.

2. El Gran Confinamiento ha hecho de la tecnología el eje del empleo, el consumo, la oferta, la interacción y la distribución. El uso de la tecnología para abordar la pandemia es generalizado: desde la predicción y la modelización de los brotes, hasta el rastreo de contactos impulsado por la comunidad. Rápidamente, videoconferencias, escritorios remotos y nuevas plataformas sociales han pasado a ser la base del teletrabajo, una tendencia que seguramente persistirá después de que se levante el confinamiento. La digitalización de los servicios —telesalud, educación en línea, transferencias monetarias y asistencia de emergencia a los vulnerables— ha sido la base de las respuestas de los países. También es urgente adaptar y reformar los sistemas educativos y la capacitación laboral para reducir la asimetría entre la oferta y la demanda de mano de obra en un mundo laboral basado en las tecnologías. Además, la pandemia ha puesto de manifiesto la desconexión que existe entre los trabajadores considerados esenciales en esta lucha —como los que trabajan en la atención sanitaria, el cuidado de mayores, la agricultura y las tiendas de comestibles— y sus precarias prestaciones y seguridad laboral. Habrá que abordar los graves déficits de protección social de estos trabajadores y el sinnúmero que trabaja en la economía informal.

3. En tercer lugar, las pandemias, como las amenazas climáticas, constituyen un crudo recordatorio de la importancia de los fenómenos naturales y la necesidad de garantizar la resiliencia a largo plazo. Las medidas relacionadas con el cambio climático y la sostenibilidad adquieren una prioridad renovada, coincidiendo con la aplicación de paquetes de estímulo fiscal para poner en marcha la recuperación económica. Estas inversiones podrían incluir la construcción de infraestructuras de energías renovables y carreteras y estructuras más resilientes, la ampliación de la capacidad de la red eléctrica, la modernización de edificios y el desarrollo y la aplicación de tecnologías para descarbonizar las industrias pesadas.

Finalmente, los coautores señalan una preocupación que compartimos. La alta posibilidad de que los altos poderes fácticos mundiales traten de crear un orden pos-

COVID-19, en el que persistan los viejos problemas estructurales de las sociedades modernas puestos de relieve por la crisis. Para evitar ello, será necesario abordar de manera auténtica las tareas destinadas a tratar de superar la pobreza, la desigualdad desenfrenada, la disminución de la biodiversidad, la degradación ambiental y la escasez de agua limpia, pero también las otras desigualdades sociales de siempre. La forma en que protejamos y ayudemos a los vulnerables pondrá a prueba nuestra humanidad. Sin embargo, también señalan la existencia de un “pequeño resquicio de esperanza”: se han movilizad recursos para fines públicos a una escala vista solo en tiempos de guerra. La solidaridad acumulada en tiempos de confinamiento y enfermedad en todo el mundo puede servir de base para un futuro más justo: la guerra actual y futura se libra y librará contra un enemigo común: la injusticia.

1.4. SUSTENTACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

INTRODUCCION

La pandemia de COVID-19 ilustra de manera impactante las grandes relaciones entre la política, la economía y la salud pública, así como las grandes limitaciones teóricas y prácticas de esta última para enfrentar problemas de gran complejidad, especialmente en situaciones de incertidumbre como las actuales: “El escenario en que se desarrolla una acción política sumida en la incertidumbre pocas veces se ha puesto de manifiesto de una manera tan clara”. Además, todos parecen estar conscientes de que la salud pública – como parte de la realidad social – no será igual como antes de que apareciera el coronavirus a finales de 2019. La propia OMS y muchos “expertos” han vaticinado con claridad que habrá una “nueva realidad social” cuando pase la actual crisis sanitaria y que, por lo tanto, señalan la necesidad de identificar algunos puntos de referencia para la futura sustentación del establecimiento de una salud pública que corresponda al nuevo orden social tras COVID-19 [1].

Partiendo de la aceptación general de esa necesidad, presentamos estas notas con la pretensión de iniciar un debate orientado a encontrar un esquema metodológico que permita la identificación de argumentos que sustenten de manera transdisciplinaria y consensual los puntos de referencia aludidos. Notas que con este propósito recogen y exponen, en esta oportunidad, las ideas que sobre la distinción de los “ordenes sociales” y la racionalidad de la acción comunicativa hacen, respectivamente, el filósofo francés André Comte-Sponville y los teóricos de la acción para la sustentación racional de toda opinión u acción sobre una teoría o una práctica social.

CUESTIONES TEÓRICAS PREVIAS

Para los fines de estas notas aceptaremos como válidas las pretensiones de verdad de cinco proposiciones que a continuación se enumeran y enuncian. La primera, afirma que

la realidad de la existencia del hombre es el de un ser multidimensional: biológico, social, pensante, afectivo y moral. La segunda, sentencia que la característica esencial del hombre es su capacidad para la acción racional, a través de la cual trata de satisfacer sus necesidades y alcanzar sus aspiraciones. La tercera, postula que en el curso de su acción el hombre se relaciona e interacciona con su mundo, lo transforma y es transformado por éste. La cuarta, señala que la historicidad es una nota constitutiva del hombre, y como tal debe estar presente en toda consideración que con él se relaciona. La quinta y última, afirma que la salud y la enfermedad del hombre son fenómenos inherentes a la vida humana; más precisamente, son formas distintas de existencia de este ser multidimensional. Asimismo, entenderemos por "acción" una conducta humana en la que el individuo, o individuos, que la producen, la establecen con un sentido subjetivo; y, por "acción social" o "práctica social" a cualquier tipo de proceder humano orientado por las acciones de otro, las cuales pueden ser presentes o esperadas como futuras.

EL CONCEPTO DE “SALUD PÚBLICA”

La historia del hombre nos muestra que toda la vida social responde a y deriva a ciertas necesidades humanas, y que todas sus prácticas o acciones sociales para satisfacerlas están fuertemente interrelacionadas y dependen unas de otras. Esta misma historia nos informa, desde sus inicios, sobre la existencia de un comportamiento del hombre compatible con su percepción de que mejorar o conservar la salud – entendida como ausencia de enfermedad o de incapacidad – es una de sus necesidades básicas que debe satisfacer para garantizar su supervivencia y posibilitar su desarrollo como ser humano. Como respuesta colectiva a esta necesidad básica, el hombre organizó y desarrolló una práctica social particular dirigida al cuidado de la salud poblacional que desde mediados del siglo XIX estamos denominando “salud pública”.

En cada sociedad concreta, la práctica del cuidado de la salud es delimitada, definida y denominada de manera diferente, de acuerdo a un conjunto de criterios (cognitivos, económicos, políticos y culturales) dominantes o hegemónicos, en un determinado período de su particular historia; no obstante, uno puede distinguir en dicha práctica algunos rasgos permanentes que le otorgan su identidad: (i) su objeto: la salud-enfermedad de la población, en otros términos, la salud-enfermedad colectiva; (ii) su fin: el mejoramiento de la vida saludable de la población; (iii) su prioridad: la atención de los problemas colectivos, antes que los individuales; (iv) su conducción: a cargo de la autoridad política o la que representa los intereses comunes de la colectividad; y, (v) sus líneas de acción: sobre la población y sobre el espacio compartido por la misma.

El primer concepto de “salud pública”, entendido como una responsabilidad estatal del cuidado de la salud poblacional, surgió en Inglaterra a mediados del siglo XIX, cuando se incorpora formalmente el interés colectivo o social a los asuntos del Estado moderno. Sin duda que la Revolución Francesa y la Revolución Industrial jugaron un papel importante en esta incorporación. En el primer caso por aportar una nueva concepción del Estado y de la condición de ciudadanía; en el otro caso, por su impacto negativo inicial sobre las condiciones de salud de la población, al mismo tiempo que por su

creciente necesidad de trabajadores en el área urbana. De manera más específica, su origen se puede explicar como un resultado de la convergencia y complementación, en el contexto europeo, de las ideas y las normas desarrollados a través de cuatro procesos: (i) el experimento social liberal de la Revolución Francesa; (ii) el progreso de una Higiene Pública que estudia las relaciones de las condiciones espaciales y sociales con las condiciones de salud de las poblaciones; (iii) el utilitarismo de Bentham en Inglaterra, que estableció las bases de la administración pública sanitaria; y, (iv) la policía médica alemana, precursora política de la medicina estatal británica [2].

Concepto que se ha modificado y se sigue modificando, en su intensión (connotación) y extensión (denotación), de acuerdo con los cambios en los argumentos científico-tecnológicos, político-jurídicos y ético-morales que sustentan, de manera dominante o hegemónica, la racionalidad teórica y práctica del cuidado de la salud poblacional pública en diferentes circunstancias histórico-sociales. Modificaciones que no afectan – reiteramos – los rasgos esenciales del concepto, tal como lo podemos apreciar revisando las principales propuestas de su definición que se presentan en la bibliografía especializada.

En el año 1920, el médico y sanitarista C. E. Wislow, con ocasión de la Convención Anual para el Progreso de la Ciencia efectuada en Estados Unidos, propone : “La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: 1) el saneamiento del medio; 2) el control de las enfermedades transmisibles; 3) la educación de los individuos en los principios de la higiene personal; 4) la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades; y 5) el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren a todas las personas un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada individuo esté en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad” [3]. Es una definición amplia que incluye gran parte de los elementos de la salud pública en el momento actual, a pesar de haber sido propuesta hace 100 años.

En el año 1972, la Comisión Milbank para el Estudio de la Educación Superior de la Salud Pública en Estados Unidos, presidida por el Profesor C. G. Sheps de la Universidad de Carolina del Norte, precisa el carácter histórico de esta práctica social: “La salud pública es el esfuerzo organizado por la sociedad para promover, proteger y reparar la salud de la población. Los programas, servicios o instituciones comprometidas enfatizan la prevención de la enfermedad y las necesidades de salud de la población como un todo. Los servicios de salud pública cambian con los cambios tecnológicos y de los valores sociales, pero los objetivos permanecen siguen siendo los mismos: reducir la cantidad de enfermedades, muertes prematuras y el discomfort e incapacidad producidos por la enfermedad” [4].

Más recientemente, en el año 2002, la Organización Panamericana de la Salud, en la Publicación Científica y Técnica No. 589, define a la salud pública de la siguiente manera: “La salud pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo”. En la misma publicación, se precisa que dicho esfuerzo incluye todas las acciones de interés colectivo que contribuyan a mejorar las condiciones de salud de la población y que, por ende, tiene que extenderse hacia los determinantes estructurales de la salud de la población y del acceso a los sistemas oficiales de cuidado de la salud [5].

De acuerdo con el propósito de estas notas, asumiremos que el concepto de “salud pública”, puede ser definida como: la práctica de la sociedad organizada para el cuidado integral de la salud poblacional, la cual es sustentada – en su pretensión de verdad, eficacia y de justicia – por un conjunto de argumentos cognitivos y normativos, dominantes o vigentes en un determinado período de la historia de una sociedad concreta. Es decir, una práctica social que, en una situación ideal, es validada, legalizada y legitimada por un conjunto de proposiciones verificables, reglas tecnológicas eficaces, prescripciones jurídicas equitativas y normas morales solidarias que se complementan auténticamente en la búsqueda permanente del mejoramiento de la salud para todos [6, 7, 8].

SUSTENTACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Sustento científico-tecnológico

Las proposiciones científicas y las reglas tecnológicas tienen como fin validar objetivamente la “verdad” de una opinión o la “eficacia” de una acción, respectivamente. Corresponden al orden social o campo de dominio de los argumentos científico-tecnológicos, donde las proposiciones se construyen internamente por la oposición de lo posiblemente verdadero y lo ciertamente falso, y las reglas por la oposición entre lo posible y lo imposible. Este orden corresponde, de manera general, el ámbito de las ciencias y de las tecnologías y estrategias que tienen el respaldo institucional de la “comunidad científica”. [6, 7, 8].

Las proposiciones científicas (saber) que fundamentan la salud pública, son enunciados cognitivos que hacen referencia teórica a lo que son objetivamente tanto las condiciones de salud-enfermedad de la población, como las acciones colectivas vinculadas, directa e indirectamente, con el mejoramiento de esas condiciones. Propositiones aceptadas como válidas por la comunidad epistémica oficial, y que son difundidas o divulgadas en las publicaciones científicas especializadas en salud pública y de otras disciplinas que describen y pretenden explicar objetivamente los hechos vinculados con la salud-enfermedad de las poblaciones.

Por otro lado, las reglas tecnológicas (saber hacer) de la salud pública son los procedimientos que deben seguir las intervenciones o acciones para tener la capacidad de enfrentar con eficacia y eficiencia los problemas prácticos del cuidado de la salud de la población. Reglas fundamentadas en el saber de las disciplinas científicas y aceptadas, entonces, por la comunidad científica oficial, y que son objetivadas tanto en los manuales oficiales pertinentes, como durante su aplicación efectiva por los especialistas o “expertos”. Al respecto, se debe comentar que los sistemas de salud “oficiales” están incorporando en su quehacer, durante las últimas décadas, técnicas procedentes del saber tradicional y popular, en lo que éstas tienen de útil para la salud y en tanto sean socialmente aceptadas a través de un reconocimiento consciente de la población de su eficacia.

También es importante insistir que el cuerpo de conocimientos científico-tecnológico de la salud pública está constituido actualmente por proposiciones, reglas y estrategias

procedentes de muchas disciplinas científicas vinculadas de manera interdisciplinaria o transdisciplinaria. Estos conocimientos se pueden agrupar, según la disciplina de procedencia, en dos grandes componentes. El primero, agrupa conocimientos que se originan y desarrollan en campos disciplinarios distintos al de las ciencias biomédicas, pero que son fundamentales para la comprensión y explicación de los problemas sanitarios; por ejemplo, la Demografía, la Sociología, las Ciencias Políticas, etc. El segundo, incluye conocimientos considerados centrales y propios del cuidado de la salud, los cuales progresan insertos en el campo sanitario; por ejemplo, la Epidemiología, la Administración Sanitaria, la Ingeniería Sanitaria, etc. [8, 9].

Finalmente, también es importante advertir que desde el orden científico-tecnológico se nos dice “como hacer”, pero no “si hay que hacerlo”, por ejemplo, en lo que se refiere a la manipulación genética, el aborto, la eutanasia, la discriminación, el uso de la lógica de la “ganancia” en el cuidado de la salud, etc. Lo que obliga a nuestro reconocimiento de la incapacidad de este orden de limitarse a sí mismo cuando se trata un problema cuya solución implica, además, consideraciones no cognitivas. Tiene que ser limitado, por tanto, desde el exterior, por un orden axiológicamente superior: el “orden jurídico-político”, en concreto por el orden de la ley y del Estado [6, 7, 8].

Sustento político-. jurídico de la salud pública

Las prescripciones o normas jurídicas corresponden al orden o campo de dominio “político-jurídico” de la argumentación, cuyo fin es validar la “rectitud” (justicia) de una opinión o de una acción. Orden que guiado por el “poder”, está estructurado internamente por la oposición de lo legal y lo ilegal (lo que autoriza la ley o lo que prohíbe). Es el ámbito del “Derecho”, que tiene el respaldo del Estado y del sistema jurídico vigente. En nuestras democracias, la mayoría parlamentaria es la que hace la ley, en tanto se asume que la voluntad del pueblo soberano se expresa a través del legislador [6, 7].

Las normas jurídicas de la salud pública son las prescripciones vigentes sobre las intervenciones y acciones legales capaces de resolver con rectitud (justicia) los asuntos relacionadas con las acciones de cuidado de la salud. Conjunto sistematizado de prescripciones acumuladas y aceptadas por las instituciones oficiales de justicia, y que son objetivadas en los Códigos Sanitarios y Leyes, así como durante su aplicación en esas instituciones. Normas legales, cuya pretensión de “rectitud” (justicia) es validada por el Derecho Nacional y el Derecho Internacional en salud, reconocidos por la comunidad jurídica y el Estado.

Pero debemos de recordar que, en nuestras democracias, la mayoría parlamentaria es la que hace la ley, en tanto se asume que la voluntad del pueblo soberano se expresa a través del legislador. Pero la historia muestra con frecuencia que una ley que debe definir lo justo puede ser ella misma injusta; es así, que aquella mayoría puede cambiar las leyes en función de sus intereses, desencadenando guerras o permitiendo diversas formas de barbarie. Por otro lado, un individuo puede ser respetuoso con la ley del país en que vive (perfecto legalista), pero ninguna ley prohíbe el egoísmo, el desprecio, el odio, lo que podría convertirlo en un “canalla legalista”. Entonces, este orden, al igual

que el anterior, es incapaz de limitarse por sí mismo; teniendo que ser limitado, en consecuencia, desde el exterior, por un tercer orden: el “orden de la moral” [6, 7].

Sustento ético-moral de la salud pública

Las “normas ético-morales” corresponden a los órdenes o campos del dominio de los argumentos morales y éticos, cuyos fines es tratar de validar la “autenticidad” o “veracidad” de nuestras opiniones y acciones vinculadas con el “deber”, así como con la legitimidad de una norma o acción social. Orden que se estructura en nuestro mundo interno con una lógica particular y autónoma que resulta de la oposición entre “lo debido” y “lo prohibido”, entre “el Bien” y “el Mal”. Es el ámbito de la Moral y la Ética. Por su carácter autónomo este orden no requiere ser limitado desde el exterior como los anteriores [6, 7, 8].

Al respecto de su autonomía, una acción solo tiene valor moral, explica Kant, en la medida que es desinteresada. Eso implica que no se cumple sólo “conforme a la ley” (para lo cual puede ser suficiente el interés: como el de un comerciante que sólo es honrado para conservar a sus clientes), sino por “deber”, o sea, por puro respeto a la norma moral. Por ello, el “deber” es lo que limita el “poder”, aunque éste sea democrático, la resistencia al poder es expresión de libertad. La conciencia del hombre honrado, dice Comte-Sponville, es más exigente que el legislador, entonces hay cosas que la ley permite, y que nosotros no debemos hacer, y otras cosas que la ley no impone, pero nosotros debemos imponernos: “El bien y el mal no se votan”. En la moral universalista kantiana, el juicio moral es racional e incondicionado, no tiene en cuenta ni las consecuencias ni los intereses y, por supuesto, los sentimientos [6, 7].

Las normas morales de la salud pública son las prescripciones morales vigentes sobre el cuidado de la salud de la población en la cultura e internalizadas en la conciencia de las personas. Normas que son objetivadas en el comportamiento “moralmente debido” y en los Códigos de Ética y Deontología correspondientes. Definen en conjunto la moralidad que deben tener las acciones relacionadas con la salud y su cuidado, para que éstas sean aceptadas y legitimadas socialmente.

PRIORIDAD Y PRIMACIA EN SALUD PÚBLICA

Para Comte-Sponville [6, 7, 10], los conceptos de “prioridad” y de “primacía” de los órdenes sociales son diferentes e incluso opuestos en su lógica. La relación entre los cuatro órdenes, de acuerdo a sus prioridades y sus primacías, tiene un doble movimiento, ascendente y descendente, que se constituyen como dos escalas cruzadas: “lo más valioso, subjetivamente, para el individuo, nunca es lo más importante, objetivamente, para el grupo, y viceversa”.

La “prioridad”, hace referencia a lo que es objetivamente más importante, para los fines de la reproducción social (supervivencia de la sociedad). Establece un encadenamiento descendente de determinaciones: el orden científico económico es más importante para la reproducción social que el político, el político es más importante que el moral y éste último más que el ético. Es un concepto que tiende a profundizar el conocimiento teórico. Sirve para comprender las causas de la acción. Para la opinión (el pensamiento),

la “prioridad” es la lucidez, entendida como ver la realidad tal como es, más que como uno querría que fuera: “el amor a la verdad debe prevalecer, intelectualmente, sobre lo demás”.

De manera opuesta, la “primacía” hace referencia a lo que vale más, subjetivamente, a partir de los criterios de la dignidad y el valor del orden para la convivencia humana. Establece una jerarquía ascendente de evaluaciones en función de un criterio axiológico: el orden ético vale más para la dignidad humana que el moral, el moral vale más que el político y este último que el científico (económico). Es un concepto normativo o práctico, que tiende a lo mejor y lo más elevado del ser humano, dependiendo de los valores. Para la acción, la “primacía” es lo que se quiere voluntariamente: “el amor y/o la libertad, para casi todos, serían los valores supremos”.

En resumen, a la jerarquía ascendente de las primacías se añade, sin anularlas, el encadenamiento descendente de las prioridades. Cada uno de los órdenes es, efectivamente, determinante para el orden inmediatamente posterior, cuyas condiciones de posibilidad crea, pero también es regulador para el orden inmediatamente anterior cuyos límites fija y al que intenta proporcionar una orientación y un sentido. Por eso es necesario enunciar al mismo tiempo (pero desde dos puntos de vista distintos), por ejemplo, que entre los órdenes “1, científico (económico)” y “2, político”: lo económico es prioritario (más importante) frente a lo político; y que lo político tiene la primacía (más valioso) sobre lo económico. Asimismo, que entre los órdenes “2, político” y “3, moral”: lo político es prioritario (más importante) frente a lo moral; y que lo moral tiene la primacía (más valioso) sobre lo político. Y, finalmente, la prioridad de la moral y la primacía de la ética, entre los órdenes 3 y 4 [10].

COMPLEMENTACIÓN DE LOS ÓRDENES DE ARGUMENTACIÓN

Los órdenes de sustentación descritos son necesarios y más o menos independientes, pero ninguno por si solo es suficiente para una apropiada argumentación de la validez comunicativa o consensual de nuestras opiniones y acciones sobre la realidad sanitaria que estamos analizando. Se debe desarrollar, entonces, la capacidad de distinguir, separar las diversas lógicas internas de cada orden; aunque entendiendo que son complementarias [6, 7, 10]. Todos los órdenes deben ser respetados en salud pública y si los distinguimos no es para ocuparse de sólo uno de ellos, o para reducir unos a los otros, sino para entender que son complementarios y, por tanto, necesarios para un análisis integral y equilibrado de la realidad sanitaria. Complementariedad que debe sustentarse con una racionalidad comunicativa.

La confusión entre esas órdenes, las distorsiones en la integración de los mismos o el uso unilateral o “tiránico” de uno de ellos, han sido causas de errores históricos al definir la primacía o prioridad de nuestras opiniones y acciones. Así parece demostrado el hecho que, si el orden político impone su lógica, no existe la libertad individual ni moralidad que se respete, ya que podría legitimarse la represión o aún la desaparición de las personas por “razones de Estado”. De manera análoga, si el orden científico (económico) impone su lógica del “costo-beneficio” justificará una política social que

excluye del consumo a gran parte de la población, si los supuestos macroeconómicos así lo requieren; o restringe el acceso a los servicios de cuidado de la salud, de la vivienda y de la educación otorgados sobre la base de criterios de solvencia financiera [6, 7].

En la revisión de la historia de los sistemas nacionales de salud en el Perú se verifica la ocurrencia y hasta la recurrencia frecuente de ejemplos de esas y otras distorsiones. Entre ellas, discriminar del cuidado de la salud a las mayorías nacionales por “darwinismo social”; hacer abstracción de las limitaciones técnicas o económicas en el financiamiento del sistema de salud en nombre de las exigencias políticas, cayendo en el voluntarismo o el populismo; someter las acciones políticas de salud a la tiranía de los “expertos” o tecnócratas que dicen no hacer política; someter la política del cuidado de la salud a la teoría del mercado, tratando a la salud como una mercancía.

Más aún, la historia nos enseña que cuando se trata de decisiones sobre la vida de las personas de una sociedad el diálogo es el mejor medio para alcanzar un acuerdo intersubjetivo auténtico. A través del diálogo, se trata de aprender uno de los otros, de decidir en conjunto sobre lo correcto o lo incorrecto, sobre lo justo y lo injusto, lo que se debe hacer o se debe evitar, mediante un procedimiento deliberativo, que permita el entendimiento entre los implicados y que responda a los intereses de todos los afectados.

PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN EN SALUD PÚBLICA

Durante las últimas décadas, la participación ciudadana adquiere relevancia en el campo de la salud pública, y es el nuevo rol del ciudadano (sano y enfermo), como agente, gestor y generador de su salud, uno de los hitos más importantes a ser alcanzado en la salud pública. Es así, que, en octubre de 2018, las autoridades gubernamentales que asistieron a la Segunda Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud en Astaná reafirmaron los compromisos expresados en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en pos de la salud para todos [11]. Entre los cuatro nuevos compromisos adquiridos para abordar los nuevos desafíos destaca el que se refiere a “empoderar a las personas y las comunidades” para que se sientan dueñas de su salud y su atención de salud.

“Apoyamos la implicación de las personas, las familias, la comunidad y la sociedad civil mediante su participación en la elaboración de políticas y planes que repercutan en la salud. Promoveremos la educación para la salud y trabajaremos para satisfacer las necesidades de las personas y las comunidades en cuanto a la obtención de habilidades y recursos necesarios para mantener su salud o la salud de aquellos a quienes atienden, guiados por profesionales sanitarios. Protegeremos y promoveremos la solidaridad, la ética y los derechos humanos. Aumentaremos el empoderamiento de la comunidad y contribuiremos a la rendición de cuentas de los sectores público y privado para que el mayor número de personas vivan vidas más sanas en entornos propicios y favorables a la salud” (Versión oficial de párrafo VI de la Declaración de Astaná, 2018).

La participación activa de los ciudadanos, entendida de esa manera, supone un nuevo modo de entender la relación entre éstos, los profesionales, “expertos” y sistemas de salud, no sólo desde la perspectiva del conocimiento, el manejo y el control de la propia salud, de manera individual o colectiva, sino también desde la influencia que puede llegar a tener en la planificación de políticas de salud pública. En resumen, busca promover el ejercicio de la ciudadanía activa en la protección de sus derechos en salud, en el control social sobre la gestión pública, en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas, contribuyendo a la equidad en salud y elevando su calidad de vida. En un futuro, esta participación debería reflejar una nueva forma de relación entre Estado y ciudadanía, basado en el reconocimiento del valor del otro y de su legitimidad para decidir sobre su salud, así como de su conocimiento, para superar la mirada asistencialista, clientelar e instrumental que durante años ha caracterizado la forma de relación entre técnicos en salud y ciudadanos.

Al respecto de esa participación, en los últimos años las redes sociales y los medios de comunicación sociales en Internet permiten la creación y el intercambio de contenidos informativos generados por el usuario, así como la popularización de medidas de cuidado de la salud promovidas por el sistema oficial de salud. En la mayoría de estas aplicaciones digitales los usuarios construyen un perfil público o semipúblico y articulan una lista de otros usuarios con los que comparten una conexión. De esta manera, el acceso a Internet se constituye en una fuente inagotable de recursos de información sanitaria dirigida a los ciudadanos y de herramientas de participación, con las redes sociales como enclave de intercambio de información y consejos prácticos entre pacientes, familiares y profesionales sanitarios.

Sin embargo, es necesario advertir que la pandemia de COVID-19 está poniendo de manifiesto los peligros del uso ilimitado de las redes sociales para la difusión de medidas no validadas sobre el cuidado de la salud, especialmente en situaciones de miedo, incertidumbre y desconfianza en la opinión de los “expertos”. Desde el inicio del aislamiento social por la pandemia, el uso de las redes sociales se incrementó de manera masiva, con una rápida difusión de información falsa o malintencionada (“infodemia”), haciendo difícil para las personas reconocer fuentes autorizadas y orientaciones confiables cuando las necesitan [12].

REFERENCIAS

01. Bustíos C. La Salud Pública en tiempos de pandemia. En: Blog *Voces en Salud Pública de la Facultad de Medicina de San Fernando* publicado el 17 noviembre 2020.
02. Foucault M. Historia de la medicalización Educación médica y salud. 1977; 11 (1): 5-25
03. Winslow CEA. The Untilled field of Public Health. *Modern Medicine*. March 1920; 2: 183.

04. Milbank Memorial Fund Comission. Higher Education for Public Health. New York: Milbank Memorial Fund; 1972.
05. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción Washington, D.C.: OPS, 2002. Publicación Científica y Técnica No. 589.
06. Comte-Sponville A. Invitación a la filosofía. Barcelona. Editorial Paidós. 2002
07. Comte-Sponville A. Diccionario filosófico. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.; 2005.
08. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. I. Racionalidad de la acción y racionalización social. Buenos Aires: Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara, S. A.; 1988.
09. Bustíos C. Evolución conceptual de la salud. En. Bustíos C (editor). Historia de la Salud en el Perú. Volumen 1. Lima: Academia Peruana de Salud; 2009. p.181-263.
10. Vallaeys F. En torno a la ética. Lima: Escuela de Graduados de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Separata del Curso Ética y Gerencia Social. Maestría de Gerencia Social; 2002.
11. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Astaná, Global Conference on Primary Health Care. Astaná, 25-26 october 2018. En Internet: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
12. Organización Panamericana de la Salud. Entender la infomedia y la desinformación en la lucha contra la

1.5. MEDICINA TRADICIONAL PERUANA Y SALUD PÚBLICA

INTRODUCCIÓN

En el Blog *Voces en Salud Pública* del 5 de mayo de 2021, se ha presentado un interesante ensayo titulado *Perspectiva Histórica de la Medicina Tradicional y su rol en la Medicina Contemporánea*, en el cual se “intenta reconciliar la medicina tradicional con la medicina contemporánea que en esta catastrófica situación (pandemia del COVID-19) ha tenido serios cuestionamientos en nuestra realidad socioeconómica y política”.

Es con esa misma intención, que creemos conveniente socializar los resultados de los estudios que sobre el tema “Medicina Tradicional” (MT) se expusieron en el Informe *General de la Comisión para el Proyecto de la Ley General de Salud*, documento presentado al Ministro de Salud el 6 de diciembre de 1976; así como, las principales consideraciones y recomendaciones que sobre el mismo tema están contenidas en el Acta de Acuerdos del *Encuentro Nacional. Articulación y armonización de las medicinas: hacia una medicina integrativa*, suscrita el 15 de octubre 2011. Resultados,

consideraciones y recomendaciones que, en nuestra opinión, mantienen plena vigencia en estos tiempos de pandemia, infodemia y de posverdad.

EN EL INFORME GENERAL DE LA CPLGS: 1976

Antecedentes de la CPLGS

El 6 de agosto de 1975, al final de la primera fase del Gobierno Militar conducida por el General (EP) Juan Velasco Alvarado, se expidió el Decreto Supremo N.º 00193-75-SA/DS que ordenó constituir una Comisión encargada de realizar los estudios necesarios de la situación de salud del país y formular el Proyecto de Ley General de Salud, documento que “interpretará y explicará la problemática de salud existente en el país, culminando con el planteamiento de soluciones”. La Comisión presidida por el Dr. Mario León Ugarte, tuvo entre sus miembros a dos profesores del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la UNMSM, los Drs. Manuel Alencastre Gutierrez y Carlos Bustíos.

Esa Comisión (CPLGS) tuvo una composición interdisciplinaria e interinstitucional, y recibió para el cumplimiento de dicho encargo el apoyo bibliográfico y documentario de 146 instituciones estatales y no estatales, así como la colaboración temporal de 350 profesionales de las distintas disciplinas sociales y de salud para la creación, recuperación y análisis de la información necesaria. Transcurridos quince meses desde su instalación, la Comisión cumplió con el encargo recibido y presentó su Informe General Final al Ministro de Salud, el 6 de diciembre de 1976.

El contenido del Informe General de la CPLGS, fue el resultado de un primer esfuerzo nacional de carácter interdisciplinario e integral, orientado hacia la formulación de una propuesta de democratización del cuidado de la salud, entendida ésta como el camino hacia la realización auténtica del derecho de todos a la salud. El tema de la Medicina Tradicional en el Perú es tratado en casi todos sus capítulos; además, por encargo de la misma Comisión, la “Asociación Centro de Investigación para el Desarrollo” (CIPRODE) realizó en 1976 un estudio diagnóstico sobre dicho tema, dirigido por tres científicos sociales: Jorge Carbajal, Manuel Pérez y Carmen D. Thays.

Situación de la MT en el Informe de 1976

El reconocimiento de una realidad social y cultural heterogénea en cuanto al cuidado de la salud en el Perú lleva a la aceptación de que coexisten dentro de ella dos “polos” de atención de la salud: uno oficial, científico, legal, representado por el “patrón de la medicina moderna”; y otro no oficial, no científico, no legal, representado por el “patrón tradicional”; entre ambos, se diferencian múltiples variantes y matices marcados por las condiciones socioeconómicas y geoculturales de cada región o lugar. En la práctica, prima la complementariedad entre ambos patrones a nivel de los usuarios, quienes finalmente decidirán las opciones que adoptarán en su demanda de atención de la salud en determinadas coyunturas.

El patrón de medicina tradicional es un rezago sociocultural en el desarrollo evolutivo de la Medicina y de las Ciencias de la Salud: sus principales componentes histórico-culturales en el Perú son de origen indígena prehispánico y de fuente tradicional española de los primeros siglos de la colonia. En la forma polarizada de este patrón de atención se pueden identificar una “modalidad formal” caracterizada por una atención “especializada” a cargo de personal expresamente preparado para esta función y una “modalidad informal” constituida por una atención “no especializada” (medicina popular).

La atención especializada tradicional la realiza, en sus diversas formas técnicas, el siguiente personal: curandero o “curioso”, herbolario o yerbatero, chamán, partero (a), huesero, brujo, “llamador”, “rezador”, “limpiador”, adivino. La capacitación de este personal se realiza básicamente mediante la tradición oral en el ámbito familiar, mientras que el aprendizaje tiene un carácter esencialmente práctico. Jugando un papel preponderante el desarrollo de las facultades de observación e intuición. La comunidad es la que confiere al especialista su carácter de tal, así como le reconoce su particular “poder de curar”.

Se utilizan elementos del patrón de medicina tradicional prácticamente en todos los estratos de la población peruana. Para la población de los estratos bajos y con menor grado de aculturación, la MT constituye la primera instancia y generalmente la única alternativa. La magnitud de la demanda de aquellos elementos en los estratos más bajos se estima en base a la población rural, no cubierta por los servicios oficiales de salud (40% de la población del país), a cuyo tamaño se agrega el de las poblaciones urbanas de las provincias andinas (quechua y aymara) y de lenguajes selváticos, que tendrían la tendencia al uso de dichos elementos en una primera instancia y como alternativa prioritaria. Además, la población migrante del campo a la ciudad, en general, debe también considerarse usuaria activa de elementos de patrón tradicional: indicio de ello es el hecho que la ciudad de Lima y otras capitales departamentales se van convirtiendo en centros de intenso tráfico de medicinas tradicionales y del llamado “curanderismo mestizo”.

De manera distinta, la atención de la salud de tipo tradicional cumple una función solo complementaria para la mayoría de la población ubicada tanto en el polo del patrón de medicina moderna, como en los segmentos intermedios. Para las clases sociales altas, algunos de los elementos tradicionales constituyen la última instancia en la búsqueda de recuperación de la salud (instancia de desesperación). Para las clases sociales intermedias, la medicina tradicional es una de las alternativas a seleccionar ya sea en primera o segunda instancia.

Variantes geográficas y tecnológicas de la MT: Informe 1976

La región andina en general y en particular la zona ocupada por la población indígena, es la sede de los núcleos más integrados de MT. Allí se encuentran en plena vigencia los elementos más representativos del patrón tradicional. Hay que incluir en esta misma

categoría a los grupos étnicos de la selva. Ciertos lugares de la costa, especialmente reputados, constituirían también núcleos de concentración de la misma.

La tecnología que maneja el patrón tradicional es esencialmente naturalista u psicológica. Su fuente principal es la flora de diversos tipos y procedencias: utiliza, asimismo, elementos minerales como las tierras, arcillas y, además múltiples objetos de carácter simbólico mágico-religioso. La mayoría de estos productos son utilizados al natural, o en combinaciones o fórmulas simples, resultado de largo aprendizaje por ensayo-error.

Los casos auto diagnosticados como leves son resueltos mediante el tratamiento casero o no especializado. Los casos más graves o de competencia especializada son tratados por curanderos o por los brujos. La superstición, juega un papel muy importante en la terapia tradicional la que resulta efectiva principalmente en las enfermedades psicosomáticas. Hay también tratamientos quirúrgicos y físicos para traumatismos internos y externos; a estos últimos no se acompaña a la terapia la práctica mágica.

La medicina tradicional no se da como un rasgo aislado en el contexto cultural de la sociedad tradicional; es parte integral del complejo de creencias y valores relativos a la religión y la magia; constituye, asimismo, parte del acervo “científico” y técnico de tales sociedades. El contenido teórico-práctico de la medicina tradicional se ha venido constituyendo en base a las experiencias transmitidas de generación en generación; la teoría está conformada por un cuerpo de conocimientos de carácter empírico naturalista y mágico-religioso. En la variante selvática se admite el predominio del uso de las plantas; en la sierra predomina lo mágico-religioso; y en la costa parece predominar la tradición hispano-indígena, con influencia selvática en el norte.

Enjuiciamiento de la MT en el Perú: Informe 1976

Una de las características del sistema oficial de salud, en concordancia con la estructura sociopolítica dominante, ha sido su orientación elitista y subordinada a patrones foráneos. Pese a los esfuerzos de las últimas décadas para ampliar la cobertura de los servicios de salud a toda la población, el medio rural ha quedado prácticamente inaccesible en el orden físico y mental. Se ha seguido actuando en base a estrategias pro-desarrollistas y pro-modernización generalmente en base a modelos importados. El desconocimiento de la verdadera realidad sociocultural del país se refleja en la actitud negativa hacia el patrón de medicina tradicional: la marginación, la condena legal, la desestimación de los recursos humanos y materiales propios del saber tradicional (con excepción de algunos intentos de captación y capacitación de parteras empíricas) son las pruebas de aquella característica.

La actitud mágico-religiosa frente a la enfermedad no es la nota exclusiva del patrón tradicional, ni es tampoco la razón para tachar de “no científica” o pre-lógica la práctica tradicional y la mentalidad de sus practicantes. La ciencia médica sigue evolucionando y no ha dado aún solución a todos los problemas de salud. La magia y la religión juegan entonces un rol importante y positivo por brindar el apoyo psicológico requerido o

necesario. Ésta es una de las razones de su supervivencia y lo es también para propiciar la revaloración de las prácticas tradicionales del cuidado de la salud.

Aspectos positivos de la MT al cuidado de la salud: Informe 1976

Se ha investigado escasamente los aspectos positivos de la medicina tradicional; sin embargo, no se puede dejar de reconocer que es un producto del saber y de la creatividad del pueblo y que, como tal, ha realizado y realiza importantes aportes al cuidado de la salud de la población, entre los cuales están los siguientes:

- Forma parte del patrimonio cultural de la población y responde a la necesidad de grandes sectores, a los que no llegan los adelantos de la medicina moderna ni los servicios oficiales de salud.
- Conocimiento tradicional sobre las propiedades curativas de sustancias que se dan en la naturaleza
- Manejo de ciertas técnicas o fuerzas de acción psicológica que pueden contribuir por medio de relaciones eficaces con el paciente, a la restauración de la salud.
- Participación comunitaria en el cuidado primario de la salud, que implica responsabilidad individual y familiar como fuerzas de complementación al sistema oficial y una potencialidad de recursos que puede ser adecuadamente canalizado.
- Aceptación por la comunidad de elementos de la medicina tradicional y popular cuya eficacia pudiera ser comprobada por investigación científica.
- Personal especializado con larga experiencia en el trato con pacientes dentro de su propio ambiente cultural, y que, debidamente evaluado, puede ser captado por el sistema oficial de atención de la salud.

La medicina tradicional es parte de una “subcultura de carencia”, en tanto es generada esencialmente por la falta de recursos y servicios modernos de salud, así como otras características que definen una situación de subdesarrollo económico y social. En la medida que se van resolviendo las instancias de provisión de servicios por un lado y, lo que es más importante, se compatibilice o adecúe el avance científico y los elementos de la atención oficial de la salud a las necesidades y características locales, regionales y nacionales, se irán estableciendo las condiciones para la integración de los aspectos positivos de la medicina tradicional a un nuevo modelo de cuidado de salud que sea patrimonio y responsabilidad de toda la población.

Actualmente, aún en los sectores más “puros” de concentración del patrón tradicional, se va produciendo un proceso de cambio. Los medios de comunicación, la migración, la escolarización y otros factores propulsores de la llamada “revolución de expectativas” han ido creando en el medio rural una tendencia cada vez mayor a la modernización. Si se superan las barreras económicas, sociales, legales, geográficas y culturales y, sobre todo, si un nuevo sistema oficial de salud participativo define la estrategia adecuada, tal proceso podría culminar dialógicamente en la integración de los aspectos positivos de los patrones moderno y tradicional.

El principio de salud y cultura en el Informe de la CPLGS

El concepto de salud se configura dentro de cada cultura por el aporte de la historia y de la tradición e implica un sistema de valores en el cual se ubica y se desarrolla y, asimismo, un conjunto de prácticas de aceptación general.

Una organización de la atención de la salud de ámbito nacional debe reconocer las variantes culturales y respetar el aporte de la tradición si se desea que la incorporación de los avances de la ciencia y la tecnología se produzcan realmente a través del reconocimiento y aceptación consciente de sus beneficios. Una atención efectiva de la salud debe incorporar las prácticas tradicionales, en lo que éstas tengan de valioso; ya que la verdadera efectividad de sus acciones dependerá del grado de su aceptación por las comunidades.

Tres años después de ser entregado el Informe General al Ministro de Salud, los resultados de los debates producidos en las reuniones organizadas por CEPRODE y la CPLGS sobre la MT, así como el poderoso mensaje participativo contenido en la Declaración de Alma Ata (1978), estimularon a un grupo de científicos sociales y médicos – liderados por los maestros Alberto Segúin y Fernando Cabieses –, para organizar y realizar, en la ciudad de Lima, el Primer Congreso Mundial de Medicinas Tradicionales. Este evento fue inaugurado en año 1979, con los auspicios del Ministerio de Educación y la ausencia de representantes del Ministerio de Salud. Superando el escepticismo general y las críticas de los Colegios Profesionales del Perú, el Congreso se realizó exitosamente, con la asistencia de delegaciones de 23 países y la presencia multidisciplinaria de científicos sociales, biólogos, cultores de la medicina tradicional y algunos médicos.

ENCUENTRO ARTICULACIÓN Y ARMONIZACIÓN DE MEDICINAS 2011

Antecedentes del Encuentro

La “Ley General de Salud N.º 26842”, promulgada en julio de 1997, prescribe en su Título Preliminar XVII que la “promoción de la medicina tradicional es de interés y atención preferente del Estado”. Además, en la “Ley de Aprovechamiento Sostenible de Plantas Medicinales”, de junio del 2000, el Gobierno Peruano establece las responsabilidades de las entidades públicas y universitarias en: la investigación y la socialización de los usos de las plantas medicinales; la enseñanza de asignaturas sobre las propiedades de las plantas medicinales; así como, en la elaboración de la farmacopea herbolaria nacional.

Por otro lado, el inicio del proceso de integración de la medicina alternativa y complementaria en el sistema oficial de salud peruano por la vía del Seguro Social se remonta al año 1992, cuando un grupo de médicos del entonces Instituto Peruano de Seguridad Social del Perú (IPSS), con experiencia en el uso de la acupuntura y en la prescripción de plantas medicinales, decidió poner en marcha un proyecto piloto combinando estas prácticas en el tratamiento de determinadas patologías, cuyos

resultados debían compararse con los obtenidos con las prácticas convencionales de la medicina occidental. Tres años después, en 1995, se decidió evaluar el impacto del proyecto en la mentalidad de la población asegurada para lo cual se contrató a la Escuela Superior de Administración de Negocios, con el propósito de que hiciera una evaluación de la demanda pertinente en tres hospitales: Sabogal, Angamos y Grau: “Se preguntó a los asegurados si estaban dispuestos a recibir terapias alternativas y complementarias, y fue sorprendente cuando un 80% de los encuestados respondieron positivamente”. Obtenidos tales resultados, en 1998 se crea el Programa Nacional de Medicina Complementaria en EsSalud con la finalidad de articularlo institucionalmente al sistema oficial de la seguridad social.

En marzo del 2006, el Colegio Médico del Perú implementó, de manera transitoria, el “Comité de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria” para regular, controlar y velar su ejercicio ético. Este comité se afianza en el 2007 y se convierte en permanente y de asesoramiento en el 2010. El objetivo general de este comité se resume del modo siguiente: contribuir a mejorar los índices de salud de la población peruana a través de recomendaciones y propuestas de normatividad referidas a la recolección sistematizada de información, protección, investigación y control de calidad en medicina tradicional, alternativa y complementaria, además de facilitar la construcción de políticas de Estado que se expresen en un marco legal de estímulo y trabajo sistematizado y científico para el empoderamiento de estos valiosos recursos de salud.

A partir de esos antecedentes y a iniciativa de la Dra. Martha Villar López, presidenta del Comité aludido del Colegio Médico del Perú, se organizó en Lima el *Encuentro Nacional Actualización y armonización de las medicinas, hacia una medicina integrativa*, bajo los auspicios del Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú, presidido por el Dr. Ciro Maguiña Vargas. En el Encuentro, participaron dos profesores del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la UNMSM, los Drs. Oswaldo Salaverry García y Palmiro Ocampo Tello.

En el desarrollo del evento se utilizaron, de manera explícita o implícita, las siguientes definiciones cuando se hacía referencia a las distintas modalidades de medicina que debían ser integradas para una atención del cuidado de la salud más eficaz y equitativa:

- La “Medicina Occidental”, basada en conceptos científicos y biotecnologías que adquieren un carácter o tendencia hegemónica en la comunidad académica. Es la ejercida convencionalmente por los profesionales que tienen título universitario de médico-cirujano o de otras especialidades biomédicas. Puede ser denominada de manera distinta: científica, convencional, alopática, ortodoxa, regular, oficial, académica. Algunos practicantes de esta medicina se dicen también practicantes de la medicina complementaria y alternativa.
- La “Medicina Tradicional” (MT), según la OMS, “es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o

el tratamiento de enfermedades físicas o mentales”. Modalidad de Medicina basada exclusivamente en la experiencia y la observación, y transmitida verbalmente o por escrito de una generación a otra.

- Las “Medicinas alternativas” (MA), también denominadas “paralelas”. Basadas en concepciones diferentes a los anteriores, que han sido adoptadas por diversos grupos culturales en distintas épocas y diversas regiones del mundo, tales como la homeopatía, la osteopatía, el naturismo, el yoga, la acupuntura, etc. Un ejemplo es el uso de la acupuntura como tratamiento exclusivo del cáncer. para ayudar con los efectos secundarios del tratamiento del cáncer. Se habla de “medicina alternativa” cuando se usa terapias distintas a las de la medicina occidental.
- La “Medicina Complementaria” (MC), constituida por un conjunto de prácticas de cuidado médico que no son parte propiamente de la tradición de un país y no tienen sustento en el sistema científico médico, aunque existe evidencia de su utilidad como complemento o ayuda en el manejo de la salud y enfermedad de los pacientes. Ejemplos: el uso de la acupuntura para ayudar con los efectos secundarios del tratamiento científico del cáncer, o de dietas especiales para tratar el cáncer en vez de un método sugerido por un oncólogo. Se habla de “medicina complementaria” cuando se combinan con las terapias de la medicina occidental.
- La “Medicina Complementaria y Alternativa” (MCA), es un término que se usa para hacer referencia de manera conjunta a productos y prácticas de cuidado de la salud que se considera no pertenecen a la medicina occidental ni a la tradicional.

Principales considerandos del Acta del Encuentro 2011

Que, se reconoce que la MT es ancestralmente y ampliamente usada por una gran parte de la población del Perú, debiéndose valorar, conservar, respetar, promover, comunicar amplia y apropiadamente sobre la base de la realidad de cada región.

Que, se acepta la importancia de la MCA, como estrategia costo/efectiva de la atención primaria de la salud y para el cuidado y manejo de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Así como su articulación con la Medicina Convencional, con el fin de lograr mejoras en la salud pública.

Que, los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos y deben impulsar políticas, reglamentos y normas nacionales, en el marco de un sistema de aseguramiento universal, de descentralización y fortalecimiento del primer nivel de atención para garantizar el uso apropiado, seguro y eficaz de la MT y la MCA.

Que, se reconoce los progresos realizados hasta la fecha por muchos gobiernos en la integración de la MT y la MCA en sus sistemas nacionales de salud; sin embargo, son insuficientes en nuestro país los avances para articular y armonizar la MT y la MCA al sistema nacional de salud.

Que, el uso indiscriminado, poco responsable y no regulado por el Estado, ni normado por entidades competente de los diversos métodos terapéuticos tradicionales, alternativos y complementarios, puede poner en riesgo de la salud de las personas, y el

descrédito de una medicina ancestral que ha demostrado eficacia y trascendencia cuando es adecuadamente utilizada.

Que, dado que los aspectos relacionados con la MT y MCA necesitan el desarrollo de la investigación científica, una mejor sistematización, además de formación y capacitación de los profesionales de la salud en estos campos y socializar apropiadamente estos temas tanto en el Sector Salud como en la población en general.

Principales recomendaciones en el Acta de 2011

1. Promover el uso apropiado, seguro y eficaz de la MT y MCA, considerando sobre todo la protección de la vida, la salud y la integridad de la persona.
2. Promover la protección y la presentación de los conocimientos sobre la MT peruana, patrimonio cultural de la nación, a fin de asegurar el acceso a las formas tradicionales de sanidad y respeto por aquellas personas que guardan estos conocimientos ancestrales.
3. Presentar al Congreso de la República una propuesta de Ley de Articulación y Armonización de la MT y MCA elaborada y concertada con la participación de todos los actores de salud.
4. Proponer al Ministerio de Salud, la posibilidad de replicar la experiencia del Seguro Social de Salud sobre la planificación, implementación y desarrollo de la Medicina Complementaria y Alternativa, en los establecimientos de salud pública a través de la creación de una estrategia sanitaria a nivel nacional y que involucre a los subsectores de salud del país.
5. Proponer al Ministerio de Salud la adecuación intercultural de los servicios de salud de los centros asistenciales y articular la MT peruana al sistema de salud a través del establecimiento de un diálogo de saberes.
6. Presentar al Instituto Nacional de Salud la propuesta de Lineamientos para la Investigación en MT y MCA, que involucre sus diversos campos de conocimiento y no solo los recursos herbarios.
7. Recomendar a la Universidad Peruana y las instituciones encargadas de la investigación en el país, promuevan la realización de investigación en MT y MCA a fin de que su utilización sea segura, eficaz y de calidad.
8. Brindar a la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) las sugerencias, comentarios y observaciones al Reglamento para el registro, control y vigilancia sanitaria de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitario en el capítulo de medicamentos herbarios.
9. Proponer al Ministerio de Salud, la elaboración de los lineamientos de información al usuario para reducir los riesgos y potenciar los beneficios del uso de la MT peruana y la MCA.

Con relación a las terapias de la Medicina Complementaria y Alternativa (MCA) aceptadas por ese Comité, ellas necesitan evaluarse con el mismo proceso largo y cuidadoso de investigación que se usa para evaluar los tratamientos médicos convencionales. Estos últimos han sido estudiados, en general, en cuanto a lo nocivos

que puedan ser y a su eficacia por medio de un proceso científico intenso que incluye estudios clínicos con un gran número de pacientes.

Por otro lado, el mismo Comité acepta que no se conoce de manera suficiente tanto la eficacia como los peligros que pueden presentar muchas terapias de las MCA. La investigación de dichas terapias ha sido más lenta por diversas razones: cuestiones de tiempo y de financiamiento; problemas para encontrar instituciones e investigadores que trabajen en los estudios pertinentes; cuestiones jurídico-políticas de reglamentación, etc. Algunas terapias de las MCA que se han sometido a una evaluación cuidadosa han demostrado su eficacia y su seguridad, mientras que otras han resultado ser ineficaces o posiblemente nocivas.

REFERENCIAS

Asociación Centro de Investigación para el Desarrollo. “La Medicina Tradicional en el Perú. Una Aproximación Diagnóstica”. Informe presentado a la CPLGS. Lima. 1976.

Bustíos, Carlos. Medicina Tradicional en el Perú. En: Facultad de Medicina San Fernando. *Crisis de los Sistemas de Salud y de la Seguridad Social en el Perú: 1968-1990*. Lima: Editorial e Imprenta UNMSM; 2007: p. 209-212.

Comité de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria. “Libro de Resúmenes. Encuentro Nacional Articulación y Armonización de las Medicinas. Hacia una Medicina Integrativa”. Lima. Colegio Médico del Perú. Enero 2011.

CPLGS. Informe General de la Comisión para el Proyecto de Ley General de Salud. Lima. Ministerio de Salud. 1976.

2. POLÍTICA Y JUSTICIA SOCIAL EN SALUD PÚBLICA



2.1. PASCAL Y PODER EN TIEMPOS DE PANDEMIA

INTRODUCCIÓN

La humanidad enfrenta actualmente una crisis global sin precedentes desencadenada por la pandemia del Covid-19. Esta crisis ha exacerbado la vulnerabilidad de quienes menos protecciones gozan en la sociedad, y está poniendo en evidencia las profundas desigualdades económicas y sociales y las deficiencias de los sistemas de salud y protección social que exigen una atención urgente como parte de la respuesta de la salud pública y en esas nuevas circunstancias.

En una crisis pandémica como la actual, la primacía y la prioridad de las políticas gubernamentales es salvar vidas, lo que obliga tomar medidas extraordinarias a los gobiernos de todos los países. Entre ellas, la del confinamiento generalizado, dictado para hacer más lenta la transmisión del virus, que restringe necesariamente la libertad de circulación de la población y, así, la libertad de disfrutar otros derechos humanos.

Como efecto de esa medida, el mundo está tomando plena conciencia de que la libertad de circulación es un derecho crucial que facilita el disfrute de muchos otros derechos. El confinamiento tiene repercusiones en los puestos de trabajo, los medios de vida, el acceso a los servicios, incluidos los de atención de la salud, los alimentos, el agua, la educación y los servicios sociales, la seguridad en el hogar, el nivel de vida adecuado y la vida familiar. Por ello, si bien el derecho internacional permite ciertas restricciones a la libertad de circulación, incluso por motivos de seguridad y emergencia nacional, como una emergencia sanitaria, las restricciones a la libertad de circulación deben ser estrictamente necesarias para ese fin, proporcionadas y no discriminatorias.

De acuerdo a la opinión de expertos internacionales, las respuestas que se han dado a la pandemia en algunos de los países de Latinoamérica pueden provocar retrocesos en términos democráticos y aumentar los riesgos de un debilitamiento de las instituciones del Estado de derecho. Argumentan dichos expertos que, en esta situación de crisis, algunos de tales gobiernos pueden intentar avanzar y concentrar más poder político, por razones ajenas a la pandemia, aprovechando situaciones en las que los ciudadanos,

al sentirse más vulnerables, tienden a ceder fácilmente a que sus gobiernos adopten facultades extraordinarias. Además, al respecto debemos recordar la existencia de una proclividad histórica hacia el autoritarismo presidencial que aún se comparte en la Región. Según el último Latinobarómetro (2018) solo el 39.6% de la población latinoamericana está satisfecha o muy satisfecha con la forma en la que opera la democracia. Este desencanto democrático puede generar que la ciudadanía tenga mayor tolerancia a las salidas autoritarias o a la concentración de poder. Desencanto que explica, por ejemplo, la presencia en la Presidencia de la República de Brasil, de un personaje como Bolsonaro quien insiste en minimizar la gravedad de la pandemia, tal como lo ha hecho con otros problemas a pesar de la evidencia científica, como el cambio climático.

Para evitar aquellos retrocesos y debilitamientos la misma OMS recomienda que toda medida restrictiva vinculada con la lucha contra el Covid-19 debe estar acompañada por una fuerte campaña de difusión sobre la importancia esencial de su cumplimiento efectivo, para reducir o eliminar el alto y creciente nivel de contagiosidad y letalidad del coronavirus, así como para crear conciencia social de la responsabilidad ciudadana en la protección y la distribución de un bien común tanpreciado como la salud. Responsabilidad que, en esta situación de crisis, tiene que dejar de ser una idea abstracta para concretarse en la aparición de organizaciones comunitarias o grupos de apoyo de la sociedad civil en estos tiempos, ya que muchas personas pueden necesitar ayuda de los miembros de su propia comunidad para comprender la importancia de tales medidas para el éxito final de la estrategia y, por tanto, llegar a aceptarlas y defenderlas por convencimiento.

Con esos argumentos y recomendaciones no se pretende criticar las prerrogativas de los Estado de derecho en la respuesta política a la pandemia, sino que se nos invita a reflexionar sobre las posibles repercusiones no deseadas de dicha respuesta y sugerir formas de mejorarla prestando atención ponderada a los derechos humanos. La pretensión de esta reflexión es triple: reforzar la eficacia de la respuesta a la amenaza inmediata para la salud colectiva, mitigar las repercusiones más amplias de la crisis en la vida de la gente y no crear nuevos problemas ni exacerbar los que ya existen. Hoy más que nunca se necesitan los derechos humanos para sortear esta crisis de manera que nos permita, lo antes posible, centrarnos de nuevo en lograr un desarrollo sostenible equitativo (justo) y en sostener la paz.

Con el propósito de facilitar esa reflexión, presentamos en las siguientes páginas de este escrito las principales ideas de Blas Pascal sobre las relaciones entre el poder político y la justicia social.

RECORDANDO A BLAS PASCAL

Pensamientos de Pascal

Ser hombre es pensar y conocer su realidad y pensar y conocer sus propios pensamientos, e inferir de estos procesos sus acciones. Procesos que se ajustan a normas de una

racionalidad, entendida como el uso de la razón en la indagación de los distintos campos de la realidad. La razón, única según su naturaleza, aunque diferenciada en sus tres dimensiones (teórica, práctica y estética), presupone para cada campo de la realidad distintas condiciones necesarias y suficientes para su validez cognitiva, normativa o expresiva.

El filósofo francés Blas Pascal (1623-1662), discrepa con su compatriota René Descartes (1596-1650), cuando no acepta que el pensamiento sea la única condición de la existencia humana – “pienso, luego existo” –, argumentando que no todo pasa por el pensamiento durante la vida humana: "No soy algo que (solo) piensa. A veces, es cierto, pienso. Pero normalmente me apasiono, amo, odio, busco, caigo, sueño, anhelo. Y (además) el otro (existe) también. Y vivo con el otro. Ese es mi problema. Estar con el otro es mi mayor deseo, y también mi mayor dificultad".

Pascal rompe así con el molde del racionalismo cartesiano, del pensamiento de lo estrictamente lógico formal. El expone que todos tenemos otros moldes de racionalidad. El ser humano piensa, siente, une, vincula. El yo no puede imponerse como una especie de cárcel que explica todo mediante la razón cartesiana. El yo impera en nuestro conocer y actuar, el yo "es injusto en sí, por hacerse centro de todo; es incómodo para los demás, porque quiere someternos, porque cada 'yo' es enemigo y quisiera ser el tirano de todos los demás".

Además, en el curso de esa reflexión Pascal clasifica a las personas, según los fines individuales de su acción, en tres categorías: los “carneles”, que tienen como fin de su actuar la carne (el éxito material); los “curiosos”, que tienen como fin el espíritu (la razón); y, los “prudentes”, que tienen como fin a la caridad (la justicia).

Órdenes sociales según Pascal

Blas Pascal enfatiza reiteradamente a lo largo de su obra el concepto filosófico de “orden” de la vida humana. Para Pascal, un pensamiento sobre la realidad no puede ser expresado “fielmente” y alcanzar su objetivo si no ha recibido previamente un cierto orden, y dirá: “Las palabras diversamente ordenadas constituyen diversos sentidos, y los sentidos diversamente ordenados producen diferentes efectos”.

El aporte de Pascal al análisis de la sociedad estructurada en órdenes de la vida humana es fundamental. La singularidad de su pensamiento radica en la asociación de finalidades con niveles sociales y actividades concretas de reyes carneles, curiosos espirituales y justos prudentes. A partir de esta clasificación de las personas, distingue en la vida colectiva, tres órdenes o esferas de acción social: (i) el orden de los cuerpos, regido por las determinaciones de la naturaleza y las costumbres (la naturaleza humana), que es a la vez el del universo material y el del poder; (ii) el orden del espíritu, situado bajo la jurisdicción de la razón, el reino de la ciencia y la tecnología; y, (iii) el orden del corazón, que únicamente obedece a la ley del amor, quedando así emplazado en el ejercicio de la caridad (Justicia). El diferente fin perseguido en cada orden genera comportamientos, acciones y “realidades” diferentes al interior de cada esfera.

Pascal enfatiza que cada uno de esos órdenes de la vida humana posee internamente su propia coherencia, sus valores propios y su propia eficacia argumentativa; aunque sus argumentos pierden su eficacia cuando son utilizados en otra esfera. También alerta sobre el peligro de mezclar órdenes en la argumentación de una opinión o de una acción, lo que puede llevar al ridículo; todo discurso que mezcla los argumentos de distintos órdenes para sustentar una opinión o una acción social es “falsa o tiránica”.

Para Pascal, “La tiranía consiste en querer tener por una vía lo que sólo se puede obtener por otra y lo ‘injusto’ y lo ‘ridículo’ es confundir los órdenes”. Como ejemplos: “yo soy bello y por eso me deben temer”; “yo soy fuerte y por eso me deben amar”. Es famosa su frase: “el corazón tiene sus razones que la razón ignora”, la cual nos recuerda que los sentimientos y las emociones (el corazón) no puede tener una explicación racional (el espíritu), pues querer hacerlo sería “ridículo” o cómico. Es ridículo, por ejemplo, pretender amar por motivos morales, querer conquistar el amor por principio y por demostración, querer imponer el amor por la verdad o por la fuerza. Asimismo, es barbarie, también, por ejemplo, cuando se decide la vida o la muerte de las personas en medio de una pandemia por criterios políticos o económicos.

La confusión entre esos órdenes, las distorsiones en la complementación de los mismos o el uso unilateral o “tiránico” de uno de ellos, han sido causas de errores históricos al definir la primacía o prioridad de nuestras opiniones y acciones políticas, errores que podrían repetirse en la lucha contra la actual pandemia.

“Justicia” y “fuerza” según Pascal

Los pensadores más relevantes de la historia de la filosofía política (desde Platón hasta Habermas) han reflexionado de modo reiterado sobre las exigencias morales que comportan el ejercicio del poder político. Es decir, sobre el conflicto – aún no resuelto – entre el poder y la moral. En sus obras se encuentran consejos y pautas que han de seguir emperadores, reyes, príncipes, soberanos, gobernantes, parlamentarios, magistrados, etcétera; pero también se señalan los límites (éticos, jurídicos, religiosos, constitucionales) que han de regular el ejercicio de la autoridad, tendentes tantas veces a la tiranía. Consejos, pautas y límites definidos o establecidos utilizando diferentes criterios.

Pascal no cree en la posibilidad de una justicia universal, como una verdad inherente a la ley de cualquier pueblo, sin importar su lugar geográfico o su historia. Así, al no existir una externalidad desde la que se pueda medir la justicia de la ley, cada pueblo de acuerdo a sus características particulares, a sus costumbres, determinará su ordenamiento jurídico. Entonces surge una pregunta: ¿qué es lo que hace justa a una ley? Pregunta respondida por Pascal de la manera siguiente: “Es justo que se siga lo que es justo; es necesario que se siga lo que es más fuerte. La justicia sin la fuerza es impotente; la fuerza sin la justicia es tiránica. La justicia sin la fuerza es contradicha, porque hay siempre malos; la fuerza sin la justicia es acusada. **Es menester, por lo tanto, juntar siempre la justicia y la fuerza;** y para eso hacer que lo que es justo sea fuerte, lo que es fuerte sea justo.”

Las leyes no son justas *per se*, no son obedecidas porque evidencien justicia, sino porque tienen la autoridad otorgada por la fuerza (el poder político). Al no existir una perspectiva independiente, “objetiva”, de la justicia desde la cual juzgar lo justo de la ley o sobre la cual fundamentarla, toda su autoridad termina residiendo en el “crédito” que se le reconozca. Tal es precisamente su *fundamento*, pues ese reconocimiento no es más que la creencia del pueblo en la autoridad de la ley. Por lo tanto, **el derecho se fundamentaría en un acto de fe**: “No pudiendo hacer que lo que es justo sea fuerte, se ha hecho que lo que es fuerte sea justo”.

“Sin duda que la igualdad de bienes es justa (...) Pero sucede que el Derecho lo ha decidido de otro modo y protege la propiedad privada y, en consecuencia, la desigualdad de bienes (...) No pudiendo hacer que sea forzoso el obedecer a la justicia, se ha hecho que sea justo el obedecer a la fuerza (del Estado). No pudiendo fortalecer a la justicia, se ha justificado la fuerza, a fin de que el justo y el fuerte se uniesen y que fuera posible la paz, que es el soberano bien” (B. Pascal, Pensamientos).

REFERENCIAS

Comte-Sponville A. Diccionario filosófico. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.; 2005.

ONUSIDA. Los Derechos Humanos en tiempos de COVID-19. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2020. En Internet: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/human-rights-and-covid-19_es.pdf

Pascal B. Pensées. Traducción y ampliación de Xavier Zubirí. España: Alianza Editorial; 2004.

2.2. RECORDANDO A MAQUIAVELO EN UNA SITUACION DE CRISIS POLÍTICA SANITARIA

Estas notas han sido preparadas con el único propósito de promover la reflexión y la opinión crítica de los lectores de *Voces* sobre la racionalidad práctico-moral del comportamiento político de los gobernantes en el mundo occidental, en una situación de crisis sanitaria mundial como la actual. Por ello, nos limitaremos – después de una introducción al tema del “poder político” – a presentar los comentarios de algunos intelectuales contemporáneos sobre los textos escritos en 1513 – hace más de seis siglos – por uno de los primeros pensadores que trataron el tema de los conflictos entre el poder político y la moral: Nicolás Maquiavelo; comentarios que se acompañan de la transcripción de tres capítulos de su máxima obra *El Príncipe*.

INTRODUCCIÓN AL TEMA

El concepto de “Estado” puede ser definido como: una organización social constituida en un territorio propio, con fuerza para mantenerse en él e imponer dentro de él un poder supremo de ordenación y de imperio, poder ejercido por aquel elemento social que en cada momento asume la mayor fuerza política. Otra definición del concepto, más exigente, es la siguiente: una forma de organización social, económica, política, soberana y coercitiva, formada por un conjunto de instituciones, que tiene el poder político de regular la vida nacional en un territorio determinado. Sus elementos básicos son la Nación (el Pueblo), el Gobierno, el Territorio y la Soberanía. El Gobierno ejerce el Poder Público por delegación del Pueblo, por lo menos de acuerdo con normas constitucionales democráticas.

El politólogo peruano Alberto Vergara diferencia la “razón de Estado” de la “razón nacional”. La primera, plantea que el Estado es una institución burocratizada que monopoliza la violencia (coerción) en un territorio determinado, sus acciones son legítimas si buscan resguardar o ampliar tal condición frente a poderes al interior de sus fronteras o fuera del Estado, con el fin de auto preservarse; sin que justificaciones de otro tipo – democráticas, morales o económicas – opaque la razón de Estado. De manera distinta, la “razón nacional” plantea que la acción estatal solo se legitima cuando es aceptada consensualmente, es decir si cuenta con la aceptación popular suficiente.

“La nación (en un régimen republicano) se convierte en el componente esencial indispensable de un orden público ‘legítimo’... es una comunidad que, hermanada desde algún centro de gravedad sentimental comparten pasado y futuro. Y a esta dimensión sentimental se agrega su carácter activo (...) es el gobierno del pueblo por el pueblo y para el pueblo (...) En resumen, la población inorgánica y pasiva que habitaba el Estado a inicios de la modernidad deviene nación, es decir, una colectividad simultáneamente fraterna y activa” (A. Vergara, 2020, p. 14).

Por otra parte, el filósofo español Enrique Bonete nos informa, en su libro *Poder político: límites y corrupción* (2014), que los pensadores más relevantes de la historia de la filosofía política (desde Platón hasta Rawls y Habermas) han reflexionado de modo reiterado sobre las exigencias morales que comporta el “buen gobierno”, es decir el ejercicio apropiado y proporcionado del poder político. Para ello, presenta y comenta textos seleccionados de obras que han escrito 43 de esos pensadores sobre los límites” (éticos, jurídicos, religiosos, constitucionales, sociales) que regulan el ejercicio de este poder político, tendente tantas veces a la tiranía y a la corrupción en el transcurso de la historia humana. Los contenidos de algunos de los más antiguos de los textos seleccionados y comentados en ese libro – entre ellos, los tres de Maquiavelo que se incluyen en estas notas – resultan de sorprendente actualidad, no obstante haber sido escritos en épocas lejanas.

MAQUIAVELO Y SU ENFOQUE DEL PODER

De acuerdo al historiador J. Spielsvogel, nadie ha expresado mejor la preocupación renacentista por el poder político que Nicolás Maquiavelo (1469-1527). En el año 1498 entró al servicio de la República de Florencia, cuatro años después que la familia Médici fuera expulsada de la ciudad. Como secretario del Consejo Florentino de Diez, llevó a cabo numerosas misiones diplomáticas, incluyendo viajes a Francia y Alemania y observó directamente el funcionamiento del arte de gobernar. En el año 1512, la derrota francesa y la victoria española llevaron a un restablecimiento del poder de los Médici en Florencia. Los republicanos más notables, entre ellos Maquiavelo, fueron exilados. Forzado a dejar la política, Maquiavelo reflexiona sobre el poder político y escribe libros, incluyendo *El Príncipe* (1513), uno de los tratados más famosos acerca del poder político en el mundo occidental.

En el medioevo tardío, el lado ético de la actividad de un príncipe – cómo debía comportarse un gobernante según los principios morales aristotélicos y cristianos – fue el centro de los tratados de política sustentados en el pensamiento teológico medieval. Los teóricos de esa época creían que a un gobernante se le justificaba el ejercicio del poder político únicamente si contribuía al bien común, a partir de esos principios, del pueblo al que servía. Maquiavelo en abierta confrontación con ese pensamiento se ubicó entre los primeros intelectuales en denunciar las limitaciones de la moralidad para constituirse en la base del análisis de la rectitud de la acción política. Inaugurando, con *El Príncipe* y *Los Discursos sobre Tito Livio*, la ciencia y la filosofía política moderna.

Si para los teóricos del siglo XIII la política es la ciencia del gobierno de la ciudad y para esta ciencia es necesaria la prudencia, entonces la auténtica rectitud del saber práctico se encamina virtuosamente a la felicidad pública y al bien común. Solo a partir del Renacimiento, con la ruptura frente al pensamiento aristotélico y ayudado por la reforma protestante, la política pasó a verse a sí misma como las razones eficientes de un Estado para lograr determinados fines. El fin de la política no es ya el bien común del pueblo, sino el fortalecimiento del Estado mismo. La práctica, los resultados, los medios políticos para lograr determinados fines que garanticen la gobernabilidad del Estado, es el cambio de eje dado en la Modernidad

Desde el punto de vista de Maquiavelo, la actitud de un príncipe hacia el poder debía estar basada en el entendimiento de la naturaleza humana, la cual percibía como esencialmente egocéntrica: “De los hombres uno puede decir en general lo siguiente: son desagradecidos, inconstantes, falaces e impostores, evitan el peligro y ansían ganar”. De tal manera que la acción política, en su opinión, no puede ser restringida por consideraciones morales o cristianas. Para que el príncipe pueda ejercer el poder político con eficacia, éste debe ser emprendido con las leyes, como un hombre, pero también con la fuerza, como una “bestia”. El príncipe, para ser un buen gobernante, ha de aprender a utilizar las dos formas de gobierno, porque uno sin el otro no es duradero. Ha de ser “zorro” (conocedor de las trampas) y “león” (valiente para asustar); es decir capaz de utilizar la astucia como la fuerza para alcanzar o mantenerse en el poder.

Actuar como una “bestia” no sería necesario si todos los hombres fueran buenos: pero no es ésta la realidad; por ello, el príncipe ha de saber actuar de modo contundente, conociendo cuales son los medios más eficaces podrá mantenerse en el poder a pesar de las maldades de los hombres. Maquiavelo encontró un buen ejemplo de este tipo de gobernante en César Borgia, quien utilizaba medidas crueles para lograr su propósito de forjar un Estado en la Italia Central.

Si bien en Maquiavelo no existe el término “razón de Estado”, sí se puede extraer de él esta noción al convertir al Príncipe en un modelo de conducción política que utiliza el poder para velar por los intereses del Estado supeditando, de esta manera, la religión y la moralidad a la política. Según el pensador florentino existen, en el contexto renacentista, dos modos de defenderse: el que utiliza las leyes y el que utiliza la fuerza. Uno es propio de los hombres y el otro propio de las bestias. Y a continuación, sostiene que el hombre necesita de ambos, porque si sólo observara las leyes, se mostraría débil y perdería el poder, y si sólo recurre a la violencia, se convertiría en un ser despreciado por su pueblo y el peligro es otro.

A partir de esas ideas, Maquiavelo muestra al gobernante: “el arte de conquistar el poder”, al que identifica como el Estado. El bien común radica, entonces, en el poder y en la fuerza del Estado, y no puede subordinarse en ningún caso a fines particulares, por muy sublimes que se consideren. El Estado, en Maquiavelo, es el gran articulador de las relaciones sociales para garantizar que los hombres vivan en libertad a través de sus leyes. Todo lo que atente contra el bien común, entendido de esa manera, debe ser rechazado y por ello “la astucia, la hábil ocultación de los designios, el uso de la fuerza, el engaño, adquieren categoría de medios lícitos si los fines están guiados por la idea del bien común, noción que encierra (ahora) la idea de patriotismo, por una parte, pero también las anticipaciones de la moderna razón de Estado”.

Además, Maquiavelo nos advierte que el príncipe antes de ser gobernante ha sido hombre del pueblo (ciudadano), y como todos los hombres es malvado, egoísta, voluble, pero ha sabido, en el momento adecuado, adaptarse a la situación que el pueblo exigía para erigirlo como su líder y, por ende, dejar de ser un simple ciudadano. El hombre del pueblo es “libre” de actuar en función a sus propias necesidades, y por eso puede ser juzgado por su grado de sociabilidad y sus virtudes cívicas. Sin embargo, el gobernante está atado a la exigencia pública de una forma de comportamiento muy estricta, de la cual no le está permitido salirse. De acuerdo a esta exigencia el príncipe debe actuar siempre en beneficio del Estado y por el bienestar de éste y, por tal razón, debe estar dispuesto a hacer lo correcto si puede; pero también debe estar preparado para hacer lo incorrecto si es necesario.

“Doy por supuesto que un Príncipe, y en especial un Príncipe nuevo, no puede practicar todas las virtudes; porque muchas veces le obliga el interés de su conservación a violar las leyes de la humanidad, y las de la caridad y la religión; debiendo ser flexible para acomodarse a las circunstancias en que se pueda hallar. En una palabra, tan útil le es perseverar en el bien cuando no hay inconveniente, como

saber desviarse de él cuando el interés (del Estado) así lo exige”. (Maquiavelo, 1513).

La “razón de Estado”, concepto tanpreciado y recurrente en la ciencia política moderna y en el ejercicio del poder por siglos, es antes que nada en Maquiavelo la relación entre el bien y el mal. Sabe, como varios siglos después lo expone el propio Weber, que un gobernante debe combinar las leyes con la fuerza, que el Estado mismo debe ser el monopolio legítimo de la fuerza y que el gobernante se verá obligado, en tanto Estado, a usar “la bestia y el hombre”. Aquí Maquiavelo no hace sino exponer para la historia una de las características de todo Estado: la fuerza y el consenso. Es categórico en que el gobernante no puede exponer solo sus virtudes sino también la fuerza, pero destaca que no puede ser considerada una virtud “matar a ciudadanos, traicionar a amigos, ser infiel, sin piedad, sin religión”. Maquiavelo, resalta al mismo tiempo la diferencia entre tirano y príncipe, considerando tirano al que gobierna en beneficio propio y Príncipe el que lo hace buscando los intereses del Estado y de la colectividad. Por eso aconseja la violencia, la crueldad, pero solo en la medida en la que sean necesarias para defender el bien común.

La operación teórica que cumple Maquiavelo en sus escritos es aquella de delinear las características específicas y técnicas de una nueva forma de ejercer el poder público que se expresa en la formación de un Estado laico, dotado de autonomía y vida propia y donde la política gubernamental juega el rol de sostener y conservar el poder. Es una teoría del Estado, es decir de las formas de organización que permiten al hombre, venciendo su egoísmo instintivo, vivir en sociedad, vivir sin que “el bueno pueda ser aplastado por el malo”. Solo en esta forma, se logra el bien común, y todo lo que atente contra él puede ser rechazado; siendo, en consecuencia, cualquier medio lícito: “El fin justifica los medios”.

En los comentarios que el filósofo León Strauss hace específicamente de las ideas de Maquiavelo sobre el bien común creemos conveniente, para los fines de estas notas, destacar el siguiente párrafo de su libro *¿Qué es la política?*:

“En otras palabras, no podemos definir el bien de la sociedad: el bien común, en términos de virtud, sino que tenemos que definirlo en términos del bien común. Es esta comprensión de la virtud la que determina, de hecho, la vida de las sociedades. Estos objetivos son los siguientes: la libertad respecto a la dominación extranjera, la estabilidad o gobierno de la ley, la prosperidad, la gloria o el imperio. La virtud, en el sentido efectivo de la palabra, es la suma de los hábitos requeridos para lograr este fin. Es este fin y solo este fin, lo que hace que nuestras acciones sean virtuosas. Todo lo hecho eficazmente en aras de este fin es bueno. Este fin justifica todos los medios. La virtud no es más que la virtud cívica, el patriotismo o la dedicación al egoísmo colectivo” (L. Strauss, 1959)

Maquiavelo es siempre coherente con su idea de la autonomía de la política. Deja de lado las utopías políticas, como la del idealismo platónico, para teorizar sobre un nuevo modelo de política más realista y aplicable a los gobiernos de su época. Lo que son, no

lo que debieran ser. Por ello, él cree que un príncipe ha de ser “amado y temido” y alaba la virtud de los gobernantes que son crueles con unos pocos y así mantienen el Estado, mientras que critica a los pueblos y príncipes crédulos que son buenos y dejan que sus enemigos destruyan una parte de su patria, seguros de que así la sed de conquista de sus enemigos se saciará.

En resumen, el interés de Maquiavelo se centra, a través de toda su obra, en la política como “arte de conquistar el poder”, pero también de mantenerlo y para ello le dice al príncipe que la “mejor fortaleza de un gobernante es no ser odiado por el pueblo”. Un príncipe sabio, dice Maquiavelo, debe pensar y actuar en modo de que sus ciudadanos siempre y en todo momento tengan necesidad del Estado, de él que lo encarna y así obtendrá la lealtad. El príncipe, por tanto, en el uso de esta dualidad de todo poder convertido en Estado debe “ser amado y temido” y si no conquista el amor al menos debe ahuyentar el odio. Por tanto, el príncipe no puede ser cruel ni actuar al margen de sus propias leyes, debe combinar virtuosamente la fuerza, la crueldad solo si es necesaria, con la benevolencia que no lo muestre débil.

TRANSCRIPCIÓN DE TRES CAPÍTULOS DE *EL PRÍNCIPE*

Capítulo XV: De aquellas cosas por las cuales los hombres y especialmente los príncipes, son alabados o censurados

Nos queda ahora por analizar cómo debe comportarse un príncipe en el trato con súbditos y amigos. Y porque sé que muchos han escrito sobre el tema, me pregunto, al escribir ahora yo, si no seré tachado de presuntuoso, sobre todo al comprobar que en esta materia me aparto de sus opiniones. Pero siendo mi propósito escribir cosa útil para quien la entiende, me ha parecido más conveniente ir tras la verdad efectiva de la cosa que tras su apariencia. Porque muchos se han imaginado como existentes de veras a repúblicas y principados que nunca han sido vistos ni conocidos; porque hay tanta diferencia entre cómo se vive y cómo se debería vivir, que aquel que deja lo que se hace por lo que debería hacerse marcha a su ruina en vez de beneficiarse, pues un hombre que en todas partes quiera hacer profesión de bueno es inevitable que se pierda entre tantos que no lo son. Por lo cual es necesario que todo príncipe que quiera mantenerse aprenda a no ser bueno, y a practicarlo o no de acuerdo con la necesidad.

Dejando, pues, a un lado las fantasías, y preocupándonos sólo de las cosas reales, digo que todos los hombres, cuando se habla de ellos, y en particular los príncipes, por ocupar posiciones más elevadas, son juzgados por algunas de estas cualidades que les valen o censura o elogio. Uno es llamado pródigo, otro tacaño (y empleo un término toscano, porque “avaro”, en nuestra lengua, es también el que tiende a enriquecerse por medio de la rapiña, mientras que llamamos “tacaño” al que se abstiene demasiado de gastar lo suyo); uno es considerado dadivoso, otro rapaz; uno cruel, otro clemente; uno traidor, otro leal; uno afeminado y pusilánime, otro decidido y animoso; uno humano, otro soberbio; uno lascivo, otro casto; uno sincero, otro astuto; uno duro, otro débil; uno grave, otro, frívolo; uno religioso, otro incrédulo, y así sucesivamente. Sé que no habría nadie que no opinase que sería cosa muy loable que, de entre todas las cualidades

nombradas, un príncipe poseyese las que son consideradas buenas; pero como no es posible poseerlas todas, ni observarlas siempre, porque la naturaleza humana no lo consiente, le es preciso ser tan cuerdo que sepa evitar la vergüenza de aquellas que le significarían la pérdida del Estado, y, sí puede, aun de las que no se lo harían perder; pero si no puede no debe preocuparse gran cosa, y mucho menos de incurrir en la infamia de vicios sin los cuales difícilmente podría salvar el Estado, porque si consideramos esto con frialdad, hallaremos que, a veces, lo que parece virtud es causa de ruina, y lo que parece vicio sólo acaba por traer el bienestar y la seguridad.

Capítulo XVII: De la crueldad y la clemencia: y si es mejor ser amado que temido, o ser temido que amado

Paso a las otras cualidades ya cimentadas y declaro que todos los príncipes deben desear ser tenidos por clementes y no por crueles. Y, sin embargo, deben cuidarse de emplear mal esta clemencia, César Borgia era considerado cruel, pese a lo cual fue su crueldad la que impuso el orden en la Romaña, la que logró su unión y la que la volvió a la paz y a la fe. Que, si se examina bien, se verá que Borgia fue mucho más clemente que el pueblo florentino, que, para evitar ser tachado de cruel, dejó destruir a Pistoia. Por lo tanto, un príncipe no debe preocuparse porque lo acusen de cruel, siempre y cuando su crueldad tenga por objeto el mantener unidos y fieles a los súbditos; porque con pocos castigos ejemplares será más clemente que aquellos que, por excesiva clemencia, dejan multiplicar los desórdenes, causas de matanzas y saqueos que perjudican a toda una población, mientras que las medidas extremas adoptadas por el príncipe sólo van en contra de uno. Y es sobre todo un príncipe nuevo el que no debe evitar los actos de crueldad, pues toda nueva dominación trae consigo infinidad de peligros. Así se explica que Virgilio ponga en boca de Dido: *Res dura et regni novitas me talia (cogunt Moliri, et late fines custode tueri.*

Sin embargo, debe ser cauto en el creer y el obrar, no tener miedo de sí mismo y proceder con moderación, prudencia y humanidad, de modo que una excesiva confianza no lo vuelva imprudente, y una desconfianza exagerada, intolerable.

Surge de esto una cuestión: si vale más ser amado que temido, o temido que amado. Nada mejor que ser ambas cosas a la vez; pero puesto que es difícil reunirlos y que siempre ha de faltar uno, declaro que es más seguro ser temido que amado. Porque de la generalidad de los hombres se puede decir esto: que son ingratos, volubles, simuladores, cobardes ante el peligro y ávidos de lucro. Mientras les haces bien, son completamente tuyos: te ofrecen su sangre, sus bienes, su vida y sus hijos, pues – como antes expliqué – ninguna necesidad tienes de ello; pero cuando la necesidad se presenta se rebelan. Y el príncipe que ha descansado por entero en su palabra va a la ruina al no haber tomado otras providencias; ¡porque las amistades que se adquieren con el dinero y no con la altura y nobleza de alma son amistades merecidas, pero de las cuales no se dispone, y llegada la oportunidad no se las puede utilizar. Y los hombres tienen menos cuidado en ofender a uno que se haga amar que a uno que se haga temer; porque el amor es un vínculo de gratitud que los hombres, perversos por naturaleza, rompen cada vez que

pueden beneficiarse; pero el temor es miedo al castigo que no se pierde nunca. No obstante lo cual, el príncipe debe hacerse temer de modo que, si no se granjea el amor, evite el odio, pues no es imposible ser a la vez temido y no odiado; y para ello bastará que se abstenga de apoderarse de los bienes y de las mujeres de sus ciudadanos y súbditos, y que no proceda contra la vida de alguien sino cuando hay justificación conveniente y motivo manifiesto; pero sobre todo abstenerse de los bienes ajenos, porque los hombres olvidan antes la muerte del padre que la pérdida del patrimonio. Luego, nunca faltan excusas para despojar a los demás de sus bienes, y el que empieza a vivir de la rapiña siempre encuentra pretextos para apoderarse de lo ajeno, y, por el contrario, para quitar la vida, son más raros y desaparezcán con más rapidez (...) Volviendo a la cuestión de ser amado o temido, concluyo que, como el amar depende de la voluntad de los hombres y el temer de la voluntad del príncipe, un príncipe prudente debe apoyarse en lo suyo y no en lo ajeno, pero, como he dicho, tratando siempre de evitar el odio.

Capítulo XVIII: De qué modo los príncipes deben cumplir sus promesas

Nadie deja de comprender cuán digno de alabanza es el príncipe que cumple la palabra dada, que obra con rectitud y no con doblez; pero la experiencia nos demuestra, por lo que sucede en nuestros tiempos, que son precisamente los príncipes que han hecho menos caso de la fe jurada, envuelto a los demás con su astucia y reído de los que han confiado en su lealtad, los únicos que han realizado grandes empresas.

Digamos primero que hay dos maneras de combatir: una, con las leyes; otra, con la fuerza. La primera es distintiva del hombre; la segunda, de la bestia. Pero como a menudo la primera no basta, es forzoso recurrir a la segunda. Un príncipe debe saber entonces comportarse como bestia y como hombre. Esto es lo que los antiguos escritores enseñaron a los príncipes de un modo velado cuando dijeron que Aquiles y muchos otros de los príncipes antiguos fueron confiados al centauro Quirón para que los criara y educase. Lo cual significa que, como el preceptor es mitad bestia y mitad hombre, un príncipe debe saber emplear las cualidades de ambas naturalezas, y que una no puede durar mucho tiempo sin la otra. De manera que, ya que se ve obligado a comportarse como bestia, conviene que el príncipe se transforma en zorro y en león, porque el león no sabe protegerse de las trampas ni el zorro protegerse de los lobos. Hay, pues, que ser zorro para conocer las trampas y león para espantar a los lobos. Los que sólo se sirven de las cualidades del león demuestran poca experiencia. Por lo tanto, un príncipe prudente no debe observar la fe jurada cuando semejante observancia vaya en contra de sus intereses y cuando hayan desaparecido las razones que le hicieron prometer. Si los hombres fuesen todos buenos, este precepto no sería bueno; pero como son perversos, y no la observarían contigo, tampoco tú debes observarla con ellos. Nunca faltaron a un príncipe razones legítimas para disfrazar la inobservancia. Se podrían citar innumerables ejemplos modernos de tratados de paz y promesas vueltos inútiles por la infidelidad de los príncipes. Que el que mejor ha sabido ser zorro, ése ha triunfado. Pero hay que saber disfrazarse bien y ser hábil en fingir y en disimular. Los

hombres son tan simples y de tal manera obedecen a las necesidades del momento, que aquel que engaña encontrará siempre quien se deje engañar.

No quiero callar uno de los ejemplos contemporáneos. Alejandro VI nunca hizo ni pensó en otra cosa que, en engañar a los hombres, y siempre halló oportunidad para hacerlo. Jamás hubo hombre que prometiese con mi desparpajo ni que hiciera tantos juramentos sin cumplir ninguno; y, sin embargo, los engaños siempre le salieron a pedir de boca, porque conocía bien esta parte del mundo.

No es preciso que un príncipe posea todas las virtudes citadas, pero es indispensable que aparente poseerlas. Y hasta me atreveré a decir esto: que el tenerlas y practicarlas siempre es perjudicial, y el aparentar tenerlas, útil. Está bien mostrarse piadoso, fiel, humano, recto y religioso, y asimismo serlo efectivamente; pero se debe estar dispuesto a irse al otro extremo si ello fuera necesario. Y ha de tenerse presente que un príncipe, y sobre todo un príncipe nuevo, no puede observar todas las cosas gracias a las cuales los hombres son considerados buenos, porque, a menudo, para conservarse en el poder, se ve arrastrado a obrar contra la fe, la caridad, la humanidad y la religión. Es preciso, pues, que tenga una inteligencia capaz de adaptarse a todas las circunstancias, y que, como he dicho antes, no se aparte del bien mientras pueda, pero que, en caso de necesidad, no titubee en entrar en el mal.

Por todo esto un príncipe debe tener muchísimo cuidado de que no le brote nunca de los labios algo que no esté empapado de las cinco virtudes citadas, y de que, al verlo y oírlo, parezca la clemencia, la fe, la rectitud y la religión mismas, sobre todo esta última. Pues los hombres, en general, juzgan más con los ojos que con las manos, porque todos pueden ver, pero pocos tocar. Todos ven lo que parece ser, más pocos saben lo que eres; y estos pocos no se atreven a oponerse a la opinión de la mayoría, que se escuda detrás de la majestad del Estado. Y en las acciones de los hombres, y particularmente de los príncipes, donde no hay apelación posible, se atiende a los resultados. Trate, pues, un príncipe de vencer y conservar el Estado, que los medios siempre serán honorables y loados por todos; porque el vulgo se deja engañar por las apariencias y por el éxito; y en el mundo sólo hay vulgo, ya que las minorías no cuentan sino cuando las mayorías no tienen donde apoyarse. Un príncipe de estos tiempos, a quien no es oportuno nombrar, jamás predica otra cosa que concordia y buena fe; y es enemigo acérrimo de ambas, ya que, si las hubiese observado, habría perdido más de una vez la fama y las tierras.

REFERENCIAS

Bonete Perales, Enrique. Poder político: límite y corrupción. Primera Edición. Madrid: Ediciones Cátedra (Grupo Anaya), 2014.

Maquiavelo, Nicolás. El Príncipe. Santiago de Chile: Editorial Universidad Católica. s/f.

Spielvogel Jackson J. EL renacimiento intelectual en Italia. En: *Historia Universal Civilización del Occidente*. Tomo 1. Séptima Edición. México, D.F. Cengage Learning Editores; 2010; pp. 348-350.

Strauss, Leo. ¿Qué es filosofía política? Primera Edición (1959). Madrid: Ediciones Guadarrama; 1970.

Vergara, A. Opinión: De la razón de Estado a la razón nacional”. Diario El Comercio, 26 de abril de 2020, secc. A3

2.3. UTOPIA, DIGNIDAD Y DERECHOS HUMANOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

INTRODUCCIÓN

En un panorama tan complejo, confuso, cuasi carente de sentido y hasta desolador como el que estamos viviendo en tiempos de la pandemia COVID-19, al final de la segunda década de este siglo XXI, se está constatando la existencia de graves desafíos éticos, jurídicos y políticos a la salud pública en nuestro país; entre ellos, la primacía de la salud, la prioridad de la política de cuidado de la salud, la prioridad en el triaje en los hospitales desbordados, la decisión sobre cuándo levantar el confinamiento, así como la de establecer límites a la infodemia. En todos estos casos, existe el peligro de responder a ellos con decisiones contrarias a la idea irrenunciable de la dignidad de cada individuo de la especie humana y a la igualdad de derechos entre todo ellos.

Frente a esos y otros desafíos a los derechos humanos creemos que es pertinente recordar el pensamiento esperanzador, positivo, crítico y sistemático del filósofo alemán Ernst Bloch (1885-1977); el mensaje comprometido y optimista sobre el futuro desarrollo del Perú contenido en las obras académicas del doctor en filosofía peruano Miguel Ángel Rodríguez Rivas (1920-2012); así como, en las reflexiones que Jürgen Habermas, filósofo alemán, hace sobre las relaciones entre la dignidad, los derechos humanos y la utopía.

El nombre de Ernst Bloch está asociado con la palabra que constituye el centro de su pensamiento y que se encuentra ya en el título de su primera gran obra, *Espíritu de utopía*. Pero el significado de “utopía” en ella dista del contenido que el sentido común le suele dar a esa palabra, a saber: algo quimérico, arbitrario, inalcanzable, irreal. El contenido de otra de sus obras, *Experimentum mundi*, permite reconocer de qué se trata: una visión del mundo en proceso que sigue una tendencia de humanización posible pero no garantizada y por principio necesitada de la acción humana, más en particular, de lo que Bloch llama “optimismo militante”. Asimismo, en su famosa obra, *El principio esperanza* pretende demostrar la existencia de la conciencia anticipadora que escapa de y es capaz de escudriñar la realidad con respecto a la pre-apariencia de su objetivo final, el cual es, al mismo tiempo, el objetivo final del cosmos y del ser humano, ambos inconclusos en el presente, pero en trance de llegar a ser ellos mismos: “La razón no puede florecer sin esperanza, la esperanza no puede hablar sin razón”. Principio entendido, en este sentido filosófico, como el elemento clave de la apertura del porvenir del ser humano que se extiende hacia los límites de lo que puede ser y no es todavía [1],

Por otra parte, Miguel Ángel Rodríguez Rivas [2], durante sus 50 años de docencia en la Universidad y en los centros de altos estudios nacionales, motivaba en sus discípulos no

solo la necesidad del conocer nuestra realidad nacional sino, también, una profunda necesidad de cambiarla y mejorarla para construir una patria más equilibrada y justa, más libre y digna. En la introducción de uno de sus últimos libros, *El proceso de la ciencia*, responde a la pregunta “Qué es utopía”, de la siguiente manera: “Toda utopía es ucronía. Un lugar que no existe ‘ya’, en un tiempo que no existe ‘ya’ (...) El mundo, la vida y la vida humana en el mundo son procesos, eventos ininterrumpidos que en cada unidad espacio-temporal, establecida por el pensamiento cambian (...), un mundo de ser real en el cual los lugares y los tiempos ‘estables’ han pasado. En el cambio del mundo, de la vida humana y del conocimiento de esas existencias, lo que fue y lo que es, en unos lugares y tiempos dados, no volverán a ser jamás: el único horizonte real y posible es lo porvenir y en el vivimos conservando en la experiencia que cambio, la identidad que se modifica, A este modo de ser del mundo, de la vida y de su experiencia, llamamos utopía y ucronía. Reconocer el carácter utópico y ucrónico de cuanto existe y admitir, asimilar y desarrollar este carácter, es posición realista y constructiva. Conduce a una actitud fundamentalmente crítica con la cual debemos construir la vida humana individual y colectiva en el mundo que hacemos a nuestra ‘medida’. Métodos, utopías y ucronías que germinan y se despliegan en los horizontes de la vida” (M.A. Rodríguez, 2010, pp. 13-14).

De manera concordante con esos pensamientos, Jürgen Habermas [3] en su artículo, *La idea de dignidad humana y la utopía realista*, reflexiona sobre el papel catalizador que juega el concepto de dignidad en la composición de los derechos humanos a partir de la moral racional, por un lado, y en la forma de derechos subjetivos, por otro. Así como sostiene que la extracción de los derechos humanos a partir de la fuente moral de la dignidad humana explica la fuerza política expansiva de una utopía concreta o “realista” que el autor defiende tanto frente al rechazo global que a veces se ha hecho de los derechos humanos, como frente a los recientes intentos orientados a la desactivación de su contenido radical. Utopía que puede seguir siendo considerada, en su opinión, como una guía orientadora, como la brújula que indica la vía a seguir para encontrar la justicia.

“Los derechos humanos forman una utopía realista, en tanto que ya no evocan los coloreados cuadros utópico-sociales de una felicidad colectiva, sino que cimentan el objetivo ideal de una sociedad justa en las instituciones mismas de los Estados constitucionales (...) Aparte de la mera fuerza simbólica de los derechos fundamentales en las democracias de fachada (...), la política de los derechos humanos de las Naciones Unidas muestra la contradicción entre la expansión de la retórica de los derechos humanos, por un lado, y su abuso como instrumento de legitimación para la habitual política del poder, por otro. La tensión entre idea y realidad, que con la positivación de los derechos humanos irrumpe en la misma realidad, nos sitúa hoy frente al desafío de pensar y actuar de forma realista sin traicionar el impulso utópico. Esta ambivalencia nos lleva (...) a la tentación, bien de tomar partido de manera idealista, pero sin comprometerse, por los desbordantes contenidos morales, bien de adoptar la pose cínica de los llamados “realistas”. Puesto que ya no es realista rechazar en bloque el programa que entre tanto se ha infiltrado con su fuerza subversiva a lo largo del mundo (...), el “realismo” adopta hoy un nuevo rostro. En lugar de la crítica desmitificadora aparece una deflación suave de los derechos humanos. Este nuevo minimalismo genera relajación, en cuanto que

separa los derechos humanos de su impulso moral esencial: la protección de la igual dignidad humana de cada uno” (Habermas, 2010, pp.118-120).

En resumen, para los fines de este escrito, consideraremos a la “utopía” como una abstracción, sin tiempo determinado, que define los rasgos esenciales de lo deseado y posible. Es ella la que lleva a tener el futuro como un horizonte y la que ha hecho posible los avances de la humanidad en dirección a la justicia, la libertad y la solidaridad.

En cada período histórico de su existencia, el mundo occidental ha formulado sus desafíos hacia el futuro y propuesto sus utopías como metas difíciles de alcanzar, como parte consubstancial de una cultura que crea sus propios sistemas de representación y de solución de los problemas, mirando siempre al futuro como una posibilidad de progreso o de mejoramiento. La explicitación de una utopía como tal es la condición necesaria para iniciar la construcción de las condiciones para su realización, es decir, para que eventualmente deje de ser una utopía. En palabras de Anatole France (1844 – 1924), Premio Nobel de la Literatura: “La utopía es el principio de todo progreso y el diseño de un futuro mejor”.

DERECHOS HUMANOS UNIVERSALES

Naciones Unidas, derechos humanos: 1948-2014

La Declaración Universal de los Derechos Humanos es un documento que marca un hito en la historia de la justicia social. Elaborada por representantes de todas las regiones del mundo con diferentes antecedentes jurídicos y culturales, la Declaración fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948 en su Resolución 217 A (III), como un ideal común para todos los pueblos y naciones. Esta Declaración establece, por primera vez, los llamados derechos humanos fundamentales que deben protegerse en el mundo entero [4].

En el primer párrafo del preámbulo de dicha Declaración se señala que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen como base el reconocimiento de la dignidad intrínseca de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana. Aunque no es un documento obligatorio o vinculante para los Estados, la fuerza ética y moral de sus principios subyacentes, así como el grado de consenso que suscita constituye los cimientos y referencia obligada para el desarrollo normativo de Naciones Unidas en materia de Derechos Humanos. Es así, que sirvió de base para la creación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (derechos de primera generación) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (derechos de segunda generación), los cuales fueron adoptados por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Mientras que la Declaración constituye un documento orientativo, los Pactos son tratados internacionales vinculantes que obligan a los Estados firmantes a cumplirlos [4, 5].

Cuando el discurso de los Derechos Humanos se pregunta por qué es justo reconocer los derechos de toda persona, sin ninguna distinción, no encuentra otra respuesta que ésta: “Porque es persona”. El carácter absoluto de esta respuesta hace ver que se trata de un principio ético, que no se puede explicar desde una subordinación de la ética a la política. Si los juicios éticos son absolutos, no dependen de las distintas concepciones de la vida política. Dependen del concepto filosófico de *derecho subjetivo*, es decir, de lo que un sujeto humano merece por el sólo hecho de ser persona. Dicho de otro modo, lo éticamente justo es lo que determina cómo debe juzgarse la moral en general y la acción política en particular. Actualmente existe un consenso internacional en reconocer que los derechos humanos tienen cinco atributos básicos, que son esenciales a su propia existencia y definición como tales: universalidad, inalienabilidad, indivisibilidad, interdependencia y complementariedad. A partir de estos atributos, los derechos humanos son acumulativos, imprescriptibles o irreversibles, no jerarquizarles e inviolables [4, 5].

Derechos humanos como utopía realista

Existe una discusión académica sobre si los derechos humanos se conciben como un concepto moral, político o jurídico. Lo cierto es que, en el origen, son un concepto en el ámbito moral, pero es indiscutible que, con el paso del tiempo, la cultura de los derechos humanos se ha ido incorporando en los diversos textos constitucionales en forma de derechos fundamentales. En el ámbito político, los derechos humanos son actualmente utilizados para criticar y promover soluciones sobre las acciones de los gobiernos y actores políticos en los diferentes países.

Precisamente otra característica definitoria de los derechos humanos es su universalidad; éstos otorgan derechos a todas las personas sin ningún tipo de distinción. Y desde ese momento hasta ahora, ese texto se ha ido convirtiendo en la moralidad crítica de la Humanidad, en el horizonte de justicia donde calibrar las diversas aspiraciones de legitimidad o con la que condenar las flagrantes violaciones a sus principios.

Otro ideal inserto en la Declaración es el de la interdependencia de los derechos humanos. Se establece, en el texto, un equilibrio entre los derechos civiles y políticos, por un lado, y los derechos económicos sociales y culturales por otro. Y la convicción, expresada en el preámbulo, de que ambos tipos de derechos están intrínsecamente relacionados. Esta se materializó en la Conferencia Internacional de derechos humanos que se celebró en Viena en 1993, donde se aprobó una Declaración y Programa de acción, que abogan por la interrelación entre los diversos tipos de derechos y su indivisibilidad. Este es precisamente el tercer ideal al que alude la Declaración Universal: los derechos humanos son indivisibles. El espíritu de esta Declaración Universal, y los textos aprobados en la Conferencia de Viena en 1993, son claros: los derechos no deben ser comprendidos de forma parcial o limitada, sino más bien como un conjunto.

Concebir los derechos humanos como una “utopía realista”, como propone Habermas **puede** ser una forma de continuar considerándolos como una guía orientadora, como la

brújula que indica la vía a seguir para encontrar la justicia. De esta forma, partiendo de cierto objetivismo moral –donde se sitúan los derechos humanos- y debido a lo insatisfactorio de cómo, a veces, se presenta la realidad, se imagina una sociedad diferente, más equitativa, y éste es el punto clave: es posible alcanzar esta sociedad. Luchar por el amplio reconocimiento y la eficacia de los derechos humanos, que sirven de motor de la emancipación para las personas, sin distinción, es un objetivo para conseguir sociedades cada vez más justas [6],

Desarrollo normativo de los derechos humanos

En la historia del desarrollo normativo de los derechos humanos, la argumentación moral que sustentó la idea de la ampliación de los mismos es la de reconocer que para ejercer la libertad, es necesario contar con las condiciones y medios económicos, sociales y culturales pertinentes. Los derechos negativos o de primera generación garantizan la “libertad de ser”. Los derechos positivos o de segunda generación permitirían la “libertad para ser”, con base a esta concepción, los servicios de salud se entienden como un derecho ciudadano y un deber del Estado, limitado por los recursos económicos disponibles. A mediados del siglo XX, la experiencia acumulada de los seguros sociales y de la organización de servicios financiados por impuestos aparecía como modelo a seguir, en el marco de la formación de los Estados de Bienestar en Europa Occidental [4, 5],

“Todos los derechos humanos son universales, indivisibles, interdependientes y están relacionados entre sí. La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en general de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo énfasis. Debe tenerse en cuenta la importancia de las particularidades nacionales y regionales, así como los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos, pero los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales” (Párrafo 5 de la Declaración y Programas de Acción de Viena, 1993).

Los derechos humanos se pueden definir, también, como la expresión de los valores de la modernidad (libertad, igualdad y solidaridad). Al ser traducidos en términos jurídicos con el respaldo constitucional del Estado de Derecho, se transforman en derechos ciudadanos, en su esencia está el reconocimiento de la dignidad del ser humano como atributo inalienable de la persona y la salud como una condición esencial y atributo de la dignidad humana. Asimismo, el derecho a la salud y el derecho a la seguridad social se articulan con los principios de igualdad y solidaridad y forman parte de los denominados derechos sociales, en tanto que los derechos sexuales y reproductivos se asocian con la libertad. No es posible hablar de modernidad ni de dignidad humana sin referirse a los grandes valores que dan sustento actual a los derechos humanos: libertad, igualdad, justicia, solidaridad, democracia y ciudadanía.

“En el reino de los fines todo tiene un *precio* o una *dignidad*. Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente; en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad (...) la humanidad misma es dignidad : el hombre no puede ser utilizado por ningún hombre

simplemente como medio, sino que debe ser tratado siempre, al mismo tiempo, como fin, y es en eso en lo que consiste su dignidad” (E. Kant, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, II). 1785) [7],

EL DERECHO A LA SALUD

La salud como un derecho humano

Uno de los derechos humanos sociales incluidos en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, es el “derecho a la salud”. Posteriormente, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se establecieron normas y principios jurídicos a los que pudieran atenerse los gobiernos para poder realizar esos derechos, entre ellos el de la salud. Aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966, entraría en vigor el 3 de enero de 1976.

Desde esos años, se ha institucionalizado en el Derecho Internacional el reconocimiento de que “el disfrute del más alto nivel posible de salud” es un derecho humano fundamental e indispensable por el valor que tiene la salud en sí misma, así como por ser una condición para el ejercicio efectivo de los demás derechos humanos. Debido a esta condición especial, las organizaciones de Naciones Unidas, de la sociedad civil, académicas y otras, han desarrollado un marco analítico para precisar el contenido y los alcances de dicho derecho. Los elementos clave de este marco son resumidos sucintamente, por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (2000) [8], de la siguiente manera:

- El derecho a la salud está identificado y formalizado, como uno de los derechos humanos más relevantes, en las leyes, normas y estándares del Derecho Internacional;
- Dicho derecho está sujeto a limitaciones de recursos y a una realización progresiva; pero, algunas obligaciones que surgen de este derecho tienen efecto inmediato, por ejemplo, la obligación de no discriminación *de jure* y *de facto*;
- Este derecho incluye libertades (por ej. la de no recibir tratamientos no consentidos) y derechos (por ej. a un servicio de cuidado de la salud). En general, las libertades no tienen implicancias presupuestarias, mientras que los derechos sí;
- Todos los servicios, bienes e instalaciones de salud, tienen que estar disponibles, ser accesibles, aceptables y de buena calidad;
- Los Estados tienen obligaciones de respetar, proteger y satisfacer el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud;
- La realización de este derecho requiere que exista oportunidad para la participación activa e informada de individuos y comunidades en la toma de decisiones vinculadas con el cuidado de su salud;
- La realización de este derecho requiere que existan mecanismos de monitoreo y control eficaces, transparentes y accesibles, disponibles a nivel nacional e internacional

Uno de los derechos humanos sociales incluidos en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, es el “derecho a la salud”. Posteriormente, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se establecieron normas y

principios jurídicos a los que pudieran atenerse los gobiernos para poder realizar esos derechos, entre ellos el de la salud. Aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966, entraría en vigor el 3 de enero de 1976

El derecho a la salud en el Perú

Los derechos fundamentales requieren, por su abstracta generalidad, ser concretados en el caso particular de cada país. De este modo, los legisladores y los jueces a menudo alcanzan resultados diferentes en contextos culturales diferentes. Ello acontece hoy con frecuencia, por ejemplo, en la regulación de supuestos éticos controvertidos como la eutanasia, el aborto o la manipulación eugenésica de la herencia genética. Es algo indiscutido también que los conceptos jurídicos generales, precisamente por esa necesidad de interpretación, son apropiados para alcanzar compromisos negociativos.

Con relación a los asuntos sociales, la Constitución Política del Perú de 1993 fue elaborada con la clara intención de adecuar la base jurídica del Estado Peruano a los requerimientos del Proyecto Neoliberal del proyecto fujimorista, eliminando o recortando de la Carta Política todo aquello contrario a dichos proyectos. Tal como nos hace notar el profesor de Derecho Constitucional, Carlos Mesía Ramírez [9], a diferencia de la de 1979, en la de 1993 se precisa que solo los derechos civiles y políticos tienen el carácter de fundamentales, no así los denominados derechos sociales, económicos y culturales. Es decir, considera a estos últimos solo como derechos adquiridos, y no como derechos fundamentales inherentes a la persona en su condición de ser humano; retroceso, en contraposición con la doctrina de derechos humanos en lo que se refiere al principio de la progresividad en el reconocimiento de tales derechos.

Además, en la Constitución de 1993, el derecho a la salud surge como derecho universal de segunda generación, un derecho social de carácter programático; los cuales son derechos, que guardando coherencia con lo establecido en la Constitución se definen como: “Obligaciones mediatas del Estado, que necesitan de un proceso de ejecución de políticas sociales para que el ciudadano pueda gozar de ellos o ejercitarlos de manera plena” [10]. Los derechos programáticos no facultan a los ciudadanos a requerir judicialmente su ejecución inmediata, pues no gozarían de tutela jurisdiccional; sin embargo, estos derechos sí serían exigibles políticamente, y podrían encontrar satisfacción de acuerdo a la coyuntura gubernamental vigente.

Asimismo, en la nueva Carta constitucional – siempre en comparación con la de 1979 – el Estado pasa de ser garante de las prestaciones de salud y pensiones a garante de la “libertad” de obtenerlas, en una sociedad donde el problema es el acceso a estas prestaciones; confundiendo la seguridad privada con la seguridad social, y la libertad formal con la libertad efectiva. Asimismo, excluye toda referencia a la responsabilidad del Estado en la organización de un sistema nacional de salud que facilite a todos el acceso igualitario y con tendencia a la gratuidad de los servicios de salud; y el deber de todos a “participar” en la promoción y defensa de la salud es reemplazado por el deber a “contribuir” a su promoción y defensa.

REFERENCIAS

01. Krotz, Esteban. Introducción a Ernst Bloch a 125 años de su nacimiento. Claves del Pensamiento. 2011; V (10) julio-diciembre: 55-73.
02. Rodríguez Rivas M A. El proceso de la ciencia. 1. La ciencia. Lima: Fondo Editorial de la UIGV; julio de 2010.
03. Habermas J. La idea de dignidad humana y la utopía realista. Anales de la Cátedra Francisco Suárez. 2010; 44: 105-121.
04. Oficina de Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Los principales tratados internacionales sobre derechos humanos. Nueva York y Ginebra; 2006.
05. Tejada Pardo D. Derechos humanos y derechos a la salud: construyendo ciudadanía en salud. Lima: Organización Panamericana de la Salud. Lima; 2005. Cuadernos de Promoción de la Salud N.º 16.
06. Pérez de la Fuente, Oscar. Derechos Humanos como utopía realista. Blogs El País, Madrid, 19 diciembre 2018. En Internet: https://elpais.com/economia/2018/12/19/alternativas/1545212212_360308.html
07. Kant, Emmanuel. Fundamentación de la metafísica de las costumbres; 1785.
08. Naciones Unidas. Observación General N.º 14 (2000) Derecho al disfrute del más alto nivel de salud. 22º período de sesiones. Comité de Derecho Económicos, Sociales y Culturales. Ginebra. 25 de abril a 12 de mayo del 2000.
09. Mesía Ramírez, Carlos. Derechos de la persona/dogmática constitucional. Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú; 2004.
10. Comisión Nacional de los Derechos Humanos M. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y su protocolo facultativo. México, D.F.: CNDH; 2012.

2.4. JUSTICIA SOCIAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA

INTRODUCCIÓN

El nuevo coronavirus tiene la capacidad de infectar a cualquier ser humano, pero sus impactos epidemiológicos y sociales no son los mismos en todas las personas y en todos los espacios territoriales. En el caso peruano, estos diferentes impactos personales y territoriales del coronavirus han expuesto en forma descarnada las profundas desigualdades e injusticias que afectan y separan a nuestros compatriotas. Desigualdades e injusticias verticales y horizontales que implican no sólo la existencia

de grandes brechas económicas entre nuestras clases sociales, sino también entre otras dimensiones de análisis de una sociedad, como la territorial, la étnica y la del género.

Durante la pandemia, estamos asistiendo al incremento de esas desigualdades e injusticias en nuestro país, las cuales se manifiestan en el acceso a los servicios de un débil sistema de salud desbordado por las demandas de vacuna, balones de oxígeno y camas hospitalarias de cuidados intensivos; y, en los efectos cada vez más graves y letales, entre los más pobres y vulnerables, por el aumento de la agresividad de un virus mutante. Además, el impacto negativo en la economía nacional provocado por las restricciones sociales impuestas para el control de la pandemia se expresa en una crisis del trabajo formal que amplía y magnifica esas desigualdades. En junio del 2020, cerca del 74 % de los trabajadores del Perú eran informales y, por tanto, no tenían protección social.

En medio de esa situación de crisis pandémica, sanitaria y económica nacional – a dos semanas de las Elecciones Generales peruanas de 2021 – los ciudadanos peruanos debemos elegir a las nuevas autoridades políticas que gobernarán nuestro país en el período 2021-2026. Esta situación nos obliga moralmente a tratar de conocer y enjuiciar, antes de emitir nuestros votos en dichas elecciones, las distintas concepciones que sobre “justicia social” se están utilizando – de manera explícita o implícita – en los diferentes discursos de campaña de los candidatos presidenciales, especialmente en lo que se refiere a la primacía y la prioridad que asignan en sus propuestas al control de la pandemia, así como a la reducción de las desigualdades sociales en el país.

Con el fin de promover las reflexiones, opiniones y debates que los lectores de *Voces* consideren conveniente hacer sobre la consistencia, la autenticidad y la viabilidad de esas diferentes concepciones, en nuestra realidad actual y futura nacional, presentamos algunas notas teóricas sobre la historia de las ideas de justicia social en el mundo occidental.

LA JUSTICIA SOCIAL EN EL MUNDO OCCIDENTAL

Idea general de la “justicia” como virtud

La “virtud”, en el lenguaje filosófico clásico, es el esfuerzo por actuar bien, y el bien se define por el esfuerzo mismo de la acción: “la virtud es la puesta en práctica de los valores morales, que son las intenciones que lleva a los individuos a la acción, de tal modo que no siempre actuar bien se convierte en virtud, pues podemos actuar bien (sin intención) por una simple costumbre (Savater, 1991). Una buena acción se convierte en virtud desde que se hace algo con una intención congruente, desde que cuesta un trabajo hacer o dejar de hacer algo. Las virtudes cardinales, de las cuales se derivan todas las demás, son cuatro: prudencia, justicia, fortaleza y templanza [1, 2]. .

La idea más amplia de “justicia”, entendida como la cualidad de “lo justo”, es la de una virtud suprema que alcanza la máxima importancia cuando es contemplada en sentido general como una orientación de la conducta humana hacia el Bien. La esencia de esta virtud, tal como se la sigue entendiendo actualmente, es “la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno lo que es suyo ” (Ulpiano, 170-228 d.C.). Persona justa, en este último superior sentido, es la que realiza voluntariamente el Bien que le impone la virtud de la justicia, sin ningún tipo de coacción [1, 2].

La percepción general de la justicia (general) hecha por el jurista romano Ulpiano no se ha alterado, significativamente, con el transcurrir del tiempo. Lo que cambia y se transforma con el paso del tiempo es aquello que se considera un bien común; en consecuencia, lo que en un tiempo es justo para una sociedad no necesariamente lo es en otro; ni siquiera los individuos de una misma época se ponen de acuerdo en lo que es justo. Lo que una persona o un pueblo consideran un bien depende de su racionalidad y de sus deseos y aspiraciones, así como de las circunstancias particulares e históricas en las que se encuentra [2, 3].

En lo que se refiere a la justicia en una sociedad democrática, se debe citar a Cicerón, quien en su obra *Sobre la República*, definía a la democracia como una multitud unida por la obediencia a una ley y por la búsqueda de un “bien común” que esté por encima de los intereses particulares que son los que generan las discordias. “Bien común” que puede ser definido– utilizando una formulación minimalista – como todo aquello que la comunidad de ciudadanos está de acuerdo en valorar y defender. De acuerdo a esta definición, la “justicia” tiene lugar, en el ámbito social, cuando en la búsqueda del “bien común” hay equilibrio en situaciones de distribución de bienes entre los miembros de una sociedad, esto es, cuando nadie es desposeído de lo que le corresponde; si se produce algún desequilibrio, se estaría produciendo una injusticia.

Como se advierte, es un reto poder definir o conceptualizar a la justicia (general) de manera consensual, existen diversas posturas, definiciones y concepciones al respecto, sin embargo, todas ellas mantienen en común un elemento: el bien común o el interés público, por lo que se puede concluir que en efecto la justicia, en su sentido moral más amplio, es la búsqueda constante del bien común por medio de decisiones que otorguen bienestar general y seguridad integral a todos los miembros de una sociedad.

Concepto de “justicia social”

La persistencia actual de la discusión pragmática-moral, iniciada en el siglo XIX, sobre los criterios y principios a utilizar para la delimitación y la definición del concepto de “justicia social” implica reconocer que aún continúa la existencia fáctica, en las sociedades contemporáneas, de la opresión que unos grupos humanos y sujetos ejercen sobre “otros” subordinados por su condición de clase social, raza, etnia, género, preferencias sexuales, conocimientos y posición social, entre otras condiciones. El pensamiento clásico y el contemporáneo en torno a este reconocimiento solo coinciden en plantear el problema en términos de “justicia distributiva”, es decir en relación con

la manera más adecuada de distribuir los bienes y las cargas, así como los derechos y los deberes entre los miembros de una sociedad determinada. Efectivamente, a lo largo de la historia, se han ensayado y defendido una gran diversidad de criterios o principios, que coincidiendo algunas veces con cuestiones tan poco justificables como el origen, la nobleza, la nacionalidad o la raza de las personas y otras veces con cuestiones más sensatas como el mérito, la necesidad, el esfuerzo o la participación de las personas en el bien social, han pretendido determinar aquello que a cada persona le corresponde en una sociedad [4].

Es a partir de esa diversidad de criterios o principios – de distribución de los bienes y las cargas – que se han propuesto, a través de la historia de la filosofía del mundo occidental, diferentes concepciones de justicia. Éstas, con sus principales teóricos, son mencionadas a continuación: proporcionalidad natural (Platón, Aristóteles, Tomas Aquino); libertad contractual (T. Hobbes, J. Locke); utilidad pública (J. Benham, J. S. Mill); igualdad social (K. Marx, F. Engels); bienestar colectivo (L. Blum, R. MacDonald, J. M. Keynes); equidad (J. Rawls, A. Sen, M. Nussbaum); neolibertad (F. Hayeck, F. Fridman, R. Nozick); construcción social e histórica (M. Walzer).

En la filosofía contemporánea, no obstante aquella variedad de teorías y de argumentos que pretenden validarlas formalmente, si se mira con atención, el concepto “justicia social” no es un constructo meramente formal, pues siempre lleva implícito un mandato de “igualdad y proporcionalidad” que resulta ser irreductible. En realidad, los distintos principios y criterios utilizados para justificar tanto las semejanzas como las diferencias entre esas teorías atienden a una idea de sociedad más general; mediante la cual se expresa una concepción específica de la sociedad y del hombre. Así, por ejemplo, tanto el principio universal del pleno respeto a la titularidad de los derechos de Nozick, como la tesis de Walzer que sostiene que el criterio de justicia social varía en cada comunidad, en razón a la forma en que cada una valora los bienes objetos de distribución, responden a una visión del hombre distinta y en cierto punto contradictoria; la primera fundada en la concepción del individuo autónomo, la segunda basada en la idea del yo enmarcado en una comunidad específica. Es en cumplimiento de ese mandato que Powers y Faden, en *Social Justice*, enfatizan que “la investigación empírica como las teorías normativas, nos dicen cómo traducir las demandas de la justicia social en políticas sociales específicas”. Es decir, para cada caso de demanda de justicia social habrá que considerar, además de la teoría normativa vigente o dominante, el contexto y las circunstancias en que se enjuicia el caso [4, 5].

No obstante esas y otras opiniones teóricas sobre su conceptualización, existe actualmente un consenso internacional en aceptar normativamente que los Derechos Humanos constituyen a la vez la base jurídica y el mínimo ético irrenunciable sobre los cuales se asienta la justicia social en las sociedades democráticas. Entonces, a partir de este consenso normativo debemos aceptar que la búsqueda de la justicia social implica la responsabilidad y el compromiso del Estado para compensar las desigualdades distributivas que surgen en el mercado y en otros mecanismos propios de la sociedad.

En el entendido, que la falta de justicia social es directamente proporcional a males como ilegitimidad, ilegalidad, corrupción e impunidad.

Tipo de Estado e ideas de “justicia social” dominantes

El concepto moderno de “Estado” puede ser definido como: una organización social constituida en un territorio propio, con fuerza para mantenerse en él e imponer dentro de él un poder supremo de ordenación y de imperio, poder ejercido por aquel elemento social que en cada momento asume la mayor fuerza política. Otra definición del concepto, más exigente, es la siguiente: una forma de organización social, económica, política, soberana y coercitiva, formada por un conjunto de instituciones, que tiene el poder de regular la vida nacional en un territorio determinado. Sus elementos básicos son la Nación (el Pueblo), el Gobierno, el Territorio y la Soberanía. El Gobierno ejerce el Poder Público por delegación del Pueblo, por lo menos de acuerdo con normas constitucionales democráticas.

Entre los siglos XVIII y mediados del siglo XX

Históricamente, la instalación del capitalismo en Europa y Estados Unidos, apoyada por el Estado Liberal, generó inicialmente mayores desigualdades sociales en los países en vías de industrialización, que se expresaban en el creciente malestar y reclamo de los trabajadores: la “cuestión social” del siglo XIX. Es en esta situación que el sacerdote jesuita italiano Luigi Taparelli (1793-1862), uno de los fundadores de la doctrina social de la Iglesia, creó el término “justicia social” para aplicarlo a los conflictos obreros que se extendieron con la emergencia de la sociedad capitalista: “... la justicia social debe igualar de hecho en todos los hombres en lo tocante a los derechos de humanidad” [6]. De esta manera, diferenciaba su concepto de “justicia social” tanto de las nociones de “justicia conmutativa” como de la “justicia distributiva”, propias del pensamiento aristotélico-tomista. Paralelamente a estos hechos conflictivos, aparece en el mundo occidental el “socialismo”, entendido, en una primera instancia, como una nueva concepción de la sociedad y la “política” que aspira a poner a ésta al servicio de aquélla. Concepción que incluye al Estado como la institución que debe compensar las desigualdades sociales existentes y crear los mecanismos que logren la justicia social.

Varias décadas después de Taparelli el término "justicia social" fue vuelto a usar en Inglaterra por los socialistas fabianos ingleses. A partir de las ideas de los fabianos, surge una nueva definición de justicia social: “distribución igualitaria de todos los bienes sociales”. Este nuevo concepto fabiano de justicia fue adoptado, posteriormente, por la socialdemocracia europea encabezada, en su etapa originaria, por partidos políticos monoclasicistas obreros. Este concepto implica la necesidad de reformar y utilizar el Estado, para que se comprometa con la compensación de las desigualdades que surgen en el mercado y en otros mecanismos propios de la sociedad capitalista. La reforma del Estado aparece, así, como la clave principal que debe compensar las desigualdades sociales existentes y crear los mecanismos que logren el cambio [7].

Después de la Primera Guerra Mundial, en 1919, se crea la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que incorpora la noción de justicia social a su Constitución, como el fundamento indispensable de la paz universal: “Considerando que la paz universal y permanente solo puede basarse en la justicia social” (Constitución de la OIT, 1919). Luego se realizará la Conferencia Internacional del Trabajo en su histórica Reunión de Filadelfia (1944), en la que los Estados miembros de la OIT establecieron y adoptaron los programas que aplicarían en la posguerra en materia de legislación social y del trabajo, así como las recomendaciones sobre la “seguridad de los medios de vida” (núm. 67) y sobre la “atención médica” (núm. 69) [8].

En 1931, la noción de “justicia social” se incorpora plenamente a la Doctrina Social de la Iglesia Católica al utilizarla el papa Pío XI en la *Encíclica Cuadragésimo anno*. Para Pío XI, la justicia social es un límite al que debe sujetarse la distribución de la riqueza en una sociedad, de modo tal que se reduzca la diferencia entre los ricos y los necesitados, ajustándose a “las normas del bien común o de justicia social” [7].

Entre los años 1947 y 1973

El período 1947-1973 es una época de extraordinario crecimiento económico y grandes transformaciones, tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados del mundo capitalista. Los primeros ingresaron desde comienzos de los años cincuenta en una etapa de abundancia y prosperidad nunca antes imaginada. Durante estos años, la social democracia dio un giro ideológico ingresando a una nueva etapa: la “socialdemocracia clásica”, consolidándose como una de las principales fuerzas políticas en el mundo occidental. En esta etapa se constituyó un nuevo Estado Intervencionista de perfil político socialdemócrata, que apuntalaba al mismo tiempo el proceso de acumulación y la distribución de sus frutos. En los países de Europa Occidental, aparece el llamado “Estado de Bienestar”; concepto político que tiene que ver con una forma de gobierno en la cual el Estado provee servicios en cumplimiento de sus responsabilidades en la realización de los derechos sociales de los ciudadanos [7, 8].

La meta del modelo político socialdemócrata, en su nueva etapa, era la siguiente: “humanizar el capitalismo y reformar el Estado, en las circunstancias de un nuevo orden internacional surgido después de la II Guerra Mundial”. Los componentes esenciales del modelo fueron: el liberalismo político, la economía política, el keynesianismo en lo económico, el compromiso con la igualdad social, y el Estado de Bienestar. Este último, encargado de ejecutar las políticas sociales tendientes a distribuir la riqueza de una forma más equitativa, mitigando los efectos del mercado, y a promover la justicia social, corrigiendo los desequilibrios económicos. Con este modelo, la socialdemocracia obtuvo grandes éxitos en Europa Occidental a través de partidos policlasistas. Sin embargo, sus éxitos llegaron a su fin en los años setenta, con la crisis económica del sistema capitalista y la quiebra del llamado “consenso de bienestar” [7].

Entre los años 1973 y 2015

La crisis económica de los setenta debilitó seriamente el consenso de posguerra sobre la eficacia y justicia de las políticas del Estado de Bienestar. La recesión económica, la inflación, las pérdidas masivas de empleo, la crisis fiscal del Estado y el aumento sin precedentes de la deuda pública manifestaron los altos costes que comportaba mantener el bienestar económico y social. Desde entonces comenzó a disminuir la confianza en la intervención económica estatal, crecieron las dificultades de los gobiernos para mantener el compromiso del pleno empleo y se hicieron habituales las restricciones del gasto social. Las principales consecuencias de estos hechos fueron la crisis del Estado del Bienestar y la posterior hegemonía del neoliberalismo. Argumento central que sustentaba esas restricciones del gasto social era el desequilibrio financiero entre los recursos disponibles y los gastos derivados de las coberturas de la seguridad social alcanzados por el Estado del Bienestar. Las tesis económicas monetaristas y neoclásicas, defendidas por los neoliberales, desplazaron a las del keynesianismo e iniciaron su dominio en el mundo. La economía mundial iniciaba un reordenamiento dramático tan importante como el desencadenado por la crisis de 1929 [7].

Además de la crisis económica, desde la década de los ochenta el fenómeno de la “globalización” aceleraba la interdependencia económica, política y cultural entre los países del mundo, facilitada a través de una serie de cambios sociales a escala planetaria y de los avances en la electrónica y las comunicaciones. En el centro de tales cambios está presente de manera dominante una propuesta sociopolítica neoliberal, para reordenar a la sociedad mundial a través de una desregulación de los procesos sociales que garantice el mayor desarrollo de los capitales privados en una economía de mercado libre. Para ello, era necesario reemplazar un Estado intervencionista de concepción socialdemócrata por otro Estado minimalista de concepción neoliberal. Por otro lado, en 1991 el mundo asistió asombrado a la desintegración de la Unión Soviética y la disolución del Pacto de Varsovia, dando fin al mundo bipolar que había surgido en la segunda posguerra. Estados Unidos queda como la única superpotencia bélica planetaria capaz de intervenir militarmente en cualquier parte del mundo.

El Estado Neoliberal propuesto, de modo contrario al Estado de Bienestar, tiene un carácter subsidiario en la economía; el mercado debe intervenir libremente, sin interferencias del Gobierno, el mercado debe ser de libre competencia. Cabe apenas al Gobierno garantizar las condiciones favorables para el buen funcionamiento del mercado, favoreciendo la estabilidad financiera y monetaria. En este contexto, los neoliberales defienden las privatizaciones de las empresas estatales, el control riguroso del gasto público y menores inversiones en políticas sociales focalizadas. Como era previsible, las políticas de estabilización económica afectaron con la mayor dureza a los países en desarrollo; produciendo, entre otros efectos, el deterioro marcado de sus servicios públicos de carácter social y el incremento de las desigualdades sociales.

Al final del siglo XX, ante los nuevos desafíos sociales, económicos y políticos derivados de la hegemonía del modelo de Estado Neoliberal y del avance de la

globalización, la socialdemocracia europea presenta una nueva propuesta sociopolítica: la “tercera vía” (1998). Propuesta que trata de ubicarse entre la socialdemócrata clásica y la neoliberal. Los gobiernos que optaron por esta “tercera vía” aceptaron las condiciones de disciplina fiscal, estabilidad macroeconómica y reformas económicas que demandaba el neoliberalismo; manteniendo dos rasgos sociopolíticos de su modelo clásico: un Estado regulador e inversor, socialmente responsable y comprometido con el bienestar social de las mayorías, así como la promoción de valores como la igualdad, la justicia social, la responsabilidad y la inclusión. Teniendo como actores principales a los partidos policlasistas, con una mayor participación de la sociedad civil [9, 10].

Naciones Unidas, desarrollo social y justicia social

Naciones Unidas organizó la *Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social*, efectuada en Copenhague entre el 6 y 12 marzo 1995 [11]. En ella, las discusiones se centraron en la pobreza, el desempleo y la exclusión social en el mundo. Se analizó el impacto negativo del ajuste estructural neoliberal, en esos tres aspectos, aunque hubo resistencia de los países industrializados en cuestionar el nuevo modelo de desarrollo dominante. Sin embargo, en la *Declaración* final del evento se reafirma lo siguiente: “Compartimos el convencimiento de que el desarrollo social y la justicia social son indispensables para la consecución y el mantenimiento de la paz y la seguridad en nuestras naciones y entre ellas. A su vez, el desarrollo social y la justicia social no pueden alcanzarse si no hay paz y seguridad o si no se respetan todos los derechos humanos y las libertades fundamentales. Esta interdependencia básica había sido reconocida hace 50 años antes en la Carta de las Naciones Unidas y desde entonces se ha ido afianzando más y más”.

El 26 de noviembre de 2007, la Asamblea General de Naciones Unidas proclamó el día 20 de febrero como el *Día Mundial de la Justicia Social*, invitando a los Estados Miembros a dedicar este día especial a promover, a nivel nacional, actividades concretas que se ajusten a los objetivos y las metas de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. Celebración que debe apoyar la labor de la comunidad internacional encaminada a erradicar la pobreza y promover el empleo pleno y el trabajo decente, la igualdad entre los sexos y el acceso al bienestar social y la justicia social para todos [12]. En esta oportunidad, la Asamblea define a la justicia social como “un principio fundamental para la convivencia pacífica y próspera”, que se erige como el núcleo de su misión global de promover el desarrollo y la dignidad humana. Según Naciones Unidas los fundamentos de la justicia social se defienden cuando se promueve, impulsa y fomenta la eliminación de las barreras que enfrentan las personas por motivos de género, edad, raza, etnia, religión, cultura o discapacidad.

Al año siguiente, el 10 de junio de 2008, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) adoptó por unanimidad la *Declaración de la OIT sobre la justicia social para una globalización equitativa*. Esta Declaración expresa la visión contemporánea del mandato de la OIT en la era de la globalización. De manera específica, sienta una nueva base a partir de la cual la OIT puede apoyar los esfuerzos de sus mandantes para promover y alcanzar el progreso y la justicia social a través de los cuatro objetivos de la

Agenda de Trabajo Decente: empleo, protección social, diálogo social y tripartismo, y principios y derechos fundamentales en el trabajo. Al resaltar la naturaleza interdependiente de estos cuatro objetivos, la Declaración subraya que la falta de apoyo a cualquiera de ellos afectaría la promoción de los demás [13].

El año 2014, en el Mensaje del Secretario General de Naciones Unidas con motivo del Día Mundial de la Justicia Social se manifestaba: “La brecha que existe entre los más pobres y los más ricos en el mundo es considerable y está creciendo. Esta situación no solo se da de un país a otro sino dentro del mismo país, incluso en el caso de muchos de los países más prósperos... A medida que aumenta la desigualdad, el tejido social de nuestras sociedades se resiente y sufre tensiones, lo que a menudo conduce a un espiral descendente de incertidumbre económica y social e incluso a disturbios... Sin embargo, no hay ningún aspecto de la desigualdad que sea inevitable. El objetivo de todos debe ser adoptar medidas prácticas para eliminar este obstáculo tan importante al desarrollo y la dignidad humana. La experiencia muestra que el crecimiento económico en sí mismo no es suficiente. Debemos hacer más para empoderar a las personas mediante el trabajo decente, brindarles apoyo a través de la protección social, y velar por que se escuchen las voces de los pobres y los marginados. Mientras seguimos procurando alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y definir una agenda para el desarrollo después de 2015, hagamos que la justicia social constituya un elemento central para lograr un crecimiento equitativo y sostenible para todos” [14].

REFERENCIAS UTILIZADAS

01. Ossorio, M. Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales. 37ª ed. Buenos Aires: Heliastás; 2012.
02. Comte-Sponville, A. Diccionario filosófico. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.; 2005.
03. Flores Polo, P. Diccionario de términos jurídicos. Volúmenes 1, 2, 3 y 4. 2da. Edición. Lima: MASRSOL Perú Editores S. A.;1987.
04. Powers, M; Faden, R. *Social Justice. The moral foundations of public health and health policy*. New York: Oxford University Press; 2006.
05. La Torre Martínez, C. Justicia social, democracia y derechos humanos en América Latina. Anuario de Derechos Humanos. Nueva Época. 2005. Vol. 6: 673-701.
06. Taparelli, L. Ensayo teórico del derecho natural apoyado en los hechos. Madrid: Imprenta de Tejado; 1866.
07. Murillo, J; Hernández R. Hacia un concepto de justicia social. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación. 2011; 9 (4): 8-21.

08. Organización Internacional del Trabajo. Recomendación 69 de la XXVI Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Administración de Servicios de Atención Médica. Publicación Científica N.º 129. OPS/OMS. Febrero 1966.
09. Fundación por la Socialdemocracia de las Américas. ¿Qué es la socialdemocracia?. Los principios y los valores de la tercera vía. Santiago de Chile: FUSDA y Convergencia Fundación por la Socialdemocracia de las Américas. AC; 2006.
10. Giddens, A. La tercera vía. La renovación de la socialdemocracia. México: TAURUS; 1999.
11. Naciones Unidas. Informe de la Cumbre Mundial del Desarrollo Humano. Copenhague, 6 a 12 marzo de 1995 [Internet]. Dinamarca 1995 [citado 6 enero 2016]. Disponible en: <http://www.notivida.com.ar/leginternacional/Copenhague,%201995.> .
12. Naciones Unidas. Día Mundial de la Justicia Social: 20 febrero. Resolución aprobada por la Asamblea General el 26 de noviembre de 2007 [Internet]. Nueva York 2007 [citado 2 de marzo 2016]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/62/10>
13. Organización Internacional del Trabajo. Declaración de la OIT sobre la justicia social para una globalización equitativa. Ginebra, 10 de junio 2008 [Internet]. 2008 [citado 6 enero 2016]. Disponible en: <http://www.oitcinterfor.org/node/6330>
14. Naciones Unidas. Mensaje del Secretario General el Día Mundial de la Justicia Social, 20 de febrero 2014. [Internet]. 2014. [citado 6 enero 2016]. Disponible en: www.un.org/s/events/socialjusticeday/2014/sgmessage.shtml

3. MEMORIA INSTITUCIONAL



3.1. ANTECEDENTES Y PRIMEROS AÑOS DEL DMPySP

ANTECEDENTES

Cátedra de Higiene de la Facultad de Medicina de San Fernando: 1901-1961

Desde 1901, el doctor Francisco Graña reemplazó a Martín Dulanto en la docencia de la cátedra Higiene Privada, Pública e Internacional, primero, como profesor suplente (1901-1911) y, luego, como catedrático titular (1912-1922). En su tesis de bachiller de medicina, titulada *La Cuestión Higiénica* (1903), Graña repite y amplía los argumentos utilizados años antes por Odriozola para sustentar cognitivamente la superación total de la vieja higiene prepasteuriana por la “nueva ciencia profiláctica” que sistematiza el saber positivo de la etiología y la patogenia de las enfermedades.

En 1920, ocho años después de ocupar el cargo de catedrático titular de Higiene, el Dr. Graña lo dejó vacante, siendo reemplazado por el Dr. Carlos E. Paz Soldán, que había

sido su alumno en la Facultad. Éste testimonia, con relación a la actuación docente de su profesor, lo siguiente:

“Graña supo dar a la enseñanza de la Higiene... sello indiscutible de modernidad. Su palabra fácil, la utilización, que fue el primero en hacer, de las metodizaciones de Angelo Chelli cuyo monumental obra *Manuale dell'Igienista* inspiró su docencia (...) ante de 1920. La Higiene es un vasto capítulo para ubicar en él las enfermedades pestilenciales, la Epidemiología y cuanto podía prevenir su lúgubre imperio. La Bacteriología dictaba entonces sus leyes a la Higiene, subalternizando el gran complejo humano, a las incidencias del tubo de cultivo. Graña supo, sin embargo, escapar de esa tiranía” (Paz Soldán, 1938, p.473).

El 20 de agosto de 1920, Carlos E. Paz Soldán se hace cargo de la docencia de la cátedra Higiene Privada, Pública e Internacional, primero, como catedrático interino (1920) y, luego, de catedrático titular (1922). En cumplimiento de la normatividad vigente, Paz Soldán presentó, en el año 1924, lo que él llamó el Primer Programa Analítico Razonado de la Enseñanza de Higiene en la FMSF. Programa que, de acuerdo a sus palabras, transforma la enseñanza de esta materia en el país:

“La docencia de la Higiene en la Facultad de Medicina, sin dejar su tradición se enrumba hacia lo social. Fue una dirección entonces un poco heterodoxa. Ya no es el microbio únicamente, sino el hombre, los que generan las enfermedades difusibles... Las epidemias no las aceptamos como fatalidades que, inexorablemente, originan las noxas, que bacteriólogos y parasitólogos estudian ni vienen, inevitables, del ambiente geo-cósmico... si para ellas, no reciben, como factor esencial ciertas impotencias sociales (...) convertimos (a la Higiene) en una verdadera doctrina médico-social” (Paz Soldán, 1945, pp. 42-43).

Paz Soldán utilizaba de manera indistinta las expresiones “Medicina Social” e “Higiene Integral” para referirse a una misma disciplina que, en su opinión, debía armonizar e integrar los conocimientos derivados de las ciencias médicas y sociales y hacerlos utilizables para obtener el “progreso sanitario individual, colectivo y racial”.

Entre los años 1924 y 1955, la cátedra de Higiene, con distintas denominaciones, cumplió con sus actividades lectivas siguiendo los lineamientos programáticos establecidos en 1924. Es así, que recién en el año 1955, dos años antes que Paz Soldán se retirara de la cátedra, se modificaron tales lineamientos incluyéndose temas de la Medicina Preventiva y la Administración Sanitaria estadounidense, además de los tratados por la Epidemiología europea y la de Medicina Social italiana que ya se enseñaban desde 1920. Estos cambios fueron introducidos por nuevos profesores incorporados a la cátedra entre ellos Guillermo Díaz Lira y Julio Muñoz Puglisevich, que habían regresado al país después de realizar estudios de posgrado en Escuelas de Salud Pública de Estados Unidos y que, en esos años, eran funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Asimismo, recién en 1959 el Curso de Estadística Médica comenzó a formar parte del plan de formación médica, bajo la responsabilidad de la cátedra de Higiene.

En realidad, más allá de los méritos académicos de Paz Soldán, la importancia real asignada en el Plan de Estudios a las materias de Higiene y Medicina Social siempre fue muy escasa en la Facultad de Medicina de San Fernando. Ello se expresaba al final del año 1957 en el hecho de que dichas materias se desarrollaban en apenas 60 horas lectivas a cargo de un plantel docente mínimo. Paz Soldán desempeñó el cargo de catedrático titular de Higiene y Medicina Social hasta el final del año académico de 1957, cuando cumplió 72 años de edad y 37 años de docente en dicha especialidad. Oportunidad en que el Consejo de la Facultad lo designó Profesor Emérito. Juan Francisco Valega y Nicolás Cavassa, sus dos colaboradores en la cátedra desde el año 1939, lo acompañaban como catedráticos titular y asociado, respectivamente, en el momento de su jubilación.

Instituto de Medicina Social de la Facultad de Medicina de San Fernando: 1924-1968

En 1920, Paz Soldán, entonces diputado por Lima, concurrió al Congreso Regional del Centro, donde presidió la Legislatura Regional del Centro de año 1923. Oportunidad en que se aprobó la Resolución Legislativa 656, por la cual se dispuso crear el Instituto de Medicina Social en la Facultad de Medicina de Lima, para investigar y enseñar la Medicina Social y la Higiene Pública, y preparar al personal que ejecute las leyes sanitarias del país. La misma norma, originalmente regional, fue promulgada por Leguía el 27 de julio de 1924. En ella se señalaban las rentas necesarias para su implantación y funcionamiento.

Con la acumulación de los escasos fondos generados anualmente por aquella norma y por una operación de crédito se dispuso de los recursos financieros para la construcción de la primera planta del edificio destinado al funcionamiento del Instituto, así como para la adquisición y la instalación de sus dos laboratorios (el de biometría y estadística, así como el microbiológico y químico). La solemne ceremonia de inauguración de esta primera planta de efectuó, con la presencia del Sr. Presidente de la República, el 17 de octubre de 1927, con ocasión de la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Veinticuatro años después, se refaccionó y modernizó la primera planta y se construyó la segunda y tercera planta de este edificio; la entrega de la obra fue efectuada en agosto de 1951.

El año 1931, las autoridades de la Facultad aprobaron el Proyecto del Reglamento del Instituto remitido por Paz Soldán. En la exposición de motivos se reconoce la modesta magnitud de los recursos con que iniciaba sus actividades el Instituto: el presupuesto operativo anual inicial fue de apenas 10.000 soles oro (US\$ 6.000). Hecho que se pretendía explicar por “nuestro estado incipiente de civilización y de progreso”. No obstante, se insistía que la idea rectora que orienta al Instituto es la “remodelación de la mentalidad del médico peruano, reorientándola hacia el camino de la prevención de las enfermedades”. Por último, el Reglamento señala que para obtener una mejor correlación de los trabajos del Instituto con los estudios médicos, se debe crear el Consejo de Vigilancia, que presidido por el Decano estará formado por los profesores

de Higiene, Medicina Legal, Bacteriología, Parasitología y Psiquiatría. El primero y, finalmente, único director del Instituto sería Carlos E. Paz Soldán, en su condición de catedrático titular de Higiene en la Facultad.

Entre los años 1936 y 1939, el Instituto contó con los servicios del Profesor Máximo Kuczyński-Godard, como Jefe Técnico de Laboratorios. Médico antropólogo alemán, estudioso de la Medicina Social. Durante estos años, con su valioso aporte, el Instituto realizó investigaciones sobre la “endemoepidemiogénesis de las principales enfermedades dominantes en territorio nacional”, especialmente el tifus exantemático y la enfermedad de Carrión. Al retirarse este Profesor del Instituto dichas investigaciones se interrumpieron, y los laboratorios y otros ambientes de esta entidad comenzaron a ser utilizados por otras cátedras de la Facultad, entre ellas las de Bacteriología y de Bioquímica, para sus actividades lectivas.

Además, desde el inicio de sus actividades el Instituto dio gran importancia a la edición de sus publicaciones “para difundir sus enseñanzas más allá de su recinto académico”. Publicaciones que, a partir de la década de 1940, conformarían lo que Paz Soldán llamaba “Biblioteca de Cultura Sanitaria”. Entre los principales volúmenes de esta Biblioteca, mencionaremos: *Rumbos de Política Sanitaria* (1946); *La demogenia peruana y sus problemas médico-sociales* (1950); *Salud y Libertad* (1953); *Lima y sus suburbios* (1957); *Una doctrina un templo* (1959); *Siete lustros de docencia en Medicina Social* (1960).

Después de la jubilación de Paz Soldán y de la crisis de la Facultad de Medicina de San Fernando el año 1961, el Instituto de Medicina Social dejó de operar. En 1977, los profesores Sarmiento y Alarcón, con ocasión del cincuentenario de fundación del Instituto, presentan a Paz Soldán como un intelectual que logra concretar, en una coyuntura política favorable, una iniciativa personal – la creación del Instituto de Medicina Social – destinada a impulsar un cambio significativo en la formación médica y en la realidad sanitaria nacional. Iniciativa ajena tanto a los intereses de las autoridades universitarias, como a la condición sociopolítica del Perú de ese entonces.

Departamento de Ciencias Médico Sociales de la Facultad de Medicina de San Fernando: 1962-1968

La crisis institucional producida por la renuncia simultánea de un gran número de profesores sanfernandinos – opuestos al “tercio estudiantil” –, como respuesta a la derogatoria del art. 34° de la Ley N.º 13417 (24 de julio de 1961), creó una oportunidad especial para tratar de modificar la orientación biomédica y asistencialista en la formación médica, con tendencia a la especialización, hegemónica en el pensamiento de los profesores en San Fernando. Es en este sentido de reorientación académica que, en el año 1962, el Consejo Provisional de la Facultad, encargada de la superación de aquella crisis, nombró una Comisión para la elaboración del Proyecto de un nuevo Plan de Estudios sanfernandino que estuviera a tono con las nuevas orientaciones sociales y preventivistas de la enseñanza médica. Comisión presidida por el Dr. Alberto Guzmán Barrón, quien había estado en la Universidad de Harvard (1956) estudiando la nueva

organización de la enseñanza y la investigación médica en esta prestigiosa institución. El Proyecto finalmente aprobado proponía una organización académica de la Facultad en diez departamentos, que agrupando funcionalmente a las distintas cátedras garantizaran una enseñanza integral de la Medicina. Uno de estos departamentos sería el de las Ciencias Médico Sociales, a cargo de las asignaturas afines a la Salud Pública y que reemplazaría a la antigua cátedra de Higiene y Medicina Social. En el art. 8° de la Ley N.º 13471 se establecía: “Las Universidades están integradas por Facultades, Escuelas Profesionales, Institutos y Departamentos”.

En el Proyecto se consideró como una condición necesaria para la reforma curricular, que el Departamento de Ciencias Médico Sociales (DCMS) extendiera sus actividades a todos los años de la carrera médica y, luego, las integrara a las desarrolladas por los otros Departamentos. Con esta finalidad, se propuso que dictara, en el primer año de estudios, un cursillo de Higiene y Biometría (15 horas); en el segundo, Estadística Médica (60 horas); en el tercero, Epidemiología coordinada con el Departamento de Enfermedades Infecciosas, Parasitarias y Tropicales (36 horas); en el cuarto, Antropología Social (50 horas); y en el quinto, Medicina Preventiva y Social (80 horas).

El 17 de agosto de 1962, se instaló formalmente el nuevo Consejo de la Facultad de Medicina de San Fernando, presidida por su decano Alberto Guzmán Barrón. Posteriormente, Jorge Campos Rey de Castro sería elegido como nuevo decano para el período 1965-1969. Durante la gestión de este último se efectuaron en la Facultad dos Seminarios de Educación Médica, en 1966 y 1967, para evaluar los avances en la reforma curricular. En ambos eventos se insistió el importante papel que debía cumplir en la reforma curricular el DCMS “actuando de manera coordinada con los departamentos clínicos”.

En el período de transición correspondiente al año lectivo de 1961, Joaquín Cornejo Ubilluz fue el Profesor encargado de la cátedra de Higiene. En febrero de 1962, Carlos Quiroz Salinas fue el ganador del concurso para cubrir la plaza vacante de Profesor Principal de la cátedra de Higiene que, luego, se convertiría en el Departamento de Ciencias Médico Sociales.

En el año 1967, los profesores permanentes del DCMS eran: Carlos Quiroz Salinas, Profesor Principal y Jefe del Departamento; Joaquín Cornejo Ubilluz y Julio Muñoz Puglisevich, Profesores Principales; y César Carlín Gonzáles, Arturo García Erazo, Abelardo Temoche y Manuel Torres Portugal, Profesores Asociados. Todos ellos eran médicos y exfuncionarios con larga experiencia en dirección de servicios públicos de salud y capacitados en Escuelas de Medicina Preventiva y Salud Pública de Estados Unidos. Además, el DCMS fue dotado de un grupo de científicos sociales de la UNMSMS, contratados para dictar las materias correspondientes a su especialidad que la Comisión de Reforma Curricular había asignado al Departamento.

No obstante las intenciones declaradas por las nuevas autoridades de la Facultad, la participación efectiva del DCMS en el desarrollo del nuevo plan de estudios no fue la

propuesta originalmente, es así que el plan de estudios del año 1968 el Departamento era responsable de solo 280 horas curriculares. Cifra que significaba apenas el 4,8% del total de horas programadas. En el primer año de estudios, un cursillo de Higiene (15 horas); en el segundo, Antropología y Ecología (48 horas), Estadística (60 horas) y Sociología (47 horas); en el tercero, Epidemiología (20 horas); y, en el quinto, Medicina Preventiva y Social (90 horas). Además, ninguno de los departamentos clínicos mostró interés en coordinar actividades con las efectuadas por el DCMS. Finalmente, la experiencia de reforma curricular propuesta fue interrumpida bruscamente en el año 1969, con la nueva vigencia del Decreto Ley N.º 17437, que inició una reforma de la estructura académica universitaria en términos muy distintos a los planteados por la Facultad de Medicina de San Fernando en el año 1962.

Durante este período, el DCMS no realizó gestiones para reactivar el Instituto de Medicina Social, más bien proyectó su coordinación con el nuevo Instituto de Medicina Tropical, ubicado en la Ciudad Universitaria, que inaugurado en julio de 1963 entraría en operación en agosto de 1966, bajo la dirección de Carlos Quiroz Salinas.

EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

Creación como Departamento Académico de la UNMSM: 1969-1983

En 1969 el autodenominado Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada formalizó el Decreto Ley N.º 17437, que define a la Universidad Peruana como el conjunto de todas las universidades del país, integradas en un Sistema Unitario, así como cambió el régimen de Facultades por el de Direcciones de Programas Académicos. En su Capítulo III se señala que la nueva organización académica de la Universidad “responde a un criterio funcional, para lograr la integración de la actividad universitaria y evitar la duplicación innecesaria de esfuerzos y recursos”. Asimismo, que para tal fin, está conformada por unidades académicas denominadas Departamentos Académicos, “que constituyen núcleos operacionales de investigación, enseñanza y proyección social, que agrupan a profesores que cultivan disciplinas afines”. En cada Departamento se desarrollan cursos correspondientes a las asignaturas de su especialidad, para servir a los diversos Programas Académicos de la Universidad.

En ese mismo Capítulo III, se precisa: (i) que se denomina Programa Académico, “a la estructuración curricular funcional de los diversos Departamentos que se coordinan para realizar propósitos específicos de carácter formativo, académico o profesional”; (ii) que cada Programa Académico estará a cargo de una Dirección de Programa, con la responsabilidad de organizar los currícula correspondientes, coordinar su ejecución y realizar su evaluación; (iii) las Direcciones de Programa dependen jerárquicamente del Rector y actúan en estrecha coordinación con los Directores Universitarios.

De manera concordante con la nueva normatividad universitaria, el Departamento de Ciencias Médico Sociales de la Facultad de Medicina se convirtió en el Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública de la UNMSM, a cargo del desarrollo de los cursos correspondientes a las asignaturas de medicina preventiva y

salud pública incluidas en las currícula organizadas por los distintos Programas Académicos de la UNMSM, entre ellos los de Medicina, de Odontología, de Enfermería y de Farmacia. .

En el proceso de adecuación de la organización del Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública (DAMPSP) a la nueva normatividad hubo una serie de problemas de carácter normativo. El primero de ellos, la UNMSM no había precisado oportunamente los objetivos de los Departamentos Académicos, recién el diciembre de 1976 se publicó el Proyecto de Manual de Organización y Funciones de estos Departamentos, por la Dirección Universitaria de Planificación, complementando el Proyecto de Reglamento de la Universidad, que en los artículos 155°, 156° y 157° señalan la organización y funciones de los Departamentos Académicos. Por otro lado, la desactivación de las Facultades había provocado el traslado al DAMPSP de otros profesionales de la salud que desde antes – además de los médicos que ya laboraban en el DCMS– ejercían la docencia en salud pública y disciplinas afines en los distintos Programas Académicos de la UNMSM.

Es en esas circunstancias, que cuando se trató el tema de la organización interna del DAMPSP se definieron dos posiciones que serían irreconciliables hasta el final de este período. Ello sucedió, no obstante los distintos eventos que se organizaron para alcanzar un consenso sobre dicho tema. Desde la primera posición se proponía, utilizando el criterio de servicio a los distintos programas académicos, una estructura orgánica, constituida por tres Secciones: la de Medicina Preventiva, la de Odontología Preventiva y la de Enfermería.

De manera distinta, desde la segunda posición se proponía inicialmente, aplicando el criterio de agrupar docentes que cultivan disciplinas afines, una estructura funcional diferenciada en tres áreas docentes: (i) Ciencias Sociales y Epidemiología; (ii) Epidemiología y Medicina Preventiva; y, (iii) Principios de Administración y Planificación de Salud. Al no formalizarse ninguna de ellas, el Departamento utilizó simultáneamente ambas propuestas generando conflictos y contradicciones en su gestión.

Un evento importante en que se trató dicho tema organizativo fue el Primer Seminario Nacional de Enseñanza de la Medicina Preventiva en los Programas de Medicina en el Perú, realizado del 27 de noviembre al 1° de diciembre de 1974. En este Seminario se expresó que la enseñanza de los diferentes contenidos de medicina preventiva debe ser integrada, permanente y dinámicamente aplicada, recomendándose que se debía realizarse a través de las siguientes asignaturas: ciencias sociales aplicadas a la salud; estadística y demografía; salud ambiental; epidemiología; principios de administración sanitaria; educación para la salud; e, historia de la medicina.

Dos años y cuatro meses después de aquel evento, se realizó el Seminario Taller de Reorganización del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, a nivel intradepartamental de UNMSM, entre el 22 y el 24 de abril de 1977, en el que se pretendía nuevamente llegar a un consenso sobre una nueva organización. En esta

oportunidad, si bien tampoco se tuvo éxito, se llegó a proponer un organigrama con una opción mixta, en el que se identificaban órganos de asesoramiento (Comisiones de Tecnología Educativa, de Investigación y de Proyección Social); órganos de apoyo técnico (Grupos de Estudio de Epidemiología, Estadística y Demografía; de Administración de Salud; y, de Ciencias Sociales de Salud); y, órganos de línea (Secciones de Medicina Social, de Estomatología Social, y de Enfermería).

En el Seminario Taller de 1977 participaron 53 profesores del DAMPAS. El Jefe del Departamento era César Carlín Ochoa. Entre los profesores se encontraban, en orden alfabético: los médicos: Agüero Jurado, Gottardo; Alarcón Villaverde, Jorge; Alencastre Gutierrez, Manuel; Bustíos Romaní, Carlos; Carlín Ochoa, César; Castello Castello, Jorge; Iparraguirre de Castello, Angélica; Llona Ramirez, Jorge; Muñoz Puglisevich, Julio; Priale Jaime, Pedro; Quiroz Salinas, Carlos; Sotelo Basselli, Manuel; Terukina Terukina, Ricardo; Torres Portugal, Manuel; y, Vasi Paez, Arturo. Asimismo, los odontólogos: Domínguez del Río, Gilberto; Ortega Luna, Bertha; Valdiviezo Montoya Carlos; Velezmoro Lartiga, Víctor; y, Vidal Goñi, Raúl. También, las enfermeras: Arata Hurtado, Diana; Arévalo Zurita, Nancy; Bustamante de Infante, Emma; Carhuapoma Acosta, Mistral; Díaz de Venturo, Ela; Echeandia Arellano, Juana; Murrugarra de Bisbal, Berthila; y, Tapia Pinto, Zoila. Finalmente, la farmacéutica: Barrientos de Valderrama, Renée; y, el estadígrafo: Tellez Zarsola, Oscar.

En el año 1978, la Jefatura del DAMPSP presentó el Proyecto de Reglamento de Organización y Funciones del Departamento, que en su art. 10º propone una estructura en la que se identifican seis Secciones: (i) de Ciencias Sociales Aplicadas a la Salud; (ii) de Bioestadística y Demografía; (iii) de Epidemiología; (iv) de Administración y Planificación de la Salud; (v) de Ciencias Preventivas en Odontología; (vi) de Ciencias Preventivas en Enfermería.

“Esta división fue posteriormente reconocida, manteniéndose su vigencia hasta la actualidad. Una de sus deficiencias centrales es que la orientación de la labor académica quedo solo a criterio del Departamento, Sección o por último sólo del profesor responsable de la asignatura, careciendo de una articulación con los perfiles profesionales de los Programas Académicos” (V. Orihuela, 1984, p. 4).

Su conversión en el Departamento Académico de la Facultad de Medicina de San Fernando: 1984

La Ley Universitaria N.º 23733 promulgada el 3 de diciembre de 1983 generó las condiciones para una nueva estructuración académica administrativa de la Universidad sustentada en el régimen de Facultades, entendidas éstas como las unidades fundamentales de organización y formación académica y profesional.

En el Capítulo II del Estatuto de la UNMSM (Resolución Rectoral N.º 78337, del 24 de septiembre de 1984), se insiste en que la organización de la UNMSM se sustenta en el régimen de Facultades. Además, se definen los conceptos de Facultad: “unidad académica administrativa básica... responsable de la formación académico-profesional,

de perfeccionamiento, de investigación, de extensión universitaria y proyección social, de generación y promoción de cultura en áreas afines”; de Escuela Académica-Profesional: “unidad encargada de la formación de los estudiantes en determinada carrera”; y, de Departamento Académico : “unidad de servicio, subordinada a una Facultad, que reúne a profesores que cultivan la misma disciplina o disciplinas afines y que tiene como función coordinar las actividades de sus integrantes, orientadas a cumplir con los requerimientos de la Facultad, a través de sus Secciones”. El Departamento está a cargo de un Coordinador elegido por los profesores del propio Departamento y ratificado por el Consejo de Facultad.

REFERENCIAS

Las referencias utilizadas en la parte “Antecedentes” se encuentran en el libro *Educación Médica y su contexto: Facultad de Medicina de San Fernando. Perú: 1856-1969*, de Carlos Bustíos. Señalamos las que corresponden a las dos citas efectuadas.

- Paz Soldán, Carlos E. La enseñanza de la Higiene de la Facultad de Medicina de Lima. La Reforma Médica, 15 de junio de 1939: pp. 469-473.
- Paz Soldán, Carlos E. La Magistratura Sanitaria. La Crónica Médica. Perú. 1945: p. 473.

Las referencias utilizadas en la parte “Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública” son las siguientes:

- Primer Seminario Nacional de Enseñanza de la Medicina Preventiva en los Programas de Medicina. Educación médica y salud. Vol., 9, N.º 2 .1975: pp. 196-209.
- UNMSM. Informe del Seminario Taller de Reorganización del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública. Lima, 1977.
- Orihuela, Víctor. Tema III del I Seminario de evaluación de la Sección de Ciencias Sociales Aplicadas a la Salud 1984 (Separata de 6 páginas).
- Leyes Universitarias, consultadas por Internet.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública
Av. Miguel Grau N° 755, Cercado de Lima
Lima 01, Perú

