

## **Violencia estructural o la universalización neoliberal del Sistema de salud en el México del siglo XXI. Agenda política, retos y núcleos de resistencia**

### **Structural violence or the neoliberal universalization of the Mexican Health System of the XXI century. Political agenda, challenges and nuclei of resistance**

Nashielly Cortés Hernández<sup>1</sup>

**Resumen:** La universalización neoliberal del Sistema de Salud Mexicano del S.XXI es un proceso violentógeno. Tiene como sello su silenciosa implementación y marca al conjunto social, en la medida que las propias instituciones sanitarias promueven Estados democráticos e incluyentes o lo contrario. Con base en la ideología del pluralismo estructurado, la descentralización es entendida como la desarticulación de las funciones del propio Estado y la desatención de responsabilidades sustanciales, ahora delegadas al mercado. Lleva a remercantilizar derechos sociales ganados, precarizar la atención médica, aniquilar la Seguridad social y pervertir la Salud pública. Violenta a una sociedad que, como puede, resiste.

**Abstract:** The neoliberal universalization of the Mexican Health System of the 21st century is a violence process generator. It has as its seal its silent implementation and marks the society to the extent that the health institutions themselves promote democratic and inclusive states or the opposite. Based on the ideology of structured pluralism, decentralization is understood as the disarticulation of the functions of the State itself and the neglect of substantial responsibilities, now delegated to the market. It leads to remarketing social rights won, precarious medical care, annihilate social security and pervert public health. Assaults the society that, as it can, resists.

Palabras clave: violencia; salud; neoliberalismo; resistencias; desmercantilización.

### **Introducción**

La construcción social y defensa del derecho a la salud tiene como principal obstáculo el avance de la política neoliberal en todas las esferas de la vida social en México y en otros países de América Latina, lo que constituye la fuente primaria de violencia estructural que alimenta y da condiciones de emergencia a un acelerado aumento de todas las expresiones violentas,

---

<sup>1</sup> Médica cirujana, especialista en Medicina Social. Facultad de Medicina, UNAM. Sistema de Salud y sus reformas, Educación médica, Perspectiva de género en los sistemas de Salud y Violencia-Salud.

reconocibles. Epistemológicamente se parte del reconocimiento gnoseológico de que la salud y la violencia son conceptos antagónicos y en tensión que marcan al conjunto social en la medida que las propias instituciones se van alineando hacia promover Estados democráticos e incluyentes o lo contrario.

Así al estudiar el Sistema de salud en México del siglo XXI, es posible identificar mecanismos para la introducción de condiciones violentógenas, en la universalización neoliberal del sistema, el principal de ellos es la característica silenciosa que ha caracterizado a la reforma de salud.

Esta reforma ha convertido a la descentralización en una vía contraria a la construcción de una nación “democrática y moderna”, horizonte prometido por los gobiernos previos a la tecnocracia neoliberal que nos gobierna desde 1988.

En el pluralismo estructurado, la descentralización ya no es la vía para construir el régimen político del Estado de bienestar, mediante la repartición de las decisiones hacia las diferentes entidades federativas y la desmercantilización de los bienes públicos. Para esta ideología capitalista neoliberal, la descentralización es entendida como la desarticulación de las funciones del propio Estado y la desatención de responsabilidades sustanciales, para cederlas al mercado.

El principal problema que provoca es que su aplicación lleva, a la Secretaría de Salud, a re-mercantilizar los derechos sociales, a la desaparición del derecho a tener Seguridad Social y a perder el acceso a las acciones de la salud pública. Violenta a la sociedad. Con la reforma de salud, se contribuye a consolidar un régimen político antidemocrático, que vuelve a una parte de la ciudadanía en clientes, con derechos delimitados por la extensión y cobertura de un registro o una póliza; y a otra parte (las y los servidores públicos) en recursos humanos desechables y con condiciones laborales precarizadas. En ambos casos, la población presenta resistencias diversas, divergentes y en algunos momentos, exitosas, al menos parcialmente. Se expone el caso de los núcleos de resistencia por el derecho a la salud (NRPDS), los retos y la agenda política que la Medicina social y Salud colectiva tienen por delante (ALAMES, 2012 y 2014).

### **Violencia y salud, un encuadre necesario**

Salud y violencia, son cualidades que estructuran-desestructuran la vida humana. En un nivel

macrosocial, son dos elementos que pueden hacer de las instituciones públicas momentos para la creación y recreación de la vida o, por el contrario, para su destrucción paulatina o abrupta. Se parte de una redefinición de ambos conceptos, a partir de referenciarlos antagónicamente entre sí.

Con ese marco, se analizan los alcances teóricos y se procuran aterrizajes prácticos, con ejemplos relacionados a la reestructuración institucional que implica la universalización neoliberal del llamado Sistema de Salud. Al mismo tiempo, violencia y salud son asumidas como capacidades humanas, que al ser categorías analizadas por el sentido antagónico que tienen entre sí, en función de cómo determinan la cualidad humana de la vida, son resignificadas para permitir constatar, en diferentes niveles de análisis y en diferentes escenarios, cuando los servicios de atención médica funcionan como servicios de salud o por el contrario funcionan como servicios de violencia, en la inmediatez de las relaciones humanas, pero también estructuralmente en una sociedad concreta.

Violencia, para este trabajo, quedará definida como una capacidad humana de auto-aniquilamiento, ejercida mediante desvirtuar el carácter dignificante de la vida vivida como totalidad metafórica y radicalidad metabólica, plena de necesidades básicas y satisfactores bioquímicos, pero también simbólicos. Violencia es, en una frase, una producción social de finitud de un conjunto sociocultural concreto y por ello es lo contrario a la salud.

Por otro lado, se asume a la salud como fue definida desde 1996 por Chapela, quien planteaba que “Salud es la capacidad del sujeto individual o colectivo de mirar al pasado para gobernar el presente para la construcción de futuros viables”. Se parte de esta definición construida desde la teoría crítica, porque la plantean como una capacidad humana producida socialmente, para que cada quien desarrolle su vida tan plenamente como le sea posible, con base en sus condiciones contextuales y particulares, incluidas las afectaciones y enfermedades que la persona pueda padecer, toda vez que es capaz de comprenderlas, encararlas y transformarlas (Chapela, 2001).

Definir a la salud no como el estado de perfección, sino como una capacidad de producir para sí una vida plena en lo individual, pero enmarcada dentro de lo colectivo, es lo que le da una potencialidad radical de sentido. Con ella, se conserva la función heurística de la definición de la OMS, pero permite además comprenderla en función de la cualidad humana que imprime a la vida. Por lo que ante la pregunta de ¿qué es la salud? Diría, en una frase, que es una capacidad

humana que permite al sujeto individual-colectivo vivir con dignidad. Es decir, salud es todo lo contrario que violencia.

Se hace necesario enfatizar en la redefinición de ambos conceptos dado que, por ejemplo, en el caso de la salud, concepto polisémico cuyo significado está relacionado con la idea de “sentirse bien” y de “bienestar”, rebasa la frontera del bienestar antropocéntrico, e implica la puesta en juego de un conjunto de sentidos culturales. Vulgarmente es concebida como el opuesto a la enfermedad, inclusive cuando explícitamente se le defina como que salud es “no solo la ausencia de afecciones y dolencias”.

Es crucial entender que la salud es una capacidad humana personal-colectiva (de la colectividad humana, no simplemente de la humanidad singular que cada individuo recrea) para agenciar al sujeto (personal-colectivo) de la posibilidad de reconocer su pasado, definir su presente y proyectar futuros deseables y viables.

En otras palabras, es la capacidad social de habilitar al ser político, para tomar el control de sus propios procesos vitales-históricos. Con ello plantearía, que es la salud lo que da posibilidades de emergencia a elementos de reactividad social que pueden llegar a convertirse o no en movimientos sociales, como documentaremos en el caso de los núcleos de resistencia (NRPDS) de los que se expondrá más adelante.

En este mismo sentido, los cuestionamientos a la clásica definición de salud (definición promovida por la Organización de Mundial de la Salud) trasladan supuestas ambigüedades interpretativas de un concepto tan amplio (dimensión teórica) al intento de hacer realidad “el derecho a la salud” (dimensión práctica) y se excusan en la complejidad pragmática que ese derecho humano implica, como razón para abandonar tal definición, para desecharla por inoperante. Ante este tipo de argumentos, Figueroa, hablando del caso Chileno, contesta que “todos los derechos pueden tener problemas de justiciabilidad dependiendo de las obligaciones de que se trate” y agrega “En consecuencia, el derecho a la salud debe ser considerado un derecho, no una aspiración” (Figueroa, 2013: 301).

En México, es frecuente que algunos integrantes de la clase política, además de ciertos funcionarios de salud, argumenten en foros (SENADO DE LA REPÚBLICA, 2014) y debates públicos que aspirar a la consumación de un derecho como este, en el mejor de los casos, puede tolerarse como nostalgia; creen que su defensa es ingenua y ha podido ser conservada sólo como

retórica de los discursos de una izquierda populista, entendido el populismo como cualidades que definen a esa izquierda como premoderna y, al mismo tiempo, posdemocrática (Cancino, 2007: 45-47).

Desde otras posiciones aún más conservadoras, se pugna por un derecho reducido, traducible al discurso jurídico, y medible en función de la posibilidad de las personas a ser incluidas en el complejo médico hospitalario o, en general, en algún subsistema de atención médica por la vía de un registro o cobertura formal. Este grupo entiende como realizable si, y solo si, el derecho está legislado, perfectamente puntualizado en una cobertura prediseñada y reconocida en una limitada póliza. Asume que, si está legislado, entonces existe.

No se omite decir, pese a ser obvio, que el que sea decretado en un contrato no significa que se tendrá acceso a tales servicios de atención médica. Tampoco se omite aclarar que, de garantizarse tal acceso, seguiría siendo insuficiente para que realmente se ejerza el pleno derecho a la salud; faltaría por lo menos agregar otras dos responsabilidades propias del Sistema de Salud: el derecho a la Seguridad social que, entre otras cosas, regule las condiciones laborales saludables; y el derecho a la Salud pública, como argumenta Figueroa para el Estado de Chile, aplicable en los mismos términos para México (Figueroa, 2013: 296).<sup>1</sup>

Pero si la salud es definida como la capacidad del sujeto individual-colectivo de habilitarse como ser político, para tomar el control de sus propios procesos vitales-históricos, queda rebasado el discurso jurídico y su estudio puede circunscribirse en el ámbito de la construcción social del deseo materializado tanto de pertenencia como de permanencia.

Es entonces pertinente un abordaje sociológico, que cuestione los argumentos que, estando presentes, no son responsablemente asumidos por ciertos actores del conflicto vinculado al ejercicio del derecho a la salud. Por ejemplo, en este trabajo se sostiene, a modo de marco conceptual, la polaridad existente entre violencia y salud, esa posición de algún modo se tiene en la OMS, pero no queda claro por qué no lo declara con todas sus letras. Ahora bien, que para la OMS violencia es, en cierto modo, antagónica a la salud puede constatarse en la justificación que expuso en su “Informe mundial de violencia y salud” publicado en 2012, en el que se dice:

Existe la idea generalizada de que la violencia es un componente ineludible de la condición humana, un problema cuya prevención incumbe al sistema de justicia penal, y

de que el principal papel del sector de la salud es el tratamiento y la rehabilitación de las víctimas. Pero estos supuestos están cambiando, al demostrarse, gracias al éxito de medidas de prevención aplicadas a otros problemas sanitarios de origen medioambiental o relacionados con el comportamiento, como las cardiopatías, el consumo de tabaco y el VIH/SIDA, que la salud pública puede contribuir a atajar de raíz las causas de afecciones complejas. (OMS, 2012).

Pese a no ser explícito, lo que se reconoce en este párrafo es que, con medidas encaminadas a resolver otros problemas, propios de la Salud pública, se puede “atajar de raíz las causas de afecciones complejas” como la violencia. No se requiere demasiado arrojo intelectual para colocar estos conceptos en los extremos opuestos, o antónimos, si se construye una relación teórico-conceptual. Es el impacto que cada una de ellas (violencia, o bien salud) tiene sobre la cualidad de la vida, y para su desarrollo en sí, lo que las coloca como su contrario verdadero. De ese modo, las llamadas instituciones de salud pueden reconocerse como tales o calificarse como “de violencia”, si su quehacer obstaculiza la posibilidad individual-colectiva de desarrollar una vida digna. ¿Digna de qué? De ser llorada, diría Butler (2010).

Con los lentes que proyectan en un polo la salud y en el polo contrario a la violencia, se han de cuestionar expresiones particulares de la vida cotidiana (en lo microsocioal), solo si ese análisis es colocado dentro de la comprensión de procesos estructurales-estructurantes, que se generan a nivel macrosocioal y que se relacionan dialécticamente con la producción y reproducción ideológica, cultural, económica y política de la vida humana para, finalmente, comprender las relaciones que pone en juego dentro de las sociedades concretas sometidas a estudio.

La aparición de NRPDS fue parte de esas expresiones particulares de la tensión violencia-salud, que son analizadas desde el peso deformante que imprime al campo el proceso de reforma de la salud, en el nivel macrosocioal. Por lo que estudiar esta reforma estructural, que ya está transformando la configuración de lo que se ha denominado el Sistema de Salud en México, toma mayor complejidad que discutir los fondos, las formas de financiamiento, las estadísticas epidemiológicas, aunque no lo elude.

Su estudio exige desmontar los engaños que cargan el conjunto de políticas implementadas y desnudar las promesas propuestas para justificar las reformas, para dejar expuesto su carácter ideológico para ser tratadas como tales. En paralelo, debe aceptarse como hecho, que al igual que el resto de las reformas estructurales, la reforma de salud increpa los límites conceptuales que se han asumido dentro de la academia y debe reconocerse que son límites asumidos a causa de las necesidades que han planteado los contextos de producción teórica funcionales al sistema, plenas de las lógicas empresariales que han sido impuestas a los espacios de la vida pública, lo mismo académicos, que de gobierno e inclusive son lógicas que han permeado las agendas de algunos movimientos sociales o bien de sus “contramovimientos” sociales (Pastor- Verdú, 2006: 135-136).

### **Los límites conceptuales**

El llamado Sistema de Salud, en su sentido más completo, está integrado por varios componentes, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud” (OMS, 2003:117). No obstante, al estudiarlos lo que se valora es cómo se atiende a los enfermos y sus enfermedades (Secretaría de Salud, 2002: 146), lo que da pie a entender como cosas independientes el “derecho a la Protección de la salud” (entiéndase atención médica de las enfermedades) y la seguridad social, con el riesgo de segregar esta última y manejarla como si fuera ajena al Sistema de Salud. En el documento citado de la OMS, inclusive marca que ha de considerarse las diferencias entre Sistema de Salud (SS), Sistema de Atención Sanitaria (SAS) y Atención Primaria de la Salud (APS), dejando claro que el SAS es a los componentes del Sistema de Salud, como la APS es a las estrategias de Salud pública y la adición de ambos constituyen, estrictamente hablando, el Sistema de Salud en su totalidad.

El SAS se compone de “las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos” y aclara que cuando la OMS evalúa el Sistema Nacional de Salud, lo que mide solamente es el Sistema de Atención Sanitaria (OMS, 2003: 117 y 2000). Reitérese que ha de entenderse por “atención de salud” a la atención que enfatiza la intervención médica y subordina al resto de las profesiones de la salud para alinearlas a la primacía epistemológica y metodológica del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1998: 17-

22). Estas precisiones son importantes cuando se habla de la defensa del “Derecho a la salud”, porque lo que se está defendiendo entonces, es mucho más que las vías mediante las cuales la población ha de ser incorporada al complejo médico-clínico-hospitalario.

Este es el primer nudo a plantearse para generar una agenda política clara, porque el Sistema de Salud tiene responsabilidad tanto de asistencia médica (enmarcada en lo que la OMS llama el Sistema de Atención Sanitaria), como de seguridad social (SS) que, aunque está desdibujada en ese texto de la OMS, forma parte de las responsabilidades del Sistema Nacional de salud, todavía reconocidas por los órganos legislativos mexicanos (Centro de estudios de las finanzas públicas, 2013 y Lomelí V L, 2000), sin olvidar ni eludir las acciones de la Salud pública. Estas dos últimas (SS y Salud Pública) profundamente vinculadas con la APS, como estrategia de organización social capaz de reducir las desigualdades en salud (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2011; Borrell y Artazcoz, 2008).

En otras palabras, un Sistema de salud que carece de seguridad social y no se hace responsable de las acciones de Salud pública, está incapacitado para llevar a cabo la APS. En ese sentido, es un Sistema que no podrá reducir las desigualdades en salud. Consecuentemente, deja de ser un sistema productor de salud y se convierte en un sistema productor de violencia. Violencia difícil de ser identificada por su cualidad (o naturaleza) estructural y cuyas expresiones van desde la polarización social hasta la exposición del personal de salud a exigencias resolutivas fuera de su margen de maniobra (Borrell y Artazcoz, 2008).

Un sistema de salud así, sin seguridad social, coloca a gente despojada y empobrecida contra gente que tiene amplias posibilidades de comprar los servicios suficientes para desarrollar plenamente su potencialidad humana. Confronta realidades de gente que pareciera tener garantizada su reproducción y no tiene que preocuparse de sus necesidades reproductivas, fuera de las biológico-sexuadas, contra realidades de gente que lo único que tiene garantizada es su propia explotación y exclusión, su no reproducción. Este contraste es a lo que Butler hace distinguir como precariedad, para hacer la distinción entre la condición de precariedad de la vida, de por sí, y la desigual distribución de dicha precariedad dentro de los grupos sociales que conforman al conjunto social. Pero esa precariedad, como diría Butler (Butler, 2010: 29-33p.), consiste en una estructural desigual distribución de poder, y siendo en sí misma es una expresión de la violencia, muestra que el tema de la violencia es un tema situado en el tejido mismo del

proceso civilizatorio. Lo que se intenta es construir una perspectiva que permita una comprensión dinámica y compleja que de cuenta de ese conjunto en la articulación de sus partes.

Por otro lado, un sistema de salud, que se desentiende de las acciones de salud pública, transitará con tantos problemas epidemiológicos que ningún servicio médico será capaz de darles contención. Ello coloca al personal de los servicios de atención médica en insuficiencia resolutive y en riesgo de “pagar los platos rotos”. El cuestionamiento sería, si es tan de sentido común ¿porqué es que se va encaminando a todos los sistemas de salud del mundo, en esa dirección? En una lógica maquiavélica, pero poco rigurosa podría decirse que es porque resulta conveniente a intereses de ciertos grupos sociales, sea porque reafirma su condición de clase, o de género o política, etcétera; el asunto está en cómo rigurosamente hacer el análisis para sustentar o desechar la sospecha de que este tipo de reformas no pueden sino generar, estructuralmente, la violencia. Por ejemplo, Broide y Tadaró argumentan sobre la funcionalidad social de la violencia de género para dinamizar, recrear, adaptar y conservar el orden jerárquico en las sociedades (Broide y Tadaró 2007). De ello se toma que no basta con denunciar la reforma de salud como proceso violentógeno, sino que es preciso cuestionar sobre qué funcionalidad social puede tener y descubrir qué privilegios, y de qué subconjunto social, dinamiza, recrea, adapta y conserva.

Empecemos por entender que en el terreno político, el Sistema de Salud, aún en su acepción reducida al sistema de atención sanitaria entendida como instituciones médicas, es sobre todo un campo donde se cristalizan –y a veces se resuelven– contradicciones sociales centrales, como la producción colectiva de riqueza que no se distribuye colectivamente, sino que se acumula en propiedad privada<sup>2</sup>, por lo que es una arena de disputa ideológica permanente, de tal modo que es uno de los espacios donde se está negociando la agenda política de las sociedades.

La construcción del Sistema de Salud es un proceso social dinámico, donde las características que asume reflejan intencionalidades del poder dominante. Si bien, hay que considerar que los diferentes momentos de reforma al sistema de salud son cambios históricos y dialécticos, también es preciso recordar que son relativos y momentáneos. Por ello, las reformas en México presentan regularidades que comparte con las reformas de salud implementadas en diversos países de la región, justamente porque en el marco de la globalización neoliberal hay grandes poderes económicos, ideológicos y culturales invertidos y en juego a escala mundial

(Cortés-Hernández, 2017), pero por otro lado presentan características también de las múltiples fuerzas que, ante ese poder dominante, resisten.

Los rasgos de la más reciente reforma de salud (reciente, aunque lleva más de 30 años implementándose o intentándolo) pertenecen al perfil de políticas de desmantelamiento de la infraestructura del Estado. Son un conjunto de estrategias que empujan hacia el incremento de la desatención hasta llevar a la institución pública a la imposibilidad material de dar respuesta efectiva a las necesidades que se presupone está dada a satisfacer.

Como siguiente fase, con la presión de la demanda de los servicios incrementada, se da la necesidad de negociar la entrada de servicios sustitutos, sean subrogados o terciarizados (regularmente de propiedad privada) que, pese a ser ineficientes e ineficaces para los fines que persigue la institución pública, se presentan como la tabla salvadora única posible, en medio de la tormentosa realidad de necesidades inmediatas y vitales sin posibilidad de ser satisfechas. Con ello se consigue que, tanto prestadores/as de servicios como usuarios/os de los mismos soliciten urgentemente, y bajo el mecanismo que sea, la provisión de la atención requerida: llámese consulta médica, llámese fármacos, llámese cualquier tipo de terapéuticas o algún tipo de servicios de la seguridad social (estancias infantiles, por ejemplo).

### **El discurso antisentido**

Una estrategia de implementación de las políticas neoliberales ha sido vaciar de contenido las palabras que han dado sentido a las luchas que les han resistido a lo largo de la historia, cambiándoles el sentido y tejiendo con ellas significados “inocuos” y funcionales al *status quo*. La imposición de la reforma de salud no es la excepción y también transita por lo que se ha denominado el discurso antisentido (Cortés, 2017).

Este es un elemento clave en la necesidad de intervención y razón del accionar de los (NRPDS). Buena parte de su trabajo ha consistido en desmontar el engaño en diferentes argumentos del discurso oficial, mediante boletines, declaraciones, conferencias, escritos como el primer pronunciamiento que sacaron a la luz en 2014 (CEBES, 2014).

Son muchos los ejemplos que muestran cómo los artífices de la reforma de salud procuraron su implementación mediante la estrategia de repetir hasta el cansancio sus discursos antisentido, pero hay tres que son muy importantes: cuando se habla de descentralizar, cuando se

habla de universalidad y cuando se habla de protección social a la salud. Cambiando sistemáticamente el significado de esos conceptos, se esmeran en construir el argumento de que las tendencias de la transición demográfica y epidemiológica, como apocalípticas señales de amenaza a la seguridad nacional y la estabilidad económica del país, son el sustento objetivo que justifica plenamente la incorporación del sector privado al Sistema de salud, alimentando con dinero público.

Esta elección, como única opción posible para sostener el Sistema de salud, es regresiva en términos de derechos sociales e inconsistente en términos de inclusión social, además de falso en términos de gobernanza. Mercantilizar el derecho a la salud, no es la única ni la mejor opción para reformar al sistema de salud.

La apuesta de los núcleos de resistencia (NRPDS) fue invitar a los diferentes colectivos a recordar o a imaginar -y reconocer a partir de ello- que, tanto trabajadores/as como usuarios/as somos quienes logramos o no que el Sistema de salud dé opciones a las necesidades diversas, entendiendo que esta situación será posible en la medida que cambien las fuerzas políticas a favor de la construcción de un Sistema de Salud integrado y realmente universal.

Cabe identificar o quienes se benefician de desarticular las funciones del Sistema de salud, cuando dicen que van a descentralizarlo; quienes obtienen ventajas de focalizar cuando dicen que van a universalizarlo y quienes incrementan sus ganancias al mercantilizar los servicios, mientras dicen que no se trata de privatizar, sino de ser garantes y protectores de un derecho, al hacerlo judicial. No porque con ello queden acorralados quienes promueven la reforma de salud, ni porque así sean suspendidos sus privilegios, sino para abrir paso a la capacidad de autoreconocimiento de identificar cuál o cuáles son las claves de la lucha sanitaria y con ello de transitar de la reacción efervescente, a la resistencia de largo aliento. En términos de movimientos sociales, importa llegar colectivamente a tal reconocimiento, de lo contrario se es susceptible de desgaste no productivo lleno de demandas que se extravían en el pragmatismo inmediatista que fácilmente puede ser desactivado con mínimas concesiones. Lo que termina por disgregar a las y los integrantes de la resistencia y a neutralizar su fuerza. Cuestión que de algún modo sucedió con los (NRPDS).

### **Los núcleos de resistencia NRPDS**

Los (NRPDS) son, describe uno de los académicos perteneciente a esta organización, una propuesta que desde la academia se impulsó, ante la carencia de una organización que articulara todas las respuestas de resistencia que se daban en diferentes ámbitos. “Planteamos reconocer la autoorganización en el lugar en el que se estuvieran dando las diferentes formas de resistencia y creíamos que nuestro papel era dotar de herramientas teóricas, políticas y de información de lo que estaba sucediendo en torno a la reforma de salud”.

El trabajo de los NRPDS dio inicio en 2014 y fue el año de mayor actividad. Surgen por colaboración de un conjunto de académicos y académicas insertas en instituciones educativas, públicas y a nivel universitario, predominantemente de la Ciudad de México, afines al campo de la salud, particularmente relacionadas con la salud de las colectividades, pero también vinculados con los servicios públicos de atención médica. Se trató de actividades de difusión que incluyeron foros interinstitucionales, conferencias, comunicados de prensa, boletines, reuniones, cursos y talleres, mesas redondas y debates; presenciales, por videoconferencias y difusión en redes sociales e incluso la elaboración de un video titulado “Por el derecho a la salud”, producido por el laboratorio de objetos de aprendizaje (LOA) de la Universidad Autónoma Metropolitana UAM-Xochimilco que en formato de reportaje muestra los impactos lesivos y regresivos de esta reforma en salud, (Tamez G S y Zafra G X, 2015).

Los NRPDS, es necesario precisar, emergen en el contexto de un proyecto de sociedad con regímenes políticos cada vez menos democráticos, donde la crisis económica dejó de ser un momento excepcional del sistema para convertirse en el modo habitual de existencia del Estado (Valenzuela F J, 2010). El Sistema de salud en México, en ese sentido, ha contribuido hacia la consolidación de ese régimen político de mercado, donde en el discurso oficial se sustituye a la ciudadanía por “los necesitados”, transformando con ello al sujeto de derecho, la llamada “población abierta” y con esta transformación reduce la posibilidad de ser atendido integralmente y a costa del Estado por las instituciones propias de la Secretaría de Salud, en cambio el nuevo sujeto, los pobres, tienen exclusivamente los derechos vinculados a una afiliación, la del seguro popular (López A O, *et al*, 2013), cuya póliza sólo protege mediante cubrir poco más de 280 intervenciones (CAUSES, 2014). De ahí que los cambios ocurridos en la reformulación del

Sistema de Salud que institucionaliza este régimen político dominante, sea más excluyente y antidemocrático, sea pues más violento.

### **Del núcleo de resistencia por el derecho a la salud, a la politización sanitaria de la ciudadanía**

Parte de lo que se comprendió en el tiempo de interactuar con los diferentes grupos en resistencia, es que en realidad saben que cada elemento del Sistema de salud trabaja aislado del resto, con sus propias lógicas, intereses, objetivos, finanzas, etcétera, muchas veces sin intercomunicación entre los segmentos o con interacciones de hecho, pero no de planeación. La ciudadanía organizada no desconoce esta realidad, ya que las consecuencias de tener un Sistema de Salud fragmentado y segmentado es algo con lo que ha lidiando día con día. La población entiende que los subsistemas que coexisten se traslapan y compiten, en realidad pocas veces lo hacen en su capacidad de atención, si no en su capacidad de desatención a la salud.

El sentido que adquirió el trabajo de los NRPDS, más que informativo, fue de encuentro y reconocimiento, para que las demás agrupaciones consideraran como posible servicio articulador de las diferentes luchas, la defensa del derecho a la salud, por ser la reforma de salud, un tema sensible para todos.

No les era novedoso decirles que las características del Sistema de Salud dan lugar a que sea injusto, desigual, inequitativo, con duplicidades, o costoso, ineficiente-y al borde del colapso, como dice el discurso oficial. Tampoco lo era decirles que esto no se remediará al universalizar el Seguro Popular. La gente sabe que, en estos 14 años de implementación, el Seguro Popular es una opción que empeora la fragmentación y segmentación del sistema, así como la atención, porque lo ha confirmado de la peor manera posible, como lo documentan Laurell por un lado y Leal por otro (Laurell, 2013; Leal y Martínez, 2002). Lo que no parecía en principio ser tan evidente, es que la reforma de salud no solo mercantiliza los servicios de atención médica, sino que en realidad busca terminar con los bastiones restantes de la seguridad social, una vez que ya probó lo redituable que resulta, mediante el incremento de las ganancias concernientes al manejo de las pensiones (CENTRO DE ESTUDIOS DE LAS FINANZAS PÚBLICAS, 2013).

Inclusive, se retomó de una de las agrupaciones (la Alianza de trabajadores de la Salud y empleados públicos) con las que se trabajó como NRPDS que se podría alcanzar la autonomía

financiera, para lo cual es menester recuperar el fondo de pensiones, que corresponde hoy en día a 14 % del PIB (CONSAR, 2012-2017 y 2014)<sup>3</sup> de modo que todo este flujo de capital pueda ser utilizado en invertir en producción real, y específicamente, en la producción de equipo médico, insumos farmacológicos y biológicos, en vez de en la volatilidad perversa del ámbito bursátil. Esto es, el flujo de información no tuvo una sola dirección y no siempre fue del conjunto de académicos y académicas hacia las organizaciones con quienes se articuló.

Un punto que surgió en esos encuentros, pero que está poco estudiado aún, es que la reforma de salud propuesta por el pluralismo estructurado abre más la oportunidad de introducir y consolidar la reforma educativa a nivel de educación media y superior, volviéndose en una de las reformas estratégicas para la consolidación de reformas en curso, de ahí que su implementación esté llevándose a cabo con casi nulo reconocimiento de su implementación. Así que el reto del pensamiento crítico en salud no es el entendimiento del problema que hace tanto tiempo tiene claro, sino ayudar a reconocer las fuentes reales y profundas de transformación del mismo. Mucho se ha estudiado a las fuerzas del mercado, sus lógicas y estrategias que es una tarea permanente el seguimiento de sus dinámicas, pero ha faltado estudiar el impacto y potencialidad de las resistencias.

Sin embargo, cabe preguntar: Si es irrefutable que universalizar el SP empeorará el acceso al Sistema de salud y no mejorará la cobertura, más aún, si la gente tiene eso tan claro, ¿Cómo es que los NRPDS no llegaron a la politización sanitaria de la ciudadanía? Evidentemente, la pregunta conlleva la afirmación de que no se alcanzó a conformar un movimiento social en torno a la defensa del derecho a la salud si tomamos los criterios que Pastor Verdú enuncia como rasgos identitarios, tales como reconocer su “desafío, acción colectiva, conflicto, cambio, organización duradera y formas de acción principalmente no convencionales para determinar la especificidad de unos actores cuya identidad colectiva no sería el punto de partida sino, más bien, el de llegada –y siempre en reconstrucción- a medida que se genera un ‘consenso de trabajo en común’, no incompatible con su diversidad” (Pastor- Verdú, 2006: 135).

### **Obstáculos para alcanzar el movimiento social en defensa del derecho a la salud**

En el transcurso de encontrarse con los movimientos sociales y diversos grupos con actividades políticas en defensa de múltiples causas sociales, los NRPDS encontraron afinidades, excelente

recepción y mucha demanda de acompañamiento, razón por la cual pudo realizarse un número considerable de actividades; en no obstante el éxito inicial, existió poca capacidad para corresponder, primordialmente por falta de tiempo y posibilidades de movilidad en el territorio nacional, según reflexiona una integrante de los núcleos y agrega que sin embargo, esos no fueron las autocríticas que considera más importantes del quehacer de los núcleos de resistencia NRPDS, hoy prácticamente desactivados.

Por otro lado, están las omisiones cometidas desde el interior del conjunto académico, que no llevó a cristalizar los planteamientos en discusiones más acabadas sobre qué tanto y hasta dónde había que comprometerse con las organizaciones con las que se fue interactuando, en ese sentido, se dificultaba incidir en definir realmente qué acciones podrían dar continuidad a la información y a la formación que los NRPDS ofrecían. La posición que se tomó fue la de respetar cierta frontera, quedando como extranjeros en los procesos de tales organizaciones. Se suponía que cada organización se conformara como un nuevo núcleo, autónomo, pero que sabía que requería articularse con otros NRPDS.

La apuesta fue que el accionar del NRPDS inicial, generaría posibilidad de respuesta conjunta (resistencia), toda vez que si había claridad en torno a qué puntos eran nodales en la lucha y todos los grupos manejaban hábilmente la información acerca de la reforma de salud, las respuestas y construcción ideal de Sistema de salud, tendría coincidencias, la utopía tendría por lo tanto mucha resonancia.

Con lo que no se contó, es que habría una movilidad médica y de enfermería tan intensa, cuya aparición estimuló la articulación de mucha gente, pero que tuvo el sello de la profesión médica, con discursos “apolíticos” cuya defensa estaba, aparentemente muy delimitada al tema de la seguridad y, en el mejor de los casos, de condiciones laborales elementales. La denuncia de ese movimiento estaba en el marco una injusticia (la de tener que pagar los platos rotos), que no era entendida por sus denunciantes dentro del marco de injusticia común, dada la reforma de salud. Marco que podía haberles hecho confluír tanto con profesionales de la salud de otras profesiones, como usuarios y usuarias de los servicios y con profesionales de la salud que ya no están activos (jubilados y pensionados, por ejemplo), pero eso no ocurrió. El movimiento médico identificado con el yosoymédico#17 dio un impulso a las diferentes resistencias en torno a la defensa del

derecho a la salud, pero ese ímpetu que le imprimió, después no lo regresó al estado basal de actividad, sino que le desgastó y después quedó desactivado.

En el momento de mayor actividad de los NRPDS, ésta se concentró hacia grupos previamente consolidados (por ejemplo los vinculados al Sindicato Mexicano de Electricistas de la extinta Luz y fuerza del centro, asociaciones de personas jubiladas y pensionadas del Instituto Mexicano del Seguro Social, colectivos estudiantiles, colectivos de profesionales de la salud, predominantemente personal médico y usuarios defensores de los derechos de Personas que viven con VIH, entre otros), algunos ya con el tema de salud en su agenda, otras fue en ese momento del encuentro con las y los académicos que lo incorporaron.

Con el movimiento médico del yosoymédico#17, en el año 2015, se dio un momento de confluencia y al mismo tiempo que creció la participación destellante de mucha gente laboralmente activa en los servicios de salud de las distintas instituciones públicas, pero no organizada, susceptible de ser incorporada a las organizaciones existentes pre-movimiento, condición que perduró hasta el año 2016. En respuesta, la élite reaccionó endureciendo las acciones represivas a diferentes niveles y en todas las instituciones, especialmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Ajenas a los NRPDS, diferentes agrupaciones que ya se habían apropiado del tema de salud como bandera, crearon en varias regiones del país Frentes en defensa de la Salud, o en defensa del derecho a la Salud, en otros casos. Como ha ocurrido en otros temas, la estrategia del gobierno fue ignorar al interlocutor, que además no logró un legítimo representante para tratar las distintas demandas. Siguió la campaña de desprestigio de los dirigentes de las diferentes agrupaciones, descalificaciones y luchas intestinas por ganar la representatividad, a costa de perder posibilidad de consolidación y legitimidad como movimiento.

Los NRPDS terminaron por atomizarse y sus integrantes por incorporarse parcial o totalmente a las organizaciones, predominando sus filiaciones y afinidades previas. Lo que al inicio implicó una ventaja y una riqueza de los núcleos, terminó siendo uno más de los obstáculos para la conformación y consolidación de un movimiento nacional en defensa del Derecho a la Salud.

## **Conclusiones y propuestas de acción. Lo que nos toca para hacer del derecho a la salud una demanda nacional y regional**

Una primera conclusión es que el conjunto social sigue siendo tendiente a la salud, como concepto vitalizante y dignificante de la vida vivida, y que la emergencia de los NRPDS da cuenta de ello, al ser expresión saludable de resistencia social, pero también al ser una posible ventana para reconocer que esa capacidad está presente en el conjunto social y sus diversas agrupaciones.

Una segunda conclusión es que los NRPDS formaron parte y abonaron para dar cierto tinte a un movimiento social como el yosoymédico#17, pero en sí mismo no consiguió el objetivo de generar un movimiento social sanitario que politizara a la población para la defensa masiva del derecho a la salud y en contra de la reforma neoliberal. Las condiciones que jugaron en favor de que no se alcanzaran los objetivos, tienen que ver con que como NRPDS, se jugó el rol social de cierto tipo de académicos, comprometidos y responsables, pero condicionados por el contexto en el que el performance del personal académico es jugado.

Tercera conclusión: la tarea sigue pendiente y la necesidad del trabajo de los NRPDS sigue teniendo vigencia.

Para cerrar, se invita a hacer una revisión de un conjunto de elementos que han de conformar, al menos un prontuario de las discusiones que han de ser desarrolladas en otro momento, dada la importancia que tiene hacer resonancia a algunos de los aprendizajes de este proceso. El prontuario fue recientemente publicado en la revista Salud problema, de acceso abierto y gratuito, en la que se da cuenta de enseñanzas que se recogieron de la interacción con las diferentes organizaciones con las que se trabajó (Cortés Hernández, 2017), siempre con la convicción de que la salud es un derecho humano fundamental, no una mercancía. Tenemos derecho a tener un Sistema de Salud público, universal, único, gratuito y garante.

## **Bibliografía**

Asociación Latinoamericana de Medicina Social ALAMES. (2014). *Declaración pública del XIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva*. ALAMES, San Salvador, El Salvador, 2014. Disponible en <http://www.alames.org/documentos/declaxii.pdf>

- Asociación Latinoamericana de Medicina Social ALAMES.—(2012). *Declaración del XII Congreso de ALAMES*. ALAMES, Montevideo, Uruguay, 2014. Disponible en <http://www.alames.org/documentos/declaracioncongreso.pdf>
- Broide, B. y Todaro, S. (2007). “Funcionalidad social de la violencia de género”. *Revista electrónica Herramienta. Debate y crítica marxista*. N° 36, octubre de 2007. Argentina. Recuperado en octubre de 2017 de: [http://www.herramienta.com.ar/revista-herramienta-n-36/funcionalidad-social-de-la-violencia-de-genero#\\_ftn1](http://www.herramienta.com.ar/revista-herramienta-n-36/funcionalidad-social-de-la-violencia-de-genero#_ftn1)
- Borrell, Carme, & Artazcoz, Lucía. (2008). “Las políticas para disminuir las desigualdades en salud.” *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465-473. Recuperado en 20 de enero de 2018, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112008000500012&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500012&lng=es&tlng=es).
- Cansino, C., Covarrubias, I. “Retóricas y dinámicas del populismo en México: Un análisis desde la teoría política.” *Revista Enfoques: Ciencia Política y Administración Pública*. Núm. 7, segundo semestre, 2007, pp. 37-72. Universidad Central de Chile. Santiago, Chile. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=9600070>.
- Centro Brasileiro de Estudos de Saude CEBES, (2014). *Pronunciamento por el derecho a la salud*. Disponible en: <http://cebes.org.br/2014/02/pronunciamento-por-el-derecho-a-la-salud/>.
- Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (2013). *Indicadores sobre Seguridad Social en México*. LXII Legislatura, Cámara de diputados. México. Disponible en línea: <http://www.cefp.gob.mx/indicadores/gaceta/2013/iescefp0152013.pdf>
- Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro CONSAR (2014). *Panorama actual 2014*. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60287/2014\\_08\\_sar\\_panorama\\_actual.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60287/2014_08_sar_panorama_actual.pdf)
- Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR, 2012-2017). *Participación del mercado de las AFORE 2012 – 2017*. Disponible en: <https://www.gob.mx/consar/prensa/participacion-del-mercado-de-las-afore-2012-2017?idiom=es>
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2011). “Propuesta de

[políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España.”](#)  
[Gac Sanit. 2012;26\(2\):182–189.](#)

Butler J (2010). *Marcos de Guerra: Las vidas lloradas*. Buenos Aires. Paidós. Traducido por Moreno Carrillo B. 272p.

Figueroa-García Hr. (2013). *Estudios Constitucionales*, Año 11, N° 2 2013, pp. 283 – 332. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/estconst/v11n2/art08.pdf>

Laurell, A. (2013). *Impacto del Seguro popular en el Sistema de Salud Mexicano*. CLACSO, Argentina, 170 pp.

Leal, G. y Martínez, C. (2002). Reorientaciones en la política de salud y seguridad social. *Papeles de Población*, vol. 8, núm. 34, octubre-diciembre, 2002 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11203403>

Lomelí-Vanegas L (2000). La reforma de la seguridad social en México: del sistema de reparto al sistema de capitalización individual. En Rolando Cordera y Alicia Ziccardi coordinadores, *Las políticas sociales de México al fin del milenio. Descentralización, diseño y gestión*, Miguel Angel Porrúa, México, 2000.

López A O; Tetelboin H C; Jarillo S E; Garduño A MA; Granados C JA; López M S; Rivera M JA. (2013) La universalización del acceso a la atención médica y a la salud desde la salud colectiva y los derechos. En: Cobertura Universal en Salud, Lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México. OPS, 2013 pp 265-281.

Menéndez, E. (1998). Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*. No. 51. Octubre, 1998. Pp 17-22. Consultado en línea y disponible en línea: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4989316>

Organización Mundial de la Salud, OMS (2012). *Informe mundial sobre violencia y salud*. Sinopsis. OMS, 2012. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102_spa.pdf?ua=1)

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2003). *Capítulo 7: Sistemas de salud*. En: Informe sobre la salud en el mundo 2003. OMS; 116-146. Consultado en línea 10 de junio de 2015, disponible en <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/>

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000*:

*Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Pastor- Verú, J. (2006). “Los movimientos sociales. De la crítica de la modernidad a la denuncia de la globalización.” *Intervención Psicosocial*, 2006, Vol. 15 N.º 2 Págs. 133-147. ISSN: 1132-0559.

Secretaría de Salud SS. (2014). *Catálogo Universal de Servicios de salud 2014 CAUSES*. México. Disponible en <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/Contenidos/CAUSES%202014.pdf>

Secretaría de Salud (SS) (2002). *Desempeño de los sistemas de salud*. En: Salud, México, 2002, pp 146-160. Consultado el 12 de junio de 2015 y disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/presentacion.pdf>

Senado de la República (2014). *Inauguración de la semana de Seguridad social 2014*. Publicado en línea el 21 de abril de 2014. Disponible en internet en: <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/versiones/12159-inauguracion-de-la-semana-de-seguridad-social-2014.html>

Tamez G S, Zafra G X. (2015). *Por el derecho a la salud*. Video-reportaje. Laboratorio de Objetos de Aprendizaje (LOA), Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Abril, 2015. Disponible en línea en: [https://www.youtube.com/watch?v=skb\\_1kM9ZeA](https://www.youtube.com/watch?v=skb_1kM9ZeA).

Valenzuela, F. J. (2010). *Economía mexicana: estancamiento y crisis*. Metapolítica. Vol 14 No. 69, abril-junio, 2010. páginas 46-53. Disponible en: [https://issuu.com/revistametapolitica/docs/metapolitica\\_69](https://issuu.com/revistametapolitica/docs/metapolitica_69)

Notas \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Dice Figueroa:

La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. Tratado internacional también ha sido suscrito por el Estado de Chile y se encuentra vigente y recoge el derecho a la salud en el artículo 5, letra e), N° iv: “En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o

étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales;”

<sup>2</sup> Es en la demanda diferencial de servicios médicos, donde al constatar la desigual distribución de las cargas y los beneficios de vivir en sociedad, se observa cómo se concentran los daños a la salud, en magnitud y trascendencia, en los grupos sociales que trabajan más horas con labores más desgastantes y con menos posibilidades de recuperación del deterioro que el trabajo produce; es decir en el Sistema de Atención Sanitaria se puede documentar dónde hay más casos, que además evolucionan a mayor gravedad, entre otras cosas, por falta de acceso efectivo al propio Sistema de salud. De ahí que, garantizar el acceso efectivo a los servicios, “resuelve” una parte de la contradicción, al volverse una manera de “redistribución” de la riqueza producida colectivamente.

<sup>3</sup> Nota de actualización de datos. En la página de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR), periódicamente se publican informes y boletines de prensa que dan cuenta del crecimiento de los fondos, un resumen se presenta en: Participación del mercado de las AFORE 2012 – 2017. (CONSAR, 2012-2017) Disponible en: <https://www.gob.mx/consar/prensa/participacion-del-mercado-de-las-afore-2012-2017?idiom=es>