



LA DESIGUALDAD EN SALUD DE LA NIÑEZ EN PUERTO RICO: UN ELEMENTO SOCIAL, POLÍTICO Y ECONÓMICAMENTE DETERMINADO

MARINILDA RIVERA DÍAZ*

Resumen

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014), los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución desigual del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local. En el caso de la niñez, la OMS (2008) ha expresado que la desigualdad e inequidad en los servicios de salud de los países son el resultado de políticas sociales y económicas que tienen efectos determinantes en las posibilidades de que un niño o una niña crezca y desarrolle todo su potencial y que, por tanto, tenga una vida próspera o que simplemente se malogre. Por ende, el desarrollo de un país depende directamente de las políticas sociales y económicas que construyamos y defendamos para nuestra niñez. Este trabajo tiene el propósito de presentar brevemente el estado de situación de las inequidades sociales, económicas y políticas que inciden en la salud de la niñez en Puerto Rico. Una política universal para la transformación del sistema de salud y la defensa del derecho a la salud como agenda inmediata son algunas de las reflexiones compartidas a través de este trabajo.

Palabras clave: desigualdad, derecho a la salud, niñez, Puerto Rico.

Abstract

According to the World Health Organization (WHO) (2014), social determinants of health are the circumstances in which people are born, grow, live, work and age, including the health system. These circumstances are the result of the unequal distribution of money, power and resources at global, national and local levels. In the case of children, WHO (2008) has stated that inequalities and inequities

* La autora es investigadora en el Centro de Investigaciones Sociales de la Universidad de Puerto Rico y catedrática auxiliar en Trabajo Social. Posee una maestría en Trabajo Social de la Universidad de Illinois en Urbana Champaign y un doctorado en Política Social y Administración de la Universidad de Puerto Rico. Nacionalidad: puertorriqueña.



in health services of the countries are the result of social and economic policies that have decisive effects on the possibilities for a child to develop his or her potential or simply lose his or her life. Therefore, the development of a country depends directly on the social and economic policies that build and defend for our children. This paper aims to briefly present the current status of social, economic and political inequities that affect the health of children in Puerto Rico. A universal policy to transform the health system and the defense of the right to health as immediate agenda are some of the thoughts shared through this work.

Keywords: *inequality, health right, children, Puerto Rico.*

Hoy en día, la pobreza, la exclusión social, y las desigualdades sociales son inmensas, escandalosas, mucho mayores de lo que observamos a simple vista, de lo que queremos ver o incluso de lo que podemos imaginar. Para ver esa otra realidad necesitamos buena información y mucha reflexión, y eso es difícil. Solo con capacidad crítica, tiempo y esfuerzo se aprende a mirar mejor y entender lo oculto, lo invisible.

(Benach, Vergara & Muntaner, 2008).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2014), la mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socioeconómicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin

incorporar adecuadamente intervenciones sobre las “causas de las causas”. Los determinantes sociales de la salud se definen como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Dichas circunstancias de vida son el resultado de la distribución desigual del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local. Es por ello que los determinantes sociales explican la mayor parte de las desigualdades existentes en el sector salud que afectan la vida de los seres humanos (OMS, 2014). En el caso de Puerto Rico, la injerencia de la política federal dentro de la estructura social y económica por nuestra relación colonial con los Estados Unidos, las transformaciones en la economía mundial, y el discurso neoliberal y su principio de privatización son elementos obligados de análisis para las políticas sociales y económicas en torno a los derechos de la niñez, siendo la salud y salud mental el enfoque de este trabajo.

Estos elementos son pieza clave para la comprensión de la desigualdad social que atenta contra la vida de la niñez, la juventud y las familias de Puerto Rico. La desigualdad social, según definida por Sen (1999), es la distribución desigual de los recursos sociales y económicos, incluidos el poder y el prestigio en una sociedad (Sen, 1999). En nuestra sociedad, esta se manifiesta en las altas tasas de pobreza, la exclusión escolar, la violencia, el desempleo e inseguridad laboral de las familias, entre otros aspectos.

Por otro lado, la desigualdad en salud se refiere a las diferencias de salud de una población que son resultado de la distribución desigual de los recursos sociales y económicos, incluido el poder. En el caso de Puerto Rico, la desigualdad en salud es vivida a diario por miles de personas que se enfrentan a limitaciones para acceder tratamientos médicos, personas sin cubierta médica, ni acceso a medicamentos, entre muchas otras. La manifestación de estas situaciones se vive de forma individual y se ha creado históricamente un constructo social que parte de que son un fenómeno natural resultado de la inacción del sujeto. Sin embargo, existe vasta literatura y organizaciones a nivel mundial que reconocen que dichas desigualdades son productos de políticas sociales y económicas que propician la distribución desigual de los recursos, provocando injusticias que impactan las condiciones de vida de la ciudadanía (OMS, 2014; Bernardini, 2012; Benach, Vergara & Muntaner, 2008; & OMS, 2008).

La salud: un elemento social, política y económicamente determinado

Bernardini (2012) sostiene que la salud de las personas está influenciada por un conjunto de causas políticas, sociales y económicas que impactan sus vidas. De acuerdo a la OMS (2014), la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a

nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera.

Aunque los resultados y el dolor que provocan dichas desigualdades se viven de forma individual, estas no son un fenómeno natural producto de la inacción de los sujetos para atender las condiciones de vida que afectan su salud. Al contrario, son producto de la distribución desigual de la riqueza y el poder legitimizados a través de políticas sociales y económicas residuales gestadas localmente, al interior de las naciones, o más allá de sus fronteras, las cuales determinan el bienestar de los ciudadanos y las ciudadanas. Esta distribución desigual del poder y la riqueza, concebidas desde las políticas sociales y económicas, desplaza a los sujetos a condiciones que vulnerabilizan sus vidas.

Partiendo de este reconocimiento, en la 57^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2004, el Dr. Lee Jong-wook, director ejecutivo de la OMS, expresó la intención de crear una comisión mundial sobre los determinantes sociales de la salud. Esta Asamblea tenía el propósito de "...avanzar la agenda en favor de la equidad y fortalecer el apoyo de la Organización a los Estados Miembros en la implementación

de enfoques integrales sobre los problemas de salud, incluidas sus raíces sociales y ambientales”. (OMS, 2005, p. 43). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, e incluye el sistema de salud. En el 2005, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) puso en marcha sus operaciones y en su informe final, publicado en el año 2008, la CDSS reconoció que la desigualdad en salud es la principal enfermedad del planeta y que sus causas no se deben a factores biológicos o genéticos, estilos de vida, servicios de salud o riqueza general del país (Benach, Vergara & Muntaner, 2008, p. 35).

De acuerdo a Benach, Vergara & Muntaner (2008), la CDSS recogió múltiples estudios que muestran como “...las clases sociales más pobres y explotadas son quienes tienen a la vez peores perfiles de exposición a factores biológicos, conductuales y servicios de salud que, finalmente, se manifiestan en un peor estado de salud (p. 35). Algunos factores sociales destacados en la literatura son: a) las malas condiciones laborales, b) no poseer una vivienda digna, c) no disponer de agua limpia, d) la falta de protección y servicios sociales, e) falta de recursos económicos, f) falta de recursos educativos, g) falta de oportunidades necesarias para llevar una vida saludable y digna (Benach, Vergara & Muntaner, 2008). Estos determinantes sociales presentes en la vida de los

sujetos reflejan la posición de la gente en la escala social, económica y de poder (OMS, 2005).

Para atender la desigualdad en salud, la OMS (2008), a través de la CDSS realizó tres recomendaciones generales a saber: a) mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece, b) luchar contra la distribución desigual de poder, el dinero y los recursos, esto es los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida a nivel mundial, nacional y local, y c) medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto (OMS, 2008, p.2). Con el fin de poder cumplir a cabalidad con las recomendaciones realizadas en este informe, se hace impostergable comprender como se reproduce la desigualdad social a nivel mundial en la actual coyuntura de globalización neoliberal y denunciar las implicaciones de esta para la humanidad, con especial atención a la niñez.

Globalización neoliberal, desigualdad y derecho a la salud

Benach, Vergara & Muntaner (2008) indican que “no es posible reducir las desigualdades en salud sin transformar la organización, la estructura sociopolítica y las desigualdades de poder que amenazan al planeta (p. 40). La

globalización, su vertiente neoliberal y consigo la “economía del mercado” no solo actúa en el espacio de las políticas económicas, sino que incide, de igual manera, en los ámbitos políticos, sociales y culturales de los países (Guinsberg, 2004). La vertiente neoliberal promueve un mercado enfocado en la creación y acumulación de riqueza de parte de unos sectores, la canalización de mano de obra barata, la flexibilización del mercado de trabajo, la privatización del sector público y, consigo, los servicios llamados a garantizar los derechos humanos (tales como la salud, vivienda, educación), (Guinsberg, 2004).

De acuerdo a Galeano (2009): “En estos tiempos neoliberales, los derechos públicos se reducen a favores del poder, y el poder se ocupa de la salud pública y de la educación pública, como si fueran formas de la caridad pública, en vísperas de elecciones” (p.21). Además, esta vertiente neoliberal socava el estado de derechos adquiridos en luchas sindicales y obreras, actuando contra los sistemas de retiro y el despido en masas de los empleados del sector gubernamental¹. Como

consecuencia de esto, el desempleo, la inseguridad laboral, y la pérdida de trabajo se manifiesta ferozmente en las vidas de muchos ciudadanos y ciudadanas que ante la crisis salen en búsqueda de servicios sociales que puedan amortiguar sus condiciones de vida. Sin embargo, estos se encuentran con un estado desmantelado que ha delegado sus responsabilidades al sector privado, cuyo espacio es muy reducido, limitado y accesible solo para aquellos con el capital necesario para entrar en la relación comercial de la compra de sus derechos humanos básicos para vivir (ej. Plan médico de salud). Tenemos, entonces, una sociedad que amplifica las brechas entre las clases sociales, aumentando la pobreza y fragilizando no solo la estabilidad mental y emocional de las personas, sino su capacidad de ejercer y hacerse valer como ciudadanos y ciudadanas. De esto se trata la desigualdad.

De acuerdo a Sen (1999), la desigualdad social se refiere a la distribución desigual de los recursos sociales y económicos, incluidos el poder y el prestigio en una sociedad. En el caso de las relaciones de poder, estas han sido gubernamentalizadas, o sea, elaboradas, racionalizadas, y centralizadas en la forma de o bajo las instituciones del Estado (Foucault, 1984). Una de sus capacidades consiste en enmascararse a través de políticas que pudieran parecer de principios muy justos, pero que tienen un poder mortífero en aquellos/as sujetos a los que van destinadas las mismas. Tal es el caso de

1 En Puerto Rico, esto se ha manifestado con la Ley Especial de Sostenibilidad Fiscal y Operacional, la Ley de Cumplimiento con la Deuda y para la Recuperación de las Corporaciones Públicas, mejor conocida como Ley de “Quiebra Criolla”, ambas aprobadas en junio 2014, las enmiendas a la ley del Sistema de Retiro de los Empleados del Estado Libre Asociado y del Sistema de Maestros de Puerto Rico, ambos proyectos legislados y aprobados en el 2013. Además, la actual crisis en la provisión de servicios que atraviesa el País como resultado del despido de casi 30 000 empleados en el sector gubernamental en el 2009 por la llamada Ley 7.

las políticas de erradicación de pobreza que promueven la identificación de unos sujetos que han sido desplazados por el propio capitalismo de los espacios de producción. Dichas políticas producen un discurso, un saber sobre el “otro” y enfoca sus esfuerzos en trabajar con el desempleado y no con el problema que produce el desempleo, como si el sujeto mismo por elección hubiera decidido tal condición. De aquí que Foucault (1981) expresa que:

lo que hace que el poder se sostenga, que sea aceptado, es sencillamente que no pesa sólo como potencia que dice no, sino que cala de hecho, produce cosas, induce placer, forma saber, produce discursos; hay que considerarlo como una red productiva que pasa a través de todo el cuerpo social en lugar de como una instancia negativa que tiene por función reprimir (p.137).

Por otro lado, los medios de comunicación, de igual, forma inciden en el discurso o imagen que se crea de aquel que queda desplazado del espacio de producción. Según Bauman (2007), los medios crean una imagen de la persona que queda al margen de la sociedad de consumo y les define como delincuentes juveniles, desertores escolares, drogadictos, madres solteras, ladrones, criminales, traficantes y mendigos. Es por ello, entonces, que el Estado no tiene la obligación de ayudarles, pues son personas incurables que eligen vivir una vida enferma. O sea, estas políticas y discursos opresivos

crean la idea de un sujeto desechable, no necesario, indeseable, el cual el Estado no tiene por qué hacerse responsable. Razón por la cual, transfiere la responsabilidad del bienestar de los sujetos cada vez más a manos de sectores sociales involucrados en las temáticas de bienestar, especialmente aquellos que se sostienen de la caridad y filantropía (Arteaga, 2008). En esta represión política y discursiva se crean las condiciones de desigualdad que se manifiestan en los determinantes sociales y que amenazan el derecho a la vida y la salud de los ciudadanos.

De acuerdo a Kliksberg (2011), en Estados Unidos, país que ha mantenido bajo un régimen colonial a Puerto Rico, la desigualdad ha atacado con mayor fuerza. Según el *New York Times*, el 1% más rico tenía en 1979, el 9% del ingreso nacional, en el 2007, era el 23.5%. De acuerdo a *Economic Policy Institute*, el 1% más rico tenía 10 veces más que el 90% en 1980, en el 2006 era 20 veces más. El 0.1% más rico pasó en ese período de 20 veces más que el 90% en 1980, a 80 veces más en el 2006 (p. 6). Los efectos nocivos de la desigualdad, especialmente en la coyuntura neoliberal ha sido documentada dentro de la literatura (Sen, 2010; Wilkinson & Pickett, 2010; & Kliksberg & Rivera, 2007). De acuerdo con Wilkinson y Pickett (2010), la mayor desigualdad es causante de mayores tasas de criminalidad, mortalidad infantil, obesidad, embarazos en adolescentes, discriminación por género y disminución en

las expectativas de vida de la población, entre otros. Estas desigualdades también atentan contra el espacio familiar, las dinámicas comunitarias y redes sociales. O sea, crea todo un entramado de complejidades no solo al interior de los sujetos, sino en el entretejido social. Kliksberg (2010) coincide en que estas brechas en los determinantes sociales se han agudizado a raíz de la crisis económica neoliberal que atraviesa el mundo.

Todas estas condiciones provocan no solo una desigualdad social, sino que paralelamente aumentan las condiciones de desigualdad en el espacio a la salud y al derecho a vivir dignamente. La desigualdad en salud es resultado de políticas que tienen efectos nocivos en la vida y en la salud, colocando a unos sujetos en ventaja sobre otros en tanto expectativas de vida, acceso a tratamiento, entre otros. La desigualdad en salud se refiere a las diferencias marcadas dentro del contexto de la salud entre grupos sociales y cuyas diferencias son resultado de esa distribución desigual de los recursos sociales y económicos y del acceso al poder. De acuerdo con Benach, Vergara & Muntaner (2008): “Las desigualdades se extienden a lo largo de toda la escala social. A medida que descendemos en dicha escala en el nivel de riqueza o en la educación, la salud de las personas también empeora... (p. 32). En el caso de las condiciones de salud mental, existe amplia literatura de que estas están fuertemente relacionadas a las circunstancias sociales

y económicas de la vida de la gente, donde factores como el desempleo, la incertidumbre laboral, las pobres condiciones de vivienda, aumentan el riesgo de problemas de salud mental (Bernardini, 2014; Rivera, 2014; & Custo, 2008).

Determinantes sociales de la salud en la niñez en Puerto Rico

De acuerdo con Benach, Vergara & Muntaner (2008), el comprender las relaciones que existen entre la desigualdad social y la desigualdad en la salud es algo mucho más complejo que el constatar la diferencia en la riqueza o la muerte existente entre sujetos y grupos que están en los extremos de la escala social, o entre las naciones o áreas geográficas muy ricas o muy pobres. Sin embargo, me parece importante poner en perspectiva cómo se manifiestan algunos de los determinantes sociales vinculados a la desigualdad social en Puerto Rico, con especial atención en la vida de los niños y niñas. De acuerdo con el Censo de Puerto Rico (2014), la población de niños menores de 18 años para el 2012 era de 849,363, de estos un 8% vive con algún impedimento y 7.2% no contó con ninguna cubierta médica durante el periodo de 2010-2012. Además, se estima que para el 2011, el 57% de los niños del país vivía bajo el nivel de pobreza. El 42% de las familias con niños y jóvenes reciben servicios del Programa de Asistencia Nutricional (PAN) (Instituto de Desarrollo de la Juventud, 2014). Por otro lado, la

Fundación *The Annie E. Casey* llevó a cabo un estudio en el 2013, donde indica que el 84% de los niños y niñas puertorriqueños vive en áreas de alta pobreza, representando esta tasa siete veces más que en los Estados Unidos. Más de la mitad de esta población vive en hogares monoparentales y con padres que no tienen un empleo estable, lo que amenaza aún más su estabilidad social y económica presente y futura.

En cuanto a vivienda, el 33% de los niños y niñas vivía en viviendas con un alto costo para el 2011. En cuanto a la educación, el Informe expresa que para el año (2009-2010) el 40% de los jóvenes de escuela superior no llegaba a graduarse en 4 años, o sea, en tiempo justo, representando esto casi el doble de la tasa a nivel de los Estados Unidos. Para el 2011, un 16% de los jóvenes no estaba en escuela ni trabajaba. Además, el 47% de los niños en edad preescolar no asistía a la escuela. Por otro lado, de acuerdo al Instituto de Desarrollo de la Juventud (2014) el 8% de los niños, niñas y jóvenes entre 3 y 17 años no estaban matriculados en la escuela durante el periodo de 2007 a 2011. El Perfil del Sistema Educativo de Puerto Rico (2010-2011) revela que casi un cuarto de los estudiantes matriculados en el sector público de enseñanza durante el periodo de 2010-2011 fueron de educación especial, representando casi el doble en la última década (ELA, Instituto de Estadísticas, ELA, año escolar 2010-2011, p. 1).

En el escenario de la salud, el Informe de *Annie E. Case Foundation* (2013) revela que 12.6% de los niños y niñas nacieron bajo peso en el 2010 y 4% no tenía cubierta médica (34,000). Sin embargo, el Censo (2014) refleja que para el 2012, la población de niños y niñas sin cubierta médica ascendía a 7.2%. En el espacio familiar y comunitario, el Informe de la *Annie E. Case Foundation* (2013) se resalta que para el 2011, el 57% de los niños vivían en hogares monoparentales y el 19% vivían en hogares donde el jefe del hogar carecía de un diploma de escuela superior. Toda esta radiografía no puede analizarse sin contextualizarla dentro de la actual crisis económica y social y su inherente vínculo con los cambios globales.

Política neoliberal y la salud de la niñez en Puerto Rico

De acuerdo a Benach, Vergara & Muntaner (2008) “La actual globalización capitalista ha ensanchado las desigualdades sociales y de salud hasta extremos jamás conocidos en la historia (p.40). Las políticas sectoriales enfocadas en la niñez se ven desvinculadas de las políticas macro y medidas estructurales que se toman a nivel local, nacional y más allá de las fronteras geográficas de los países. Rodríguez (2013) coincide, en ese sentido, en que “...las medidas como la disminución del déficit, la centralización de la recaudación tributaria sobre impuestos regresivos, la desregulación de mercados estratégicos, la apertura comercial en un contexto de

baja competitividad, la ausencia de una política laboral clara, entre otras, inciden en la vulneración de los derechos de niños, niñas y adolescentes” (p. 895). Aunque se reconoce que sus efectos no son directos, y pudieran verse como daños colaterales, su impacto es tan nocivo como aquellos inducidos directamente.

El concepto de daños colaterales es un elemento muy interesante cuando se discute cómo las políticas a nivel macro impactan la vida de los sujetos. De acuerdo a Bauman (2007), el concepto de daño colateral parte de que no hubo una intención de daño, por tanto, prevalece la noción de no culpabilidad. Sin embargo, los que planifican y ejecutan dichas políticas no se preocuparon jamás por la posibilidad de que el daño excediera sus límites y provocara efectos detrimentales. En el caso de la globalización neoliberal, Pazos (2002) indica:

...la privatización indiscriminada, agricultura exportable, rápido crecimiento, económico, desregulación y la gradual disminución, de la vigencia de los estados en los asuntos económicos de las naciones, han incidido negativamente en todos los factores determinantes en las condiciones de salud: presupuestos, programas de desarrollo, nutrición, situación sanitaria, y en muchos otros; que se evidencian en los indicadores de salud más importantes, además de la angustiada situación general de pobreza en las que aquellas están enmarcadas (p. 33).

De acuerdo con Pazos (2002), sin duda, la salud es el elemento más apreciado por los pueblos, pero de mayor carencia para la humanidad, dicha deficiencia esta íntimamente vinculada a la pobreza y a las consecuencias del sistema económico neoliberal. El sector salud fue uno de los sectores trastocados por la ideología neoliberal. Las reformas de salud emprendidas en muchos países en la década del 80 y 90 se enfocaron en tratar los problemas económicos y estéticos de los sistemas de salud, tales como la necesidad de poner límites a los gastos del sector de la salud y usar los recursos eficientemente. Para lograrlo, implementaron las siguientes medidas: a) aumentar la presencia del sector privado en el sector de la salud integrando opciones privadas para el financiamiento y prestación de los servicios de salud y la contratación, b) dividir las funciones de financiamiento, adquisición y prestación de servicios, c) descentralizar, entre otros, (OMS, 2005). Como consecuencia, dichas reformas propiciaron una reducción significativa del papel del Estado en el sector salud y en otras áreas neurálgicas de la sociedad, lo que limitó aún más las acciones de este para intervenir en los determinantes sociales que inciden en la salud de la niñez y la población, en general. Por ejemplo, los programas de ajuste estructural, en muchas ocasiones, requerían de recortes drásticos en el área de servicios sociales, educativos, nutricionales, de vivienda, todos vinculados al espacio de los derechos

humanos. Además, dichos recortes se hicieron más presentes en las nóminas de los salarios del sector público, provocando despidos masivos, altas tasas de desempleo, desprovistos de cubierta médica, por ejemplo.

Custo (2008) plantea que la implementación de políticas neoliberales ha tenido implicaciones en las personas y sostiene que este va "...generando situaciones de incertidumbre, fragilización, crisis de identidades, de participación, de representación, ruptura del entramado social, el temor de un horizonte que amenaza, produciendo malestar y sufrimiento psíquico del ser humano..." (p.12). En este contexto se manifiestan toda una serie de situaciones complejas y estresantes que amenaza con el quebrantamiento de las relaciones sociales y familiares, el surgimiento de personas angustiadas, y doblemente marginadas, el deterioro del ejercicio de la ciudadanía, entre otros. Al interior de esta complejidad social, están los niños, niñas y jóvenes, quienes sufren junto a sus familiares los retos de crecer en la pobreza y la exclusión, pero que no han recibido la atención requerida.

En el escenario de las políticas sociales y, en especial la de salud, Puerto Rico ha presenciado el desarrollo de políticas que abastecen los intereses de la agenda neoliberal. Empezaré con exponer el discurso de privatización de los servicios de salud amparado en la ideología neoliberal. El neoliberalismo se ha adentrado en las instituciones

del Estado con el fin de desplazar las diversas formas de protección social amparándose en que las intervenciones estatales son económicamente ineficientes (Rivera, 2014). Para ello, entonces, propone la privatización de los derechos humanos, como lo son la educación, la vivienda y la salud. Sería ingenuo de nuestra parte pensar, luego del análisis sostenido en las primeras páginas de este trabajo, que no tiene directa intervención en el campo de la salud mental.

Tomemos como ejemplo la Reforma de Salud del Gobierno de Puerto Rico y todas sus contrarreformas y desformas que ha provocado en la salud de nuestra sociedad como manifestación concreta de una política neoliberal en nuestro contexto. En el año 1993, el Dr. Pedro Roselló, médico de profesión, llegó a la gobernación de la isla e implementó la política de la Reforma de los Servicios de Salud que tenía como propósito brindar servicios de salud a la población médico indigente a través de una modalidad de manejo de cuidado con proveedores privados y el pago de un "capitation" por paciente. Así, se ratificó la Ley Orgánica número 72 que creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, mejor conocida como ASES. Esta agencia fue responsable del establecimiento y administración del Seguro de Salud del Gobierno. La política de la Reforma ha tenido un impacto directo en el sistema de salud público del país. El sector de la población cubierta por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto

Rico ha sido testigo de la desarticulación de los servicios de salud mental y el enriquecimiento de las farmacéuticas y compañías aseguradoras que han insertado sus agendas de mercado en el espacio del derecho a la salud. Basta con mirar las tasas salariales y compensaciones del CEO y presidente de Triple S, cuyos ingresos ascendieron de \$1, 318,431 en el año 2009 a \$3, 036,786 en el 2011². Además, la Reforma ha gestado un monopolio en la administración de estos servicios, y ha promovido una cultura de diagnóstico y de fármaco, que responde a los intereses económicos de una gigantesca y compleja industria médica, tomando ventaja de los niños, niñas y jóvenes, y violentando los derechos más elementales de las personas (Rivera, 2014).

La salud de la niñez desde una perspectiva de derechos humanos

La constitución de la OMS (2013) establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. El derecho a la salud incluye el acceder a servicios de salud, aceptables, disponibles y de calidad satisfactoria, esto quiere decir que los países deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir más saludablemente posible. Para ello, es necesario “la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones

de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos” (OMS, 2013). Para lograr la atención de la salud desde una perspectiva de derechos humanos es esencial reconocer, primeramente, que la salud en sí misma es un derecho humano básico. De acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948); “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (art. 25). Además, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) indica que los Estados Partes “...reconocen el derecho de toda persona al disfrute del mas alto nivel posible de salud física y mental...” (Art. 22). Por tanto, el mismo debe ser avalado, defendido y garantizado por el Estado. Segundo, esto requiere de un cambio paradigmático en cómo abordamos la salud.

Históricamente, la salud se ha planteado como la ausencia de enfermedad y al día de hoy esta definición se hace parte de una visión utilitarista e individualista que responde a intereses de los sectores dominantes de nuestra sociedad y el mercado de la salud (Vargas Vidot, 2005). Este enfoque en la patología y en las carencias o necesidades enfatiza el discurso de enfermedad como respuesta a la irresponsabilidad del sujeto sobre su salud. Por tanto, las políticas destinadas a atender la salud bajo este paradigma

2 Esta información está disponible en http://google.brand.edgaronline.com/EFX_dll/EDGARpro.dll?FetchFilingHtmlSection1?SectionID=8488655-162263-210684&SessionID=dBVJFex104nweT7#FORMDEF14A_HTM_TOC

están centradas en la caridad privada, el tratar los síntomas, e intervenciones a corto plazo y deja de lado todos los determinantes sociales que inciden en la salud de la población infanto-juvenil. Sin embargo, la Alianza Internacional *Save the Children* (2002) ha planteado un enfoque de derechos humanos para la niñez, el cual puede bien aplicarse a la salud. Dicho enfoque reconoce la responsabilidad del Estado en garantizar los derechos humanos, se enfoca en las raíces y causas de las condiciones sociales y no en sus síntomas, atendiendo, de esta manera, los determinantes sociales que limitan el goce pleno al derecho a la salud de los niños, promueve un enfoque integral, entre otras.

Partiendo de este enfoque paradigmático en la salud, la Organización Mundial de la Salud y organizaciones profesionales tales como la *Physician for a National Health Plan* de los Estados Unidos y la Alianza de Salud para el Pueblo y A SU Salud, Inc en Puerto Rico, han avalado la cobertura de salud universal como mecanismo para garantizar el derecho a la salud. La cobertura universal de salud tiene por objetivo asegurar que toda persona reciba los servicios sanitarios que necesita, sin que esto requiera pasar por penurias financieras para poder acceder (OMS, 2014). Para la Dra. Margaret Chan, directora general de la OMS (2014), "...la cobertura sanitaria universal es el concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer. La cobertura universal atañe a todos. Permite unificar los servicios y prestarlos

de manera integral e integrada, sobre la base de la atención primaria de salud". Dicha cobertura responde a unos principios rectores, entre los cuales puedo mencionar: a) reconoce la salud como un derecho humano, b) optimiza la salud de la población en todas las etapas de la vida, c) reconoce y presta atención a los determinantes de la salud y presta atención prioritaria a los determinantes sociales, d) educa a la ciudadanía para que contribuya activamente a la optimización de la salud individual y colectiva y al uso eficiente de los servicios, e) promueve la participación de la comunidad en todos sus niveles, f) utiliza mecanismos de financiamiento sustentables, g) acceso universal para toda la población equitativo y sin discriminación, h) un sistema de incentivos que propicia la responsabilidad social, i) los servicios de salud se fundamentan en evidencia de efectividad y cumplirán con los indicadores de calidad, j) respeto a los derechos humanos y civiles de toda la población, k) los servicios clínicos hospitalarios se estructuran sobre un sistema de atención primaria que provea servicios coordinados longitudinales y abarcadores. En el marco de estos principios, debe recaer la política de salud de los pueblos, siendo el mayor reto la voluntad política de los que dirigen y sus maquinarias económicas.

Algunas reflexiones finales

Hemos presentado, a lo largo de este artículo, cómo se manifiesta la desigualdad a través de los determinantes sociales que inciden en la salud de la

población infante juvenil. Sin embargo, no debemos asumir que la misma es inevitable y que seguirá acompañándonos en la historia para las futuras generaciones. Tenemos la posibilidad de movernos juntos en la transformación de las condiciones que arremeten y atentan contra la vida de la niñez en Puerto Rico a través de la mitigación de la pobreza, de una mejor distribución de los recursos del país, de una apuesta a la priorización de la salud y la educación en el presupuesto del país, a mayor acceso a la vivienda, a crear las condiciones nacionales para la creación de empleos que aporten, a su vez, al desarrollo económico y social del país, a atender el medioambiente como elemento hermano de la salud del pueblo, exigiendo respeto e imponiendo medidas reguladoras al manejo de los desperdicios, la basura y contaminantes ambientales, y la democratización y la despolitización de los procesos de creación de políticas sociales (Benach, Vergara & Muntaner, 2008; Pazos, 2002). Además, se nos hace urgente un cambio paradigmático en cómo concebimos la salud y otros derechos humanos (educación, vivienda, alimentación, entre otros aspectos), dejando atrás la visión de consumo de servicios de salud a una de garantía de derechos. Para lograr esto, necesitamos garantizarle al pueblo de Puerto Rico el más básico de los derechos humanos; el derecho a la libertad. La misma que nos permita tomar las decisiones de forma democrática fuera del entrampamiento colonial.

Referencias

- Alianza Internacional Save the Children. (2002). *Programación de los Derechos del Niño: Cómo aplicar un enfoque de derechos del niño en la programación. Manual para miembros de Save the children*. Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/polinfan/2006/area-lectura/mod-3/programacion.pdf>
- Arteaga, C. (2008). El contexto de la globalización y la política social. En N. Burgos y J. Benítez (Eds.) *Política social y Trabajo Social: Comunidades y políticas sociales entre la academia y la práctica cotidiana*, (3), 53-66. Madrid: Editorial Atenea y la Universidad de Puerto Rico.
- Bauman, Z. (2007). *Vida de Consumo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Benach, J., Vergara, M. y Muntaner, C. (2008). *Desigualdad en Salud: La mayor epidemia del siglo XXI*. Papeles, (103), 29-40. Recuperado de https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/PDF%20Papeles/103/desigualdad_en_salud_.pdf
- Bernardini-Zambrini, D. (2012). El Día Mundial de la Salud, los determinantes sociales y las oportunidades. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29 (2), 287-288. <http://dx.doi.org/10.1590/S1726-46342012000200022>
- Custo, E. (2008). *Salud mental y ciudadanía: Una perspectiva desde el Trabajo Social*. Argentina: Editorial Espacio.
- Naciones Unidas. (2015). *Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948*. Recuperado de <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

- ELA, Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. (2014). Educación. Recuperado de <http://www.estadisticas.gobierno.pr/iepr/Estadisticas/InventariodeEstadisticas.aspx?f=1.5>
- Foucault, M. (1981). *Michel Foucault: Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. (Traducción Miguel Moorey). Madrid: Alianza Editorial S.A.
- Foucault, M. (1984). *¿Cómo se ejerce el poder?* Recuperado de <http://www.unizar.es/deproyecto/programas/docusocjur/FoucaultPoder.pdf>
- Galeano, E. (2009). *Patas Arriba: La escuela del mundo al revés*. Coyhaique, Patagonia: Talleres gráficos FURIA. Recuperado de <http://www.ateneodelainfancia.org.ar/uploads/galeanoescuela.pdf>
- Guinsberg, E. (2004). *La salud mental en el neoliberalismo*. México: Plaza y Valdés S.A.
- Instituto de Desarrollo de la Juventud. (2014). *Estadísticas*. Recuperado de <http://juventudpr.org/estadisticas-detalles/?c=79&i=83>
- Kliksberg, B. (2011). *Estrategias y metodologías para promover la participación social en la definición e implantación de políticas públicas de combate a las inequidades en salud*. Conferencia mundial sobre los determinantes sociales de la salud Rio Janeiro, Brasil. Octubre 2011. Recuperado de http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Participaci%C3%B3n-Social_Bernardo-Kliksberg.pdf
- Kliksberg, B. y Rivera, M. (2007). *El capital social movilizadado en la lucha contra la pobreza. La experiencia de las Comunidades Especiales de Puerto Rico*. Buenos Aires: CLACSO. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20100817105830/capitalsocial.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: Aprender de las experiencias anteriores*. Documento de información preparado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Marzo de 2005. Secretaría de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2008) *Informe Final. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. 28 de agosto 2008. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Informe sobre salud en el mundo 2013: Inversiones para una cobertura sanitaria universal*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Derecho a la salud. Nota descriptiva N.º 323*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2014) *¿Qué es la cobertura sanitaria universal?* Recuperado de http://www.who.int/universal_health_coverage/es/

- Naciones Unidas. (2015). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966*. Recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- Pazos, C. (2002). La Globalización Económica, neoliberal y su incidencia en la salud. *Revista Cubana Salud Pública*, 28(1), 22-37.
- Rivera, M. (2014). *Ciudadanos Invisibles: Niñez, política y salud mental en Puerto Rico*. San Juan: Centro de Investigaciones Sociales, Universidad de Puerto Rico.
- Rodríguez, A. (2013). La infancia latinoamericana y caribeña en medio de la crisis neoliberal. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(2), 891-897.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. New York: Alfred A, Knopf, Inc.
- _____. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6), 302-310. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000500005>
- _____. (2010). ¿Por qué la equidad en salud? (9na.edición). En A. Sen y B. Kliksberg (Eds.) *Primero La Gente*. Buenos Aires: Temas Grupo Editorial.
- The Annie E. Casey Foundation (2013). *Kids Count: 2013 Data Book state trends in child well-being*. Recuperado de <http://www.aecf.org/~media/Pubs/Initiatives/KIDS%20COUNT/123/2013KIDSCOUNTDataBook/2013KIDSCOUNT-DataBookr.pdf>
- US Census Bureau. (2014). *Selected Social Characteristics in Puerto Rico. 2010- 2012 American Community Survey 3 year Estimates*. Recuperado de http://factfinder2.census.gov/faces/tableservices/jsf/pages/productview.xhtml?pid=ACS_12_3YR_DP02PR&prodType=table.
- Vargas, J. (2005). Articulando proyectos de salud desde las experiencias y necesidades de la comunidad. *Ethos Gubernamental*, 171-179.
- Wilkinson, R. y Pickett, K. (2010). *The spirit level: why equality is better for everyone*. London: Penguin books.

Recibido: 3/9/2001 • Aceptado: 2/3/2015

