

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 44, NÚMERO ESPECIAL 1
RIO DE JANEIRO, JAN 2020
ISSN 0103-1104

**O Movimento pela
Saúde dos Povos: ação
global em defesa do
direito universal à
saúde**

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2020-2021)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2020-2021)

| | |
|---------------------------------|---|
| Presidente: | Lucia Regina Florentino Souto |
| Vice-Presidente: | Livia Angeli Silva |
| Diretor Administrativo: | Carlos Fidelis da Ponte |
| Diretora de Política Editorial: | Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato |
| Diretores Executivos: | Alane Andreilino Ribeiro Ana Maria Costa Helena Rodrigues Correa Filho Maria Lucia Freitas Santos Vinicius Ximenes Mourici da Rocha |

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Claudia Travassos
Victoria S. L. Araujo do Espirito Santo
Suplentes | *Substitutes*
Iris da Conceição
Jamilli Silva Santos
Matheus Ribeiro Bizuti

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Cornelis Johannes van Stralen
Cristiane Lopes Simão Lemos
Isabela Soares Santos
Itamar Lages
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Livia Millena B. Deus e Mello
Lizaldo Andrade Maia
Maria Edna Bezerra Silva
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Matheus Falcão
Rafael Damasceno de Barros
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

SECRETARIA ADMINISTRATIVA | ADMINISTRATIVE SECRETARY

Cristina Santos

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

A revista Saúde em Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil

EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

Ligia Giovanella - Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Camila Giugliani - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre (RS), Brasil
David Legge - La Trobe University - Melbourne, Austrália
Alicia Stolkiner - Universidad de Buenos Aires - Buenos Aires, Argentina

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil
Helena Rodrigues Corrêa Filho - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkiner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Debora Diniz - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Diana Mauri - Università degli Studi di Milano, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Ligia Giovanella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia
Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosário - Argentina
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

EDITORAS ASSISTENTES | ASSISTANT EDITORS

Carina Munhoz
Luiza Nunes

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)
Scientific Electronic Library Online (SciELO)
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 44, NÚMERO ESPECIAL 1
RIO DE JANEIRO, JAN 2020

APRESENTAÇÃO | PRESENTATION

5 **O Movimento pela Saúde dos Povos:
ação global em defesa do direito
universal à saúde**

*People's Health Movement: global action in
defence of the universal right to health*

David Legge, Camila Giugliani, Alicia Stolkiner,
Ligia Giovanella

ARTIGO DE OPINIÃO | OPINION ARTICLE

11 **The global People's Health Movement.
What is the People's Health Movement?**

*O movimento global pela saúde dos povos.
O que é o Movimento pela Saúde dos Povos?*

Fran Baum, David Sanders, Ravi Narayan

24 **El Buen Vivir, camino del Movimiento
Mundial de Salud de los Pueblos
Latinoamérica hacia otra alternativa al
desarrollo**

*Good Living (Buen Vivir), the path of the Latin
America People's Health Movement towards an
alternative to development*

Marcela Beatriz Bobatto, Gerardo Segovia,
Sandra Marín Rosas

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

37 **Resisting privatization and marketization
of health care: People's Health
Movement's experiences from India,
Philippines and Europe**

*Resistindo à privatização e à comercialização
dos cuidados de saúde: experiências do
Movimento pela Saúde dos Povos na Índia, nas
Filipinas e na Europa*

Sulakshana Nandi, Ana Vračar, Chhaya
Pachauli

51 **Luchas por el derecho a la salud en
Colombia. Vínculos con la salud para todos
y todas**

*Struggles for the right to health in Colombia.
Links with health for all*

Mauricio Torres-Tovar, Román Rafael Vega-
Romero, Jairo Ernesto Luna-García, Yadira
Eugenia Borrero-Ramírez, María Esperanza
Echeverry-López

64 **A escola como espaço de participação
social e promoção da cidadania:
a experiência de construção da
participação em um ambiente escolar**

*The school as a space for social participation
and citizenship promotion: the experience of
building participation in a school environment*

Camila Giugliani, Katia Teresa Cesa, Eliane Maria
Teixeira Leite Flores, Vânia Roseli de Mello, Patrícia
Genro Robinson

79 **Las luchas indígenas por el derecho
fundamental a la salud propio e
intercultural en Colombia**

*Indigenous struggles for an own and
intercultural fundamental right to health in
Colombia*

Jaime Hernán Urrego-Rodríguez

-
- ENSAIO | ESSAY
- 91 **The transformative potential of health as a commons**
O potencial transformador do comum em saúde
Chiara Francesca Bodini, Giulia Bonanno, Elisa Cennamo, Bruna Mura, Martina Riccio, Lorenza Santoro
- 100 **Connecting the right to health and anti-extractivism globally**
Conectando o direito à saúde e o antiextrativismo globalmente
Erika Arteaga-Cruz, Baijayanta Mukhopadhyay, Sarah Shannon, Amulya Nidhi, Todd Jailer
- 109 **'Marginalizing' health: employing an equity and intersectionality frame**
'Marginalizando' a saúde: empregando uma abordagem de equidade e interseccionalidade
Deepa Venkatachalam, Gargi Mishra, Adsa Fatima, Sarojini Nadimpally
- 120 **Bhopal gas disaster: Delhi Science Forum and People's Science Movement in India – In memory of Dr. Amit Sengupta**
Desastre com gás de Bhopal: Fórum Científico de Délhi e Movimento Científico Popular na Índia – em memória do Dr. Amit Sengupta
Doraiswami Raghunandan, Nallukunnel Damodaran Jayaprakash
- 135 **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: movimento em defesa do direito à saúde**
Brazilian Center for Health Studies: movement in defence of the right to health
Ana Maria Costa, Maria Lucia Frizon Rizzotto, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, Ligia Giovanella
- 142 **Lazos entre la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y el Movimiento por la Salud de los Pueblos**
Bonds between the Latin American Social Medicine Association and the People's Health Movement
Alicia Stolkiner, Eduardo Espinoza, Emira Imaña, Maria Lucia Frizon Rizzotto
- RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY
- 147 **Nenhum Serviço de Saúde a Menos: movimentos sociais, novos sujeitos políticos e direito à saúde em tempos de crise no Rio de Janeiro, Brasil**
'Not One Health Service Less': social movements, new political actors and the right to health in times of crisis in Rio de Janeiro, Brazil
Denis Axelrud Saffer, Leonardo Vidal Mattos, Sábata Rodrigues de Moraes Rego
- 160 **Saúde para todos: a participação da sociedade civil na governança global em saúde**
Health for all: civil society participation in global health governance
Cristianne Maria Famer Rocha, Mariana da Rosa Martins, Mateus Aparecido de Farias

-
- 171 **Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos 2011 – 2018. Los Cursos Uisp en El Salvador, una experiencia transformadora**
International People's Health University 2011 – 2018. The IPHU Courses in El Salvador, a transformative experience
Maria Elizabeth Hamlin Zúniga
- 183 **Vida, luta e Movimento pela Saúde dos Povos no Brasil: entrevista com Irmã Anne Whibey**
Life, struggle and People's Health Movement in Brazil: interview with Sister Anne Whibey
Marta Giane Machado Torres, Átila Augusto Cordeiro Pereira, Tânia Sena Conceição, Valdirene Barroso Miranda, William Dias Borges
- RESENHA | CRITICAL REVIEW
- 193 **Global Health Watch. Global Health Watch 5: An Alternative World Health Report**
Matheus Falcão, Muna Odeh, Silvia Giugliani
- HOMENAGEM | TRIBUTE
- 196 **El David Sanders que yo conocí**
The David Sanders that I met
Román Rafael Vega-Romero
- 199 **David Sanders: um gigante do Movimento pela Saúde dos Povos**
David Sanders: a giant of the People's Health Movement
Camila Giugliani
- 202 **David Sanders, un compañero de lucha extraordinario**
David Sanders, an extraordinary partner for all struggles
Eduardo Espinoza
- 206 **Compartiendo unas vivencias con nuestro gran amigo David Sanders**
Experiences with our good friend, David Sanders
Maria Elizabeth Hamlin Zúniga
- 208 **Um tributo a David Sanders: testemunhos de uma aluna**
A tribute to David Sanders: testimonials from a student
Denise Antunes
- 211 **PHM is grieving for the loss of Amit but his legacy is a renewed commitment towards a better, more caring world**
MSP está de luto pela perda de Amit, mas seu legado é um compromisso renovado em direção a um mundo melhor e mais solidário
David Legge
- 213 **Why I cannot pay a tribute to a dear friend**
Por que não posso prestar homenagem a um amigo querido
Sarojini Nadimpally
- DOCUMENTO | DOCUMENT
- 215 **The Struggle for Health is the Struggle for a More Equitable, Just and Caring World**
La lucha por la salud es la lucha por un mundo más equitativo, justo y solidario
People's Health Movement

O Movimento pela Saúde dos Povos: ação global em defesa do direito universal à saúde

David Legge^{1,2}, Camila Giugliani^{3,4}, Alicia Stolkiner⁵, Ligia Giovanella⁶

DOI: 10.1590/0103-110420205100

BEM-VINDOS, BEM-VINDAS A ESTE SUPLEMENTO ESPECIAL da ‘Saúde em Debate’, com foco no trabalho do Movimento pela Saúde dos Povos (MSP), uma rede global de militantes da saúde e organizações ativistas que trabalham além das fronteiras para tornar realidade a visão de 1978 de ‘Saúde para Todos’.

Esta edição especial é uma iniciativa do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames) para conclamar por uma ação global pelo direito universal à saúde.

Embora tenha havido melhorias nos indicadores agregados de saúde nas últimas décadas, as desigualdades em saúde aumentaram e cresceu o número absoluto de pessoas que vivem em ambientes inseguros e de alto risco e que não têm acesso aos cuidados de saúde necessários^{1,2}. Ademais da ampliação das desigualdades, o fantasma da fome, deslocamentos populacionais e conflitos decorrentes do aquecimento global e da degradação ambiental alastram-se.

Em certo grau, esses riscos originam-se no peso da pegada humana nos ecossistemas globais (embora a responsabilidade por esse ônus não seja compartilhada igualmente entre populações). Não obstante, as falhas de governança que permitem essa degradação e impedem ações efetivas são econômicas e políticas. O capitalismo, como sistema econômico global, enfrenta instabilidades cada vez mais profundas. Capacidades produtivas subutilizadas contribuem para a redução do emprego (principalmente aqueles de salários decentes), do consumo e investimentos. A fuga de capital dos investimentos produtivos para a especulação avança e leva a mais bolhas, colapsos e crises. O neoliberalismo, o modo predominante de governança desde os anos 1980, está direcionado para proteger as elites globais das consequências das crises, por meio de políticas que exacerbam os desequilíbrios econômicos, conduzem à degradação ecológica e aprofundam crises.

O MSP atua em prol das condições sociais para alcançar boa saúde para todos, abordando os fatores determinantes das desigualdades e da degradação ambiental. O MSP trabalha para o acesso universal aos cuidados de saúde necessários, de maneira a também enfrentar as barreiras políticas e econômicas às reformas institucionais necessárias.

A ‘teoria da mudança global’ do MSP centra-se na dinâmica da mobilização social; trabalhando com comunidades que estão na linha de frente da privação e dos riscos; explorando as diferentes maneiras pelas quais a crise econômica global afeta os cuidados de saúde e as condições de vida localmente. O MSP busca a união de ativistas da saúde para além de fronteiras, limites e diferenças. Congrega ativistas que enfrentam suas distintas privações e riscos, e trabalham juntos para superar as dinâmicas e forças globais comuns a esses desafios.

Essa ‘convergência’ de movimentos sociais se estende para além do setor saúde. O MSP entende que questões similares estão sendo enfrentadas em muitos outros setores de ação: na agroecologia,

¹La Trobe University – Melbourne, Austrália. dlegge@phmovement.org

²People’s Health Movement (PHM) – Melbourne, Austrália.

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil.

⁴Movimento pela Saúde dos Povos (MSP) – Porto Alegre (RS), Brasil.

⁵Universidad de Buenos Aires (UBA) – Buenos Aires, Argentina.

⁶Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



nos sindicatos, no meio ambiente, nas questões de gênero e indígenas, na ciência e inovação. Ao mesmo tempo, movimentos sociais se organizam, atuam e se articulam em todos esses diferentes setores.

Uma grande variedade de análises e histórias do ativismo do MSP são compartilhadas nesta edição da 'Saúde em Debate'. Esses artigos ilustram as conexões entre as necessidades locais de saúde e a economia política global e as maneiras pelas quais os ativistas da saúde estão enfrentando as necessidades locais de forma a contribuir para a construção de um movimento global.

Baum, Sanders e Narayan descrevem e analisam as origens do MSP e suas formas de atuação e discutem questões estratégicas que o Movimento enfrenta na conjuntura atual. Uma delas, é a aproximação e real participação dos movimentos sociais nos processos decisórios no âmbito da governança global em saúde, foco de um dos principais projetos do MSP em nível global, o Observatório da Organização Mundial da Saúde (WHO Watch). Rocha, Martins e Farias analisam esse tema a partir de suas experiências de participação como *watchers* em artigo que discute as possibilidades de influência da sociedade civil nos processos decisórios da governança global na Organização Mundial da Saúde (OMS). O WHO Watch é uma iniciativa do MSP que se propõe a estimular a democratização dos processos decisórios da OMS. A atuação do MSP na formação de ativistas por meio da Universidade Internacional para a Saúde dos Povos é relatada por Zuniga que sintetiza a história de um projeto singular de formação em El Salvador que reuniu ativistas da saúde da sociedade civil e profissionais do Ministério da Saúde para compartilhar perspectivas sobre o desenvolvimento do sistema de saúde e ações sobre a determinação social da saúde. Outro projeto fundamental do MSP, o relatório Global Health Watch, cuja última edição foi lançada em 2018, é apresentado na resenha deste número por Falcão et al.

A concepção do *Buen Vivir*, uma das bases fundantes do MSP na América Latina é discutida por Bobatto, Segovia e Rosas como caminho alternativo ao modelo de desenvolvimento hegemônico atual. O *Buen Vivir* é entendido como projeto político de vida; um processo de bem-estar coletivo que potencializa a vida em harmonia e equilíbrio com a mãe natureza e o cosmos.

Raghunandan e Jayaprakash examinam a atuação do Movimento de Ciência do Povo (People's Science Movement, agora parte do MSP Índia) na resposta à tragédia de Bhopal. Destacam o papel de Amit Sengupta nesse processo, líder do MSP, que faleceu tragicamente em dezembro de 2018. A Índia, as Filipinas e a Europa são o pano de fundo para a discussão trazida por Nandi e Vračar sobre o impacto das reformas neoliberais no campo da saúde, que enfraqueceram os sistemas públicos de saúde dos países, levando à comercialização dos cuidados de saúde. Arteaga-Cruz et al. trazem mais histórias de luta no ensaio que parte da pergunta 'Financiar sistemas nacionais de saúde com ganhos vindos da indústria extrativista é compatível com a visão de direito à saúde'? Os autores destacam a necessidade de fortalecer o vínculo entre as lutas pelo direito à saúde e a resistência contra o extrativismo.

De São Luís no Brasil, Torres et al., por meio de entrevista com a irmã Anne Wihbey, pioneira do MSP no Brasil, trazem uma história que resume a interação entre o local e o global na reprodução das necessidades de saúde e conta como um grupo de ativistas que trabalhou para atender às necessidades locais em consonância com processos mais gerais. Nos tempos atuais, no Rio de Janeiro, temos a experiência do Movimento Nenhum Serviço de Saúde a Menos, um exemplo de resistência contra a precarização dos serviços públicos de saúde, relatada por Saffer et al.

O artigo de Giugliani et al., de Porto Alegre, apresenta resultados de um projeto de pesquisa-ação que começou explorando se (e por que) as instituições de controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro estavam enfraquecidas e finalizou com um projeto de revitalização do espaço verde em uma escola estadual, em uma experiência singular de participação social.

Urrego-Rodriguez revisa as lutas dos povos indígenas na Colômbia pela concretização do direito

à saúde. As lutas do povo colombiano pelo direito à saúde são também foco do artigo de Torres-Tovar et al., fruto de um projeto investigativo vinculado ao MSP. Ainda no contexto de uma pesquisa-ação, o coletivo italiano Grup-pa (Bodini et al.) propõe uma interessante e relevante discussão sobre a saúde como algo comum, aberto à participação de todos e todas, construída a partir de práticas coletivas e solidárias, vinculando a concepção de determinação social da saúde com o conhecimento e as práticas compartilhadas nas *commons* e ressaltando o seu potencial transformador.

De volta para a Índia, tendo como base a história trágica da morte de 150 crianças por síndrome de encefalite aguda no estado de Bihar, Venkatachalam et al. argumentam sobre a importância da análise interseccional de determinantes no entendimento das iniquidades, compreendendo que os fatores produtores dessas mortes são múltiplos e entrecruzados.

Entre as organizações ativistas e redes filiadas ao MSP, o suplemento destaca a atuação do Cebes e da Alames. A atuação do Cebes um dos principais protagonistas do movimento da reforma sanitária brasileira, que culminou na criação de um sistema público universal de saúde no Brasil, o SUS, é relatada por Costa et al. As alianças estratégicas e convergências entre o MSP e a Alames são analisadas por Stolkiner et al.

Por fim, convidamos todos os leitores e leitoras deste número especial a conhecer e difundir a Declaração da IV Assembleia Mundial pela Saúde dos Povos, que reafirma que a luta pela saúde é a luta por um mundo mais equitativo, justo e solidário. Um chamado para a ação.

Os legados de dois dos maiores líderes do MSP, Amit Sengupta e David Sanders, que nos deixaram recentemente, são inspiração e compromisso para perseguir a 'Saúde para Todos'. Os emocionantes depoimentos de vários ativistas do MSP não deixam dúvidas quanto aos ensinamentos e ações transformadoras desses dois gigantes.

Boa leitura!

Colaboradores

Legge D (0000-0002-4552-1470)*, Giugliani C (0000-0002-2652-5214)*, Stolkiner A (0000-0001-9372-7556)* e Giovanella L (0000-0002-6522-545X)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. World Health Organization; World Bank. Tracking Universal Health Coverage 2017 Global Monitoring Report [internet]. Geneva:WHO; Washington: The World Bank. 2017. [acesso em 2020 jan 16]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf?sequence=1#page=11>.
2. Organization for Economic Co-operation and Development. Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems [internet]. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing, Paris; 2019. [acesso em 2020 jan 16]. Disponível em: <https://www.oecd.org/publications/health-for-everyone-3c8385d0-en.htm>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

People's Health Movement: global action in defence of the universal right to health

David Legge^{1,2}, Camila Giugliani^{3,4}, Alicia Stolkiner⁵, Ligia Giovanella⁶

DOI: 10.1590/0103-11042020S100

WELCOME TO THIS SPECIAL ISSUE OF 'SAÚDE EM DEBATE', focusing on the work of the People's Health Movement (PHM), a global network of health activists and activist organizations working across borders and boundaries to realise the 1978 vision of 'Health for All'.

This special issue is an initiative of Brazilian Center for Health Studies (Cebes) and Latin American Social Medicine Association (Alames) as a call for global action for the universal right to health.

While there have been some improvements in aggregate health indicators in recent decades, the health gap has widened and the absolute number of people who face catastrophic health expenditures has increased^{1,2}. As well as widening inequalities, the spectre of hunger, displacement, and conflict arising from global warming and environmental degradation looms large.

In some degree these risks arise from the weight of the human footprint on global ecosystems (although the responsibility for this burden is not evenly shared). However, the failures of governance which have enabled these developments and prevented effective action are economic and political. Capitalism, as a global economic system, is facing worsening instability. Underutilised productive capacity contributes to sluggish employment (particularly high wage employment). This holds back consumption expenditure and reduces the incentive to invest. The flight of capital from investment into speculation follows and leads to more bubbles and more crashes. Neoliberalism, the prevailing mode of governance since the 1980s, is directed towards protecting global elites from the consequences of the crisis, through economic policies which actually exacerbate the economic imbalances, drive further ecological degradation and deepen the crisis.

PHM works towards the social conditions for good health but in ways which also address the drivers of inequality and environmental degradation; PHM works for universal access to decent health care in ways which also address the political and economic barriers to the necessary institutional reforms.

PHM's 'theory of global change' centres on the dynamic of social mobilization; working with communities who are at the frontline of denial and risk; exploring the differing ways in which global economic crisis impacts on health care and living conditions locally. PHM envisions a coming together of health activists across boundaries, borders and differences; facing their different denials and risks but working together to address the global dynamics and forces which are common drivers of those different challenges.

This 'convergence' of social movements extends beyond the health sector. PHM understands that comparable issues are being faced in many different sectors; in farming, labour unions, entertainment, environment, gender and indigenous issues and science and innovation. Likewise, there are social movements coming together in all these different sectors and across sectors.

¹La Trobe University - Melbourne, Austrália. dlegge@phmovement.org

²People's Health Movement (PHM) - Melbourne, Austrália.

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brasil.

⁴Movimento pela Saúde dos Povos (MSP) - Porto Alegre (RS), Brasil.

⁵Universidad de Buenos Aires (UBA) - Buenos Aires, Argentina.

⁶Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



A wide range of analyses and stories from PHM activism are shared in this issue of 'Saúde em Debate'. These papers illustrate the links between the local health needs and global political economy and the ways in which health activists are confronting local needs in ways which contribute to building a global movement.

Baum, Sanders and Narayan describe and analyse the origins of PHM and how it works and discuss strategic questions facing the Movement at the current juncture. One of them is the real participation of social movements in decision-making processes in the context of global health governance, the focus of one of the main PHM projects at the global level, the World Health Organization Observatory (WHO Watch). Rocha, Martins and Farias analyse this theme from their experience as watchers in an article that discusses the possibilities of civil society influence in the decision-making processes of global governance in the World Health Organization (WHO). WHO Watch is a PHM initiative that aims to drive the democratization of WHO decision-making processes. PHM's role in training activists through the International University for Peoples' Health is reported by Zuniga, who describes a unique capacity building project in El Salvador which brought together health activists from civil society with ministry of health staff to share perspectives on health system development and action on the social determination of population health. Another key PHM project, the Global Health Watch report, which was last released in 2018, is reviewed of this issue by Falcão et al.

The concept of *Buen Vivir*, one of the founding bases of PHM in Latin America is discussed by Bobatto, Segovia and Rosas as an alternative path to the current hegemonic development model. *Buen Vivir* is understood as a political project of life; a process of collective well-being that empowers life in harmony and balance with the mother earth and the cosmos.

Raghunandan and Jayaprakash describe the action of the People's Science Movement (now part of PHM India) in responding to the Bhopal tragedy. They highlight the role of Amit Sengupta, a leader of PHM globally and in India, who tragically died in December 2018. In another article, India, the Philippines and the Europe, are the background to the discussion brought by Nandi and Vračar on the impact of neoliberal health reforms that have weakened countries' public health systems, through the commercialization of health care. Further on, Arteaga-Cruz et al. provide more stories of struggle in the essay that starts from the question 'Is financing national health systems with gains from the extractive industry compatible with the vision of the right to health?' The authors highlight the need to strengthen the link between struggles for the right to health and resistance against extractivism.

From Sao Luiz in Brazil (Torres et al.), through an interview with Sister Anne Wihbey, a pioneer of PHM in Brazil, comes a story which epitomises the interplay of the local and global in reproducing health needs and the ways in which one group of activists has worked to address local needs in ways which redress larger scale (and longer term) forces. Nowadays, in Rio de Janeiro, we have the experience of the 'Not One Health Service Less' Movement, an example of resistance against the precariousness of public health services reported by Saffer et al.

The paper by Giugliani et al. from Porto Alegre describes an action research project which started out exploring whether (and why) the institutions of social participation in the Brazilian Unified Health System (SUS) were losing their bite and ended up with a project of revitalization of a school's forest which provided a very different image of social participation.

Urrego-Rodriguez reviews the struggles of indigenous peoples in Colombia for the realization of the right to health. The Colombian people's struggles for the right to health are also the focus of the article by Torres-Tovar et al., the result of an investigative project linked to the PHM. Still in the context of an action research, the Italian group Grup-pa (Bodini et al.) proposes an interesting and relevant discussion about health as a commons, open to everyone's

participation, built on collective and solidary practices; linking the conception of social determination of health with the knowledge and practices shared in the commons and highlighting its transformative potential.

Back to India, based on the tragic history of the death of 150 children from acute encephalitis syndrome in Bihar state, Venkatachalam et al. demonstrate the importance of intersectional analysis in understanding inequities in health, understanding that the factors that produced those deaths are multiple and cross-linked.

Among PHM activist organizations and networks, this special issue highlights the work of the Cebes and the Alames. The performance of Cebes one of the main protagonists of the Brazilian health movement, which culminated in the creation of a universal public health system in Brazil, the SUS, is reported by Costa et al. The strategic alliances and convergences between PHM and Alames are analysed and illuminated by Stolkiner et al.

Finally, we invite all readers of this special issue to know and disseminate the Declaration of the 4th World Assembly for the Health of Peoples, which reaffirms that the struggle for health is the struggle for a more equitable, just and supportive world. A call to action.

The legacies of two of PHM's greatest leaders, Amit Sengupta and David Sanders, who recently left us, are inspiration and commitment to pursuing 'Health for All'. The moving testimonials from various PHM activists leave no doubt as to the teachings and transformative actions of these two giants.

Good reading!

Collaborators

Legge D (0000-0002-4552-1470)*, Giugliani C (0000-0002-2652-5214)*, Stolkiner A (0000-0001-9372-7556)* and Giovanella L (0000-0002-6522-545X)* also contributed to the elaboration of the manuscript. ■

References

1. World Health Organization; World Bank. Tracking Universal Health Coverage 2017 Global Monitoring Report [internet]. Geneva:WHO; Washington: The World Bank. 2017. [acesso em 2020 jan 16]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf?sequence=1#page=11>.
2. Organization for Economic Co-operation and Development. Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems [internet]. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing, Paris; 2019. [acesso em 2020 jan 16]. Disponível em: <https://www.oecd.org/publications/health-for-everyone-3c8385d0-en.htm>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

The global People's Health Movement. What is the People's Health Movement?

O movimento global pela saúde dos povos. O que é o Movimento pela Saúde dos Povos?

Fran Baum¹, David Sanders², Ravi Narayan³

DOI: 10.1590/0103-11042020S101

The struggle for health is a struggle for a fairer world.

Dr. Amit Sengupta

Introduction

The People's Health Movement (PHM) is a global network formed in 2000 which comprises grassroots health activists, other civil society organizations, issue-based networks, academics, researchers and activists from low, middle and high-income countries. Its activity is conducted locally through country circles and globally through a range of campaigns. Underpinning all its activities is a commitment to 'Health For All', as it was interpreted in the 1978 World Health Organization (WHO) and United Nations Children's Fund (Unicef) Alma-Ata Declaration on Primary Health Care (PHC)¹. This Declaration presented a comprehensive vision for PHC in that it related health services to the broader organization of society, calling for a new international economic order that would benefit developing nations, empowering democratic participation in health, and calling for action on social and environmental contexts that increased disease risks. Health services were to be multi-disciplinary, attuned to local need, and emphasize disease prevention and health promotion. Reducing the inequities between groups within nations and between nations was seen as vital and recognized in the call of 'Health for All' by the year 2000. Resistance to this visionary view of health was rapid and the call for selective PHC followed very soon after². In the subsequent decades to 2000 neo-liberalism became the dominant driving force behind public policy³ and structural adjustment of Low-to-Middle-Income Country (LMIC) economies was strongly promoted by the World Bank and International Monetary Fund (IMF)⁴. These developments led to increasing disquiet among health activists and it became evident that 'Health for All' would not be achieved by 2000 and that economic inequities were actually increasing⁵. Moreover, it had become apparent that the World Health Organization had retreated from the strong support for PHC it had under the leadership of Dr. Halfdan Mahler and, driven by a continuing decline in assessed financial contributions by Member States, had recently indicated its intention to pursue Public-Private Partnerships⁶ in funding its operations. Against this background and as a counterweight to disturbing trends in WHO and successive World Health Assemblies the first People's Health Assembly (PHA 1) was planned.

¹Flinders University, Southgate Institute – Bedford Park, Australia. fran.baum@flinders.edu.au

²University of Western Cape (UWC), School of Public Health (in memoriam) - Cape Town, South Africa.

³Society for Community Health Awareness, Research and Action (Sochara) - Karnataka, India.



Origins of the movement

Eight networks and organizations (described in *chart 1*) came together to plan the PHA 1. All of them had advocated for different aspects of ‘Health for All’ and some had

engaged with WHO to promote rational drug policy, comprehensive PHC, consumer rights in health care, sexual and reproductive health rights, regulate breast milk substitutes, and address social and economic determinants of health.

Chart 1. Founding networks and organizations of the People’s Health Movement

International People’ Health Council (IPHC) which was a coalition of grassroots health movements that had evolved out of situations of popular struggle (including South Africa, Nicaragua, Palestine, Bangladesh).

Consumers International (CI) is a large network of 250 members organization in 120 countries which seeks to achieve changes in government policy and corporate behavior while raising awareness of consumer rights and responsibilities.

Health Action International (HAI) lobbies governments and international bodies (such as WHO) to formulate codes, pass resolutions and develop policies to ensure that people who need them have access to safe, appropriate and affordable medicines and these are used rationally. It monitors unethical behavior of industry including the selling and promotional practices of drug companies.

Third World Network (TWN) is a transnational alternative policy group and international network of organizations that produce and disseminate analysis, proposals and information tools related to ecological sustainability, development and North – South relations⁷.

Asian Community Health Action Network (Achan) is a network of community health initiatives and institutions that seek to spread a philosophy of community-based health care based on self-reliant human development for the oppressed poor⁸.

Women’s Global Network for Reproductive Rights (WGNRR) advocates for sexual and reproductive health and rights worldwide. Based in the global south, they work with rights, justice and feminist frameworks and have a consultative status with Ecosoc⁹.

Dag Hammarskjold Foundation (DHF) was created in 1961 as the Swedish national memorial to the late Dr. Dag Hammarskjold, Secretary General of the UN. It plays a catalyst role in promoting innovative ideas, debates on development, security and democracy and supported the People’s Health Assembly preparatory process and its organization¹⁰.

Gonoshasthaya Kendra (GK) is a community health development program in Bangladesh, which began during the war for national independence. GK hosted the first global People Health Assembly on their rural campus at Savar, Bangladesh¹¹.

The announcement of a People’s Health Assembly clearly struck a chord with many, resulting in PHA 1 being attended by 1500 people from over 90 countries. In the lead up to the Assembly activists from various networks and countries drafted a People’s Health Charter which was revised and then endorsed by the delegates at the Assembly. Since PHA 1, three further Assemblies have been held in Cuenca, Ecuador (2005), Cape Town, South Africa (2012) and Savar, Bangladesh (2018) where the

4th Assembly (PHA 4) was held (see <https://www.youtube.com/watch?v=Kmm5Hj0HNWA> for video describing the event and providing some background to PHM in the voices of PHM activists). These Assemblies are in effect the ultimate governing forum where the Movement’s priorities and directions are refined and endorsed. They are inspiring events which motivate PHM’s adherents.

In 2019 PHM has the following networks as affiliates:

- Medicus Mundi International Network – MMI
- Viva Salud, Belgium
- Health Poverty Action – HPA, UK
- Latin American Association of Social Medicine – Alames
- Gonoshasthaya Kendra, GK – People's Health Centre, Bangladesh
- Health Action International – HAI
- Third World Network – TWN
- HAI Asia Pacific
- International Baby Food Action Network – IBFAN
- Resource Group for Women and Health – Sama
- Global Justice Now
- Brazilian Center for Health Studies – Cebes
- Community Working Group on Health, CWGH, Zimbabwe
- Public Services International

The ideology and vision of the People's Health Movement

The ideology and vision of PHM drew on those of the original networks and organizations. The People's Charter for Health (PCH), elaborated in the year leading up to the first People's Health Assembly (PHA 1) in December 2000, enshrines PHM's vision. It was adopted at PHA 1. Subsequently, the

PCH has been refined and adapted to evolving circumstances and augmented by declarations that have resulted from subsequent People's Health Assemblies and statements in response to critical global health issues (see *chart 2*).

Global Health context – analysis of root causes of ill-health and inequality

The PHM analysis of the global context stresses that the current paradigm of development, which is characterized by individualism, anthropocentrism and neoliberal capitalism underpins growing health inequities. This analysis notes that governments in high-income countries, working closely with transnational corporations, are promoting neo-liberal policies to manage the contemporary crisis of globalized capitalism in the interests of the transnational capitalist class. With help from a set of one-sided 'trade and investment' agreements, these policies are either being accepted by or being forced on the governments of low and middle-income countries and their populations as well as on the majority in high-income countries. The resulting national policies that include fiscal austerity and deregulation of economic activity are having far reaching consequences for the social conditions that shape people's health, and also for the approach to and funding of health care. PHM notes that such policies are worsening the fundamental determinants of health, and progressively crippling healthcare infrastructure and delivery of services. They are also encouraging national governments to abdicate their responsibility for public health, while ushering in privatization of public goods, including health services, often through introducing insurance regimes. PHM also points to the patriarchal, racist and homophobic nature of the currently dominant ideology which also serves to increase discrimination and so affect people's health. PHM notes the threats to human and planetary health posed by conflicts, mass forced migrations and a rapidly changing climate.

 Chart 2. People's Health Movement vision

The vision developed as part of the 2000 People's Health Charter¹² still guides the movement:

Equity, ecologically-sustainable development and peace are at the heart of our vision of a better world - a world in which a healthy life for all is a reality; a world that respects, appreciates and celebrates all life and diversity; a world that enables the flowering of people's talents and abilities to enrich each other; a world in which people's voices guide the decisions that shape our lives. There are more than enough resources to achieve this vision¹².

The PHM sees health as a human right which prevails over economic and political concerns. The movement is based on an understanding that action on the broader social, economic, political, commercial and environmental determinants of health is key to health and equity. It promotes comprehensive primary health care as the basis of health systems and the PHA 4 declaration states: "We want equitable public health systems that are universal, context-appropriate, integrated and comprehensive - not discriminatory, disempowering, private and for profit. Systems that provide a platform for appropriate action on the social determinants of health including a radical shift in existing power structures".

PHM promotes - as fundamental to a healthy society - democratic participation and transparent, accountable and gender-just decision-making processes through a strong people's organization and movement.

Source: People's Charter for Health¹², Cuenca Declaration¹³, Cape Town Call to Action¹⁴, The Struggle for Health is the Struggle for a More Equitable, Just and Caring World - Declaration of the Fourth People's Health Assembly¹⁵.

One of the unique features of PHM is that its ideological positions are developed through a dialectic between scholarly analysis and reflection on lived experience. This is seen most clearly at the Assemblies where research and analysis of the contemporary political economy of health are presented alongside testimonies from people whose lives reflect its impact. For example, analysis may describe the impact of trade deals which privilege the needs of big agricultural trans-nationals and the testimonies might include those of small farmers undermined by the trade deals. A further example is that analysis might point to the growing influence of private medicine in a particular country and a testimony might describe the ways in which private medicine discriminates against the poor. Combining the knowledge from research and lived experience encourages political debate from which PHM positions are developed and then enshrined in declarations and statements.

An important aspect of PHM's work is acting as a bridge between the local and the global. PHM works on many global issues as described below but remains rooted in a concern with the health issues of local communities. Analysis and action undertaken locally are informed by an understanding of globalized neoliberal capitalism. PHM also takes

local concerns to the global level such as to the World Health Assemblies. Much of the awareness and learning which is conducted through PHM is focused on encouraging understanding of how seemingly distant and removed global economic and political dynamics affect local health issues. As an example, this process could include analyzing how vertical health programs focused on particular diseases and funded by public-private initiatives that often include large philanthropic organizations such as the Gates Foundation have had the effect of de-skilling and weakening public health services because they offer better pay and reduce the pool of people available for employment by national health systems¹⁶. A further example is raising awareness in mining communities of how trans-national corporations are able to evade their responsibilities concerning the negative health impacts from environment they despoil through mining activity.

How PHM is governed

A sustained effort at evolving a representative, democratic governance and decision making structure for this movement, which is primarily a network of networks, has been experimented with over the years.

PHM's ultimate decision making forum is the People's Health Assembly where consensus is strived for through debate. Between these gatherings PHM is governed by a Global Steering Council (GSC) with two co-Chairs. The GSC comprises regional representatives and representatives from some of the linked networks as well as a representative of the Advisory Council. The GSC is supported by a small secretariat, whose members receive modest salaries. In 2019, the secretariat was located in Cape Town, South Africa, Delhi, India and Brussels, Belgium. The GSC has a coordinating commission (7 members) which meets monthly normally through Skype and makes most day-to-day decisions for PHM. PHM has also established an Advisory Council which comprises people who have given long service to the movement and are invited by the GSC to join.

The Global PHM has also established campaign groups to develop and mobilize around key cross-cutting global themes. The six campaign themes current in 2019 were developed and adopted at the 4th People's Health Assembly and are:

- Gender Justice and Health
- Environment and ecosystem health
- Nutrition and Food Sovereignty
- Trade and Health
- Equitable Health Systems
- War and conflict, occupation and forced migration and Health

These themes frame the campaigns of PHM within country circles and globally. Within each theme issues are relevant globally and have local impacts. PHM brings together the knowledge from both perspectives. Additional campaigns and groups may evolve

as new challenges and insights emerge. These themes do not exclude the development of campaigns within countries on pressing national health challenges.

Governance of each country circle is varied. At one extreme is South Africa where PHM is a registered organization, while in most other settings the circle is an informal network of individuals and like-minded organizations. Country circles vary in size from a handful of people in some countries to the massive PHM in India. The PHM in India (known in the local vernacular as Jan SwasthyaAbhiyan – JSA) is a coalition of 22 national networks, alliances, movements, resource groups and federation of NGOs, which focus on health, development, science, women's issues, health rights of children and people who are marginalized and environmental health issues. A JSA National Coordinating Committee with networks and state level representatives plan and organize different campaigns and initiatives on different aspects of health policy. Different states have evolved their own state level networks that focus on state level policy and health challenges while also promoting and participating in the national campaigns.

Country circles are clustered into regional groupings to encourage intra and inter regional coordination, and information sharing. In 2019 these regions are: South East Asia and Australia, South Asia; India (JSA); West and Central Africa; East and Southern Africa; Middle East, Latin America which comprises four sub-regions; North America; and Europe. These regions each nominate representatives to the GSC.

Major global campaigns of the movement

Globally, in addition to the six campaign themes listed above, PHM has a series of longstanding initiatives designed to influence global health debates and actions.

Global Health Watch

The PHM in coordination with several other networks, produces a regular independent, 'alternative World Health Report' – the Global Health Watch (GHW). Five of these reports have been published and the sixth is planned for mid-2021. Each edition of the GHW is different and is a collaborative exercise of a large number of individuals, academic institutions and organizations

who share a desire to improve the state of global health and to express their solidarity with the need to tackle the social and political injustice that lies behind poor health¹¹.

GHW 5¹⁷ had contributions from over 120 individuals and 70 organizations globally. Each GHW contains sections that analyze the politico-economic context of global health, key social determinants, trends in health systems and also includes a section titled 'Watching' in which government, international aid agencies, health and development agencies and foundations are critically reviewed. In more recent Watches a section titled 'Resistance' features inspiring and innovative campaigns and initiatives to strengthen the 'Health for All' movement in different countries and globally. The contents of GHW 5 are shown in *chart 3*.

Chart 3. Summary of main contents of GHW 5

The Global Political and Economic Architecture

- o Sustainable Development Goals in the age of Neoliberalism
- o 'Leave No One Behind' – Are SDGs the way forward?
- o Advances and Setbacks towards a Single Public Health System in Latin America
- o Structural Roots of Migration

Health Systems: Current Issues and Debates

- o Universal Health Coverage: Only About Financial Protection?
- o Revitalizing Community Control in Primary Health Care
- o Healthcare in the USA: Understanding the Medical-Industrial Complex
- o Contextualizing the Struggle of Health Workers in South Africa
- o The 'New' Karolinska Hospital: How PPPs Undermine Public Services
- o Access to Healthcare of Migrants in the EU
- o Informalization of Employment in Public Health Services in South Asia

Beyond Health Care

- o Climate Change, Environmental Degradation and Health: Confronting the Realities
- o Gendered Approach to Reproductive and Sexual Health and Rights
- o Health Reforms in Chile: Lack of Progress in Women's Sexual and Reproductive Health and Rights
- o Trade Agreements and Health of Workers
- o Public Health in the Extractive Sector in East and Southern Africa
- o The War on Drugs: From Law Enforcement to Public Health

Watching

- o Money Talks at the World Health Organization
- o Private Philanthropic Foundations: What do they mean for Global Health?
- o Management Consulting Firms in Global Health
- o Gavi and Global Fund: Private Governance Structures Trump Public Oversight in Public Private Partnerships
- o Investment Treaties: Holding Governments to Ransom
- o Framing of Health as a Security Issue
- o Politics of Data, Information and Knowledge
- o Access and Benefit Sharing: The Pandemic Influenza Preparedness Framework
- o Total Sanitation Programs at the Cost of Human Dignity

Chart 3. (cont.)

Resistance, Actions and Change

- o Social Movements Defend Progressive Health Reforms in El Salvador
 - o Contestations Concerning Management of Severe Acute Malnutrition in India
 - o People living with HIV in India: The Struggle for Access
 - o Community Engagement in the Struggle for Health in Italy
-

Source: GHW 5¹⁷.

WHO Watch

The formation of PHM was in significant part driven by a disappointment with the role of WHO in the years leading up to 2000. These disappointments were recorded in the People's Health Charter which demanded,

a radical transformation of the World Health Organization (WHO) so that it responds to health challenges in a manner which benefits the poor, avoids vertical approaches, ensures inter-sectoral work; involves peoples organizations in the World Health Assembly and ensures independence from corporate interests¹⁸.

PHM's frustrations continued and resulted in regular engagement with WHO. Initially a WHO Advocacy Circle included annual participation in the NGO Forum for Health session at the WHA and a technical briefing on PHM and the Charter in 2003. Later PHM established 'WHO Watch' through which selected members of PHM attend the WHO Executive Board meeting held in January each year and the World Health Assembly in May. The on-the-ground Watchers tend to be younger members and so the process is a great training ground and recruitment vehicle for PHM. The deep policy analysis is supported by experienced PHM members. Through their combined efforts, and supported by PHM members around the world, detailed, insightful and policy relevant critiques of resolutions and statements presented to the

governance structures of WHO are available on-line. Feedback from a number of low and middle-income country policy actors suggests that the PHM commentaries are immensely helpful in assisting them drafting their policy responses and one commented "We make use of the product of WHO watch very well"¹⁹⁽¹⁰⁵⁾.

PHM also attends other WHO-convened events and provides commentary on the outputs. For example, a group of PHM members attended the WHO Conference on Health Promotion in Helsinki and published an alternative declaration to the official one (<https://phmovement.org/phm-declaration-at-8th-global-conference-on-health-promotion-2013/>) and also published an alternative declaration to the WHO World Conference on Social Determinants of Health held in Rio in 2011 (<https://phmovement.org/alternative-civil-society-declaration-at-the-world-conference-on-the-social-determinants-of-health-2011/>).

The International People's Health University

The International People's Health University (IPHU) is PHM's main education and cadre-building program. From 2005 IPHU has organized short courses in different regions of the world for young health activists and new contacts of PHM. These short courses (a few days to 2 weeks in duration) are held in different languages and are hosted by different country circles and sympathetic academic

institutions. They are accredited by some universities for Master in Public Health programs. The faculty are drawn from more senior PHM members and activists who

share their perspectives and life journeys and struggles to inspire the participants. The typical objectives of an IPHU course are shown in *chart 4*.

Chart 4. Objectives of an IPHU course

Deepen understanding of

- the links between the environment and health;
- globalization and the political economy of health;
- gender relations in relation to health;
- social determinants of health;

Become acquainted with health services policy, including comprehensive primary health care and health systems with a critical perspective on 'health sector reforms';

Acquire understanding of the application of a rights-based approach to health issues;

Enable critical assessment of 'development assistance in health reform';

Encourage exploration of the role of meaning and spirituality in activism and social change;

Develop practical skills and concepts which will enable activists to be more effective in the broad movement for health equity.

Source: www.iphu.org²⁰.

Although evaluation of the IPHUs have established that most participants have found these courses inspiring they have been met with mixed success in inspiring the participants to become active in PHM in their home country. Although some do, it is clear that more follow up after the courses could increase the extent to which this happens¹⁹.

'Health for All' Campaign

This campaign is concerned with realizing the right to health nationally and globally. The PHM website says of the campaign that it is a global organizing framework for different mobilization actions by civil society networks and social movements around the world and aims to inform and influence governments to address structural and systemic weaknesses in the health system.

Practically, this usually translates into national circles developing or participating in actions to address key current health challenges, which are unique to each country.

Such actions are as diverse as a recent campaign in Ghana for improved sanitation in the aftermath of a cholera epidemic, to an ongoing campaign for a 'Peoples National Health Insurance', spearheaded by PHM South Africa, an ongoing campaign in Australia to maintain and defined the national public health insurance system and a campaign in the UK to defend the National Health Service. In addition, the six campaign themes described above offer country circles additional possible foci for organizing.

PHM has been reflective about its activism to achieve 'Health for All'. This has best been reflected in its recent research work funded by the Canadian International Development Research Council (IDRC). This involved PHM undertaking a large multi-center study examining civil society engagement in the struggle for 'Health for All'. Over four years, 130 activist-researchers in 10 countries produced 50 research reports and an overarching report at the conclusion of this work¹⁹.

Getting social determinants of health on the WHO agenda

PHM was one of the groups arguing for the establishment of a WHO group that would consider what was needed to achieve greater health equity. The WHO response under the then Director General Dr. Lee was to establish the Commission on the Social Determinants of Health (CSDH). One of PHM's nominees to this Commission was appointed as a Commissioner and PHM was centrally involved in the civil society engagement of the CSDH. Moreover, PHM activists and sympathizers were members of several of the nine knowledge networks established to undertake the in-depth work of the Commission. PHM's involvement was reflected in the relatively progressive nature of the CSDH's report which included a call for attention to unfair global trade agreements, accountability of transnational corporations and action on the unequal distribution of power, money and resources which underpin global health inequities. In the 11 years since the CSDH report there has been limited progress in implementing its recommendations but at the recent World Health Assembly (May, 2019) WHO announced it was establishing a Division for Healthier Populations with a branch devoted to social determinants of health.

PHM members and sympathizers were also involved with the development of the World Health Report in 2008, the 30th Anniversary of the Alma-Ata Declaration, including facilitating a technical session for WHO, contributing to some chapters and reviewing the report before finalization. PHM was also invited to attend the launch at Almaty, Kazakhstan and speak in a panel discussion. Similarly, PHM was invited to participate as a member of the International Advisory Group for the Global Conference on Primary Health Care for Universal Health Coverage on the occasion of the 40th Anniversary of the Declaration of Alma-Ata, held in Astana, Kazakhstan in October 2018. PHM expressed concerns with

the official Astana Declaration in a civil society statement signed by several hundred organizations and individuals (<https://phmovement.org/alternative-civil-society-astana-declaration-on-primary-health-care/>).

Examples of Action in countries

The PHM draws its lifeblood from grass roots health movements across the globe. The overarching issues that are presented in *chart 2* above translate into a massive impact on the health of local communities. Hence a vital component of the PHM network is its country circles. In mid-2019 there were approximately 70 active country circles. Examples of recent actions organized by country circles include:

South Africa: South Africa experiences an extremely high burden of disease including the world's largest HIV/Aids epidemic, an persisting maternal and child health problems and a growing epidemic of non-communicable disease. It has a two-tiered health system—consisting of the public and private sectors with the latter housing most of the country's skilled health personnel but covering less than 20% of the population at unaffordable prices, maldistribution of providers and facilities, over-servicing and lack of accountability. Public sector health services that provide for the majority are weak at primary and community levels and are of variable coverage and quality with many facilities experiencing severe staff shortages and sub-optimal governance and management. In response to these challenges the government has elaborated a policy termed the National Health Insurance scheme to provide Universal Health Coverage (UHC) through a single payer system that will purchase services from accredited public and private providers. PHM South Africa (PHM SA) has played a leading role among civil society organizations in mobilizing for a 'People's NHI' whose key features are social solidarity, equity, comprehensive care and community

participation. Although the recently legislated NHI Bill espouses these principles, PHM SA is concerned that private sector lobbying is increasingly influencing a deviation from these towards a scheme characterized by a multi-payer arrangement and differential coverage of sub-groups with differing employment status. The People's NHI campaign is steadily gaining traction and PHM SA is being called upon within and outside the country to advise on the potential pitfalls of UHC.

India: Starting with the preparation of five little booklets as resource for the movement in 2000, later published as a resource book²¹, the JSA (PHM India) engaged with the revise National Health Policy, 2002 where JSA cautioned against legitimizing privatization and commercialization of health care in the country²². Next a series of public hearings with the National Human Rights Commission on the denial of right to health care were organized. JSA's continued policy engagement in various ways resulted in the National Rural Health Mission. JSA has continued to engage with health policy action and dialogue as the country develops its response to the Universal Health Coverage scheme. Many JSA state networks are responding to challenges including essential drug availability, countering commercialization and commodification of health care and specific policies like prevention of privatization of vaccine units, and all the while promoting community action for health.

Australia: action has included a campaign against the introduction of user fees to the national health insurance scheme Medicare, lobbying for improved funding for Aboriginal communitycontrolled health services and a campaign against trade agreements that will threaten health.

Scotland: held an open health assembly in which participants called for concrete proposals for collective action to reduce health inequities. This led to PHM Scotland developing a Scottish People's Health Manifesto through

an approach combining participatory action-research and proactive public health advocacy.

Europe: country circles participated in the demonstration and conference 'Our Health is Not for Sale!' that took place in Brussels, organized by European Network Against the Commercialization and Privatization of Health and Social Protection. Activists from PHM groups in Belgium, Italy, Croatia and France joined both events, along with members of other networks including trade unions and patient groups.

PHM's country circles are supported by an interactive manual 'Building a movement for health – a tool for (health) activists' (<https://twaha.be/PHM-manual>). This manual describes the philosophy of PHM and provides practical advice, supported by lots of examples of how to take action in support of health. It places emphasis on the value of developing networks and coalitions with other groups including those mobilizing around the environment, water rights, food sovereignty, and with trade unions, small farmers and the women's movement to campaign on issues of mutual interest.

Challenges faced by PHM

Like any social movement the PHM faces a number of organizational and campaigning dilemmas. Some of the most prominent are discussed below.

Is PHM a popular or professional movement?

PHM is a movement of committed activists. Many PHM activists are health professionals working directly with communities or progressive academics. By their nature the global programs inevitably involve predominantly professionals and academics. However, in several countries, especially in South Asia and Latin America, there are significant numbers of community practitioners and activists.

There are sometimes tensions experienced as a result of the different backgrounds of members, ranging from differing emphases in the planning of actions to differing needs in terms of resources required to participate actively in country circles. These challenges notwithstanding, PHM is continuously exploring ways to increase the diversity of its base. This has generally been easier in situations where the tempo of struggle quickens and there is broader involvement of citizens.

Language

PHM strives to work in multiple languages. Its two main languages are English and Spanish. The People's Health Charter has been translated into over 40 languages which includes Farsi, Guarani, Hausa, Ndebele, Quechua, Serer and Wolof, most of which are available on the PHM website. At the People's Health Assemblies efforts are made to translate in to as many languages as possible using the support of public interest translators working for such organizations as Babel.

Funding: Global co-ordination on a shoestring

The Global PHM relies on donations from its members and some small contributions from the supporting networks. In past years PHM has also attracted core funding from donors including Oxfam Novib and Open Society Foundation. More recently donor funding has been secured for specific projects such as for strengthening global health governance – which has part funded GHW and WHO Watch to support the People's Health Assemblies. PHM has managed to maintain a small decentralized global secretariat but most of PHM's activities are the result of volunteer effort. The Global Health Watch, WHO watch and the IPHU are all primarily resourced by PHM supporters donating their time. Those on the governance structures are also volunteers.

Country circles are also largely fueled by volunteer effort. A few circles such as in South Africa and India are able to employ some staff. Funding has been obtained for an African outreach worker who has been successful in helping to facilitate new country circles in that region. The recent review of the contribution of civil society to working for 'Health for All' concluded with recommendations for bodies which fund civil society¹⁹. These suggested core funding in support of social movement civil society should be provided in order to strengthen the kind of country and global processes described in this article; processes which ultimately contribute to improved health globally. The report further recommended that funders should be aware of the limits and risks associated with tightly specified project funding. Instead of such tight funding agreements the report recommended that accountability should be based on and assessment of the core directions of the organization and its integrity.

Membership or network?

An unresolved debate within the movement concerns whether or not the PHM should develop options for individual and organizational membership and become a legally registered organization. Some argue that the movement is better as a 'network of networks' while others hold that membership with a progressive sliding scale of fees could enable the movement to be more self-sustaining but also allow for more structured representation and accountability of representatives.

Conclusions

In the near twenty years of its existence PHM has become one of the most powerful international voices presenting a progressive alternative to the dominant neo-liberal regime which governs the health and development discourse

and direction. It has consistently spoken from the perspective of oppressed peoples and communities and argued that people's and the eco-system's health and the quest for equity should take precedence over the quest for private profit. Its consistent role of speaking truth to power is more than ever needed in an era in which inequities are increasing and power is being rapidly concentrated among the richest people and corporations in the world. Its vision of a people and eco-system

centered world offers much better prospects for health equity.

Collaborators

Baum F (0000-0002-2294-1368)*, Sanders D (0000-0003-1094-7655)*, Narayan R (0000-0002-2018-1537)* contributed equally to the preparation of the manuscript. ■

References

1. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care [internet]. Alma-Ata: WHO; 1978. [accessed on 2018 Jan 2]. Available on: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1.
2. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med*. 1979;301(18):967-74.
3. Harvey D. A brief history of neoliberalism. Oxford: Oxford University Press; 2005.
4. Rudin J, Sanders D. Debt, structural adjustment and health. In: Benatar S, Brock G, editors. *Global Health and Global Health Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. p. 155-65.
5. Wade RH. Global growth, inequality, and poverty: the globalization argument and the political science of economics. In: Ravenhill J, editor. *Global Political Economy*. 5.ed. Oxford: Oxford University Press; 2017. p. 319-55.
6. Velásquez G. Public-private partnerships in global health: putting business before health? Geneva: South Centre; 2014.
7. Narayan R, Schuftan C. People's Health Movement. In: Heggenhougen K, Quah S, editors. *International Encyclopedia of Public Health*. San Diego: Academic Press; 2008. p. 41-5. v. 5.
8. Narayan R. The role of the People's Health Movement in putting the social determinants of health on the global agenda. *Health Promot J Austr* [internet]. 2006 [accessed on 2017 Oct 24]; 17(3):186-188. Available on: <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=452806502349673;res=IELHEA>ISS>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Chowdhury Z, Rowson M. The People's Health Assembly. Revitalising the promise of "Health for All". *BMJ*. 2000;321(7273):1361-2.
10. Schuftan C, Turiano L, Shukla A. The right to health: A People's Health Movement perspective and case study. In: Clapham A, Robinson M, Mahon C, et al, editors. *Swiss Human Rights Book*. Zurich: Rueffer & Rub Sachbuchverlag; 2009. p. 521-3.v. 3.
11. People's Health Movement; Medact; Global Equity Gauge Alliance. *Global Health Watch 1 (2005-2006): An alternative world health report*. London: UK: Zed Books; 2005.
12. People's Health Movement. *The People's Charter for Health* [internet]. 2000. [accessed on 2018 Jan 2]. Available on: <http://www.phmovement.org/en/resources/charters/peopleshealth?destination=home>.
13. People's Health Movement, editor. *The Second People's Health Assembly*. Cuenca: PHM; 2005.
14. People's Health Movement. *The final Cape Town call to action* [internet]. 2012. [accessed on 2014 Dec 1]. Available on: http://www.phmovement.org/en/pha3/final_cape_town_call_to_action.
15. People's Health Movement, editor. *The Struggle for Health is the Struggle for a More Equitable, Just and Caring World* [internet]. 2018. [accessed on 2014 Dec 1]. Available on: <https://phmovement.org/declaration-pha4/>.
16. Cailhol J, Craveiro I, Madede T, et al. Analysis of human resources for health strategies and policies in 5 countries in Sub-Saharan Africa, in response to GFATM and PEPFAR-funded HIV-activities. *Global Health*. 2013;9(1):52-66.
17. People's Health Movement, Medact, Health Action International, et al. *Global Health Watch 5: An Alternative World Health Report*. London: UK: Zed Books; 2017.
18. People's Health Assembly. *People's Health Charter* [internet]. 2001. [accessed on 2007 Apr 10]. Available on: <http://www.phmovement.org/files/phm-pch-english.pdf>.
19. Bodini C, Sanders D, Sengupta A. *The Contribution of Civil Society Engagement to the Achievement of Health for All*. Cape Town: People's Health Movement; 2018.
20. International People's Health University. *International People's Health University* [internet]. 2019. [accessed on 2019 Jun 3]. Available on: <https://www.iphu.org/>.
21. Abiyans JS. *Health For All Now! The People's Health Source Book*. Chennai: South Vision; 2000.
22. Abiyans JS. *National Health Policy 2001 – Legitimising Privatization*. Delhi: Delhi Science Forum; 2001.

Received on 07/18/2019

Approved on 11/03/2019

Conflict of interests: non-existent

Financial support: non-existent

El Buen Vivir, camino del Movimiento Mundial de Salud de los Pueblos Latinoamérica hacia otra alternativa al desarrollo

Good Living (Buen Vivir), the path of the Latin America People's Health Movement towards an alternative to development

Marcela Beatriz Bobatto¹, Gerardo Segovia², Sandra Marín Rosas³

DOI: 10.1590/0103-11042020S102

Singular y Asombroso

Singular y asombroso destino de un pueblo como los guaraníes (y otros pueblos)

Marginados y periféricos nos obligan a pensar sin fronteras

Tenidos como parcialidades desafían la totalidad

Reducidos reclaman cada día espacio de libertad sin límites

Pequeños exigen ser pensados a lo grande

Son aquellos primitivos cuyo centro de gravedad

Ya está en el futuro.

Minorías que están presentes en la mayor parte del mundo.

Bartolomé Meliá

Esas voces que vienen de los primeros tiempos hablan de los tiempos que vendrán

Brotan de la memoria de los mayas, pero dicen lo que dicen para que la escuche el mundo,

Que a los tumbos busca rumbo, tanteando en la noche, perdido como ciego en tiroteo.

Veinte capítulos, veinte granos de maíz. También nosotros, gentes de todos los colores somos granos de maíz.

Y estas voces nos recuerdan que el centro del universo está en cada uno de nosotros, porque esta cada uno de los frutos que brotan a cada instante del tiempo y en cada lugarcito de la tierra.

Y nos invitan a recrear el hilo roto de la vida, a sanar la violada dignidad de la naturaleza y a recuperar nuestra perdida plenitud.

Eduardo Galeano

¹Ministerio de Salud Pública (MSP) - Eldorado, Argentina.

²Ministerio de Agricultura de la Nación (MAN) - Eldorado, Argentina.

³Ministerio de Educación (ME) - Neuquén, Argentina.



Introducción

Desde la III Asamblea Mundial de salud de los pueblos en Ciudad del Cabo – Sudáfrica (2012), y luego en la I Asamblea Latinoamericana en Cuenca – Ecuador (2013), venimos como movimiento reflexionando con mucha fuerza, sobre la existencia de una crisis civilizatoria¹.

Asistimos a una profunda crisis de la humanidad. Estamos presenciando las consecuencias de un capitalismo salvaje, antropocéntrico, patriarcal, neocolonial que lleva a destrucción acelerada de las condiciones que generan y soportan la vida, producto de haber abrazado la obsesión por dominar el universo^{2,3}.

Estamos sufriendo las consecuencias de un modelo de desarrollo que ha profundizado cada vez más la brecha entre los países y dentro de cada uno de ellos, aumentado la pobreza, el desempleo, la desigualdad y la exclusión de amplios sectores de la población.

Un modelo que está dejando un progresivo deterioro del ambiente, agotamiento de los bienes naturales, pérdida de la biodiversidad agrícola y silvestre, desequilibrios ecológicos locales y globales y la propia desaparición de espacios de vida de las comunidades locales, generando problemas para el bienestar de la población, manifestándose con nuevas enfermedades y riesgos para la salud humana, como consecuencia del uso indiscriminado de agro-tóxicos, de la creciente contaminación del aire, del agua y del envenenamiento de la tierra.

Un modelo hegemónico desde donde se normaliza el dominio y el exterminio contra los pueblos indígenas y campesinos, que margina particularmente a las mujeres y no respeta la libertad, los derechos humanos, y menos aún los derechos de la Madre Tierra, impulsando el despojo de los pueblos mediante la lógica del hiperconsumo irracional, el extractivismo y la mercantilización de la salud, impuestos violentamente, criminalizando la resistencia y la protesta social.

Este modelo está poniendo en riesgo la propia supervivencia de la humanidad^{4,5}. Este concepto dominante ha establecido que

desarrollo equivale al desarrollo racional, y a la acumulación o crecimiento material y ha sido fuertemente incidido por el paradigma científico que nos acompaña hace siglos, conocido como paradigma newtoniano/cartesiano, caracterizado por su visión mecanicista y fragmentaria de la vida, carente de análisis sistémico.

Pero la visión sistémica no es un descubrimiento reciente de la humanidad. La visión sistémica ha estado y está presente en la cosmovisión de los pueblos originarios de todo el planeta. Una de las cosmovisiones ancestrales que con mayor fuerza ha surgido en el mundo, es la de los pueblos originarios de América del sur, conocida como Buen Vivir.

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la visión que tiene el MSP-LA sobre el Buen Vivir, nutrido de las cosmovisiones de los pueblos originarios del continente, desde una visión sistémica, como una propuesta alternativa al modelo de desarrollo capitalista. El artículo se estructura de la siguiente manera: en un primer título se exponen las cosmovisiones de los pueblos del AbyaYala (nombre con que se conoce al continente que hoy se nombra América), en un segundo título se comparten los sentipensares sobre el Buen Vivir, en un tercer título las características que se visualizan para este modelo de sociedad y posteriormente se desarrollan algunos de los escenarios donde se da visibilidad al Buen Vivir: agricultura, salud, economía y educación. Por último, se plantean los desafíos.

Cosmovisiones de los pueblos del AbyaYala

En cada una de las culturas se produce una cosmogonía producto de la relación de las personas con la naturaleza. Es la forma en que los seres humanos representan el origen del mundo, su lugar en el cosmos, su concepción del universo, el sentido del transcurrir humano que va creando una imagen del mundo que una sociedad se da a sí misma resultante de

los saberes más variados, del ‘cosmocimiento’, tradiciones e intuiciones. El ‘cosmocimiento’ es una palabra propuesta en la 3ra. Cumbre Continental de los Pueblos Originarios de Abya Yala⁶ y hace referencia a que no es solamente el conocimiento del ser humano, que en la cultura antropocéntrica se asocia a poder y prestigio social, sino al conocimiento de todos los seres visibles e invisibles, orgánicos y no orgánicos, tangibles e intangibles⁷.

Las sabidurías ancestrales, desde la profundidad de las cosmovisiones de los pueblos que desde siempre habitaron nuestra Abya Yala, nos recuerdan que hay otras maneras de sentir y vivir la vida, que pertenecemos a una fuerza superior a nosotras/os, que al mismo tiempo nos constituye.

Desde ellas surge esta concepción de Buen Vivir, que para el Movimiento Mundial por la Salud de los Pueblos tiene la fuerza de la práctica y de la vivencia cotidiana de los pueblos indígenas, de campesinos y de otros colectivos que vienen trabajando en la construcción del paradigma biocéntrico.

A esta otra manera de concebir la vida y de vivirla, quichuas, quechuas y aymaras, en Ecuador y Bolivia, lo nombran como Buen Vivir, sumakkawsay, suma qamaña. Desde algunos idiomas mayas, el Buen Vivir se traduce en expresiones como ütz.’k.’aslemal, raxnaqil, ralch.’och’^{7,8}.

Desde el pueblo mbyaguaraní es eltekóporá en elyvmara’ey, la prodigiosa tierra sin mal, desde el pueblo wichi, la buena voluntad wichi, desde el pueblo nahuat, tinemisujsulyek, desde el pueblo-nación mapuche kümemongen, t’banilchunclal, buena vida para el pueblo maya mam^{9,10}.

Como integrantes del MSP-LA tenemos el convencimiento de que el Buen Vivir, el Vivir Bien es el camino para salir de este sistema depredador. Es la única alternativa al modelo capitalista colonial, a la modernidad, al desarrollo y al extractivismo.

El buen vivir milenario puede salvar el planeta, las cosmovisiones emancipadoras de los pueblos originarios se revitalizan, se reconstituyen y pueden ser la base de los

proyectos políticos de los pueblos luego de 521 años de resistencia. Vamos hacia la libre autodeterminación y autonomía de los pueblos y en este camino desde nuestro Movimiento buscamos aportar para construir la Soberanía de la Salud de nuestros pueblos².

En los últimos años el Buen Vivir se ha presentado como una importante corriente de reflexión en América Latina¹¹. Implica un cambio profundo en el modelo civilizatorio actual.

Sentipensares sobre el Buen Vivir

¿Qué es el Buen Vivir, el vivir bien, el sumakkawsay, la tierra sin males?

En esta parte del artículo, recuperamos el término sentipensar a partir de una concepción holística, entendido como el proceso mediante el cual se trabaja conjuntamente el pensamiento y el sentimiento¹². Es el sentipensamiento reconstituido de los pueblos del Abya Yalá de diversas construcciones de los movimientos sociales en su camino de resistencia y esperanza⁷.

Del idioma kichwi o runa shimi: Sumak: plenitud, completo, realizado, belleza, excelencia. Kawsay: vida, existencia, convivencia. Vida o existencia plena o plenitud de vida.

Ali o Allí: bueno. Allí kawsay: bien vivir o buen vivir, se entiende una vida social, material y ética en el ámbito humano¹³.

Sumakkawsay trasciende el allí kawsay o buen vivir por su carácter ético, estético, cosmológico, holístico. Es una forma de existencia plena, equilibrada, modesta, armónica, que se alcanza colectivamente en base al cultivo de las relaciones de reciprocidad con todos los seres vivos¹³.

El Buen Vivir, es un proyecto político de vida; es el proceso de satisfacción y bienestar colectivo para potenciar la vida en equilibrio de la madre naturaleza y el cosmos para lograr la armonía⁷.

El Buen Vivir es otra manera de concebir la vida y de vivir la. Es una manera diferente

de experimentar la existencia. Esta manera de pararse frente a la vida es profundamente ecológica, espiritual, política y económica.

Es la idea de vivir en plenitud; de vivir mejor con lo necesario; de disfrutar de una vida más simple, del placer de la convivencia con todo lo que posibilita la vida; de buscar la autonomía y heteronomía como práctica de libertad, es concretar el sueño de hacer juntas y juntos el vivir en relación con el todo.

Es integrar el pensar, el sentir y el accionar en el vivir. El Buen Vivir propone la vida en armonía de todos los seres y elementos de la naturaleza. Parte de la concepción que todas las personas somos naturaleza y que somos interdependientes unas con otras, que existimos a partir del otro/a, que todo está interconectado, interrelacionado y es complementario.

El respeto por todo lo que hace posible la vida, es entonces saber vivir y saber convivir.

El Buen Vivir promueve la cosmoconvivencia y la complementariedad, la libertad y derechos de la naturaleza, la libre determinación de las personas y los pueblos, de las identidades, de los cuerpos, sexualidades y territorios; es colectivo y propicia el cuidado de la vida y el placer, los amores, la alegría y las distintas maneras de expresarlo, así como el cosmocimiento sentipensante⁷.

Buscar esa armonía no implica desconocer los conflictos sociales y las diferencias sociales y económicas, ni tampoco negar que estamos en un orden hegemónico, el capitalista, y bajo un modelo antropocéntrico. Implica reconocer que dentro del capitalismo no hay lugar para la vida, no hay lugar para los sueños, solo

queda la certeza de la acumulación en pocas manos, de la muerte y el exterminio de todas las manifestaciones de vida.

Desde este paradigma biocéntrico construimos colectivamente una nueva forma de vida y generamos otros mundos posibles. Se nos abre la posibilidad de crear, de pensar con esperanza, de sentir y experimentar que podemos dar repuestas ante la crisis de la existencia.

El Buen Vivir, el vivir bien es mucho más que un modelo intelectual, y que una propuesta académica-política. Su fuerza radica en que es una práctica de vida que implica la posibilidad de aprender de realidades, experiencias, prácticas y valores presentes en muchos lugares, escurriéndose triunfal a través de las grietas de esta civilización capitalista¹¹.

Desestabiliza y subvierte el orden patriarcal, colonial y capitalista en que nos hemos socializado. Es un cuestionamiento radical a las formas de dominación, sometimiento, control, despojo y violencia.

La práctica de esta concepción conlleva el desafío permanente del ejercicio –en la vida cotidiana de las personas, instituciones y organizaciones– de la descolonización y despatriarcalización, democratizando todos los espacios posibles donde transcurre la vida, así como la liberación de las distintas opresiones, de manera que se logre la justicia a favor de los pueblos, las mujeres y la madre tierra¹¹.

Para una mayor comprensión sintetizamos y compartimos en el *cuadro 1* algunas de las características inherentes a esta propuesta^{7,14}.

Cuadro 1. Características del Buen Vivir

| | |
|--------------|---|
| Integralidad | Compleja red entre todos los seres, sus relaciones, interconexiones e interdependencias. Se concibe la existencia como un todo en equilibrio. A esta relación estrecha entre todos los seres, fenómenos, ámbitos, aspectos se la denomina cosmoconvivencia. |
| Colectividad | Se reconoce la vida en todo lo que existe en el cosmos. Todos los seres tienen, entre sí la responsabilidad del cuidado de la vida. Busca la vivencia en comunidad. Significa asumir la individualidad, la libertad, el compromiso por la plenitud de todo lo que genera vida. Implica construcción de objetivos y metas comunes, considerando los intereses y necesidades de quienes lo constituyen. |

Cuadro 1. (cont.)

| | |
|--|--|
| Complementariedad | En la vida todo es complementario, las partes diversas hacen posible entender la complementariedad, todos/as y todo tienen un complemento. La complementariedad evita la competencia, es la ayuda mutua y permanente en la comunidad. Los mundos humanos o sociales se complementan con el mundo natural o material y el mundo espiritual donde caben o existen las deidades o energías. Estos mundos a la vez son interdependientes entre sí. Somos seres completos, tenemos nuestra contraparte en nosotros/as mismos/as. |
| Libertad y derechos de la madre naturaleza | La madre naturaleza tiene y da vida de manera permanente de acuerdo con sus ciclos vitales y la vida humana está en equilibrio y armonía con ella. Desde esta concepción, la acción humana no daña, no provoca la destrucción del cosmos, la tierra y los seres que cohabitamos. Entendemos a la naturaleza como sujeto de derechos y no simplemente como objeto de propiedad. |
| Autonomías de las personas y los pueblos | Implica la posibilidad y capacidad de ejercer la libre determinación sobre los cuerpos, vidas y territorios que posibiliten la plenitud de la Vida. Es la forma de organización independiente que garantiza la existencia, la satisfacción de las necesidades comunes, en la búsqueda del equilibrio, a través del cuidado y reproducción de la vida. Busca caminos para procurar la plenitud y la realización individual en la construcción de comunidades sanas y armónicas. Promueve la autodeterminación, la cosmoconvivencia, el cosmocimiento, la reciprocidad y el cuidado. |
| Aceptación por las diferencias | Postula el respeto. Cada cultura o región tiene una forma diferente de sentir y hacer según su cosmovisión. Para vivir bien y en armonía es necesario respetar esas diferencias. Busca soluciones a partir de lo diverso, no de lo único. |
| Equilibrio con la naturaleza | Cuida la red de la vida a partir de los acuerdos con la madre naturaleza, el equilibrio y la colectividad. Llevar una vida de equilibrio con todos los seres dentro de una comunidad. Lo más importante es la vida y la armonía. Vivir sencillamente, en una sociedad equitativa e inclusiva. |
| Defiende la identidad | Valora y recupera la identidad personal y de los pueblos. La identidad implica disfrutar plenamente una vida basada en valores que han sido legados por las familias y comunidades que vivieron en armonía con la naturaleza y el cosmos. |
| Promoción del placer, la alegría y las distintas maneras de expresarlo | Propicia espacios y tiempos para compartir el juego, el gozo del intercambio, la danza, la creatividad en todos los espacios de la vida. Le da una especial importancia a la celebración de cada momento de la vida de las personas y de las comunidades. Festivo, celebrativo, alegre, agradecido. |
| Construcción colectiva del conocimiento | No se concibe como la tarea de un grupo de especialistas, sino que es parte de un compartir colectivo que va constituyendo a los sujetos en sí, como actores, creadores y diseñadores. Al construir conocimientos partimos de saberes previos, que nacieron de prácticas existentes en nuestros pueblos. En este caminar colectivo, el trabajo y la producción se enriquece desde las tantas miradas que completan, critican, problematizan una perspectiva individual. |

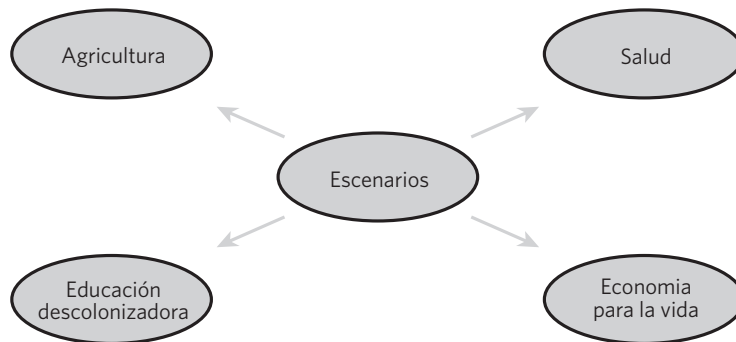
Fuente: Marin Rosas S, Bobatto M¹.

Escenarios donde se da visibilidad al Buen Vivir

El paradigma científico fragmentario mecanicista, ha llegado a su ocaso y ha quedado absolutamente obsoleto, debe dar lugar a un nuevo paradigma científico de visión sistémica que analiza y entiende a la vida, la naturaleza y el cosmos como una totalidad integrada, en que

todo está interconectado. Esta es una visión con profundas implicaciones no sólo para la ciencia y la filosofía, sino también para la educación, la ecología, la economía, la sanidad y la vida cotidiana. En este apartado presentamos algunos de los escenarios donde podemos visibilizar esta propuesta: agricultura, salud, educación y economía para la vida (*figura 1*).

Figura 1. Escenarios del Buen Vivir



Fuente: Marin Rosas S, Bobatto M¹.

Agricultura

Mantener durante miles de años la biodiversidad agrícola ha sido uno de los factores que permitió a los/as agricultores/as de todo el mundo asegurar su independencia productiva y la soberanía alimentaria de sus comunidades¹⁵.

La sociedad industrial, capitalista, se apropió del germoplasma a través del uso de patentes, registros de variedades y otras violaciones ‘legales’ a los derechos de los pueblos. Desde la revolución verde se impuso la producción agrícola industrial como único camino para salvar del hambre al mundo. Esto llevó a que los/as agricultores/as reemplacen sus semillas tradicionales por las variedades mejoradas (híbridos, organismos genéticamente modificados, clones, etc.) altamente dependientes de insumos industriales (herbicidas, insecticidas, fertilizantes sintéticos, maquinarias pesadas).

En este contexto surge como reacción a este modelo productivo hegemónico el concepto de la agroecología, con especial fuerza en Latinoamérica, como un nuevo enfoque y paradigma de las ciencias agrarias que pretende aportar estrategias y criterios para el diseño, manejo y evaluación de agroecosistemas sustentables.

La propuesta del Buen Vivir propicia la producción basada en conceptos de agroecología, ya que ésta conserva los bienes naturales elementales de la producción de alimentos tales como el suelo, agua y biodiversidad. Estas acciones se basan en el respeto a las comunidades rurales (quienes aportan el material genético mejor adaptado a las condiciones locales) y a los principios éticos y humanos en la realización de estas actividades. Reincorpora la agricultura a las comunidades, valora y dignifica el trabajo campesino y recupera las formas de vivencia en comunidad. Propone la no dependencia de insumos externos, eliminando la utilización de agrotóxicos, protege y guarda las semillas nativas y criollas para que en un futuro se evite el uso de productos transgénicos.

La agroecología es una nueva ciencia en construcción, un paradigma de cuyos principios y bases epistemológicas nace la convicción de que es posible reorientar el curso alterado de procesos de uso y de manejo de recursos naturales, de forma a ampliar la inclusión social, reducir los daños ambientales y fortalecer la soberanía alimentaria. Surge como un nuevo enfoque, más amplio, que reemplaza la concepción puramente técnica por una que incorpora la relación entre la agricultura y el ambiente

global y las dimensiones sociales, económicas, políticas y culturales. Y posee, sobre todo, un

gran componente ético (*cuadro 2*)¹⁶.

Cuadro 2. Enfoques productivista y agroecológico

| Enfoque productivista | Enfoque agroecológico |
|--|---|
| Agricultura Intensiva -Visión reduccionista -Hay un solo tipo de agricultura -La ética: un valor difuso -Falta de una óptica sistémica -Importancia de los componentes -Reconoce sólo el conocimiento científico -Lo local es poco importante -Énfasis en el rendimiento de pocos cultivos rentables -Uso exclusivo del territorio -No incorpora el costo ambiental -Minimiza aspectos socioculturales -Principalmente basada en tecnologías de insumos - Lo científico genera la tecnología -Considera a la biodiversidad principalmente como fuente de genes | Agricultura Sustentable -Enfoque holístico -Existen varios modos de hacer agricultura -La ética: un valor fundamental -Empleo de una óptica sistémica -Importancia a las interrelaciones entre los componentes de los agro- ecosistemas -Reconoce el conocimiento científico y otros. Concepto pluriepistemológico -Lo local es importante -Énfasis en el agro ecosistema y ecosistemas relacionados -Uso múltiple del territorio -Incorporación del costo ambiental -Revaloriza aspectos socioculturales -Principalmente basada en tecnologías de procesos -Participación del agricultor en la generación de tecnología -Reconoce la importancia de la biodiversidad como forma de cultivo y soporte de vida, además de fuente de genes. |

Fuente: Elaborado a partir de Sarandon & Flores, 2014¹⁶.

Hoy más que nunca es necesario recuperar y mantener la enorme riqueza de la biodiversidad agrícola y alimentaria, reconociendo los derechos de los campesinos, indígenas y agricultores a la tierra, al territorio, al agua y a los recursos naturales, para construir un nuevo modelo de agricultura y desarrollo rural.

Salud

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental, es el derecho a vivir en plenitud. Desde el Buen Vivir, desde este paradigma biocéntrico, construimos nuevos conceptos de salud que tiene que ver con la 'salud de los ecosistemas', la 'salud en manos de la comunidad', la 'salud integral'. La salud como un proceso vital, integrador de nuestro ser con el Todo¹⁷.

Desde ese punto de vista, la enfermedad, no es lo contrario a la salud, sino que

hace parte del devenir vital y se la considera como un proceso autoorganizativo en un ser humano dado. La salud como la enfermedad son parte de un proceso teleológico, vital, cibernético, autoecoorganizativo y por lo tanto autoecocontrolado^{18,19}.

Desde esta nueva propuesta es necesario pensar y transitar nuevas maneras de resignificar la salud y la salud pública, comprendiendo a esta última como salud del pueblo.

Además, es necesario establecer un diálogo desde la transdisciplinariedad, donde estén presentes los distintos saberes y prácticas, donde se promueva la incorporación de las diferentes prácticas ancestrales de salud de cada uno de los pueblos. Es necesario fomentar otras prácticas saludables que tengan que ver con la medicina natural, la utilización de las plantas, semillas, flores, alimentación saludable, masajes, diferentes rituales, respetando cada manera de sanar de los pueblos^{20,21}.

Es necesario advertir que hay prácticas milenarias utilizadas por el sistema intercultural neoliberal, marco desde donde se piratea el conocimiento ancestral milenario para mercantilizarlo. Debe haber un alto a esta barbarie y poner en su lugar a las prácticas milenarias para el Buen Vivir de los pueblos.

Integrar estas prácticas milenarias con las provenientes de otras medicinas de modo que se complementen en beneficio de las personas y sus ambientes. Características contrastantes de la Salud desde el antropocentrismo y en el paradigma biocéntrico son presentadas en el *cuadro 3*.

Cuadro 3. La Salud desde el antropocentrismo y en el paradigma biocéntrico

| La Salud desde el Antropocentrismo | La Salud en el Paradigma biocéntrico |
|------------------------------------|--|
| Problema Médico | Asunto Vital |
| Modelo de normalidad | Proceso de aprendizaje permanente |
| Expropiación del cuerpo | Conciencia de lo que somos, sabemos y podemos desde lo sistémico |
| Cosa o mercancía (cuantificable) | Salud como derecho |
| Manipulación, dominación y control | Auto-eco organización, emergencia, incertidumbre |
| Dependencia | Libertad |
| Análisis y especialización | Transdisciplinariedad |
| Homogeneización | Singularidad |
| Enfermedad como daño | Enfermedad como lenguaje vital |
| Biológico, Estático e Individual | Integral, Dinámico y Universal |

Fuente: Payan SI²².

Educación y formación descolonizadora

Cuando vemos la alarmante situación del planeta tierra, la crisis que atravesamos como humanidad y comprendemos la relación existente entre la educación, la manera en que percibimos el mundo y la manera en que actuamos, no podemos dejar de interrogarnos y replantearnos la educación vigente.

En el análisis del paradigma educativo dominante constatamos que ha sido fuertemente modelado por el paradigma científico newtoniano/cartesiano, caracterizado por su visión mecanicista, positivista, reduccionista y fragmentaria de la vida. Esta visión que ha constituido la base de la educación moderna, no solamente ha fragmentado el conocimiento, sino también al ser humano de sí mismo, al ser humano de la naturaleza colocando a este afuera y arriba como dominador.

Con diversos descubrimientos, con la

evolución de algunas ramas de las ciencias como en la física y en la biología, el paradigma científico fragmentario mecanicista, ha llegado a su ocaso dando lugar a un nuevo paradigma científico de visión sistémica que analiza y entiende a la vida, la naturaleza y el cosmos como una totalidad integrada, en la que todo está interconectado.

Pero la visión sistémica no es un descubrimiento reciente de la humanidad^{23,24}. Ella ha estado y está presente en la cosmovisión de los pueblos ancestrales de todo el planeta²⁵. Es por ello que tanto movimientos sociales como académicos reclaman la recuperación de estos saberes.

Desde la propuesta del Buen Vivir es necesario profundizar en un sistema educativo comunitario teniendo en cuenta que todas y todos enseñamos y todas y todos aprendemos. Nosotros y nosotras sabemos algo, a la vez ignoramos algo. Por eso aprendemos siempre²⁶. Desde esta concepción, la educación se inicia

en el espacio doméstico, en familia y en comunidad. Continúa en escuelas que sintonizadas con el espíritu y la filosofía de cada pueblo puedan acrecentar y valorar saberes populares y aportar desde el campo científico académico.

A la educación podemos considerarla como uno de los instrumentos más poderosos para realizar la transformación de la realidad, por ello uno de los desafíos más difíciles será el de modificar nuestro pensamiento de manera que enfrente la complejidad creciente, la rapidez de los cambios y lo imprevisible que caracterizan nuestro mundo. Debemos reconsiderar la organización del conocimiento, derribar las barreras tradicionales entre las disciplinas y concebir la manera de volver a unir lo que hasta ahora ha estado separado.

Debemos asumir al Buen Vivir, el Vivir Bien como una categoría en permanente construcción, reproducción y retroalimentación. El reto es cómo aprovechar todos los conocimientos disponibles. No podemos cerrarnos a los avances de la ciencia, especialmente la cuántica y la relativista, desde este paradigma, surgen conceptos como complejidad y pensamiento sistémico. La ciencia va al encuentro de la sabiduría de los pueblos ancestrales y logra ver parte de lo que ya se sabía, para descubrir que no hay que dividir la vida para entenderla porque si la fraccionamos deja de ser vida^{23,24,27}.

Economía para la vida

El modelo capitalista tiene en su esencia una economía basada en la maximización de las ganancias, en la lógica del lucro y la acumulación. Ser más implica tener más. En cambio en el Buen Vivir tiene a la reciprocidad como valor básico de la economía. Es una economía distinta, una economía social y solidaria, diferente a la caracterizada por una supuesta libre competencia, que alimenta la especulación financiera. Es una economía que tiene que reencontrarse con la naturaleza, para mantenerla y no para destruirla; en definitiva, para retornar a su valor de uso y no al valor de cambio²⁸.

Se necesita un proceso paulatino de desmercantilización de las actividades humanas, fundado en tres pilares básicos: reciprocidad, redistribución, y redimensionamiento del mercado²⁹.

La reciprocidad plantea varios elementos de interés para avanzar en la desmercantilización en la medida en que se trata de un tipo de relación social que puede contribuir a la cohesión social y al aumento de la confianza mutua, favoreciendo de esa forma una mayor equidad, así como el desarrollo de capacidades colectivas. También favorece la democracia y la participación, incrementando la capacidad de decisión de las personas y su empoderamiento. Del mismo modo puede dar cabida a múltiples tareas asociadas a los cuidados y a la esfera reproductiva, favoreciendo la equidad de género siempre, eso sí, que no implique que tareas que hoy en día se han mercantilizado vuelvan a ser responsabilidad única de las mujeres²⁹.

La redistribución constituye la segunda de las propuestas que pueden vertebrar una estrategia de desmercantilización para el Buen Vivir. Frente a las relaciones basadas únicamente en el mercado y en la necesidad de que las personas deban afrontar individualmente sus problemas independientemente de su condición, la redistribución favorece una mayor equidad y cohesión social, contribuyendo también a la confianza mutua y al incremento del bienestar colectivo. En esa misma línea, la apuesta por elementos de redistribución frente a la lógica del mercado contribuye a la idea del bien común frente a la del interés individual, al tiempo que obliga a profundizar y consensuar democráticamente los objetivos cambiantes sobre los que basar la redistribución. Además, la redistribución como elemento de relación social puede contribuir a la eficiencia social y ecológica, mediante la provisión de servicios públicos sostenibles no necesariamente rentables en términos estrictamente de negocio.

Es preciso considerar también las posibilidades existentes en el propio ámbito del intercambio de mercado. Se trata de propuestas que irían en la línea de un redimensionamiento del mercado y de una reconsideración del

papel que el mismo juega y debe jugar en la sociedad, con el objetivo de transitar desde una sociedad de mercado hacia una sociedad con mercados²⁹.

Debe plantearse la necesidad de limitar la escala de los mercados, favoreciendo el funcionamiento de mercados locales, en pro de una mayor cohesión interna desde la perspectiva de la rentabilidad social y del medio plazo. Además, es preciso generar una institucionalidad a diferentes escalas capaz de limitar los abusos que casi necesariamente se generan en el funcionamiento del mercado, estableciendo una clara regulación del mismo para hacer que funcione al servicio de la sociedad.

Es evidente que se trata de retos complejos que requieren iniciativas y esfuerzos capaces de superar las dificultades existentes en las sociedades actuales. Sin embargo, existen hoy en día experiencias diversas para estudiar y analizar, las cuales pueden representar el germen de alternativas para una descentralización y democratización de los mercados que podrían favorecer una paulatina desmercantilización de la sociedad, y que surgen como respuesta a la crisis generada por el paradigma económico reinante. En este ámbito se sitúan distintas prácticas sociales que, aun dentro de la esfera del mercado, apuestan por un redimensionamiento y una reorientación hacia una economía socialmente justa y sostenible. Entre ellas pueden citarse las iniciativas que son ejemplo de estas nuevas economías: la economía colaborativa³⁰, la economía a escasa humana^{31,32}, la economía del bien común³³, la economía civil³⁴, y como ejemplo de actividades que generan una nueva economía: la producción entre pares, el cooperativismo comunitario, movimiento de consumo responsable, el de bienes comunes, instituciones microfinancieras, la banca ética, las ferias francas, mercados alternativos, etc.

El Buen Vivir pretende construir comunidades y sociedades en las que lo individual y lo colectivo vivan en complementariedad entre sí y en armonía con la naturaleza, y en las que la racionalidad económica se reconcilie con la

ética y el sentido común. Constituye un paso cualitativo importante al pasar del desarrollo sustentable y sus múltiples sinónimos, a una visión diferente, más rica en contenidos y más compleja. No es una alternativa de desarrollo: es una alternativa al desarrollo⁷.

Desafíos

El gran desafío que tenemos es, sin duda, encontrar una manera de desarrollarnos que no genere desequilibrios naturales y sociales y que a su vez respete nuestra salud y la de la madre tierra, desafío que nos urge resolver considerando que cada vez somos más cantidad de seres humanos en el planeta y que los niveles de contaminación, enfermedades, diferencias sociales y destrucción aumentan exponencialmente.

Otro de los desafíos es seguir profundizando este proceso donde la tarea es descolonizadora y despatriarcalizadora. Poner énfasis en la descolonización intelectual para poco a poco descolonizar la economía, la política, la educación, la sociedad⁷.

Además, es necesario hacer realidad los derechos de la naturaleza; que significan alentar políticamente su paso de objeto a sujeto, como parte de un proceso centenario de ampliación de los sujetos del derecho. Lo central de los derechos de la naturaleza es rescatar el derecho a la existencia de los propios seres humanos.

Los derechos de la naturaleza necesitan, y a la vez originan, otro tipo de definición de ciudadanía, que es necesario construir en lo social pero también en lo ambiental. El concepto original de ciudadanía propone al individuo independiente y aislado de su contexto social. Las libertades individuales con que nos seduce el sistema patriarcal-capitalista-mercantil niegan el entramado social humano, la necesidad que tenemos unos de otros, nuestro ser colectivo, el nosotros en lugar del yo. Proponemos profundizar en el concepto de ciudadanía, que defiende y cuida la vida colectivamente, creando vínculos sociales

inspirados en la matrística, dejando de lado el de ciudadanía, por obsoleto e individualista. La matrística es una cultura donde el centro es la cooperación, la participación, el cuidado, la atención, la alegría³⁵.

En ese sentido, la construcción del Buen Vivir, puede ser útil para encontrar incluso respuestas globales a los retos que tiene que enfrentar la humanidad.

El sumakkawsay o Buen Vivir o vivir bien en tanto cultura de la vida en plenitud, con diversos nombres y variedades, ha sido conocido y practicado en diferentes períodos en las diferentes regiones de la madre tierra. Este concepto no solo tiene un anclaje histórico en el mundo indígena; se puede sustentar también en otros principios filosóficos: ecológicos, feministas, cooperativistas, marxistas, humanistas. Por lo tanto, es necesario asumir el reto de construir esta utopía en otros lugares del planeta inclusive en los países industrializados.

Es importante fortalecer los espacios locales, y ayudar a que esos grupos que han manejado durante mucho tiempo una forma diferente de relación con el entorno puedan hacerse cada vez más fuertes. Pero al mismo tiempo hay que construir respuestas globales; por ejemplo, para desarmar las instituciones y prácticas que alientan la especulación financiera, debemos impedir que la humanidad incursione en una pesadilla tecnológica totalitaria. Para lograrlo requerimos otros niveles de organización plural de las sociedades

mundiales, desde donde se podrá plantear con mayor claridad y profundidad soluciones globales. Y en ese campo el Buen Vivir o los buenos convivir es son también una propuesta para toda la humanidad. Humanidad descolonizada, reconstituida, descodificada de dominación que sienta un ser cosmogónico y no antropocéntrico.

Colaboradores

Bobatto MB (0000-0002-2853-1642)* contribuyó en la concepción, planificación, análisis e interpretación de datos, en la elaboración del borrador, revisión crítica del contenido y en la aprobación de la versión final del manuscrito. Contribuyó específicamente sobre la temática de salud y de economía. Segovia G (0000-0002-2864-2086)* contribuyó en la concepción, planificación, análisis e interpretación de datos, en la elaboración del borrador, revisión crítica del contenido y en la aprobación de la versión final del manuscrito. Contribuyó específicamente sobre la temática de Agroecología. Rosas SM (0000-0003-0086-950X)* contribuyó en la concepción, planificación, análisis e interpretación de datos, en la elaboración del borrador, revisión crítica del contenido y en la aprobación de la versión final del manuscrito. Contribuyó específicamente sobre la temática de Educación. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referencias

1. Marin Rosas S, Bobatto M. Aproximaciones al Buen Vivir, Sumak Kawsay, Sumajqamaña, Ûtz.' K.'aslemal, Lekilkujlejal, Kümemongen, Yvyymará'ey -La tier-rasin Males-, Vida en Plenitud, TinemisujsulYek, T'banilchunclal. [internet]. Cuenca: Equipo comunicándonos; MSP; 2017. [acceso en 2019 mayo 20]. Disponible en: <http://idepsalud.org/wp-content/uploads/2018/01/APROXIMACIONES-AL-BUEN-VIVIR.pdf>.
2. Movimiento por la Salud de los Pueblos Latinoamérica. Declaración I Asamblea Movimiento Mundial de Salud de los Pueblos de Latinoamérica y el Caribe [internet]. Cuenca: Movimiento por la Salud de los Pueblos Latinoamérica; 2013. [acceso en 2019 mayo 20]. Disponible en: https://docs.wixstatic.com/ugd/c9a1dc_f35781b0516c423b8f675c53249897a1.pdf.
3. Boff L. Ecología: grito de la Tierra, grito de los pobres. Buenos Aires: Editorial Lumen; 1996.
4. Capra F. El Punto Crucial. Buenos Aires: Editorial Troquel; 1999.
5. Quintero P, organizador. Crisis civilizatoria, Desarrollo y Buen Vivir. Buenos Aires: Del Signo; 2016. Colección El Desprendimiento.
6. 3º Cumbre Continental de los Pueblos Originarios de Abya Yala; 26-30 mar. 2007; Iximche (Guatemala); 2007 (internet). [acceso en 2019 ene 21]. Disponible en: http://www.cumbrecontinentalindigena.org/iximche_conclusiones.php.
7. Cochoy Alva MF, YacNoj PC, Yaxón I, et al. 'ilajKaslemal - El Raxnaquil Kaslemal -El Buen Vivir de los Pueblos de Guatemala- Guatemala: Edición PNUD; 2014.
8. Bretón V, Cortéz D, García F. En busca del Sumak Kawsay. Rev. Iconos. Cs. Sociales. 2014; (48):9-24.
9. Mampaey M. Salud y cosmovisión reproductiva en la cultura Mbya Guarani. Buenos Aires: Tierra adentro ediciones; 2011.
10. Palmer J H. La Buena Voluntad Wichi – Una espiritualidad indígena. Buenos Aires: Editorial Grupo de trabajo Ruta 81; 2005.
11. Gudynas E. Debates sobre el desarrollo y sus alternativas en América Latina: una breve guía eterodoxa. En: Lang M, Mokrani D, editores. Más allá del desarrollo, grupo permanente de trabajo como alternativas al desarrollo, fundación Rosa Luxemburgo y AbyaYala. Quito: El Conejo; 2011b.
12. Torre S, Moraes MC. Fundamentos y estrategias para reencantar la educación. Archidona: Editorial Aljibe; 2005.
13. Maldonado RL. El SumakKawsay como alternativa al desarrollo Módulo didáctico N°4. Ecuador: Escuela de gobierno y políticas públicas para las nacionalidades y pueblos del Ecuador; 2010.
14. Choquehuanca D. 25 Postulados para entender el-Buen Vivir, VivirBien. Revista tierra y libertad [internet]. Tierra y Libertad. 2010 feb 3. [acceso en 2019 abr 10]. Disponible en: <http://indigenaslibertarios.blogcindario.com/2010/02/00055-25-postulados-para-entender-el-vivir-bien-entrevista-con-david-choquehuanca-bolivia.html>.
15. Segovia G. Sustentabilidad y agroecología. Posadas Argentina: UNAM Facultad de Humanidades y Cs. Sociales; 2007.
16. Sarandon S, Flores C. Agroecología: bases teóricas para el diseño y manejo de agrosistemas sustentables. Buenos Aires: UNP; 2014.
17. Monsalvo J. Salud de los ecosistemas: un pensamiento articulador [internet]. Alta alegremia. 2013 ago 5. [acceso en 2019 ago 5]. Disponible en: http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/salud_ecosistemas_pensamiento_articulador.html.
18. Payan de la Roche JC. Lánzate al vacío, se extenderán tus alas. Diálogos sobre sociedad, salud y libertad. Bogotá: McGraw Hill; 2000.

19. Payan de la Roche JC. Aproximaciones al concepto de la salud desde una mirada alternativa [internet]. Barcelona: Terapia Neural; 2002. Disponible en: <http://www.terapianeural.com/publicaciones/14-articulos-y-publicaciones/del-concepto/103-aproximaciones-al-concepto-de-salud-desde-una-mirada-alternativa>.
20. Marin S, Marcus A. Principios fundamentales de la Red Jarilla de Plantas Saludables de la Patagonia. Buenos Aires: Ediciones de la Bruja; 2011.
21. Sarandón S, Bobatto M, Segovia G. Experiencias de la agroecología en Misiones. Breve historia de la agroecología en la argentina: orígenes, evolución y perspectivas futuras. *Agroecología*. 2015; 10(2):93-102.
22. Payan SI. Dimensiones y escenarios de los paradigmas. Cuad. Emancipación [internet]. 2009 [acceso en 2019 mar 3]; (4):1-15. Disponible en: http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Cuadernillo_N_L_-_Paradigmas.html.
23. Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa; 1990.
24. Morin E. Los 7 saberes necesarios para la Educación del Futuro. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 2011.
25. Medina MP. Pedagogías Insumisas – Movimientos político-pedagógicos y memorias colectivas de educaciones otras en A. Latina. México: Juan Pablos Editor; 2015.
26. Freire P. Pedagogía del oprimido. Buenos Aires: Editorial S.XXI; 2015.
27. Steiner R. Fundamentos de la Antroposofía. La educación del niño desde la Antroposofía. Buenos Aires: Editorial Antroposófica; 2017.
28. Unceta K, Acosta A, Martínez E. Desarrollo, postcrecimiento y Buen Vivir – Debates e interrogantes. Quito: Ediciones Abya Yala; 2014.
29. Acosta A. Sólo imaginando otros mundos, se cambiará éste. Reflexiones sobre el Buen Vivir. UNAD [internet]. 2010 [acceso en 2019 mar 10]; 2(1):10-17. Disponible en: https://issuu.com/ris_2009_viregional/docs/sustentabilidades-02.
30. Alfonso R. Economía colaborativa, un nuevo mercado para la economía social. *Rev. Econ. Púb. Soc. Cooperativa*. 2016; (88):231-258.
31. Ballesteros C. Economía a escala humana. Una aproximación a los valores de la economía solidaria desde las ideas de max-neef. *Rev. Nuevas Tend. Antrop.* 2010; (1):89-107.
32. Max NMA. Desarrollo a escala humana. Barcelona: Icaria; 1994.
33. Felber C. La economía del bien común. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2014.
34. Calvo P. Economía civil desde una ética de la razón cordial. *Rev. Econ. Púb. Soc. Cooperativa*. 2013; (79):115-143.
35. Maturana H, Pörrksen RB. Del Ser al Hacer. Los orígenes de la biología del conocer. Bogotá, DC: Lom Ediciones; 2004.

Recibido el 01/05/2019
 Aprobado el 03/11/2019
 Conflicto de intereses: inexistente
 Apoyo financiero: no hubo

Resisting privatization and marketization of health care: People's Health Movement's experiences from India, Philippines and Europe

Resistindo à privatização e à comercialização dos cuidados de saúde: experiências do Movimento pela Saúde dos Povos na Índia, nas Filipinas e na Europa

Sulakshana Nandi^{1,2}, Ana Vračar^{2,3}, Chhaya Pachauli^{2,4}

DOI: 10.1590/0103-11042020S103

ABSTRACT For the last three decades, healthcare systems have been under pressure to adapt to a neoliberal world and incorporate market principles. The introduction of market-based instruments, increasing competition among health care providers, introducing publicly -funded private sector provisioning of healthcare through health insurance financing systems to replace public provisioning of health care, promoting individual responsibility for health and finally, the introduction of market relations through privatization, deregulation and decentralization of health care have been some common elements seen globally. These reforms, undertaken under the guise of increasing efficiency and quality through competition and choice, have in fact harmed the physical, emotional and mental health of communities around the world and also contributed to a significant rise in inequities in health and healthcare access. They have weakened the public healthcare systems of countries and led to commercialization of healthcare. This article presents three case studies of resistance, to the commercialization of health care, by the People's Health Movement (PHM) and associated networks. It aims to contribute to the understanding of the way neoliberal reforms, including those imposed under structural adjustment programmes and some promoted under the Universal Health Coverage (UHC) paradigm, have impacted country-level health systems and access of people to health care, and bring out lessons from the resistance against these reforms.

KEYWORDS Healthcare systems. Health services. Privatization. Political activism. Private sector.

RESUMO Durante as últimas três décadas, os sistemas de saúde têm estado sob pressão para se adaptarem a um mundo neoliberal e incorporarem princípios de mercado. A introdução de instrumentos de mercado, o aumento da concorrência entre os prestadores de cuidados de saúde, a introdução de prestação de cuidados de saúde do sector privado com financiamento público através de sistemas de financiamento de seguros de saúde para substituir o fornecimento público de cuidados de saúde, a promoção da responsabilidade individual pela saúde e, finalmente, a introdução de relações de mercado através da privatização, desregulamentação e descentralização dos cuidados de saúde têm sido alguns elementos comuns vistos a nível global. Estas reformas, empreendidas sob o pretexto de aumentar a eficiência e a qualidade através da concorrência e da escolha, prejudicaram de facto a saúde física, emocional e mental das comunidades em todo o mundo e também contribuíram para um aumento significativo das desigualdades na saúde e no acesso aos cuidados de saúde. Elas enfraqueceram os sistemas públicos de saúde dos países e levaram à comercialização dos cuidados de saúde. Este artigo apresenta três estudos de caso de resistência à comercialização dos cuidados de saúde, pelo Movimento pela Saúde dos Povos (MSP) e redes associadas. Visa contribuir para a compreensão da forma como as reformas neoliberais, incluindo as impostas pelos programas de ajustamento estrutural e algumas promovidas no âmbito do paradigma da Cobertura Universal da Saúde (CUS), tiveram impacto nos sistemas de saúde dos países e no acesso das pessoas aos cuidados de saúde, e tirar lições da resistência contra estas reformas.

PALAVRAS-CHAVE Sistemas de saúde. Serviços de saúde. Privatizações. Ativismo político. Setor privado.

¹Jan Swasthya Abhiyan (JSA) - New Delhi, India. sulakshana@phmovement.org

²People's Health Movement Global (PHM) - New Delhi, India.

³People's Health Movement Europe (PHM) - New Delhi, India.

⁴Prayas Centre for Health Equity (PCHE) - New Delhi, India.



Introduction

For the last three decades, health care systems have been put under great pressure to adapt to a neoliberal world and incorporate market principles. The strengthening of neoliberal policies across the world has been associated with a systematic reduction in state's intervention in different aspects of social welfare and protection, aiming to create new markets, "liberate the enormous creative energy of the markets"¹⁽⁴⁸⁾, and foster investment.

Starting from the early 1980s, international financial institutions – mainly the International Monetary Fund (IMF) and World Bank (WB) – inspired a series of Structural Adjustment Programmes (SAPs) in Low-and-Middle-Income Countries (LMIC) that were supposed to ease the transition towards a market-driven world. Later on, particularly following the financial crisis from 2009, austerity policies similar in content were implemented in High Income Countries (HIC) in Europe and elsewhere as well.

Even though specific interventions have varied across countries, there are significant commonalities: the introduction of market-based instruments, increasing competition among health care providers, introducing publicly-funded private sector provisioning of healthcare through health insurance financing systems to replace public provisioning of health care, promoting individual responsibility for health and finally, the introduction of free market through privatization, deregulation and decentralization of health care^{2,3}. SAPs and similar austerity programs have been complemented by policies specifically aiming to "shrink the public economy in preference for private enterprise"⁴⁽⁴²⁴⁾. Unsurprisingly, cutting costs in the field of social protection did not have a beneficial impact on people's lives and has instead harmed the physical, emotional and mental health of communities around the world⁵. It has also contributed to a significant global rise in inequities, meaning that more

people are dispossessed and in need of access to health care today, compared to decades preceding SAPs implementation⁶. Moreover, when cuts were implemented in the field of the health workforce, health institutions remained understaffed and existing workers overworked, leading to an increase of health worker migration, leaving public systems to work in other countries, in the private sector, or dropping out of health professions^{7,8}.

Even though neoliberal reforms have sometimes been done through a model of 'big bang' privatization, with time the same financial institutions started calling for a more nuanced approach, allowing the private sector to gradually take over public systems e.g. through operating health services or introducing Public-Private Partnerships (PPP), as well as to benefit from the introduction of state-subsidised health insurance schemes. Additionally, by the beginning of the 1990s it was clear that SAPs have had a disastrous impact on LMICs⁹, and, in order to mitigate them, the WB, pushed their weight behind financing solutions such as 'strategic purchasing' and corporatization of public hospitals¹⁰.

The World Health Organization (WHO) implicitly supported this through its articulation of 'new universalism', which conveyed that ownership and nature of provider did not matter in the provision of health care; instead efficiency, quality, competition and provision were key¹¹. The proposed scenario envisioned the private sector playing a central role in the provisioning of services, with the government mainly playing the leadership, regulation and financing roles¹¹. This was further cemented in the World Health Report of 2000¹² through the articulation of 'strategic purchasing', which underlay the increased role of the private sector in providing publicly funded services. These ideas have been consolidated under the dominant articulations of Universal Health Coverage (UHC)^{13,14}. Many of the current privatization initiatives are being undertaken with the paradigm of 'strategic purchasing for UHC',

still under the pretext of achieving efficiency and quality by opening the door to competition (for providers) and choice (for people)¹⁴.

The attempts to privatise healthcare and alienate health care systems from the communities using them has not gone through without opposition. According to Hans-Ulrich Deppe:

A healthcare system mirrors a society. It reflects its development and its character [...] this means that the transformation of a health care system implies more than mere technical changes. Structural changes in a health-care system are in fact always the result of social and political struggles: a given system of health care has always been fought for¹⁵⁽³⁰⁾.

This article presents three case studies of resistance against commercialization of health services by the People's Health Movement (PHM) (see article about PHM by Baum, Narayan, Sanders in this issue) and associated networks and organizations. It aims to contribute to the understanding on the way neoliberal reforms, which include those under SAPs and the UHC paradigm, have historically impacted country-level health systems and access of people to health care, and to bring out lessons from the resistance to these reforms.

Methods

The article brings together three case studies, contributed by PHM circles in response to a call that was put out regarding this article. The case study from Rajasthan has been contributed by Pachauli Cand the Chhattisgarh case study by Nandi S, both of whom are from Jan Swasthya Abhiyan(JSA)/Peoples's Health Movement India. The case study on the Philippines has been contributed by the Council for Health and Development, with the support of the Alliance of Health Workers (AHW), Health Alliance for Democracy and PHM-Philippines. The section on Europe has been elaborated by

Vračar A based on recent experiences of PHM activists around Europe, who participated in local and regional campaigns. The section also relies heavily on experiences and contributions collected by European Network Against Commercialization of Health and Social Protection (European Network) and PHM-North America. Secondary literature was also reviewed. Nandi S and Vračar A are members of the Steering Council of PHM Global and Pachauli C is member of JSA Rajasthan. The authors have been involved in the campaign in their respective regions (India and Europe) and states (Rajasthan and Chhattisgarh). Ethics approval was not required as this article has been based on analysis of secondary data and personal observations.

People's Health Movement

Since it was established in 2000, PHM has channelled civil society efforts around the world, aiming to counter the marketised and commercialised vision of health care advanced through SAPs and comparable austerity programs. According to PHM,

Social movements, operating at local, regional and national levels, have played and continue to play a critical role in creating the conditions for better health and access to affordable decent health care¹⁶⁽¹⁸⁾.

Also,

Strong people's organizations and movements, struggling for more democratic, transparent and accountable decision-making processes, are fundamental to address and reverse this situation [caused by commercialization of health]¹⁶⁽¹⁶⁾.

As a network of grassroots movements and initiatives around the world, and especially from LMIC, PHM has been vocal about the negative impacts of SAPs and neoliberal

policies generally on health. While its critique of the commercialization of health and the disregard for social determination of health has been global, efforts to organise for Health for All have often taken on a more local character. These efforts have focused on a diverse set of specific issues, ranging from the general concept of commercialization of health to specific problems arising from outsourcing.

Even though resistance to commercialization of health care has taken on different forms, it has, at the same time, addressed a common thread of problems arising from the general trend of marketization of healthcare. In the following section we describe experiences in the struggle against privatization in three regions – India, South East Asia (i.e. Philippines) and Europe in order to illustrate both the concerns and issues and strategies taken up in the campaigns. It is important to mention that the three cases described are meant to be illustrative and constitute only a part of the range of ongoing campaigns and initiatives in all other regions and country circles of PHM and by associated organizations and networks.

Illustration of struggles against privatization

Case 1: India: Rajasthan and Chhattisgarh

Since India faced the onslaught of SAPs and ‘liberalization’ in the 1990s, neoliberal trends have continued to inform social policies in the country, leading to unregulated expansion of the for-profit private sector^{17,18}. In 2004, the government sought to undo the negative effects of the SAPs, initiated the National Rural Health Mission (NRHM), and increased health budgets. However, simultaneously they opened opportunities for outsourcing government health services and facilities, and increased subsidies to the private sector^{18,19}.

Privatization of healthcare services was

cemented in India’s health policy through the launch of the Publicly-Funded Health Insurance (PFHI) scheme, the Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY) in 2007 that brought in the for-profit sector to provide publicly-funded services. Despite evidence of inequity in utilization, ‘cherry picking’, and the lack of financial risk protection in the private sector^{20,21}, PFHI was expanded further in 2018 through the Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana (PMJAY) under the right-wing government’s Ayushman Bharat initiative²². Simultaneous reductions in budgets for the government health system and public health programmes have been seen over the years. Studies by JSA and others have shown that the neglect of the public health system has led to gaps and weaknesses in service provision, which was then used as a rationale to privatise or outsource these services²³. However, these initiatives faced similar problems that they were supposed to address, e.g. attrition of health personnel²³.

JSA has been opposing the described moves in many ways. At the national level, JSA has been issuing statements on various issues that are related to the neglect of public health systems or promotion of private and market-based healthcare. For instance, in 2018, JSA published materials on the budget cuts to public healthcare²⁴, against the government’s move to provide land and funds to the private sector to set up hospitals²⁵ and demanding that the government should abandon the PMJAY scheme²⁶. JSA has also been developing popular material on privatization, politics of health care and the political economy of healthcare. Policy primers on privatization, health insurance and strengthening public health systems were developed in 2018 in the run-up to the National Health Assembly, where 2000 activists from 24 states demanded health and health care as a fundamental right.

State units that constitute JSA have undertaken campaigns against outsourcing of public health facilities and services such as primary health centres (e.g. in Rajasthan, Madhya Pradesh, Karnataka and Punjab), and diagnostic and radiology services (e.g. in

Chhattisgarh). Below we narrate struggles undertaken in the states of Chhattisgarh and Rajasthan.

In December 2012 the Chhattisgarh state government started the process of outsourcing diagnostics and radiology services in 379 government health facilities. Fearing the implications for patients and the public health system, JSA Chhattisgarh launched a campaign against the outsourcing²⁷. Similarly, when in 2015, the Rajasthan government announced the outsourcing of 300 Primary Health Centres (PHC), JSA Rajasthan intervened²⁸. In both cases, JSA developed an evidence-based critiques of the PPP proposals in order to investigate ambiguities between stated goals and actual operationalization, and the possible implications for patients and the government health system.

The stated objective for outsourcing in Rajasthan was to leverage the PPP policy and use the private sector to 'improve quality' by filling gaps in the government health system, especially in 'underserved' areas. However, JSA Rajasthan found that most of the PHCs to be outsourced, were in and around urban areas. Similarly, in Chhattisgarh the outsourcing proposal emerged from the state policy on PPPs and was aimed at improving lab services in urban and in 'underserved' areas. However, the government initially received bids only for the urbanised areas and not for the more 'remote' and tribal areas, indicating that the private sector was unwilling to operate in an area that may be in more need of services, but which might not yield profits.

In both states the private agencies were to be selected through a tender, with the 'lowest bidder' getting the contract, implicating changes in cost, quality and provision for patients. In Rajasthan the PHC infrastructure was to be handed over to the private agency for a minimum of five years and the government health staff replaced by staff appointed by the private entities. In Chhattisgarh the private agency could recruit staff or sub-contract the lab. The private lab was to operate inside the

government facility, alongside the government lab, for ten years. Experiences from other states had shown that such arrangements resulted in redundancy of health staff, discontinuation of existing services and in the government facilities becoming dysfunctional.

The cost of the project to the government and to people seeking care was a major concern for JSA in both states. In Chhattisgarh payment for lab tests would be done by government on a per-test basis, and the labs would be operated as 'business centres'. This raised concerns regarding provider-induced demand and doctors prescribing irrational tests, as had been seen in other instances. In Rajasthan the government was to provide an annual budget of approximately INR 3 million per PHC (INR 1 = USD 0.014). There were provisions for the private agency to charge for additional services (in Rajasthan) and to charge non-poor and patients referred from the private sector (in Chhattisgarh). In both cases there was a concern that private agencies would have the opportunity to charge people for services that should be provided free of cost.

The campaigns against these privatization initiatives followed successful strategies used in the past. JSA Chhattisgarh forged a broader alliance with trade unions and organizations working on issues of social justice. They organised street action, rallies, a signature campaign, petitioning and advocacy with government and media, forcing Chhattisgarh government to stall the move²⁷. JSA Rajasthan too brought together civil society organizations, networks, public health experts and a large group of community members from different parts of the state for the campaign. Memorandum campaigns addressed to the Chief Minister and Health Minister, village-level protests, demonstrations, media conferences and meetings with government officials were undertaken. The 'Right to Information' Act was used to access official documents. Pamphlets in the local language outlining the issue and demands, were distributed. In both states the Ministry of Health and Family

Welfare, Government of India was petitioned to intervene, which subsequently advised the states against implementing the plans.

The Rajasthan government withdrew its initial tender as a result of the campaign, but soon issued another tender for 215 PHCs. This time JSA Rajasthan filed multiple Public Interest Litigations. Nevertheless, about 100 PHCs have been handed over to the private sector, and JSA Rajasthan has been monitoring and providing feedback to the government about their work, with the aim to revert them to public ownership.

In order to address the broader context of privatization, national and state units of JSA advocated strengthening government health systems and forgoing privatization of health care during state (2018) and national elections (2019). Many of these demands were included in the manifesto of the opposition party.

Case 2: Philippines

Privatization of health care in the Philippines can be traced to the late 1970s, when a market-driven approach to healthcare infiltrated policies around the world. The budget for healthcare was one of the biggest casualties of the SAP in the Philippines. All forms of privatization – PPPs, corporatization, user's service fee schemes, revenue enhancement program, outsourcing etc. – have been the framework of almost all health policies since the late 1970s.

These policies included attempts to relocate, corporatise or put up hospitals for sale, for them to generate their own resources through increasing user fees. Under the administration of Benigno Simenon Aquino III, privatization was undertaken through a PPP program which the Philippine Health Insurance Corporation (PHIC) framed under the slogan of UHC. Specific PPP projects included 'modernization' of the Philippine Orthopedic Hospital into a Center for Bone Diseases and Trauma and the San Lázaro Hospital into a Center for Infectious Diseases. Aquino's privatization program also entailed eliminating the

budget for Maintenance and Other Operating Expenses (MOOE) of public hospitals by 2014 and allocation for personal services by 2020.

The impacts of privatization of public healthcare have been felt by the Filipino people as costs for accessing healthcare, even in public facilities, have gone up. User fees, fees for service and revenue enhancement schemes are now part of the norm, so patients have to pay for practically everything when they go to public hospitals. For instance, the National Kidney and Transplant Institute implemented the 'No Pay, No Hook' policy which means no dialysis session will be started before a payment is made – patients undergoing dialysis have to pay P 6,000 for every treatment (PHP 1 = USD 0.02). Another example is the emergency room of the Philippine Heart Center, a Government-Owned and Controlled Corporation (GOCC) hospital that charges P 600 for the first four hours of stay and P 200 per hour for the succeeding hours. In other words, one needs to have money to access even government health services. Privatization has thus worsened the problem of inequitable access to health facilities, goods and services.

Privatization has impacted health workers too. The implementation of the Health Sector Reform Agenda and Executive Order 102 (1999) has dislodged thousands of government health workers and paved way for contractualization. The effects of this included demotion in rank and salary, loss of permanent status, optional retirement, voluntary resignation etc. At present *plantilla* (regular) positions vacated through retirement or death are permanently left unfilled. Overworked, underpaid and largely demoralised, more and more government health workers have left the country for 'greener pastures'.

There have been three waves of popular struggles against the privatization of healthcare sparked by these changes, particularly against the privatization of premier government hospitals in the Philippines.

The first wave occurred in the mid-1990s when the government's planned to

sell four government hospitals (Philippine Heart Center, Philippine Children's Medical Center, Lung Center of the Philippines and the National Kidney and Transplant Institute), phase out the Tala Leprosarium, relocate the National Center for Mental Health (NCMH) and sell the Welfareville estate. It was met with much opposition.

The Health Alliance for Democracy and other organizations came together under the umbrella of Network Opposed to Privatization (NOP) in 1997 and led the protests against government's plans. Together with other health activists, the NOP helped organize the International Conference against Privatization of Health Care in November 1998. The Alliance of Health Workers (AHW), an active member of the NOP, complemented the protest campaigns within the hospitals through the hospital employees' unions. Patients and patients' organization supported the campaign as well, leading to a halt in the government's plan.

During the second wave, beginning in 2003, the Macapagal-Arroyo administration attempted to relocate the NCMH outside Metro Manila and to sell the Welfareville land for commercial development. When the government revived the intention in 2012, it was assessed that this would lead to displacement of 2,000 health workers, 6,000 patients of the NCMH and tens of thousands residents living at the Welfareville Land.

Various organizations, including of patients and their relatives, rallied against the repeated attempts to relocate the NCMH. The NOP mobilised its members to support the health workers, patients and Welfareville residents, while AHW supported the NCMH Employees Union and rallied support from others hospital unions. As a result of the campaign, the plan was once again stopped.

Finally, during the third wave (2013-2017), the Aquino government laid down its PPP program with the 'modernization' of the POC as its centrepiece project, with Megawide Construction Corp. owned by Henry Sy being the most interested party. In 2016, the last

year of the Aquino administration, they also attempted to close down the Dr. Jose Fabella Memorial Hospital in Manila and planned to build a new facility into which the hospital would be relocated.

Both attempts were again met with strong opposition, mainly because the POC is the only public tertiary hospital for trauma and bone disease, while Fabella hospital is the only national maternal and child hospital, in the country. There were serious concerns raised as to where the poor patients and expectant mothers would go if the POC and Fabella hospital are privatised. The NOP rallied support for the issue, while AHW and tens of hospital unions supported the POC Employees Union in its fight against privatization. Two broad alliances, the 'Save the POC Movement'²⁹ and the 'Save Fabella Hospital Movement'³⁰ were formed to rally even more support against the plan to privatise the two hospitals. Religious and school institutions, business establishments in the vicinity of both hospitals were mobilised for support. Patients, their relatives, pregnant women and organizations also actively supported the campaign. Campaigning efforts were successful in this case as well: in November 2017, Megawide Construction Corp. terminated the POC Modernization Project contract with the Aquino government³¹.

One of the key strategies in all the campaigns has been organizing and developing a people's health movement that included all those affected by privatization plans, such as patients and their families, communities surrounding the affected hospitals, hospital workers and professionals, etc. Building coalitions and alliances, both local (e.g. Save POC Movement and Save Fabella Hospital Movement) and national (e.g. NOP), helped gather the unity and strength of various groups against healthcare privatization. Alliance building with hospital management, campaign and education activities at the community level were also undertaken. To dramatize opposition against privatization, various forms of protests were used, including petitions,

arm band wearing, 'sit-in' and 'die-in', protest dances, and big rallies to the Department of Health and Malacanang Palace. Social media, TV documentaries, and radio interviews were used to amplify the reach. Active advocacy and lobbying campaigns were conducted at the House of Representatives and the Senate towards legislative measure to stop the privatization of healthcare. Lobbying efforts gained the support of House Representatives in the passage of the anti-privatization bill and the formation of Legislators United for Service Oriented Government Hospitals (Lusog). NOP also filed a petition for certiorari to stop the privatization of POC.

Case 3: Europe

For decades, health systems in Europe have been seen as rooted in an idea of social solidarity. European countries have been able to address a significant part of people's health needs, protecting them from high financial burden either by financing health systems through taxes (e.g. UK following WWII), or through the Bismarck model of social funds and pooling (e.g. Germany). However, it is often forgotten that the evolution of the welfare state in Europe was interconnected with social movements pressuring governments and employers to provide a social security net for everyone. As Sengupta¹⁴⁽¹²⁾ notes:

The introduction of universal health coverage schemes in Europe and elsewhere has its roots in attempts to quell rising discontent among the working class.

For a period, the desire to maintain social peace outweighed the pressure by capital to open new markets and allow privatization of social protection institutions, but this did not mean that pushes towards commercialization of health were absent. In fact, in most countries in Europe, the private sector remained involved in provision of health care, e.g. through the production of medicines and medical technologies¹⁴.

A paradigm shift, followed by the increased representation of private providers can be tentatively timed as occurring in the 1970s. With neo-conservatives coming to power in different parts of Europe, cost-cutting measures were introduced at the national level. Subsequently austerity became (and still is) high on the European Union agenda³². This was accompanied by a push towards 'new public management' in healthcare institutions³³, on the grounds that applying private sector management practices would yield greater 'efficiency'.

Such a shift did not mean Europe switched to a private health system altogether, but it did impact how health is thought about and how healthcare is rationed for different segments of the population³². Privatization of health care in Europe comprised both direct and indirect approaches³⁴. Some health systems were first exposed to forms of privatization not completely obvious to lay observers, as in the case of the NHS in UK. There, a first move towards privatization was made through by decentralization of responsibilities and autonomization of hospitals. In Croatia, health insurance and co-payments for patients were introduced³⁵. This was not perceived as privatization of healthcare at the time, while in fact it allowed a commercialised view of healthcare to creep in. Other places faced outright privatization through outsourcing, or PPPs, as in the case of the Karolinska hospital in Sweden³⁶.

What all European countries had in common throughout this period was the reduction of access to parts of the healthcare system for many, either on the basis of introduction of financial obstacles, or reduction/termination of healthcare services in specific areas under the pretext of achieving cost-efficiency. Given the diversity of privatization initiatives in Europe, it is understandable that responses had an equally diverse character, adapting themselves to the local context. A recent project undertaken by PHM-North America has helped document some of these cases³⁷.

In England, the re-organization of NHS institutions and the drive towards outsourcing led to a community campaign for protecting a hospital in Gloucestershire from 2010 to 2012³⁸. The regional administration had pushed for transforming the local NHS hospital into a social enterprise, a move that would mean transferring staff from NHS employment to less secure employment with an autonomous non-profit organization. Activists also feared that it could lead to a subsequent taking over of the hospital by a private healthcare company. Some of the hospital workers joined forces with trade union campaigners, and began mobilizing against this plan. They distributed leaflets debunking the language and articulation used by policy makers to market privatization under the pretext of introducing a private, yet 'socially responsible' model of providing healthcare. At the same time, they pressured local politicians through the media and directly. Their efforts were successful and led to a public consultation where more than 90% of the public opted for keeping the hospital public.

A similar example occurred in Sweden starting from 2012³⁹. In this case, health activists and their neighbours organized against the closure of hospitals and wards due to austerity policies. In January 2012, the county council of Västerbotten closed a cottage hospital providing primary and emergency care in the town of Dorotea. As a result, patients faced a two-hour drive to get basic healthcare, so townspeople physically took over the building. The local government tried to suppress the action by imposing surveillance on the protesters, at the same time trying to reduce the possibility of a referendum in favour of re-opening the hospital.

Nevertheless, in 2016 the activists were successful in their attempt to reinstate the work of the cottage hospital. In the same year (2016), a similar action was undertaken in the town of Sollefteå, following the announcement of closure of the maternity ward in the local hospital. The occupation of the hospital was

carried out with the help of over two thousand people who took shifts to ensure continuous presence in the building. In both cases, activists focused on different ways of direct communication and informing each other – either by canvassing, where the size of the community would allow for it, or through social media and text messages on phone – and involving new people in the initiative. The media was also used in the Gloucestershire campaign for providing greater visibility to the struggle, along with distribution of popular material with information on the possible consequences of shutting down of healthcare institutions.

Other campaigns and mobilizations around Europe have focused on healthcare legislature and limitations to access, like in the case of Spain's previous healthcare act and privatization plans⁴⁰, and more recently, understaffing and working conditions in Germany⁴¹. Examples from Greece, Belgium, and other European countries described in the fourth edition of *Global Health Watch*⁴² illustrate how health activists and workers have come together to provide healthcare through networks and solidarity clinics on the local level, while at the same time they continue to oppose global threats like Transatlantic Trade and Investment Partnership (TTIP). Whatever the particular focus of the recent campaigns in Europe may have been, they have all underscored the need for a shift in the dominant commercialised view of healthcare pushed for through policy, legislation and practice.

PHM Europe has engaged in efforts to bring the different initiatives together and use each other's experiences for achieving a Health for All agenda in the region. Together with European Network, PHM Europe has engaged in a thematic campaign around April 7th – World Health Day and, informally, Day of Action Against Commercialization of Health since 2016.

The campaign is comprised of local actions, which reflect the needs and concerns of particular groups, but it also offers a platform for exchanging knowledge and support across the region. For example, in 2019 European

Network launched a booklet with requests for Members of the European Parliament, which could be used for advocacy⁴³. This allows PHM units to build upon the work they usually do locally, ensuring continuity and coherence inside particular organizations, while at the same time they are able to work with regional contacts, building activist and organising capacities on different levels.

Plans in different countries are announced through regional calls and presented using an interactive online map, which helps illustrating the reach of attempts to mobilize against commercialization of healthcare (available as Google Map)⁴⁴. Recent actions ranged from public rallies (Marea Blanca) in Spain⁴⁵, over discussions on health inequities in Italy, to a central conference with representatives of political parties in the European parliament⁴⁶. All action revolves around the same key demands for policy makers and governments: removing market logics from healthcare systems; increasing public spending for health; and organising healthcare systems which are accountable, accessible, and useful from the perspective of the people.

Discussion and conclusions

The article illustrates the process of neo-liberal reforms in three regions and their impact on health systems. It describes campaigns and initiatives resisting such reforms, narrating the various processes leading to commercialization of health care. The specific privatization strategies include (i) direct privatization through handing over health services or facilities to private sector agencies and providing public funds for their functioning; (ii) austerity measures and budget cuts leading to closure of public hospitals or reduction in public healthcare; (iii) engaging the private sector for government schemes such as publicly funded health insurance schemes.

The cases show that the reforms undertaken under the guise of ensuring efficiency,

quality, competition and choice on one hand and ‘modernization’, services improvement and decentralization on the other, have in fact weakened public healthcare systems and led to commercialization of care. The breakdown of public health systems, caused by these practices, has been used as the rationale for further privatization, including involvement of the private sector to provide publicly funded services. Examples from countries and regions not elaborated in the article indicate a similar trajectory. A number of African countries have noted continuous increase of out-of-pocket payments and stronger presence of private healthcare facilities because state budgets have become inadequate to address people’s needs following SAPs and austerity measures⁴⁷. Pressure to apply market values to healthcare has also put into question the state’s role in providing equitable and accessible healthcare. In some countries, e.g. Malaysia, this has gone so far that governments have become investors in private commercial hospitals⁸.

In driving neoliberal policies, WB and others have argued that governments would be able to cut public expenditure and at the same time make their health systems more efficient, dynamic and technologically up-to-date. However, serious concerns regarding the negative consequences with respect to equity, quality and accessibility of healthcare, especially among disadvantaged and poor populations remain. Such reforms have led to problems in organising and providing healthcare around the world².

Neoliberal reforms in healthcare have been met with resistance in many countries, with PHM at the forefront of many of these struggles. These have been based on evidence-based critiques of commercialization of health and situated within the larger political economy of healthcare, underlining the implications of market-logic in healthcare for governments and people. Struggles have also focused on changes faced by health workers, such as contractualization and layoffs. Therefore, monitoring and gathering evidence on the

performance of existing privatization initiatives has been a critical task. Of no less importance has been the analyses of the impact of privatization on access to services and provision of quality and rational healthcare, especially for vulnerable and marginalised groups.

The campaigns, though undertaken in different points in space and time, have used similar strategies: they focused on mobilising different groups potentially affected by the plans through publishing reports, organising direct street action, insisting on advocacy, as well as media and legal recourse, and building broad alliances with other social movements against neoliberal policies. By doing so, a clear message was sent: that privatization moves are, and will continue to be, resisted by the people.

Naturally, the struggles have often been challenged by the overall political situation in the country and faced repression by governments. A recent instance is the vilification and smear campaign by the Philippines government against health rights organizations and threats, harassments and intimidation of health activists⁴⁸.

The illustrated examples show clearly that the implementation of neoliberal policies in healthcare continues to harm people around the world. Even though pressures from the

private sector remain strong, the cases of resistance reported here show that an alternative to commercialization of health can still be imagined. An evidence-based campaign that directly involves affected communities, a joint front of organizations and groups, including activists, patients and health workers, and building links among different initiatives of locally adapted resistances to commercialization of health, can lead to solid opposition to neoliberal policies on various levels.

It might be difficult to imagine a complete reversal of the decades-long commercialization process healthcare has been exposed to. However, as has already been stated at the beginning, health systems have always been a result of people's struggles: as these struggles continue in their resistance to neoliberal policies, they might just succeed to achieve a vision of health accessible to all.

Collaborators

Nandi S (0000-0002-4366-4566)*, Vračar A (0000-0001-6963-9740)*, and Pachauli C (0000-0003-3613-3019)* have contributed equally to the development of the manuscript. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

References

1. Navarro V. Neoliberalism as a class ideology; or, the political causes of the growth of inequalities. *Int. J. Health Serv.* 2007; 37(1):47-62.
2. Sengupta A, Bodini C, Franco S. The struggle for health: an emancipatory approach in the era of neoliberal globalization [internet]. Brussels: Rosa Luxemburg Stiftung Europe; 2018 [accessed on 2019 June 20]. Available on: https://www.rosalux.eu/fileadmin/user_upload/Publications/2018/SANTE_PUB_web.pdf.
3. Steendam J. Why public health care is better [internet]. Brussels: Viva Salud/EPO; 2019 [accessed on 2019 June 20]. Available on: <https://en.vivasalud.be/news/paper-why-public-health-care-better>.
4. Pownall H. Neoliberalism, austerity and the Health and Social Care Act 2012. *Ind. Law J.* 2013; 42(4):422-433.
5. Coburn D. Health and inequality. In: Panitch L, Leys C, editors. *Socialist Register 2010: Morbid symptoms*. London: The Merlin Press; 2009. p.39-58.
6. Lawson M, Chan MK, Rhodes F, Butt AP, et al. *Public good or private wealth?*Oxford: Oxfam; 2019.
7. Gordon S. *Nursing against the odds*. Ithaca: Cornell University Press; 2005.
8. Chan CK. The state and healthcare in Malaysia: provider, regulator, investor. *Third World*. 2015; 296(297):34-37.
9. Cornia GA, Jolly R, Stewart F. *Adjustment with a human face: protecting the vulnerable and promoting growth*. New York: Oxford University Press; 1987.
10. Preker AS, Harding A, editors. *Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals*. Washington: The World Bank; 2003.
11. World Health Organization. *World Health Report 1999: Making a Difference* [internet]. Geneva: WHO; 1999. [accessed on 2019 June 20]. Available on: https://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1.
12. World Health Organization. *World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance* [internet]. Geneva: WHO; 2000. [accessed on 2019 June 20]. Available on: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1.
13. World Health Organization. *World Health Report 2010: Health systems financing: The path to universal coverage* [internet]. Geneva: WHO; 2010. [accessed on 2019 June 20]. Available on: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf;jsessionid=82BD542F7B3627E8166919017AC10BFB?sequence=1.
14. Sengupta A. Universal health coverage: beyond rhetoric [internet]. 2013 [accessed on 2019 June 20]. Available on: https://www.municipalservicesproject.org/sites/municipalservicesproject.org/files/publications/OccasionalPaper20_Sengupta_Universal_Health_Coverage_Beyond_Rhetoric_Nov2013_0.pdf.
15. Deppe HU. The nature of health care: commodification vs. solidarity. In Panitch L, Leys C, editors. *Socialist Register 2010: Morbid symptoms*. London: The Merlin Press; 2009. p. 29-38.
16. People's Health Movement; Third World Health Aid. *Building a Movement for Health* [internet]. Cape Town/Brussels: PHM/TWHA; 2018. [accessed on 2019 June 20]. Available on: https://twha.be/sites/default/files/PHM-Building_A_Movement_For_Health.pdf.
17. Sengupta A, Mukhopadhyay I, Weerasinghe M, et al. The rise of private medicine in South Asia. *BMJ.* 2005; 357(j1482):1-4.
18. Rao M. 'Health for all' and neoliberal globalization: an Indian rope trick. In Panitch L, Leys C editors. *Socialist Register 2010: Morbid symptoms*. London: The Merlin Press; 2009. p.262-278.

19. Mackintosh M, Channon A, Karan A, et al. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 2016; 388(10044):596-605.
20. Prinja S, Chauhan AS, Karan A, et al. Impact of publicly financed health insurance schemes on health-care utilization and financial risk protection in India: a systematic review. *PLoS One*. 2017; 12(2):e0170996.
21. Ranjan A, Dixit P, Mukhopadhyay I, et al. Effectiveness of government strategies for financial protection against costs of hospitalization Care in India. *BMC Public Health*. 2018; 18(1):501.
22. Chatterjee P. National health protection scheme revealed in India. *The Lancet*. 2018; 391(10120):523-4.
23. Nandi S. Analysing Formulation and Performance of Public Private Partnerships in health: Evidence from four case studies in India [poster presentation]. In: 5th Symposium on Health Systems Research; 2018 oct 8-12; Liverpool. Liverpool: Health Systems Research; 2018. p. 315.
24. Abhiyan JS. Health in Interim Budget. *EPW* [internet]. 2019. [accessed on 2019 June 20]; 54(6):4-5. Available on: <https://www.epw.in/journal/2019/6/letters/health-interim-budget.html>.
25. Abhiyan JS. Healthcare before Profits. *EPW* [internet]. 2019 [accessed on 2019 June 20]; 54(13):4-5. Available on: <https://www.epw.in/journal/2019/13/letters/healthcare-profits.html>.
26. Abhiyan JS. Abandon Ayushman Bharat. *EPW* [internet]. 2018 [accessed on 2019 June 20]; 53(39):7-8. Available on: <https://www.epw.in/journal/2018/39/letters/abandon-ayushman-bharat.html>.
27. Nandi S. Struggle against outsourcing of diagnostic services in government facilities: Strategies and lessons from a campaign led by Jan Swasthya Abhiyan (People's Health Movement) in Chhattisgarh, India. *J. Soc. Polit. Psych*. 2018;6(2):677-95.
28. Gupta N, Pachauli C. Privatising Healthcare in Rajasthan. *EPW* [internet]. 2015 [accessed on 2019 June 20]; 50(41):2349-8846. Available on: <https://www.epw.in/node/145926/pdf>.
29. Romero J. Fears abound in Orthopedic Center's privatization [internet]. *Rappler.com*. 2015 Mar 20. [accessed on 2020 Jan 16]. Available on: <https://www.rappler.com/nation/87450-philippine-orthopedic-center-privatization>.
30. *Rappler.com*. Health workers urge Duterte to stop 'closure' of Fabella hospital [internet]. *Rappler.com*. 2016 jun 9. [accessed on 2020 Jan 16]. Available on: <https://www.rappler.com/move-ph/135845-health-workers-duterte-abolition-fabella-hospital>.
31. Umil AM. Orthopedic Center wins against privatization, remains vigilant. *Bulatlat.com* [internet]. 2015 Nov 27. [accessed on 2020 Jan 16]. Available on: <https://www.bulatlat.com/2015/11/27/poc-thanks-supporters-but-remains-vigilant/>.
32. Hermann C. The marketization of health care in Europe. In: Panitch L, Leys C, editors. *Socialist Register 2010: Morbid symptoms*. London: The Merlin Press; 2009. p. 125-144.
33. Vabø M. *New Public Management: The neoliberal way of governance* [internet]. Reykjavik: National and University Library of Iceland; 2009. [accessed on 2019 June 20]. Available on: https://thjodmalastofnun.hi.is/sites/thjodmalastofnun.hi.is/files/skrar/working_paper_4-2009.pdf.
34. Kondilis E. *Privatization of health in Europe* [internet]. Londres: Queen Mary University of London. [accessed on 2019 June 20]. Available on: [https://healthcampaignstogether.com/pdf/Kondilis%20\(2016%20Brussels\)%20Healthcare%20privatization.pdf](https://healthcampaignstogether.com/pdf/Kondilis%20(2016%20Brussels)%20Healthcare%20privatization.pdf).
35. Džakula A, Orešković S, Brborovic O, et al. Decentralization and Healthcare Reform in Croatia 1980-2002. In: Shakarishvili G, editor. *Decentralization in Healthcare. Analyses and Experiences in Central and Eastern Europe in the 1990s*. Budapest: OSF; 2005.p.133-191.

36. PHM. The 'new' Karolinska Hospital: how PPPs undermine public services. In *Global Health Watch 5*. London: ZED Books; 2017. p. 129-135.
37. PHM North America. Resisting privatization of health services [internet]. 2018a. [accessed on 2019 June 20]. Available on: <https://phm-na.org/resisting-privatization/>.
38. PHM North America. England: Campaign to save Gloucestershire's NHS [internet]. 2018b. [accessed on 2019 June 20]. Available on: <https://phm-na.org/resisting-privatization/england-gloucestershire-nhs/>.
39. PHM North America. Sweden: Occupy our hospitals! [internet] 2018c. [accessed on 2019 June 20]. Available on: <https://phm-na.org/resisting-privatization/sweden-occupy-our-hospitals/>.
40. Andrés AM. Spain's Radical Tide [internet]. 2014. [accessed on 20 June 2019]. Available on: <https://www.redpepper.org.uk/spains-radical-tide/>.
41. Reissner Ute. Nurses Strike at Berlin Charite Clinic in Berlin [internet]. World Socialist Web Site; 2015 Jun 22. [accessed on 20 June 2019]. Available on: <https://www.wsws.org/en/articles/2015/06/22/stri-j22.html>.
42. People's Health Movement. Struggles for health in Europe. In: *Global Health Watch 4*. London: ZED Books; 2014. p. 368-381.
43. European Network Against Commercialization and Privatization of Health and Social Protection. For our health! [internet]. 2019. [accessed on 2019 June 20]. Available on: http://europe-health-network.net/IMG/pdf/20190524_brochure_fiches_en.pdf.
44. PHM Europe and European Network. #Health4All Actions 2019 [internet]. 2019. [accessed on 2020 Jan 16]. Available on: <https://www.google.com/maps/d/u/0/edit?mid=1z6orSt5lmfeh3eTFrgevIYTwrVwCk6c&ll=44.03526799892898%2C8.873252899999898&z=4>.
45. Marea Blanca. 'La nostra salut no està a la venda': una setmana d'accions per tota Europa al voltant del Dia Mundial de la Salut [internet]. Marea Blanca. 2019 Apr 11. [accessed on 2019 June 20]. Available on: <http://www.mareablanca.cat/la-nostra-salut-no-esta-a-la-venda-una-setmana-daccions-per-tota-europa-al-voltant-del-dia-mundial-de-la-salut/>.
46. People's Dispatch. 'Our health is not for sale': Week-long actions across Europe observing World Health Day [internet]. Peoples Dispatch. 2019 Apr 10. [accessed on 20 June 2019]. Available on: <https://peoplesdispatch.org/2019/04/10/our-health-is-not-for-sale-week-long-actions-across-europe-observing-world-health-day/>.
47. Afrodad. Research Report On Privatization of Education and Health Services in Southern Africa. Cidade do Cabo: Open Society Initiative for South Africa; 2018.
48. People's Health Movement. PHM Statement supporting PHM Philippines and condemning repression on health workers and human rights defenders in the Philippines [internet]. People's Health Movement. 2019 Nov 14. [accessed on 2020 Jan 16]. Available on: <https://phmovement.org/phm-statement-supporting-phm-philippines-and-condemning-repression-on-health-workers-and-human-rights-defenders-in-the-philippines/>.

Received on 05/09/2019
 Approved on 09/16/2019
 Conflict of interests: non-existent
 Financial support: non-existent

Luchas por el derecho a la salud en Colombia. Vínculos con la salud para todos y todas

Struggles for the right to health in Colombia. Links with health for all

Mauricio Torres-Tovar¹, Román Rafael Vega-Romero², Jairo Ernesto Luna-García¹, Yadira Eugenia Borrero-Ramírez³, María Esperanza Echeverry-López³

DOI: 10.1590/0103-110420205104

RESUMEN Se desarrolló una investigación en Colombia cuyo objetivo fue conocer el involucramiento de la sociedad civil en el trabajo por la salud para todos, en las siguientes dimensiones: construcción del movimiento por la salud en espacios locales y nacionales; campañas y abogacía; generación, disseminación y uso de conocimiento; entrenamiento y construcción de capacidades; y diálogo sobre las políticas e involucramiento de la sociedad civil en la gobernanza global. Fue una investigación cualitativa que contó con diferentes enfoques metodológicos y aplicación de métodos. Incluyó siete casos de experiencias del involucramiento de la sociedad civil en el logro de la salud para todos en espacios locales -urbanos y rurales- con comunidades indígenas, campesinas, LGTB, populares y trabajadoras. Los hallazgos permiten concluir que se da un enriquecido y heterogéneo panorama de involucramiento de procesos organizativos y movimientos sociales de la sociedad civil en la lucha por la salud para todos en el ámbito local, regional y nacional. Se identifican modos diversos de acción colectiva, según las condiciones de clase, género, étnicas, laborales y ciudadanas, que muestran variadas formas autóctonas de involucramiento de la sociedad civil, con sus propios elementos de actuación, resistencias y logros.

PALABRAS CLAVES Derecho a la salud. Participación de la comunidad. Políticas de salud. Colombia.

ABSTRACT An investigation was carried out in Colombia whose objective was to know the involvement of civil society in the struggle for health for all, in the following dimensions: construction of the movement for health in local and national spaces; campaigns and advocacy; generation, dissemination and use of knowledge; training and capacity building; and policy dialogue and the involvement of civil society in global governance. It was a qualitative investigation that had different methodological approaches and application of methods. It included seven cases of experiences of civil society involvement in achieving health for all in local spaces -urban and rural- with indigenous, peasant, LGTB, popular and working communities. The findings allow us to conclude that there is a rich and heterogeneous panorama of the involvement of organizational processes and social movements of civil society in the fight for health for all at the local, regional and national levels. Different modes of collective action were identified, according to the class, gender, ethnic, labor and citizenship conditions, which show various native forms of civil society involvement, with their own elements of action, resistance and achievements.

KEYWORDS Right to health. Community participation. Health policy. Colombia.

¹Universidad Nacional de Colombia- Bogotá, Colombia.
mhtorrest@unal.edu.co

²Universidad Pontificia Javeriana-Bogotá, Colombia.

³Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública - Medellín, Colombia.



Introducción

La persistencia e incremento de importantes desigualdades en salud entre países y al interior de ellos, motivó el debate frente a la vigencia y necesidad de la Atención Primaria en Salud, formulada en Alma-Ata en 1978^{1,2}, y la incorporación de la salud en el ámbito de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en la agenda post 2015³.

Desde 1980 y especialmente a partir de la Primera Asamblea del Movimiento de Salud de los Pueblos en el año 2000, se configura un proceso encaminado a fortalecer los vínculos entre organizaciones de base del ámbito local, nacional y global, y crear un movimiento global para reposicionar los objetivos de la salud dentro de la agenda de desarrollo internacional⁴. Este proceso ha tenido como eje prioritario el fortalecimiento de la participación de la sociedad civil para lograr la salud para todos⁵.

Esta investigación aborda el caso colombiano, como parte de un proyecto internacional implementado por el Movimiento de Salud de los Pueblos en seis países del mundo. Su objetivo fue explorar, con base en cinco categorías⁶ (que se describen más adelante), cómo el involucramiento de la sociedad civil aporta al logro de la salud para todos⁷.

Colombia, según la Constitución Política de 1991, es un Estado Social de Derecho, organizado como República unitaria, descentralizada, democrática, participativa y pluralista, con un sistema político presidencialista. Esta formulación se confronta con la realidad de una democracia representativa limitada, de tradición bipartidista, excluyente de sectores políticos alternativos, con escasa promoción de la participación ciudadana que deviene en decisiones tomadas por élites orientadas a intereses particulares y patrimonialistas, generando profundas injusticias sociales, base de un duradero conflicto social, político y armado de más de 50 años en el país⁸.

En este contexto, desde finales de la década de 1980, Colombia inició, siguiendo orientaciones de política promovidas por organismos multilaterales de crédito, el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID)⁹, un largo proceso de reformas económicas y de recorte de la política social, articuladas por la maximización del mercado, bajo el argumento de promover un ajuste estructural para superar la crisis de la deuda externa. Esto ha generado procesos de resistencia y movilización social por la salud, y la constitución de un movimiento nacional por la salud en Colombia^{10,11}.

En ese escenario, el objetivo de esta investigación fue el estudio de siete casos representativos del involucramiento de la sociedad civil en la lucha por la salud para todos: la Asociación de Trabajadores Enfermos y Extrabajadores de Colmotores (Asotrecol); el proceso de resistencia de los trabajadores del Hospital San Juan de Dios (HSJD); el movimiento de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales (LGTB) de Cali; la Escuela Popular de Líderes de Salud (EPLS) adscrita a la Mesa Intersectorial de Antioquia por el Derecho a la Salud (Mias); la Asociación Campesina del Valle del Río Cimitarra (ACVC); la Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca (Acin); y el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (MNSSS)¹²⁻²⁰.

Para el estudio de estos casos se abordaron cinco categorías teórico-empíricas definidas en la investigación internacional⁶: i) construcción del movimiento por la salud en espacios locales y nacionales, entendida como la trayectoria en el contexto mencionado, con sus logros y dificultades; ii) campañas y abogacía, que se refieren al activismo en salud o en asuntos relacionados con los determinantes sociales de la salud, y representa la agenda y la articulación interna y con otros actores; iii) generación, diseminación y uso de conocimiento, que busca comprender la producción, el uso, transferencia, impacto y contribución del

conocimiento al movimiento; iv) entrenamiento y construcción de capacidades, que aborda los aportes de las iniciativas educativas a la acción social y política; y, v) diálogo sobre las políticas y el involucramiento de la sociedad civil en la gobernanza global, que hace referencia a la incidencia de las organizaciones en la toma de decisiones globales -por ejemplo, de las Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud-, y en el fortalecimiento de la voz de los gobiernos del sur global, cuyo alcance en esta investigación nacional es el de la incidencia de los movimientos y organizaciones sociales estudiados en las políticas nacionales o locales de salud.

Ese involucramiento se ha desplegado, principalmente, a través de contiendas por el derecho a la salud, que evidencian el surgimiento y fortalecimiento de diversos actores colectivos locales y regionales, y uno nacional -Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social-, cuya centralidad es la lucha por ese derecho, o la incorporación de la salud a sus agendas de defensa del territorio, de una cosmogonía propia, de la diversidad sexual, y de Determinantes Sociales de la Salud (DSS), como el medio ambiente, el derecho al trabajo, y la soberanía alimentaria. Estos movimientos han usado repertorios disruptivos e institucionales para visibilizar y tramitar esas demandas, construyendo redes de solidaridad y colaboración entre actores a través de diversas tradiciones de lucha, frente a las reformas económicas y sociales regresivas que se han producido en el país.

La polifonía del involucramiento, aborda en este artículo procesos organizativos urbanos, rurales, étnicos, laborales, de educación popular, y de articulación de un actor colectivo nacional, y evidencia los claroscuros de procesos organizativos, de movilización y resistencia construidos en el contexto colombiano, marcado por el despojo de derechos sociales y de violencia socio-política.

Material y métodos

Se llevó a cabo una investigación cualitativa con distintos enfoques metodológicos y aplicación de métodos, como sistematización de experiencias, etnografía, biografías, evaluación realista, investigación acción, entre otros²¹. El estudio incluyó siete casos de experiencias del involucramiento de la sociedad civil en el logro del derecho a la salud y de la salud para todos, en espacios urbanos y rurales que se refirieron a comunidades indígenas, campesinas, mujeres, LGTB y trabajadores, y un caso del orden nacional. Las técnicas de recolección de información involucraron análisis documental, grupos focales, entrevistas semiestructuradas y observación participante.

En la tarea de construir un marco conceptual de análisis, si bien se partió del propuesto por el proyecto global del Movimiento de Salud de los Pueblos, cada investigación tuvo referentes teóricos y enfoques particulares que involucraron, de acuerdo al caso, teorías sobre la Acción Colectiva (AC), la resistencia, la subalteridad, la construcción social de la realidad, la determinación social de la salud, el derecho a la salud, la salud de los trabajadores y el género. A su vez, el equipo de investigación construyó documentos guía relacionados con i) orientaciones para la construcción del informe de cada uno de los estudios de caso; ii) análisis integrado de la información de los casos de Colombia; iii) comprensión de la noción de sociedad civil; iv) categorías de análisis adoptadas del proyecto del Movimiento de Salud de los Pueblos sobre involucramiento de la sociedad civil en el logro de la salud para todos ya revisadas en la introducción; y, v) propuesta de estructura para el documento integrado del caso Colombia.

Es importante mencionar que el estudio se desarrolló en el contexto de la investigación internacional del Movimiento de Salud de los Pueblos, el cual incluyó una evaluación empírica de los aspectos organizativos,

elementos de práctica, estrategias y apoyos financieros del involucramiento de la sociedad civil en el logro de la salud para todos a través de sus cinco programas -apoyo a los círculos de país, universidad internacional de la salud de los pueblos, campaña por la salud para todos, democratización de la gobernanza en salud y observatorio global de salud-, con énfasis en los casos de la India, Italia, Sudáfrica, Congo, Brasil y Colombia.

Resultados y discusión

A continuación se presentan los resultados de los siete casos de involucramiento de la sociedad civil en la salud para todos estudiados en Colombia, los cuales se organizan de acuerdo a las cinco categorías teórico-empíricas presentadas en la introducción.

Construcción de movimiento por la salud en espacios nacionales y locales

En el marco de la contienda por el derecho a la salud y por alcanzar la salud para todos, se han configurado en Colombia múltiples actores colectivos, algunos del ámbito

nacional, pero la mayoría de ellos corresponden a procesos organizativos locales -tanto urbanos como rurales-, los cuales se caracterizan por recoger diferentes tradiciones de lucha por el derecho a la salud y a la seguridad social, al territorio, a la vida, a la soberanía alimentaria, a la salud pública, a las cosmovisiones y prácticas ancestrales, entre otros.

Estos temas han devenido parte de la agenda de lucha de las organizaciones y movimientos sociales, dados los problemas de acceso y reconocimiento de derechos, en el marco de la reforma sanitaria de la década de 1990 y de la violencia propia del conflicto armado interno. Como parte de estos procesos, los movimientos y organizaciones han construido la noción de la salud como derecho fundamental e interdependiente; han utilizado repertorios de lucha tanto contenciosos (marchas, plantones, toma de vías o instituciones, huelgas, etc.) como no contenciosos (resolución por canales institucionales, como la tutela²², entre otros); y sus actores se han organizado y tejido lazos de solidaridad y trabajo colaborativo para desarrollar la lucha. Cada uno de estos procesos organizativos tiene particularidades que se presentan en la *cuadro 1*.

Cuadro 1. Particularidades organizativas y de lucha por la salud en Colombia

| Tipo de actores que lo conforman | Tradiciones de lucha que recoge | Periodo de origen del proceso | Principales razones para luchar por la salud | Prioridades de las demandas en salud | Ámbito de acción |
|---|--|--|---|---|---|
| Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social | | | | | |
| Organizaciones sindicales nacionales y locales, campesinas, indígenas, afro, de mujeres, de profesionales y trabajadores de la salud, estudiantiles, de usuarios de servicios de salud y de pacientes de alto costo, y movimiento por la paz. | Luchas sindicales desde la década de 1970, organizaciones de participación comunitaria en salud, organizaciones no gubernamentales, luchas campesinas e indígenas desde la década de 1960, organizaciones de salubristas, agremiaciones profesionales de la salud. | Desde finales de la década de 1990, con periodos de invisibilidad y otros de mayor visibilidad en la esfera pública. | Deterioro de los indicadores de salud pública. Mercantilización de los servicios de salud. Barreras de acceso a la atención. Reproducción en el sistema de salud de las inequidades sociales. Defensa del territorio y de la vida | Salud como derecho fundamental, sin restricciones en el acceso. Mejorar los determinantes de la salud. Defensa de las instituciones públicas de salud. Equidad en salud desde una perspectiva de justicia distributiva. | De carácter nacional, con presencia especialmente en las principales capitales. |

Cuadro 1. (cont.)

| Tipo de actores que lo conforman | Tradiciones de lucha que recoge | Periodo de origen del proceso | Principales razones para luchar por la salud | Prioridades de las demandas en salud | Ámbito de acción |
|--|---|---|---|--|---|
| Hospital San Juan de Dios (HSJD) | | | | | |
| Trabajadores del hospital, especialmente auxiliares de enfermería. | Luchas de los trabajadores y estudiantes del HSJD. | Finales de la década de 1990 por la crisis hospitalaria nacional, pero se consolida a partir del cierre del HSJD en 2001. | Violación del derecho al trabajo. Pérdida de oferta de servicios de salud en Bogotá. Pérdida de espacios de práctica para estudiantes del área de salud. Proceso de renovación urbana orientado a privatizar los servicios de salud y a expulsar a las comunidades de sus territorios | Apertura del HSJD. Respeto del derecho al trabajo. Goce efectivo de derecho a la salud. Conservación de la institución como entidad pública. Reconocimiento del hospital como una institución insigne de la enseñanza y la investigación en salud. | Local en Bogotá. Se articula con el movimiento estudiantil y movimiento nacional por la salud en algunas coyunturas. |
| Escuela Popular de Salud de la Mesa Intersectorial de Antioquia por el Derecho a la Salud (MIAS) | | | | | |
| 23 organizaciones de Trabajadores sindicalizados de la salud, asociación de usuarios de la salud, asociación de pacientes de enfermedades de alto costo, trabajadores informales y movimiento cristiano. | Luchas sindicales, de comités de participación en salud, del movimiento por la salud. | La MIAS nace a partir del 2009 y hasta 2016 había realizado tres versiones de escuela popular en salud. | Emergencia social dictada por el gobierno que restringía la autonomía médica e incrementaba el gasto de bolsillo en salud. | Goce efectivo del derecho a la salud para todos. Cierre de las brechas socio-sanitarias. Mejoramiento de los determinantes de la salud. | Local en Medellín, en articulación con procesos nacionales de lucha por la salud. |
| Movimiento LGTB | | | | | |
| Organizaciones de personas con orientaciones sexuales no heteronormativas, ONG. | Luchas por el reconocimiento del movimiento LGTB. | A finales de la década de 1980 vinculado a los primeros casos de Sida/VIH en el país. | Crímenes de odio como un problema de salud pública. No reconocimiento y discriminación en los servicios de salud. Barreras de atención. No inclusión en los planes de beneficio de las necesidades específicas de este grupo social. No existencia de modelos de atención diferencial. No valoración de la vida de esta población. | Eliminación del estigma y las barreras de acceso a servicios de salud. Reconocimiento de igual valor a la vida de este grupo poblacional. Acceso a servicios de salud son barreras. | Local en Cali, con articulación nacional al movimiento LGTB, no al movimiento de salud. |
| Asociación de trabajadores y ex trabajadores enfermos de Colmotores (ASOTRECOL) | | | | | |
| Trabajadores y extrabajadores con enfermedades laborales. | Luchas sindicales. | 2011, posterior al despido de trabajadores con enfermedad laboral. | No reconocimiento de la enfermedad laboral. Despido de la empresa. Falta de valoración de los sindicatos frente a estos problemas de salud | Reconocimiento y tratamiento de las enfermedades laborales. Reconocimiento de las prestaciones asistenciales y económicas. | Local en Bogotá. |

Cuadro 1. (cont.)

| Tipo de actores que lo conforman | Tradiciones de lucha que recoge | Periodo de origen del proceso | Principales razones para luchar por la salud | Prioridades de las demandas en salud | Ámbito de acción |
|--|--|---|---|---|--|
| Asociación Campesina del Valle del Río Cimitarra | | | | | |
| 120 Juntas de Acción Comunal veredales de municipios del Magdalena Medio Colombiano. | Luchas campesinas con apoyo del movimiento obrero. | Desde finales de la década de 1990, especialmente vinculada a lucha por la paz y el territorio. | Confinamiento de comunidades por el conflicto armado interno que restringió acceso a alimentos y servicios de salud. Barreras de acceso a servicios de salud y violación del derecho a la salud. Defensa del derecho a la vida. Derecho a la tierra, al territorio, al ambiente y a la soberanía alimentaria | Acceso a la tierra. Reconocimiento del territorio y la territorialidad. Garantía para el ejercicio de los derechos políticos. Autonomía alimentaria, reconocimiento de saberes populares, acceso efectivo a servicios de salud. | Región del Magdalena Medio colombiano, articulado a procesos nacionales del movimiento campesino como la Cumbre Agraria, las asociaciones de zonas de reserva campesina; no articulado a luchas nacionales por la salud. |
| Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca (ACIN) | | | | | |
| Cabildos indígenas del norte del Cauca. | Luchas indígenas desde la década de 1960. | Aparece desde la década de 1960 y el tema de salud se convierte en central desde principios de la década de 1990 con la reforma del sistema de salud. | Barreras en el acceso a los servicios de salud. No reconocimiento de la gratuidad en la atención en salud para los pueblos indígenas. No reconocimiento de saberes ancestrales. Estigma y maltrato. Violaciones del derecho a la salud. | Derecho al territorio. Autonomía de los pueblos. Desmercantilización de la salud. Reconocimiento de un sistema de salud propio e intercultural (SISPI). Valoración de los saberes ancestrales. Fortalecimiento de la identidad propia. | Región del Cauca, articulado nacionalmente al movimiento indígena. Poca articulación al movimiento nacional por la salud. |

Campañas y abogacía

Con relación a esta categoría, los estudios de caso mostraron que las campañas se desarrollan en relación con los motivos que detonan la movilización social para cada actor específico. En general todas las campañas reivindican derechos fundamentales, tanto de primera como de segunda generación, y se encuentran necesidades transversales para la movilización como el derecho a la salud, el derecho al trabajo, el reconocimiento de igual valor para todos y todas, el respeto a la dignidad humana, y el acceso oportuno, adecuado, continuo y sin barreras a los servicios de salud y a otros servicios sociales. Estos elementos configuran un núcleo

potencial para construir una identidad colectiva nacional en torno al derecho a la salud.

Paralelamente, los casos también ejemplifican las especificidades de las campañas adelantadas por los actores de acuerdo a necesidades propias en salud tales como derecho al reconocimiento de enfermedades laborales, acceso a servicios de atención adecuados para personas con orientaciones sexuales no heteronormativas, reconocimiento y valoración de saberes ancestrales en salud de pueblos indígenas y campesinos, no estigmatización ni maltrato en los servicios de salud. Un último elemento novedoso de las campañas es que algunos actores amplían cualitativamente el significado del derecho a la salud al involucrar

demandas como el derecho a la tierra, al territorio, a la soberanía alimentaria, al gobierno propio, al buen vivir, al reconocimiento de diferentes epistemologías y a asignar igual valor a todos los cuerpos.

Frente a la abogacía, se encontró que los actores a pesar de la visibilidad de las campañas, aún no logran una fuerte incidencia en la política pública. Los logros más importantes los concentra el movimiento indígena, que cuenta con una Mesa Permanente de Negociación con el gobierno nacional y ha logrado el reconocimiento de un sistema propio e intercultural en salud; el movimiento LGTB, que logró el diseño de la primera política pública departamental, que incluyó la salud en la agenda; la aprobación de una zona de reserva campesina en el Valle del Río Cimitarra en el marco de la defensa de la vida, el territorio y la paz; y la lucha nacional que logró la derogatoria de algunas normas nacionales en 2010 y el reconocimiento del derecho a la salud como fundamental en 2015. En el ámbito internacional, solo la asociación de trabajadores y ex trabajadores enfermos de la General Motors, aprovechando la negociación del Tratado de Libre Comercio, logró visibilizar su problemática con apoyo de sindicatos de Estados Unidos, obteniendo solidaridad económica²³.

La generación, diseminación y uso de conocimiento

Se pueden resaltar algunos elementos comunes en los casos estudiados con relación a esta categoría. En el primer asunto -generación

de conocimiento- ha sido especialmente importante la recuperación y fortalecimiento de saberes propios -de pueblos indígenas y campesinos- para contribuir a la salud para todos. Así mismo la constitución de redes organizativas gremiales con instituciones locales y académicas que, a través de investigación acción participativa, permitieron que procesos como los del Hospital San Juan de Dios, el movimiento indígena del Norte del Cauca, el movimiento campesino, la Escuela Popular por la Salud y el mismo movimiento por la salud, cuenten con investigaciones de académicos, estudiantes y activistas que cualifican los argumentos para la contienda por el derecho a la salud y otros derechos (*cuadro 2*).

Frente al segundo asunto -diseminación del conocimiento- los casos muestran cuatro grandes tipos de estrategias: i) procesos de educación popular guiados por propuestas como las de Paulo Freire que buscan fortalecer la apropiación de conocimientos adquiridos y recuperados por los actores; ii) el uso de medios alternativos de comunicación como programas radiales, páginas *web*, noticieros, etc.; iii) el uso innovador de estrategias artísticas como obras de teatro y canciones, entre otras; y iv) estrategias de formación cara a cara, transversal para todos los actores. Finalmente, el conocimiento ha sido usado especialmente para cualificar los argumentos políticos frente a adversarios como el gobierno nacional o local, empresas de salud -tanto aseguradoras como prestadoras de servicios sanitarios- y para fortalecer los liderazgos que emergen en la búsqueda de salud para todos.

Cuadro 2. Formas de producción, disseminación y uso de conocimiento

| Caso | Conocimiento generado | Estrategias de disseminación | Uso del conocimiento |
|--|---|--|---|
| Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social | Reconocimiento de prácticas de resistencia de actores subalternos. Construcción de ciudadanía en salud. Análisis del proceso de reforma y del sistema de salud. Análisis de la exigibilidad del derecho a la salud. Situación del sector salud. | Cartillas educativas dirigidas a organizaciones y movimientos sociales. Escuelas populares en salud. Artículos académicos. | Para la contienda en el campo de la salud. Formación de actores sociales. |
| Hospital San Juan de Dios (HSJD) | Estudios jurídicos e históricos sobre el HSJD. | Conversatorios. Recorridos por el hospital. Exposiciones artísticas. Boletines. Galerías. | Defensa de los derechos de los trabajadores. Reconocimiento del carácter público de la institución. La exigencia de su reapertura. |
| Escuela Popular de Salud de la Mesa Intersectorial de Antioquia por el Derecho a la Salud (MIAS) | Ciudadanía en salud. Identificar el trabajo de grupos subalternos. Proveer conocimiento asequible a las propias organizaciones. | Plantones por la salud. Procesos de educación popular. Programas radiales. Obras de teatro. | Concientizar nuevos actores. Denunciar violaciones de derechos humanos y del derecho a la salud. La contienda por la salud. |
| Movimiento LGTB | Sobre violaciones del derecho a la vida y otros derechos humanos. | Observatorio de violaciones de Derechos Humanos y el Observatorio de violación del derecho a la salud, con especial énfasis en la vulneración de este derecho a las mujeres trans. | Denunciar violaciones de derechos humanos en su población. Negociar políticas públicas de reconocimiento. |
| Asociación de trabajadores y ex trabajadores enfermos de Colmotores (ASOTRECOL) | Conocimiento médico-legal sobre las patologías que afectan a los obreros. | Asesorías a los trabajadores para confrontar fallos judiciales. Página web y redes sociales. | Exigibilidad jurídica del derecho a la salud en el trabajo frente a actores como Ministerio de Trabajo. Denuncia nacional e internacional. |
| Asociación Campesina del Valle del Río Cimitarra | Recuperación de fuentes de agua contaminadas con mercurio producto de la minería. Proyectos de energías alternativas a bajo costo. La caracterización biológica de la Línea Amarilla (línea trazada por la comunidad para delimitar zonas de protección ambiental). Caracterización de la Ciénaga de San Lorenzo. | Escuelas de liderazgo. Página web. Marcha TV. Agencia Prensa Rural. Comunidades campesinas en resistencia. | Protección del medio ambiente. Análisis de la situación en sus territorios. Diseño de planes de vida de la asociación. Exigibilidad social y jurídica de los derechos. Negociación frente al Estado. |
| Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca (ACIN) | Recuperación de saberes ancestrales en salud. Recuperación de la cosmovisión propia. Recuperación de prácticas rituales. Análisis de condiciones de salud y del territorio. | Procesos de capacitación comunitaria. Medios alternativos como emisora radial y página web. | Denunciar la situación de salud de las comunidades. Exigibilidad social y jurídica del derecho a la salud. Construcción de programas de salud adecuados interculturalmente. Procesos de negociación con gobiernos regionales o nacionales. Diseño de Planes de Vida. Fortalecimiento de la identidad. |

Hasta aquí podemos afirmar que la generación de conocimiento aportó a identificar no sólo los efectos de la mercantilización de los servicios de salud, sino también del modelo de desarrollo y su relación con la salud de

las poblaciones; y a visibilizar las luchas y formas de resistencia de actores subalternos, las maneras de construir ciudadanía en salud y los aportes colectivos a la salud para todos. Así mismo, demostró que existen algunos

vínculos entre academia, organizaciones de la sociedad civil y movimientos sociales por la cualificación y la construcción de argumentos para la defensa del derecho a la salud y de otros derechos. Además, los actores han intentado innovar en las formas de diseminación del conocimiento, utilizando estrategias educativas, artísticas y tecnológicas para ello.

Entrenamiento y construcción de capacidades

El entrenamiento y la construcción de capacidades se ha desarrollado en los casos analizados a partir de cuatro grupos de estrategias: primera, el acceso de líderes de todos los procesos sociales a educación formal, tanto a nivel de secundaria como de educación superior; así, en todos ellos se encuentran profesionales propios formados y vinculados a procesos organizativos, producción de conocimiento y planeación local. Segunda, el desarrollo de experiencias de educación popular, las cuales han transitado en temáticas como derechos humanos, derecho a la salud, mecanismos de exigibilidad jurídica de derechos, uso de medios de comunicación alternativos, generación de conocimiento, protección del territorio, género y diversidad sexual, entre otras consideradas pertinentes. Tercera, la formación de recurso propio en salud, promotoras y promotores de salud, parteras y agentes de salud indígenas, quienes aportan a partir del diálogo de saberes y la interculturalidad a la salud de sus comunidades. Cuarta, y esto es quizás lo que más se debe resaltar entre el movimiento indígena y campesino, la formación de capacidades en los propios procesos de organización y lucha: algunos de los líderes se empiezan a formar en la juventud participando de los diferentes comités y espacios organizativos, aprendiendo de las experiencias de quienes les anteceden desde la práctica y la reflexión sobre la misma. Muchos procesos de construcción de capacidades han contado con el apoyo de organizaciones no gubernamentales o académicas, ratificando los vínculos

encontrados entre estos y las organizaciones de la sociedad civil.

Finalmente, es importante reconocer que la formación de capacidades para la exigibilidad del derecho a la salud, al territorio, a la soberanía alimentaria, a la vida y a cosmovisiones y prácticas propias, ha estado mediada por los contextos locales -políticos, económicos y culturales-, y ha incluido una gran diversidad de expresiones construidas por los diferentes actores sociales, en un contexto de desigualdad, violencia, persecución y resistencia.

Diálogo sobre las políticas y el involucramiento de la sociedad civil en la gobernanza en salud

Esta categoría mostró que se ha venido construyendo y consolidando una noción compleja de derecho fundamental a la salud y de salud para todos, que no existía antes de los procesos de reforma sectorial, y que involucra no sólo el componente prestacional sino la garantía de otros derechos fundamentales para el buen vivir; esta construcción ha permitido la cualificación de la contienda nacional por parte de los actores subalternos de la sociedad civil y la incidencia en algunos momentos en la política pública.

Los casos más importantes de esta incidencia en las políticas públicas nacionales están representados en la derogatoria de la Emergencia Social en 2010, durante el gobierno de Álvaro Uribe Vélez, decretada para profundizar la mercantilización de la salud; la promulgación de la Ley Estatutaria de Salud en el año 2015 pese a la clara oposición del gobierno nacional; el reconocimiento del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural para los pueblos indígenas; y los múltiples llamados de la Corte Constitucional y la Defensoría del Pueblo ante la violación sistemática del derecho a la salud en Colombia. Por el contrario, el proceso de estas organizaciones aún no se ha enfocado en la gobernanza global de la salud.

En síntesis, si bien las organizaciones y movimientos sociales de la sociedad civil

colombiana no han logrado revertir completamente las reformas de mercado en salud, sí han logrado evitar la profundización de las mismas, han ampliado el significado y contenido del derecho a la salud y de la salud para todos presionando al Estado en este sentido, han ayudado a defender el derecho al territorio, a la vida y a la paz, y han avanzado en la construcción de una ciudadanía sanitaria aún incipiente.

Conclusiones

Los casos de Colombia estudiados muestran un enriquecido y heterogéneo panorama de involucramiento de procesos organizativos y movimientos sociales de la sociedad civil en la lucha por la salud para todos y todas en el ámbito local, regional y nacional, como ha sido documentado en investigaciones previas^{10,11}.

Este involucramiento, en búsqueda de soluciones acuciantes a diversas necesidades de salud, cruza distintas temáticas relacionadas con ésta, determina modos diversos de acción colectiva según las condiciones de clase, género, étnicas, laborales y ciudadanas de los participantes, contextos y actores disímiles constituidos por las políticas de mercantilización del derecho a la salud, la exclusión social y la violencia sociopolítica, lo que también ha ocurrido en otros contextos de América Latina⁹.

Igualmente, muestran variadas formas autóctonas de involucramiento de la sociedad civil, elementos de práctica (estructuras, recursos y estrategias), resistencias y logros, a pesar de que no hayan sido específicamente promovidas por el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social ni por el Movimiento de la Salud de los Pueblos, o no se hayan inscrito en sus programas de lucha.

Es por ello que, por ejemplo, componentes como la formación de capacidades, la generación y difusión de conocimientos, el diálogo para las políticas y la gobernanza, el desarrollo de campañas y la construcción

de dinámicas organizativas y movimiento, han incluido gran diversidad de formas construidas por los propios actores sociales según las circunstancias y contextos de desigualdad social, discriminación, persecución, violencia sociopolítica y resistencia en que les ha correspondido trabajar y vivir. De esta manera, en los casos que hemos examinado, cada proceso ha respondido a necesidades particulares para el despliegue de la acción colectiva que incluyen la defensa de la vida, los territorios, la soberanía alimentaria, las identidades y autonomías, el trabajo, la protección de la salud en el trabajo, la defensa de las instituciones públicas de salud, la atención en salud y el reconocimiento a la diferencia, enriqueciendo la perspectiva frente a los campos de lucha por la salud⁵.

La forma y contenido de cada uno de los componentes relacionados con el involucramiento de la sociedad civil en el logro de la salud para todos y todas en los escenarios urbanos ha sido diversa y ha estado relacionada con procesos sociales identificados con: la lucha por el derecho a la salud en el trabajo; la resistencia a procesos de privatización y mercantilización de la atención en salud y a dinámicas de despojo determinadas por proyectos de renovación urbana ligados a estrategias de generación de negocios de atención en salud y de turismo médico; el reconocimiento del derecho a la salud en el marco de la reivindicación de la ciudadanía social de las diversidades sexuales; y, más generalmente, la disputa por la orientación y el contenido del sistema de salud y seguridad social, sus garantías prestacionales y de acceso a la atención sanitaria.

En los escenarios rurales, agrarios y mineros, la forma y contenido de las luchas y la forma de involucramientos por el logro de la salud de organizaciones y movimientos sociales ha estado más vinculada a las relaciones tejidas entre éstos y las fuerzas y organizaciones políticas que han orientado sus dinámicas de lucha campesina e indígena para garantizarse formas populares y propias de atención en

salud. Ello ante la ausencia de servicios en salud oficiales o el reclamo de autonomía de los pueblos indígenas y campesinos, la creación de condiciones propias, sociales, ambientales y culturales para la salud y la soberanía alimentaria y seguridad nutricional.

En este estudio también encontramos que los procesos sociales locales no muestran vínculos directos entre sí, ni usualmente con los movimientos nacionales específicos que han emergido por el derecho a la salud y a la seguridad social en Colombia, como tampoco lo tienen con las dinámicas latinoamericanas y globales explícitas del Movimiento de Salud de los Pueblos. No obstante lo cual, han estado influenciados de algún modo tanto por las luchas del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social como por las orientaciones y enfoques del Movimiento de Salud de los Pueblos, a través de activistas nacionales y locales, por ejemplo estudiantes, vinculados con ellos, especialmente en los espacios urbanos, campesinos y étnico-indígenas.

Explorar los temas sobre construcción de capacidades, generación y difusión de conocimiento, construcción de movimiento, entre otros, en estos procesos locales, también contribuye a comprender los modos particulares cómo la sociedad civil se vincula al logro de la salud para todos aún en circunstancias de alta represión y violencia contra fuerzas que disputan hegemonías de clase, étnicas y de género.

Finalmente, el conjunto de experiencias que aporta el caso colombiano muestra de manera clara que el logro de salud para todos y del derecho a la salud no se restringen únicamente al componente prestacional de servicios asistenciales, sino que resulta más amplio al incorporar la garantía de derechos individuales y colectivos como el derecho al territorio, a la seguridad alimentaria, al trabajo, al reconocimiento y respeto a la diferencia y a la participación plena y decisiva de actores sociales subalternizados.

Agradecimientos

Agradecemos a todas las personas que estuvieron involucradas en el desarrollo de esta investigación: Katherine Cuéllar Bravo, Jenny Cristina Gutiérrez García, Deisy Paola Carranza López, María Alejandra Contreras Sánchez, Diana Yadira Almonacid Rojas, Katherin Iovanowa Carrillo Noguera, Juan Pablo López M, Gloria Amparo Yonda, Luz Ángela Palacios y Alexandra de la Cruz. También agradecemos al conjunto de organizaciones sociales que abrieron sus espacios para poder investigar sobre sus procesos colectivos. Asimismo, agradecemos al Movimiento de Salud de los Pueblos que contribuyó con los recursos del proyecto 'La contribución de la sociedad civil al logro de la salud para todos' para realizar esta investigación.

Colaboradores

Torres-Tovar M (0000-0002-6232-6706)* contribuyó substancialmente en la concepción, planificación y análisis del manuscrito; significativamente en la elaboración del borrador y en la revisión crítica del contenido; y en la aprobación de su versión final. Vega-Romero RR (0000-0002-7632-6723)* contribuyó substancialmente en la concepción, planificación y análisis del manuscrito; significativamente en la elaboración del borrador y en la revisión crítica del contenido; y en la aprobación de su versión final. Luna-García JE (0000-0002-0885-7223)* contribuyó con la concepción y planificación, elaboración del contenido y sus correcciones, así como en la aprobación de su versión final. Borrero-Ramírez YE (0000-0003-2559-4637)* contribuyó al diseño de la investigación, trabajo de campo, análisis y discusión de la información de casos, escritura y revisión crítica del manuscrito y Echeverry-López ME (0000-0001-9116-5107)* contribuyó a la elaboración de borrador del manuscrito y a la revisión crítica de su contenido. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referencias

- Giovanella L, Almeida PF, Vega Romero R, et al. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde debate* [internet]. 2015 [acceso en 2019 Mayo 15];39(105):300-322. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00300.pdf>.
- Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *The Lancet* [internet]. 2018 [acceso en 2019 Mayo 15]; 392(10156):1461-1472. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31829-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31829-4).
- Meisterhans N. Salud para todos: implementación del derecho a la salud en la agenda post-2015. *Perspectivas desde el hemisferio Sur. Medicina Social* [internet]. 2014 [acceso en 2019 Mayo 18];9(3):213-231. Disponible en: <http://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/868/1636>.
- San Sebastián M, Hurtig A-K, Breilh J y Quizhpe A. El Movimiento de Salud de los Pueblos: salud para todos ya. *Rev PanamSaludPublica/Pan Am J Public Health* [internet]. 2005 [acceso en 2019 feb 16]; 18(1):45-49. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8078/27088.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Sengupta A, Bodini C, Franco S. Struggles for Health: An Emancipatory Approach in the Era of Neoliberal Globalization. *Development* [internet]. 2018. [acceso en 2019 Mayo 16]. Disponible en: <https://doi.org/10.1057/s41301-018-0196-z>.
- People's Health Movement. Civil Society engagement for health for all. Guideline for country teams for phase 1 of the action -research. [internet]. 2014. [acceso en 2019 abr12]. Disponible en: https://phmovement.org/wp-content/uploads/2018/06/Countries_Stage-1GuidelinesForCountryTeams.pdf.
- Bodini C, Sanders D, Sengupta A. The contribution of civil society engagement to the achievement of Health for All (CSE4HFA). [internet]. 2018 [acceso en 2019 feb 25]. Disponible en: https://phmovement.org/wp-content/uploads/2018/07/CSE4HFA_Final-Report_Long_180909.pdf.
- Aguilera R. Las transformaciones del Estado contemporáneo: legitimidad del modelo de Estado neo-constitucional. *Universitas* [internet]. 2012 [acceso en 2019 feb 16]; (15):3-25. Disponible en: <http://universitas.idhbc.es/n15/15-02.pdf>.
- Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev. panam. salud pública.* [internet]. 2005 [acceso en 2019 mar 11];17(3):210-220. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v17n3/a12v17n3.pdf>.
- Echeverry-López ME, Borrero-Ramírez YE. Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010. *Cad. Saúde Pública.*[internet]. 2015 [acceso en 2019 mar 14]; 31(2):354-364. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00354.pdf>.
- Torres-Tovar, M. Lucha social contra la privatización de la salud. Bogotá, DC: CINEP; 2013.
- Borrero-Ramírez YE, Torres-Tovar M, Echeverry-López ME. Salud para Todos. La construcción del movimiento nacional por la salud y la seguridad social, caso Colombia 1990-2015. En: Vega-Romero R, Torres-Tovar M, Luna-García JE, organizadores. Luchas sociales por la salud en Colombia. Bogotá,DC: Universidad Nacional de Colombia; 2019.
- Carranza López DP, Contreras Sánchez MA, Almonacid Rojas DY. Luchas invisibles: un estudio sobre el proceso de resistencia de los trabajadores del Hospital San Juan de Dios. En: Vega-Romero R, Torres-Tovar M, Luna-García JE, organizadores. Luchas sociales por la salud en Colombia. Bogotá, DC: Universidad Nacional de Colombia; 2019.
- Molano P, Hoyos SA, Cano M, et al. Construcción colectiva del derecho a la salud: Una iniciativa desde la

- educación popular. Medellín: Universidad de Antioquia; 2016.
15. Cuéllar Bravo K, Borrero-Ramírez Y. Construcción de ciudadanía en salud en el marco del movimiento social LGBT en la ciudad de Cali. En: Vega-Romero R, Torres-Tovar M, Luna-García JE, organizadores. *Luchas sociales por la salud en Colombia*. Bogotá, DC: Universidad Nacional de Colombia; 2019.
 16. Torres-Tovar M, Luna-García JE. Asociación de Trabajadores y Extrabajadores Enfermos de Colmotores- ASOTRECOL: un caso de lucha por el derecho a la salud en el trabajo en Colombia. En: Vega-Romero R, Torres-Tovar M, Luna-García JE, organizadores. *Luchas sociales por la salud en Colombia*. Bogotá, DC: Universidad Nacional de Colombia; 2019.
 17. López JP. La salud y la vida en la comunidad rural del Valle del Río Cimitarra. Sistematización de la experiencia organizativa en salud por parte de la Asociación Campesina del Valle del Río Cimitarra (ACVC). 1980-2016. En: Vega-Romero R, Torres-Tovar M, Luna-García JE, organizadores. *Luchas sociales por la salud en Colombia*. Bogotá, DC: Universidad Nacional de Colombia; 2019.
 18. Carrillo Noguera KI. Soberanía alimentaria para las comunidades campesinas del Magdalena Medio en la Zona de Reserva Campesina del Valle del Río Cimitarra. En: Vega-Romero R, Torres-Tovar M, Luna-García JE, organizadores. *Luchas sociales por la salud en Colombia*. Bogotá, DC: Universidad Nacional de Colombia; 2019.
 19. Gutiérrez García JC. Las mujeres campesinas y su contribución al logro de la salud para sus comunidades; el caso de la Asociación Campesina del Valle del río Cimitarra. En: Vega-Romero R, Torres-Tovar M, Luna-García JE, organizadores. *Luchas sociales por la salud en Colombia*. Bogotá, DC: Universidad Nacional de Colombia; 2019.
 20. Yonda GA, Palacios LA, De la Cruz A, et al. Aportes del movimiento indígena del Norte del Cauca a la construcción de salud para todos. Una mirada desde las autoridades tradicionales y los dinamizadores del tejido de salud de la ACIN. En: Vega-Romero R, Torres-Tovar M, Luna-García JE, organizadores. *Luchas sociales por la salud en Colombia*. Bogotá, DC: Universidad Nacional de Colombia; 2019.
 21. Loewenson R, Laurell AC, Hogstedt C, et al. Participatory action research in health systems. A methods reader. Harare: TARSC, AHPSR, WHO, IDRC Canadá, EQUINET [internet]. 2014. [acceso en 2019 mar 14]. Disponible en: <http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR%20Methods%20Reader2014%20for%20web.pdf>.
 22. Echeverry-López ME, organizadora. *Indignación justa: Estudios sobre la Acción de Tutela en Salud en Medellín*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia; 2013.
 23. Torres-Tovar M, Luna-García JE, Parra J, et al. *Acción colectiva por el derecho a la salud en el trabajo: el caso de Asotrecol*. En: Gallo O, Castaño E, editores. *La salud laboral en el siglo XX y el XXI: De la negación al derecho*. Medellín: Escuela Nacional Sindical; 2016.

Recibido el 09/05/2019

Aprovado el 16/09/2019

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: no hubo

A escola como espaço de participação social e promoção da cidadania: a experiência de construção da participação em um ambiente escolar

The school as a space for social participation and citizenship promotion: the experience of building participation in a school environment

Camila Giugliani^{1,2}, Katia Teresa Cesa², Eliane Maria Teixeira Leite Flores², Vânia Roseli de Mello³, Patrícia Genro Robinson⁴

DOI: 10.1590/0103-110420205105

RESUMO O presente artigo tem como foco o desenvolvimento da intervenção construída no âmbito da pesquisa do Movimento pela Saúde dos Povos ‘Engajamento da Sociedade Civil para Saúde para Todos’, em uma escola estadual em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Por meio da experiência apresentada, objetiva-se discutir sobre as possibilidades e as dificuldades da inserção de um movimento social no espaço escolar, juntamente com outros atores do campo da saúde, para estimular a participação social. Trata-se de uma intervenção direcionada à população jovem, no ambiente escolar, unindo vários segmentos: escola, Unidade de Saúde da Família, conselho de saúde, movimento social e universidades. Tendo a proposta da sistematização de experiências como método, a experiência é descrita por meio da sequência de atividades realizadas, baseadas na concepção de Bem Viver, que cultiva o pertencimento e o respeito à natureza. A revitalização da floresta abandonada da escola foi o eixo condutor das ações. A experiência demonstrou, por um lado, a dificuldade de estimular a participação social vinculada ao controle social e de praticar ações com forte interface entre escola e serviço de saúde. Por outro lado, possibilitou experimentar formas não institucionalizadas de participação, baseadas no exercício constante da cidadania e nas ações solidárias.

PALAVRAS-CHAVE Participação social. Promoção da saúde. Saúde ambiental. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT *This article focuses on the development of the intervention built within the research of the People’s Health Movement ‘Civil Society Engagement for Health for All’, in a public school in Porto Alegre, southern Brazil. Through this experience, it was aimed at discussing the possibilities and difficulties of the insertion of a social movement in the school environment, together with other actors in the health field, to stimulate social participation. This is an intervention directed at the youth, in the school environment, uniting several segments: school, Family Health Unit, health council, social movement and universities. Referenced on the proposal of the systematization of experiences as a method, the experience is described through the sequence of activities performed, based on the conception Buen Vivir, which cultivates belonging and respect for nature. The revitalization of the school’s abandoned forest was the guiding axis of the set of actions. This experience has shown, on the one hand, the difficulty of stimulating social participation linked to social control and of practicing actions with strong connection between school and health service. On the other hand, it made it possible to attempt non-institutionalized forms of participation, based on the constant exercise of citizenship and solidarity actions.*

KEYWORDS Social participation. Health promotion. Environmental health. Family Health Strategy.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. giugli@hotmail.com

²Movimento pela Saúde dos Povos (MSP) – Porto Alegre (RS), Brasil.

³Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (Uergs) – Porto Alegre (RS), Brasil.

⁴Escola de Saúde Pública (ESP) – Porto Alegre (RS), Brasil.



Introdução

A concepção de participação social, forjada durante a efervescência política característica das décadas de 1970 a 1990 no País, constitui-se em um dos elementos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) e emerge alinhada a um conjunto de dispositivos que buscam fazer valer, na prática, a efetiva participação da sociedade nas políticas públicas. Nesse sentido, refere-se ao direito de cidadania e ao exercício de democracia, que, nas palavras de Escorel e Moreira, consiste no,

[...] exercício da democracia no cotidiano, o que exige permanente reflexão sobre suas regras, limites e possibilidades. É, portanto, um processo de aprendizagem que se exerce no respeito às diferenças e na ampliação dos espaços de convivência e debate público¹⁽¹⁰⁰⁷⁾.

Nesse contexto, a participação social se vincula à perspectiva democrática que, desde o início, inspirou a construção da política pública de saúde brasileira. Saúde e democracia são, portanto, dimensões intrínsecas ao próprio SUS. Esse foi, inclusive, o tema da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)², em 1986, considerada um marco na história da construção das conferências de saúde e do SUS.

A associação entre democracia e saúde mobilizou a sociedade brasileira na defesa da ampliação do conceito de saúde, elevando-a à condição de direito e servindo como ideia norteadora para a construção das bases do capítulo de seguridade social na Constituição Cidadã de 1988, dando materialidade legal para a ‘saúde como direito de todos e dever do Estado’. Trinta e três anos depois, em 2019, a realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde, que foi chamada de ‘8ª + 8’, trouxe como tema central ‘Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS’, procurando resgatar, atualizar e reafirmar as proposições da 8ª CNS.

As mais de três décadas que separam a 8ª da 16ª CNS apontam para a necessidade de

encarar antigos desafios que permanecem atuais: os efeitos decorrentes da institucionalização, que acabam por restringir a participação social em saúde aos espaços dos conselhos e das conferências; a pouca autonomia com relação ao poder executivo; as inúmeras questões relacionadas ao tema da representatividade, entre outros. Outro desafio a ser enfrentado diz respeito à dificuldade de renovação dos participantes nas instâncias de controle social em saúde, uma vez que são sempre os mesmos que participam e, em sua grande maioria, já o fazem há muito tempo. Desde a década de 1990, quando as conferências e os conselhos ganharam sua institucionalidade legal, a adesão da sociedade tem sido feita quase que exclusivamente pelos mesmos sujeitos, herdeiros históricos de uma militância que se inicia ainda na década de 1960, com os movimentos sociais e eclesiais de base. Também contribui para isso a desmotivação dos jovens em participar desses espaços e a pouca expressividade de ações direcionadas especificamente a esse segmento populacional.

Ao mesmo tempo que fica tão clara a necessidade de renovação das representações, indaga-se sobre os elementos que têm contribuído para esse cenário. A falta de ‘espírito comunitário’, cada vez mais marcante nos dias de hoje, contribui para a fragilização dos vínculos sociais, assim como para o aumento da violência e a conseqüente retração na ocupação dos espaços públicos, sejam eles a rua, a praça, a escola ou a cidade de modo geral, acabando por impossibilitar os sujeitos de estabelecerem vínculos uns com os outros, de se reunirem em torno de uma causa ou de um projeto comum. Cabe aqui citar um trecho de Eymard Vasconcelos: “O aumento do consumo de bens, a agitação e a alienação, resultantes do sistema, dispersa as vontades, fragmenta os sonhos e acomoda”³⁽⁹⁹⁾, que resume bem o contexto de necessidade de (re)criação e agregação de vontades, e que tão bem se aplica nos dias atuais.

Conforme Gohn:

Os movimentos sociais são fontes e agências de produção de saber. O contexto escolar é um importante espaço para participação na educação. A participação na escola gera aprendizado político para a participação na sociedade em geral⁴⁽³⁴⁷⁾.

A autora destaca, ainda, que as aprendizagens no interior de um movimento social são múltiplas, durante e depois de uma ação específica, tanto para o grupo como para os sujeitos singulares⁴. Nessa perspectiva, surge a ideia de conciliar a autonomia e a criatividade do movimento social com o compromisso e a solidez da política pública, para trabalhar a motivação dos jovens para o exercício da participação social no cotidiano.

Assim, o objetivo deste artigo é compartilhar as experiências de um projeto de pesquisa/extensão cuja intenção foi sensibilizar e envolver a juventude nos espaços de participação social em saúde e estimular a formação de novos sujeitos políticos a partir da integração com as ações do Programa Saúde na Escola (PSE). Partindo de uma pergunta mais ampla – ‘Como o engajamento da sociedade civil pode ser mais efetivo na conquista da saúde para todos e todas?’ –, pretende-se, por meio da experiência descrita, discutir sobre as possibilidades e as dificuldades da inserção de um movimento social no espaço escolar, juntamente com outros atores do campo da saúde, para estimular a participação social.

Contextualização

A intervenção que será apresentada neste artigo foi concebida no contexto de uma pesquisa-ação do Movimento pela Saúde dos Povos – MSP (People’s Health Movement – PHM), uma rede de organizações e pessoas comprometidas com a realização do direito à saúde no mundo. Sua fundação, no ano 2000, deu-se mediante a conjunção de movimentos populares do mundo todo, preocupados com o distanciamento da meta ‘Saúde para Todos no

ano 2000’, firmada na Conferência Mundial sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, em 1978⁵. O MSP, entre outras ações, está comprometido com a produção e a disseminação de conhecimentos que contribuam para um ativismo cada vez mais efetivo na busca da saúde para todos e todas. No marco desse compromisso, foi desenvolvido o programa de pesquisas ‘Civil Society Engagement for Health for All’ – ‘Engajamento da Sociedade Civil para a Saúde para Todos e Todas’.

Esse programa, com o objetivo de compreender como a sociedade civil pode ser mais efetiva na sua atuação em busca da saúde para todos e todas, em termos de mecanismos, processos e práticas, envolveu seis países de quatro continentes: Brasil, Colômbia, Itália, República Democrática do Congo, África do Sul e Índia. Cada país, organizado em torno do seu círculo do MSP, desenvolveu a pesquisa localmente, de acordo com as características e necessidades do contexto em que está inserido. A pesquisa se desenrolou em duas fases: a primeira, de exploração e compreensão do contexto de ativismo local (dimensão exploratória); e a segunda, de ação, trazendo propostas de intervenção para fortalecer o ativismo pela saúde (dimensão participativa).

No Brasil, três núcleos regionais do MSP participaram (Maranhão, Sudeste e Porto Alegre), cada um pondo em prática a pesquisa de acordo com a sua realidade. Em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, a pesquisa teve como objeto a participação social na saúde como expressão de ativismo. Na primeira fase, investigando o contexto do controle social, a exploração prévia com atores-chave evidenciou a necessidade de sensibilizar e envolver a população jovem nos espaços de participação social. Dessa forma, definiu-se o foco da segunda fase, que se constituiu na construção de uma intervenção no espaço escolar, que será apresentada neste artigo. O local da intervenção foi escolhido em função da disponibilidade e do interesse das pessoas que estariam envolvidas, levando em conta as relações construídas com os sujeitos da

pesquisa na primeira fase. O projeto foi apresentado inicialmente para a equipe de uma das Unidades de Saúde da Família (USF), que havia manifestado especial interesse em participar. Em conjunto com a equipe da USF, tendo o PSE como ação de base, escolheu-se uma escola estadual do território, a partir da avaliação de que havia afinidade com a proposta dos autores de promover saúde e cidadania com atividades de caráter colaborativo e que privilegiariam a participação ativa da comunidade escolar.

Para desenvolver a intervenção, partiu-se de marcos conceituais alinhados com os ideais do MSP como um todo, especialmente com a rede latino-americana do Movimento. O primeiro deles é o Bem Viver, do espanhol *Buen Vivir*, ou *Sumak Kawsay*⁶, expressão que vem dos povos ancestrais da América Latina, segundo a qual o ‘sentir-se bem’ se traduz como um sentimento de pertencimento e de respeito à natureza, à Mãe Terra, e a toda forma de vida em um ecossistema onde o ser humano é a vida no interior da vida. É uma vivência cidadã para com a natureza e, também, um projeto civilizatório ou uma utopia em permanente recriação. Nessa concepção, as relações entre os seres humanos e a natureza podem ser de respeito e de cuidado, contradizendo a prática hegemônica de hoje em dia, marcada pelo utilitarismo, pela competição e pela ganância.

O conceito de permacultura, um dos eixos

principais das ações desenvolvidas, vem alinhado ao do Bem Viver. Criado pelos australianos Bill Mollison e David Holmgren, nos anos 1970, é um conjunto de conhecimentos de sociedades tradicionais que traz técnicas inovadoras, com o objetivo de criar uma ‘cultura permanente’, sustentável, baseada na cooperação entre os homens e a natureza. Um dos princípios fundamentais da permacultura é o respeito pela sabedoria da natureza, que guia o desenvolvimento de um sistema próprio e adequado para cada lugar^{7,8}. Da estratégia de observar e copiar a natureza, podem surgir inúmeras técnicas para planejar a sustentabilidade de espaços verdes, como a pequena floresta da escola onde o trabalho aconteceu.

Métodos

Para subsidiar o desenrolar da construção e da implementação da intervenção na escola, optou-se pela proposta da sistematização de experiências, elaborada por Jara⁹, cujas características principais estão apresentadas no *quadro 1*. Todas essas características puderam ser, de alguma forma, experimentadas em diferentes momentos, considerando as possibilidades e as dificuldades impostas pelo processo, o que está sintetizado no *quadro 1*.

Quadro 1. Características da sistematização de experiências segundo referencial teórico de Jara (2013)

| Característica | Forma de desenvolvimento na pesquisa |
|--|--|
| Produção de conhecimentos a partir da experiência | Todas as atividades que constituem a intervenção foram pensadas de acordo com as experiências de todos os participantes: ativistas do MSP, comunidade escolar, equipe da USF, conselho local de saúde e universidades. As novas experiências produzidas com as atividades, predominantemente vivenciais, geraram novos conhecimentos sobre os temas trabalhados. |
| Reconstrução histórica do sucedido, para interpretá-lo e obter aprendizagens | À medida que as atividades iam se somando, os fatos iam se encadeando, juntamente com os elementos contextuais sociopolíticos que os permeavam, gerando reflexão e possibilitando uma compreensão mais abrangente da realidade. |
| Valorização dos saberes das pessoas que são sujeitos das experiências | A dinâmica coletiva e participativa adotada pressupõe a valorização dos saberes das pessoas envolvidas, acolhendo, também, a transformação desses saberes a partir da vivência das experiências. |

Quadro 1. (cont.)

| Característica | Forma de desenvolvimento na pesquisa |
|---|--|
| Identificação das tensões entre o projeto e o processo | Os planos e projetos inicialmente pensados geraram processos reais, que se constituíram em experiências para todos os participantes. Qualquer atividade realizada, considerando a dinâmica da intervenção, desencadeava um processo vivo e dinâmico, que refletia no que estaria por vir, trazendo imprevistos ao planejado. Nesse processo, várias tensões puderam ser identificadas, que também foram fonte de aprendizados. |
| Identificação e formulação de aprendizados | As atividades, ao valorizarem os saberes dos sujeitos e a produção de conhecimentos a partir da experiência, tinham como consequência a geração de novos aprendizados, aspecto que pode ser especialmente destacado em um ambiente escolar. |
| Documentação das experiências e elaboração de materiais e produtos comunicativos de utilidade para os participantes | Foram realizados: filmagens, material fotográfico, registros escritos, oficinas com produção de materiais artísticos e outros itens, construção de uma encenação teatral e elaboração (ainda inacabada) de um vídeo. |
| Fortalecimento das capacidades individuais e de grupo | A dinâmica de construção coletiva adotada poderia favorecer o fortalecimento das capacidades, porém, a integração insuficiente entre os participantes e as dificuldades de outras naturezas comprometeram esse processo. |
| Presença do protagonismo dos sujeitos envolvidos na experiência também na sua sistematização | Esta característica ficou prejudicada pelas dificuldades enfrentadas no processo, principalmente pela desagregação entre as pessoas e os grupos. |

Este trabalho foi desenvolvido com a intenção de integrar as ações do PSE, política inter-setorial instituída em 2007 pelos Ministérios da Saúde e da Educação¹⁰. O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, de prevenção e de atenção à saúde, a fim de enfrentar as vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e de jovens da rede pública de ensino¹¹. As ações do PSE nas escolas são realizadas pelas equipes de saúde da família do território correspondente. Assim, desde o planejamento da intervenção, estabeleceu-se a interface com a USF Santo Alfredo, localizada no distrito sanitário Partenon. A seguir, foram criados projetos de extensão universitária, envolvendo professores e estudantes de duas universidades públicas: Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (Uergs) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Ambos os projetos foram aprovados pelas suas respectivas Câmaras de Extensão (códigos: 899, na Uergs; e 36283, na UFRGS).

A seguir, são apresentadas as atividades realizadas em um processo que se desenrolou durante dois anos e meio, de setembro de 2016 a dezembro de 2018.

Uma intervenção na escola com a escola

A escola em questão, localizada em uma região de alta vulnerabilidade social, abrange o ensino fundamental, do primeiro ao nono ano. Está em funcionamento desde 1985, possui 260 alunos e 24 funcionários. Segundo dados do Censo de 2017, possui oito salas de aula, quadra de esportes aberta, pracinha de brinquedos (interditada), banheiros, cozinha, refeitório, sala de professores e direção. Suas dependências incluem uma grande área externa, pouco explorada, com uma pequena floresta, que a comunidade escolar chama de mato.

O trabalho foi sendo construído na medida em que se mostrava oportuno interligar os conhecimentos e práticas sobre cidadania, direitos humanos, Bem Viver, permacultura,

alimentação saudável e promoção da cultura de paz. A partir daí, as conexões estabelecidas poderiam gerar reflexão sobre outras formas possíveis de se viver na atual sociedade, que incentiva o consumismo e o individualismo¹².

As rodas de conversas com as professoras e a direção da escola começaram em março de 2017. Durante três meses, debateu-se sobre as possibilidades de ação conjunta, considerando a diversidade de vivências que a presença de um movimento social poderia agregar no espaço escolar. O 'Dia da Solidariedade', realizado na escola em maio daquele ano, foi o primeiro encontro do grupo de pesquisa/intervenção com a comunidade escolar e com o Conselho Local de Saúde (CLS). As atividades nesse dia incluíram um mutirão para limpeza do pátio e o registro em vídeo de manifestações de pais, alunos, funcionários e professores sobre as suas expectativas e

desejos com relação à maior participação coletiva no cuidado com a escola. A partir disso, delineou-se o caminho para uma primeira ação: a revitalização da floresta da escola como espaço de ensino/aprendizagem.

As ações que compuseram a intervenção tiveram como foco a compreensão de que a saúde humana e a saúde do planeta são uma só. Além disso, reforçamos a abordagem interdisciplinar de saberes, bem como a sensibilização para a utilização de plantas medicinais, permacultura e compostagem. A solidariedade, a cooperação no trabalho em equipe e a valorização do consumo de alimentos saudáveis foram elementos presentes em todas as atividades. No *quadro 2*, em ordem cronológica, estão apresentadas as atividades realizadas, seus objetivos e os atores envolvidos. Em outra publicação, uma descrição mais detalhada de cada atividade pode ser encontrada¹³.

Quadro 2. Atividades desenvolvidas na escola, detalhando período de realização, participantes, objetivos e ações

| Atividade | Período/duração | Participantes | Objetivo | Ações desenvolvidas |
|---|--|---|--|--|
| Reunião dos pesquisadores com a USF Santo Alfredo | 2º semestre de 2016, durante 2 horas | MSP, coordenação e trabalhadores da USF Santo Alfredo e universidades | Compartilhar o processo investigativo inicial e apresentar o projeto de intervenção proposto. | Escolha da escola no território da USF, encaminhamentos para o início das atividades e combinações com relação à integração do projeto com o PSE. |
| Rodas de conversas com a comunidade escolar | 1º semestre de 2017, durante 3 meses | MSP, professores, direção da escola, USF, CLS e universidades | Apresentar a concepção do projeto, suas bases conceituais e analisar as possibilidades de ações conjuntas e envolvimento com a comunidade. | Início de uma rede de conversação entre a comunidade escolar, a atenção básica e os pesquisadores do MSP por meio do PSE; Apresentação da concepção de Bem Viver como um campo de intercessão entre saúde e educação para a formação e construção da cidadania. |
| 'Dia da solidariedade' | Maio de 2017, durante um turno | MSP, comunidade escolar e CLS | Conhecer e participar de uma atividade desenvolvida pela comunidade escolar. | Registro em vídeo com manifestações de pais, alunos, funcionários e professores; Delineamento do caminho para a primeira ação: a revitalização da floresta da escola como espaço de ensino/aprendizagem. |
| Visita a uma horta comunitária | 1º semestre de 2018, duas visitas de um turno cada | MSP, 250 estudantes e professores, CLS e universidades | Despertar a sensibilidade e o interesse dos jovens pela produção de alimentos agroecológicos a partir da aprendizagem pela experiência; Conhecer o esforço coletivo e de criação de um espaço público e o seu papel na dinâmica urbana; Oportunizar um olhar diferenciado sobre a natureza, os seres vivos, a saúde e o bem viver. | Diálogo sobre alimentos ultraprocessados, problematizando e valorizando o consumo de alimentos saudáveis e naturais; Conhecimento e divulgação do cultivo das plantas alimentícias não convencionais (Pancs); Produção de novas temáticas para debates em sala de aula; Discussão sobre o conceito de solidariedade e valorização do trabalho em equipe. |

Quadro 2. (cont.)

| Atividade | Período/duração | Participantes | Objetivo | Ações desenvolvidas |
|--|--|---|---|--|
| Escolha do mascote e do nome do projeto | 1º semestre de 2018, durante dois turnos | MSP, professores, estudantes de todos os anos da escola e universidades | Engajar criativamente a comunidade escolar ao projeto; Estimular a participação coletiva. | Exposição de 43 trabalhos artísticos feitos pelas crianças e jovens; Eleição do desenho e do nome mais votados; Impressão do desenho vencedor em adesivos, que foram posteriormente colados nos baldinhos de compostagem e nas composteiras. |
| Revitalização da floresta e permacultura | 1º semestre 2018, oficinas e encontros quinzenais | MSP, permacultor contratado, estudantes do 3º, 6º e 9º ano e professores da escola, universidades | Oportunizar outra convivência com a floresta abandonada; Aproximar as crianças e professoras da natureza invisibilizada. | Limpeza e revitalização da área verde abandonada; Construção de sala de aula ao ar livre e espaços de convívio dentro da floresta; Exercícios práticos de agricultura e cultivo de plantas medicinais; Limpeza do pequeno arroio presente na escola; Construção de uma ponte de madeira entre o pátio e a floresta, facilitando o acesso. |
| 'A Revolução dos Baldinhos' ²⁰ | 1º semestre de 2018, duração contínua | MSP, estudantes, familiares, cozinheira emergente da escola e universidades | Envolver as famílias, em um processo de aprendizagem cooperativa experiência de transformar o resíduo orgânico em adubo; Promover a compreensão sobre a diferença entre lixo e resíduo orgânico, reforçando a importância da utilização deste no solo. | Confecção de composteiras; Atividade prática de cooperação, na qual as crianças traziam de casa os resíduos orgânicos para depositar nas composteiras; Rodas de conversa sobre o tema, na sala de aula construída ao ar livre na floresta; Oportunização de aprendizagens significativas sobre: permacultura, compostagem, disposição final de resíduos orgânicos, saúde ambiental, água, alimentação saudável e cidadania. |
| Oficinas de Qigong e criatividade com argila | 1º semestre de 2018, duas oficinas com 50 minutos cada | MSP, duas turmas de estudantes (2º e 6º anos), professoras, artista plástica convidada | Estimular processos criativos em conexão com a floresta, por meio do Qigong e de oficinas com argila; Promover o Bem Viver e o cuidado com o corpo, a nutrição e o ambiente escolar. | Práticas do Qigong, técnica milenar chinesa que busca a força vital por meio da atenção na respiração e em movimentos sincronizados; Caminhadas até a floresta, em silêncio, onde todos voltavam a atenção para a escuta e observação da floresta; Sentados em roda, conversas sobre percepções e sentimentos, com coleta de material encontrado no entorno (folhas, galhos, terra) para introduzir na argila; Oficinas de produção de esculturas em argila, inspiradas nos elementos da natureza, com elaboração de pigmentos naturais presentes na floresta; Exposição dos trabalhos no refeitório da escola; Após as oficinas, os estudantes do segundo ano continuaram usando a floresta para a prática do Qigong, guiados pela professora da escola. |
| Oficina de sal temperado | 2º semestre de 2018, durante um turno | MSP, Grupo Hiperdia da USF Santo Alfredo, CLS, diretora da escola, professora e funcionária | Trabalhar questões de promoção da saúde aproximando o CLS, a USF e a Escola; Abordar os fatores de risco ligados ao consumo excessivo de sal e de alimentos industrializados. | Oficina realizada por um grupo de usuários da USF Santo Alfredo, que compartilharam a receita e as ervas secas para que cada aluno preparasse o seu próprio tempero. As crianças levaram para casa o tempero, com a função de despertar o interesse dos familiares pelas questões abordadas; Conversa sobre os fatores de risco ligados ao consumo excessivo de sal e de alimentos industrializados, como salgadinhos; Encontro intergeracional, que atendeu afetos e promoveu a aproximação entre crianças e pessoas idosas. |

Quadro 2. (cont.)

| Atividade | Período/duração | Participantes | Objetivo | Ações desenvolvidas |
|------------------------------------|---|--|---|--|
| Oficinas de saúde bucal e nutrição | 1º semestre de 2018, 6 encontros | MSP, alunas e professora de Odontologia da PUCRS, dentista preceptora da USF, professores, estudantes e funcionárias da escola | Desenvolver um projeto educativo em saúde bucal e alimentação saudável, integrando MSP, universidade, USF e escola; Integrar alunos de graduação de Odontologia no projeto. | Desenvolvimento de oficinas sobre promoção de saúde bucal, alimentação saudável e sustentabilidade; Criação de um painel demonstrativo da quantidade de açúcar contido em produtos consumidos pelos estudantes, que ficou exposto no refeitório para reflexão e conhecimento de professores e alunos; Construção de horta vertical, feita com pallets e garrafas pet, para o cultivo de hortaliças pelos alunos; Oficina culinária utilizando as ervas e saladas plantadas na horta vertical. |
| Oficinas de teatro 'Dom Lixote' | 2º semestre de 2018, 16 encontros durante 4 meses | MSP, professores e estudantes do 8º ano; artista/oficineiro convidado | Exercitar a experiência do coletivo, estimulando a cooperação e o protagonismo juvenil; Promover reflexões sobre as questões ambientais e a sustentabilidade do planeta. | Oficinas de expressão corporal e improvisação para o desenvolvimento da criatividade, comunicação, desinibição e memorização; Elaboração de um projeto teatral (criação de roteiro, cenografia, figurinos etc.), que abordou a problemática da sociedade de consumo, do lixo, da privatização da água, da sustentabilidade e do respeito à natureza; Estímulo aos estudantes para serem agentes multiplicadores da causa ambiental; Encenação e apresentação para a comunidade escolar. |
| Palhaço Baghetinho na escola | 2º semestre de 2018, durante o último dia de aula | MSP, artista convidado, estudantes e professores da escola | Produzir alegria e despertar a cultura da paz como dispositivo de novos afetos e encontros na escola. | Performance teatral de palhaçaria, experiência lúdica que trouxe a irreverência e o encantamento através das 'palhaçadas' como modo de agir alegre e resistente (re-existente). |

MSP: Movimento pela Saúde dos Povos; USF: Unidade de Saúde da Família; CLS: Conselho Local de Saúde; PSE: Programa Saúde na Escola; PUCRS: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Para pôr em prática as ações de revitalização da floresta, foi agregado à equipe um colaborador geógrafo e especialista em permacultura, que trouxe consigo dez anos de experiência nas escolas públicas da cidade. O ato de resgatar a área verde abandonada e transformar a floresta da escola em sala de aula oportunizou, na prática, o cultivo e o uso de plantas medicinais, bem como a utilização coletiva de um espaço contemplativo e de interação. Assim, o contato

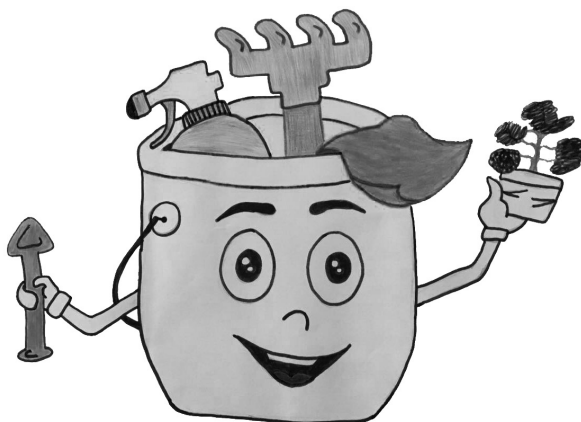
com a floresta se ampliou, por meio de vivências diversas, como oficinas de introdução à permacultura e à agrofloresta, princípios de sustentabilidade, cultivo de Plantas Alimentícias Não Convencionais (Pancs) e construção de composteiras (*figuras 1 e 2*). As oficinas de teatro, baseadas no livro 'Dom Lixote e o Dragão que cospe lixo'¹⁴, que aborda a sustentabilidade e o respeito à natureza, reforçaram, os aspectos trabalhados na floresta.

Figura 1. Plantio de temperos, ervas e verduras na escola. À direita, visualiza-se uma das composteiras construídas pelos estudantes e pelo permacultor



Fonte: Foto de Eliane Maria Teixeira Flores.

Figura 2. Mascote do projeto eleito na votação



Fonte: Foto de Kátia Teresa Cesa.

Reflexões e aprendizados

A experiência do desenvolvimento dessa intervenção na escola oportunizou muitas indagações, em especial: o que convoca as pessoas a estarem juntas nos dias de hoje? Que outros modos de estarmos juntos temos experimentado? Quais são os fios que nos ligam para continuarmos vivendo em comunidade?

Pelo exposto, pode-se considerar que o processo participativo que se busca construir operou

como um dispositivo de criação de vontades e de promoção de saúde. A ideia de criação de vontades a que se refere aqui está relacionada com as condições que tornaram possível, a partir do esforço de um conjunto de instituições (escola, movimento social, universidades e serviços de saúde), a abertura de espaços para novas produções e aprendizados dentro de uma escola estadual que, assim como a grande maioria no Brasil, sofre os efeitos do sucateamento de sua estrutura física, da carência e desvalorização de

professores, e do desinvestimento na qualificação do corpo docente.

Na esteira do desmanche das políticas públicas, objetiva e subjetivamente, estudantes, pais, professores, trabalhadores da saúde e comunidade escolar como um todo também são afetados. Na interface saúde-educação, é possível perceber que boa parte da demanda de cuidado que chega até o serviço de saúde provém dos espaços escolares. Questões como violência, uso abusivo de drogas, epidemia de obesidade infantil, entre outras, apontam para a importância da atuação conjunta da saúde e da educação no enfrentamento desses problemas. Tendo ciência dessa dinâmica, a intervenção procurou impulsionar processos de invenção, criação e ousadia na relação com o espaço comum da escola, acionando um processo participativo de construção, informação, aprendizagem e crescimento. A partir da experiência envolvendo saúde e educação no espaço de uma escola pública, o pertencimento compartilhado em torno de um 'com(um)' foi tramando outros sentidos para o que foi vivenciado em conjunto.

Foi uma grande surpresa perceber, na primeira visita, que na escola escolhida havia uma área verde com natureza abundante e viva dentro dos seus muros, mas que, por estar abandonada, causava desprezo e até medo. Era perigoso, quicá proibido, entrar na floresta. Porém, o que se viu, no decorrer do trabalho, foi um santuário com enorme potencial de abrigar, em toda a sua diversidade, muitos ensinamentos, diversão e resgate da cultura ancestral. E assim se abriu a possibilidade de uma agrofloresta, uma sala de aula verde, enfim, um espaço mágico de aprendizagem e vivências. A partir daí, indagou-se: quem sabe um trabalho cooperativo em torno da natureza poderia ser dispositivo de aprendizagem para a participação social?

Ao refletir sobre o eixo orientador que embasaria as atividades, concluiu-se que o conceito de *Buen Vivir* permitiria exatamente isto: um novo paradigma civilizatório, onde a natureza não seja considerada como algo externo ou como uma ameaça, senão como

parte da própria dinâmica da vida e condição de existência futura¹⁵. Um contraponto ao modelo atual de desenvolvimento, onde nada – a água, as florestas, os alimentos, a vida – escapa dos circuitos do capital.

O ponto de partida foi despertar a sensibilidade e o interesse das crianças pela natureza que as cerca. Investiu-se na experiência de levar toda a escola para conhecer uma das mais tradicionais e reconhecidas hortas comunitárias de Porto Alegre, resgatando a sabedoria ancestral presente na concepção de Bem Viver. Essa atividade possibilitou uma abordagem interdisciplinar de saberes, oportunizando um olhar diferenciado sobre a natureza, os seres vivos e a saúde, e que, na sequência, permitiu aos professores seguirem trabalhando em sala de aula os conceitos trazidos pela vivência, como agroecologia, alimentação saudável, ervas medicinais e outros temas relacionados ao Bem Viver.

A etapa seguinte foi planejar coletivamente a apropriação e o pertencimento da comunidade escolar à proposta que surgia. Assim, a atividade de criação de um nome e de um mascote para o projeto contou com 43 desenhos inscritos e produziu uma dinâmica criativa e participativa, onde todos os estudantes da escola exercitaram o seu voto e se envolveram ativamente. O nome escolhido pelos estudantes para o projeto foi 'Nosso mundo mais verde', e o desenho do mascote foi um baldinho com instrumentos de jardinagem (*figura 2*).

O contato com a floresta se ampliou por meio de oficinas de introdução à permacultura e à agrofloresta, de argila (*figura 3*), de cultivo de Pancs, de compostagem e construção de composteiras, de Qigong, entre outras. A redescoberta de um microambiente tão rico no espaço escolar trouxe entusiasmo aos escolares, professores e pesquisadores. Muitos alunos, pela primeira vez, puderam mexer na terra. A alegria de plantar, podar e limpar a área era demonstrada pela disposição em participar das atividades desenvolvidas dentro da floresta. Bastava um convite para surgirem muitos voluntários para colaborar em alguma atividade, entre as tantas que foram realizadas.

Figura 3. Crianças trabalhando com argila e elementos da natureza



Fonte: Foto de Eliane Maria Teixeira Flores.

As oficinas abriram espaço para o exercício da participação e da cidadania, que, de forma geral, ainda são pouco experimentadas no ambiente escolar. É, no entanto, nesse espaço, construído em conjunto, que o senso de pertencimento coletivo dos jovens pôde despertar, abrindo caminho para a alegria, a criatividade e o protagonismo na participação social. Foram oportunizadas experiências inéditas, despertando nos sujeitos envolvidos novos sentidos e nutrindo a vontade de estarem juntos.

A participação à qual se faz referência ao analisar esse processo vai muito além de simplesmente fazer parte de uma atividade coletiva. Os jovens, ao vivenciarem um processo colaborativo, participam constantemente de situações em que todos são estimulados a sugerir, opinar, contribuir. Ao terem parte ativa e liberdade nas atividades realizadas na escola, percebem que sua participação é de fundamental importância, mas não menos importante que a participação do outro. Aprendem que quanto maior for o empenho coletivo, tanto melhor e mais gratificante será o processo como um todo¹⁶. A realização da atividade do teatro, por exemplo, além de promover a ampliação cultural e o aperfeiçoamento pessoal, estimulou a troca de experiências, a busca de soluções para situações-problema, a celebração da diversidade e o espírito colaborativo

entre os jovens, fundamentais em uma comunidade escolar saudável.

Em sentido mais amplo, o conceito de juventude pode ser compreendido como um momento singular do ciclo de vida, simultaneamente às condições sociais e culturais específicas nas quais o sujeito se encontra¹⁷. Muito se tem comentado a respeito do baixo engajamento dos jovens nas questões sociais e políticas que os afetam. Entre os fatores que podem estar contribuindo para tal situação, podemos considerar a inadequação das práticas e dos espaços tradicionais e a sua incapacidade de dialogar com as necessidades reais desse grupo específico, o que convoca a considerar outras e novas formas de comunicação, organização e mobilização¹². Enquanto sujeitos de direito,

Adolescentes e jovens têm o desejo de ser escutados e a necessidade de serem reconhecidos em suas capacidades. [...] eles precisam ser vistos de modo concreto como cidadãos, capazes de posicionamento nos diversos níveis do cotidiano em que estão imersos. Um grande número de pessoas jovens tem ideal de transformar a sociedade em algo mais humano e justo, mas não tem ideia de como concretizá-la, nem recebe nenhum incentivo neste sentido¹⁸⁽⁵²⁾.

Nesse sentido, Boghossian e Minayo¹⁷ retomam o conceito forjado pelo educador e ativista na área da infância e adolescência, Antonio Carlos G. da Costa. Dizem as autoras:

Em sua concepção, o protagonismo pressupõe a criação de espaços e mecanismos de escuta e participação dos jovens em situações reais na escola, na comunidade e na vida social, tendo em vista tanto a transformação social como sua formação integral¹⁷⁽⁴¹⁶⁾.

A perspectiva do protagonismo ou da participação dos jovens consiste, portanto, em promover junto a eles o desenvolvimento de autonomia, autoestima, assertividade e projetos de vida. Além disso, a participação juvenil se configura como uma estratégia potente de promoção da saúde e prevenção da violência, do abuso de drogas e das infecções sexualmente transmissíveis/Aids.

Ainda, com base nas características da sistematização de experiências (*quadro 1*)⁹, pode-se afirmar que o trabalho realizado oportunizou uma melhor compreensão da prática, para a partir dela gerar abertura para novas experiências. Também oportunizou uma reconstrução histórica de todas as atividades realizadas, junto com um exercício reflexivo constante sobre a forma como os processos se deram, razões e sentidos existentes, consequências e causas, contradições, coerências e incoerências, continuidades e rupturas, vínculos e ausências. Ao ordenar e recuperar o acontecido em nossa experiência particular, somos capazes de interpretá-lo e compreendê-lo em um contexto histórico e social que nos abarca, mergulhando na conjuntura política atual e na situação da participação social. Situação essa que se caracteriza como ameaçadora para a democracia e a participação das pessoas nas esferas de decisão. Pode-se citar como exemplo a publicação pelo Governo Federal, em abril de 2019, do Decreto nº 9.759, que extingue e limita a atuação de conselhos que preveem participação da sociedade civil¹⁹.

As reflexões críticas oportunizadas ao longo

de todo o processo geraram aprendizados, a partir da identificação de problemas, questionamentos, tensões e contradições. As filmagens e os registros das conversas em forma de diário, as oficinas, a construção de uma encenação teatral, a elaboração (ainda inacabada) de um vídeo, são materiais ricos que podem ser utilizados em outras experiências. Nesse sentido, existe tanto a perspectiva de seguir atuando na mesma escola, como de desenvolver um novo trabalho em outra escola pública.

Os participantes, incluindo estudantes, professoras, diretora da escola, integrantes do MSP, profissionais da USF, conselheiros de saúde, universitários e a comunidade em geral, cresceram e se fortaleceram com o processo, onde as contribuições de cada um se articularam e se somaram para produzir algo relevante para o conjunto das pessoas. Isso caracteriza a ação coletiva e participativa. Como exemplo, a construção das composteiras e o uso dos baldinhos envolveram, além dos estudantes, suas famílias, funcionários da escola, entre outras pessoas, gerando conhecimento e prática para além do que havia sido inicialmente planejado. Acreditamos em exemplos como esse, onde a participação comunitária opera como agente de transformação, onde a busca de um modo de vida mais solidário e cooperativo pode ser o disparador da mudança. Buscando mobilizar o protagonismo juvenil na construção e no fomento à participação social na saúde é que se constrói a intervenção, inspiradora para o enfoque educativo dos movimentos sociais. Além de estar presente nas atividades propostas, o envolvimento dos integrantes do MSP trouxe entusiasmo para praticar novas formas de aprendizagem, constituindo-se em efeito pedagógico multiplicador. Nesse sentido, vem à tona a experiência da extensão universitária, outro potente elemento dessa experiência:

A extensão universitária é o espaço mais livre para a gestação de novas práticas pedagógicas contra hegemônicas. É o lugar para o movimento social dentro da universidade. O novo não é gerado apenas a partir da reflexão

de grandes intelectuais. Pelo contrário, é fruto principalmente de movimentos sociais³⁽¹⁰²⁾.

Assim, fica evidente a riqueza de agregar diferentes formas de produzir conhecimento a partir das vivências de diferentes sujeitos, que, na sua diversidade, convergiram neste projeto, em construção de saberes no e para o coletivo. A escola e sua comunidade, a universidade, a unidade de saúde, o conselho de saúde, o movimento social, todos esses grupos e espaços podem aproveitar o que foi por eles produzido. A riqueza do trabalho em rede também torna possível o redimensionamento do agir local no pensamento e na articulação globais. Essa ponte entre local e global encontra, na parceria com os movimentos sociais e com as universidades, uma potência enorme.

Conforme Gohn⁴, as aprendizagens com os movimentos sociais podem ser de várias ordens: prática (como se organizar, como participar, como se unir, que eixos escolher), política (conhecer quais são seus direitos), cultural (saber quais elementos constroem a identidade do grupo), reflexiva (sobre suas práticas, geradora de saberes) e ética (a partir da vivência ou observação do outro, centrada em valores como bem comum, solidariedade e compartilhamento), entre outras. Ao vivenciar a experiência aqui relatada, pôde-se operar diretamente com essas aprendizagens.

No entanto, foram muitas as dificuldades enfrentadas. No desenvolvimento das atividades, na prática, o MSP e as universidades acabaram assumindo um papel muito central, uma vez que os demais grupos não foram tão proativos, ficando a execução das ações na dependência da disponibilidade dos primeiros. O desejo era de que a USF e a escola se tornassem mais autônomas para dar andamento ao trabalho, mas isso não aconteceu. Foi notável a sobrecarga dos profissionais da USF, que não conseguiam sair da unidade para participar das atividades na escola, devido às demandas assistenciais dentro do serviço. Isso reflete uma realidade difícil das equipes das USFs, que compromete o seu envolvimento em

atividades coletivas e comunitárias, incluindo o PSE. Nesta experiência específica, houve receptividade e entusiasmo da equipe de saúde, mas esta não teve condições concretas de dar sequência ao trabalho planejado.

Destaca-se, também, que nem todas as pessoas envolvidas participaram da sua sistematização, o que representa um desafio imenso no cenário em que se insere esta intervenção. Mas, justamente, também é um sintoma da falta de vontades e da desagregação encontradas ao chegar à escola, e que também precisa de tempo para se transformar no almejado protagonismo coletivo. Na escola em questão, no início do trabalho, os exemplos de participação se reduziam a ações isoladas de pais/mães de estudantes, usualmente com o objetivo de superar carências de infraestrutura e deficiências econômicas da escola. No entanto, a concepção proposta na relação escola-comunidade foi ampliando o espectro dos sujeitos em ação, pois pressupunha o envolvimento de pais, professores, gestores, funcionários, representantes de associações de bairro e movimentos sociais. Porém, esse envolvimento ainda se mostrou incipiente e muito dependente da presença do MSP e das universidades. Também o contexto da escola, caracterizado por longos períodos inativos – férias, greves – e mudança de direção, além do já referido sucateamento, não favoreceu a implicação dos sujeitos de forma mais perene.

Com relação à participação social, nesta experiência, a conexão entre a escola e os espaços institucionalizados de participação social não aconteceu, o que levou à reflexão sobre outras formas de participação advindas do protagonismo dos sujeitos envolvidos nas ações coletivas do cotidiano, e da experimentação de formas não institucionalizadas de participação baseadas no exercício constante da cidadania e nas ações solidárias. Nesse sentido, a inserção do movimento social na escola abriu espaço para a criatividade, apresentou novos ares e possibilidades, ampliando a compreensão dos conceitos de saúde e participação.

Considerações finais

O conjunto de ações realizado no âmbito da pesquisa do MSP 'Engajamento da Sociedade Civil para a Saúde para Todos' em uma escola estadual em Porto Alegre demonstrou que a escola pode ser um lugar significativo para o exercício e o estímulo à participação social, por meio de atividades coletivas que proporcionaram vivências solidárias e de exercício da cidadania. Ainda, com base nesta vivência, observou-se que a participação social é um modo de agir que se aprende/experimenta em diversos âmbitos da vida e que requer tempo para ser cultivado. O desafio de fomentar processos de cidadania, participação e democracia capazes de formar cidadãos atuantes não se faz da noite para o dia e envolve, tal como no trabalho com a natureza, um tempo de plantar e de colher, que exige dedicação, esforço e cuidado coletivo.

Por fim, levanta-se a ideia de que a participação social se insere no conceito de saúde conectado com as concepções do Bem Viver. Assim, é possível entender a participação a partir de ações coletivas no cotidiano, dando maior ênfase ao exercício cidadão permanente, desvinculando-a unicamente das instâncias de controle social, espaço ainda muito marcado pelas formas institucionalizadas de atuar. Acredita-se que, por meio de ações no micro-espaço da escola, é possível fazer germinar a

atuação política dos jovens independentemente dos espaços que venham a ocupar na sociedade.

Colaboradoras

Giugliani C (0000-0002-2652-5214)* contribuiu para a concepção do projeto, participou das reuniões de andamento do projeto, guiou e contribuiu para a escrita do artigo e aprovou sua versão final. Cesa KT (0000-0003-1417-6026)* contribuiu para a concepção do projeto, coordenou a realização das atividades na escola, participou das reuniões de andamento do projeto, guiou e contribuiu para a escrita do artigo e aprovou sua versão final. Flores EMTL (0000-0002-9142-8058)* contribuiu para a concepção do projeto, coordenou a realização das atividades na escola, participou das reuniões de andamento do projeto, guiou e contribuiu para a escrita do artigo e aprovou sua versão final. Mello VR (0000-0003-4801-624X)* contribuiu para a concepção do projeto, participou das reuniões de andamento do projeto, guiou e contribuiu para a escrita do artigo e aprovou sua versão final. Robinson PG (0000-0002-5696-6010)* contribuiu para a concepção do projeto, participou das reuniões de andamento do projeto, guiou e contribuiu para a escrita do artigo e aprovou sua versão final. ■

Referências

1. Escorel S, Moreira M. Participação Social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadoras. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 979-1010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986. [acesso em 2019 jul 26]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8-conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Vasconcelos EM. A luta para preservar e construir uma sociedade que permita a todos a realização dos anseios fundamentais do coração. In: Wong Un JÁ, Mano MAM, Vasconcelos EM, et al., organizadores. *Estórias da Rua que foi Balsa: Trilhas e intuições na Educação Popular em Saúde*. Belo Horizonte: Guayabo Edições; 2016. p. 97-103.
4. Gohn MG. Movimentos sociais na contemporaneidade. *Rev. bras. educ.* 2011; 16(47):333-363.
5. World Health Organization; Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Declaration of Alma Ata: International Conference on Primary Health Care*. Alma Ata; Kazakhstan: WHO; UNICEF; 1978.
6. Confluencia Nuevo B'aqtun. *El Buen Vivir de los Pueblos de Guatemala* [internet]. Cidade da Guatemala: Confluencia Nuevo B'aqtun; 2014. [acesso 2019 ago 1]. Disponível em: <http://alainet.org/images/Buen%20Vivir%20Guatemala-pdf.pdf>.
7. Mollison B. *Permaculture: A Designer's Manual*. 2. ed. Tyalgum: Tagari Publications; 1988.
8. Cláudio CJ. *Conceitos de agrofloresta* [internet]. Ipoema Instituto de Permacultura. 2016 dez 23. [acesso em 2019 jul 19]. Disponível em: <https://ipoema.org.br/2016/12/23/conceitos-de-agrofloresta/>.
9. Jara HO. *A sistematização de experiências: prática e teoria para outros mundos possíveis*. Brasília, DF: CONTAG; 2012.
10. Brasil. Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 6 Dez 2007.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. *Caderno do gestor do PSE*. Brasília, DF: MS; ME; 2015.
12. Giugliani C, Rocha CMF, Antunes D, et al. *Ação Comunitária pela Saúde em Porto Alegre*. Porto Alegre: Rede Unida; 2016.
13. Giugliani C, Flores EMTL, Cesa KT. Saúde e cidadania na escola: experiências inovadoras que promovem o bem viver. *Saberes Plurais*. 2018; 2(3):33-54.
14. Cesa KT. *Dom lixote e o dragão que cospe lixo*. Porto Alegre: Marca Visual; 2016.
15. Sbardelotto M. *Sumak Kawsay: uma forma alternativa de resistência e mobilização*. UHU-Unisinos. 2010; 10(340):5-9.
16. Hansted TC. *Teatro, educação e cidadania: estudo em uma escola do Ensino Básico* [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2013. 322 p.
17. Boghossian CO, Minayo MCS. *Revisão Sistemática Sobre Juventude e Participação nos Últimos 10 anos*. *Saúde Soc. São Paulo*. 2009; 18(3):411-423.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília, DF: MS; 2010.
19. Brasil. Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. *Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal*. *Diário Oficial da União*. 11 Abr 2019.
20. Centro de Estudos e Promoção da Agricultura de Grupo. *O passo a passo de uma revolução – composição e agricultura urbana na gestão comunitária de resíduos orgânicos*. Florianópolis: CEPAGRO; 2016.

Recebido em 03/08/2019
Aprovado em 29/11/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Las luchas indígenas por el derecho fundamental a la salud propio e intercultural en Colombia

Indigenous struggles for an own and intercultural fundamental right to health in Colombia

Jaime Hernán Urrego-Rodríguez¹

DOI: 10.1590/0103-110420205106

RESUMEN El presente artículo hace una aproximación a las luchas de los pueblos indígenas en Colombia, particularmente aquellos pertenecientes al Consejo Regional Indígena del Cauca (Cric), por la materialización del derecho fundamental a la salud, a lo largo de cinco períodos históricos entre 1971 y 2019. Este artículo presenta las características de la disputa política con el Estado, la transformación contenciosa de la política de salud indígena, direccionada desde el estado, y de la política indígena de salud, promovida desde las luchas de los pueblos indígenas. Ambas políticas se expresan en enfoques, normas e instituciones en un contexto de violencia, discriminación y racismo; en la permanente tensión entre un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) oficial, con una lógica de mercado y rentabilidad económica, y un Sistema de Salud Indígena, Propio e Intercultural (Sispi) de carácter colectivo y público, que desafía las asimetrías de poderes y saberes entre el modelo hegemónico de desarrollo, la medicina occidental y democracia restringida, orientado hacia el buen vivir, la sabiduría ancestral y la acción política colectiva basada en la ley de origen, el derecho mayor y el derecho propio de los pueblos indígenas.

PALABRAS CLAVE Derecho a la salud. Grupos de población. Política de salud.

ABSTRACT This article provides an approximation to the struggles of indigenous peoples in Colombia for the materialization of the fundamental right to health. The study emphasizes the case of the Regional Indigenous Cauca's Council (Cric). It reviews five historical periods between 1971 and 2019. While doing so, the paper presents the characteristics of the political dispute between Cric and the State, the contentious transformation of the indigenous health policy, and the indigenous health policy expressed in approaches, norms, and institutions in a context of violence, discrimination, and racism. It highlights the permanent tension between a General System of Social Security (SGSSS), embodying the logic of a market and economic profit ability and an indigenous Health System Integrating Own and Intercultural (Sispi) of collective and public nature that challenges the asymmetries of power and knowledge among the hegemonic model of development, western medicine, and restricted democracy. In contrast to this latter, the indigenous health system is one oriented towards the good living, the ancestral wisdom, and the collective political action based on the law of origin, the greater right and the own right of the indigenous peoples.

KEYWORDS Right to health. Population groups. Health policy.

¹Universidad Nacional de Colombia (Unal) – Bogotá (DC), Colombia.
finseya5@gmail.com



Introducción

Los pueblos indígenas agrupados en el Consejo Regional Indígena del Cauca (Cric) con gran tradición de lucha, vienen construyendo alternativas y resistiendo en medio de la violencia y el racismo estructural, los embates de un modelo de desarrollo depredador de la vida, del territorio y de una salud integral comprendida como equilibrio de los sujetos colectivos de acuerdo a sus cosmovisiones, saberes y formas de gobierno diversos. Resulta relevante, por lo tanto, comprender la disputa política por la configuración contenciosa de la política de salud indígena, direccionada desde el Estado y de la política indígena de salud, surgida desde las luchas de los pueblos indígenas en la perspectiva de construcción del buen vivir desafiando la institucionalidad y la medicina hegemónica.

De este modo, se presentan los resultados de la investigación de la tesis doctoral en Salud Pública sobre la configuración contenciosa entre las políticas de salud indígena que asume el Estado y aquellas que van estructurando los pueblos indígenas, fundamentalmente del Cauca, entre 1971 y 2017. Para este fin, se analizarán cinco periodos: el surgimiento y desarrollo inicial del Cric, su plataforma de lucha incluida la salud y primeros instrumentos de política de salud indígena del Estado, (1971-1990); el proceso constituyente (1990-1991); la reforma neoliberal e inconsulta del Sistema General de Salud y Seguridad Social (SGSSS)/ Ley 100; la resistencia del Cric subordinante de lo indígena al SGSSS, incluida la creación de empresas administradoras y prestadoras indígenas de salud y la Ley 691, (1993-2001); las adecuaciones socioculturales contenciosas a un SGSSS en crisis y emergencia de una propuesta de salud de los pueblos indígenas (2002-2010) y; el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (Sispi) como política indígena de salud en disputa con el SGSSS y como referencia autonómica en tiempos de construcción de paz (2011-2017).

Se observará en estos cinco periodos, los

hitos en la construcción de la política pública a nivel del Estado y de los pueblos indígenas en los que se reflejan las disputas de poderes y saberes sobre gobernabilidad y modelos de salud en medio de movilizaciones, negociaciones y hechos políticos. Con esto se espera contribuir al debate sobre el derecho fundamental a la salud intercultural de los pueblos indígenas.

Material y métodos

La presente investigación rastrea la emergencia del sujeto indígena en el devenir socio-histórico y cultural de sus luchas en Colombia, a partir del surgimiento del Cric. Su emergencia refleja las dinámicas asimétricas del poder y sus consecuencias clasificatorias y racializadas de origen e impronta colonial, en el marco del sistema mundo capitalista¹ y de los discursos de la otredad². En particular mediante del análisis cualitativo de fuentes primarias como documentos normativos, técnicos, políticos, prensa indígena, local y nacional, y entrevista de 12 actores clave participantes del proceso, se da cuenta de cuáles han sido los principales hitos y por qué, en la transformación normativa, programática e institucional como expresiones concretas y contenciosas de las políticas de salud tanto desde el ámbito estatal como del sujeto político indígena en materia de salud e interculturalidad surgidas en la disputas de poderes y saberes entre 1971 y 2017.

Resultados y discusión

En Colombia, según el Censo de 2005 la población indígena es de 1.392.623 personas: un 3,43% de la población total, pertenecientes a 102 pueblos indígenas que habitan 713 resguardos (territorios gobernados por autoridades indígenas)³. En el Cric confluyen 280 mil indígenas (20% de la población del departamento del Cauca, sur occidente colombiano) de 10 pueblos: Nasa, Totoró, Misak, Yanacona, Kokonuco, Embera, Embera Siapidara, Inga,

Ampiule y Kishu, gobernados por 125 cabildos (Autoridades Político Administrativas indígenas)⁴. El pueblo Nasa, mayoritario dentro del Cric, ha liderado históricamente procesos de resistencia y lucha por la tierra y la pervivencia cultural. En 1890 bajo el Estado clerical, se expidió la Ley 89 que establecía:

La legislación general de la República no registrará entre los salvajes que vayan reduciéndose a la vida civilizada por medio de Misiones. En consecuencia, el Gobierno de acuerdo con la Autoridad eclesiástica, determinará la manera como esas incipientes sociedades deban ser gobernadas⁵⁽¹⁾.

No obstante, el corte racista y colonial de la norma, esta reconocía los resguardos y la autoridad del cabildo, por lo que se mantuvo la cruzada de terratenientes, iglesia y colonos contra los territorios indígenas. La arremetida fue enfrentada bajo el liderazgo del Nasa Manuel Quintín Lame mediante el levantamiento indígena del Cauca (1914-1916) y una serie de luchas hasta los años 60 fundamentadas en una plataforma de recuperación y ampliación de resguardos, no pago de terraje (explotación servil que permite al indígena trabajar una porción de tierra sin remuneración), defensa de la lengua, la historia y las costumbres y la formación de profesores indígenas⁶.

En 1958, las élites políticas y económicas pactan el Frente Nacional como instrumento de superación de un conflicto con epicentro en la propiedad de la tierra, cuyo diseño excluyente, profundizó la ya existente desigualdad social, llevó a una nueva fase de violencia política en el país. En medio de las luchas obreras, estudiantiles y campesinas por la transformación de la sociedad, el sujeto político indígena inmerso en la causa popular emerge diferenciado, desafiando el régimen político y su impronta colonial un pensamiento propio sobre territorio, gobierno y cultura, a partir de las luchas por la recuperación de tierras.

1971-1990: Las luchas del Cric, de la invisibilidad a la emergencia

Durante los años 70, aún culminado el Frente Nacional, las élites continuaron en el poder, mediante fraudes electorales, el uso de la violencia y de los estados de excepción para enfrentar la crisis económica y el auge de las luchas sociales entre el 75 y el 90⁷.

En 1971 se celebra el primer congreso indígena del Cauca y del país, en el que nace el Cric bajo la consigna de Unidad, Tierra y Cultura. Allí se retoma la plataforma de Quintín Lame, salvo por el rechazo al racismo de la Ley 89 en lo concerniente a:

[...] la parte que trata de la minoría de edad ya que somos colombianos y ciudadanos de la República. [E incluir la] participación del sector indígena en la modificación de esas leyes ya que somos los que conocemos nuestros problemas y sus soluciones⁸⁽¹¹⁾.

Con el nacimiento del Cric aumentan las recuperaciones de tierras y el ánimo por la unidad que llevó a realización del segundo congreso, en septiembre del mismo año, en el que se define inconveniente modificar la Ley 89 pues como señala Morales: “[...] esa ley autoriza la creación de resguardos y la creación de los cabildos, como autoridad máxima entre las comunidades indígenas [...]”⁹⁽¹³⁸⁾. Esto evidencia que en las luchas del Cric hay una impronta por controvertir y utilizar lo existente como forma de acumular poder desde lo propio, convirtiéndose en un sujeto político desafiante que se articula con otros movimientos sociales e impulsa la creación de organizaciones indígenas por todo el país.

Durante los años 70 se realizaron tres congresos más. En ellos aparecen como pilares la política de salud y la lucha por la tierra. Allí, el sentido otorgado al concepto de tierra es el del territorio para la cultura y la vida, en el que la armonía – salud para los pueblos indígenas –, es mantenida o restablecida por la medicina tradicional, según se orienta en dichos congresos

[...] a) Que entre ellos discutan su ciencia y recuerden lo que han olvidado; que unan sus fuerzas para trabajar más efectivamente. b) Que con sus conocimientos nos colaboren en la preparación de nuestras luchas: advirtiendo los peligros, previniendo los males, protegiendo los compañeros [...] Los médicos instruirán a los Cabildos sobre los peligros y problemas y aconsejarán sobre la buena conducta de los miembros de los Cabildos como representantes de la autoridad indígena. Pedirles a los médicos que enseñen la botánica a la comunidad [...]10(44).

Obsérvese cómo la promoción de la medicina tradicional emerge de una política de salud propia es decir desde la organización y según su cosmovisión, que surge desde el ámbito de la educación y la cultura; que se liga a la protección del territorio y la vida y la recuperación de tierras¹¹. Otro pilar es el fortalecimiento del cabildo como autoridad político-administrativa que, orientado por la medicina tradicional y la comunidad, propicia el equilibrio entre personas, familias, naturaleza y territorio. Se inicia así la construcción del gobierno en salud como componente de la política indígena.

En 1977, el Cric crea una red de más de 100 Agentes Comunitarios Indígenas Bilingües que impulsan la organización en salud, resuelven problemas básicos con botiquines (medicamentos y plantas medicinales) y protegen con los médicos tradicionales las luchas por la tierra. En un cursillo para esta red en Paniquitá, 27 delegaciones de diferentes puntos del Cauca “[...] que ya han organizado botiquines o se van a organizar, por lo general dependientes de las tiendas comunales, Empresas Comunitarias [...]”10(5), evidencian que el Cric crea un tejido autogestionario propio e intercultural que integra iniciativas económicas, de educación y salud para enfrentar la desatención estatal:

[...] son numerosos los compañeros que diariamente mueren por diarreas, gastroenteritis, gripas, hemorragias, etc. y en la mayoría de

los casos por no haberles prestado un servicio a tiempo pues casi no se dispone de servicios de salud o en los hospitales y puestos de salud sólo atienden a los que tienen plata¹⁰⁽⁵⁾.

Así, el Cric va construyendo la naciente política indígena que se transformará en el Programa de Salud creado en el sexto congreso en 1981, primera institución propia regional de salud con una plataforma política ampliada: Fortalecimiento político organizativo que promoverá una institucionalidad propia descentralizada como gobierno en salud; 2) Relaciones con el Estado, donde el Cric como sujeto político con voz propia en salud interlocuta, exige y negocia; 3) Fortalecimiento de la medicina tradicional como articulador de la política indígena de salud mediante médicos tradicionales, sob anderos, pulseadores y parteras para armonizar el territorio, las autoridades, las familias y acompañar espiritualmente las luchas por tierra; 4) Acompañamiento a pacientes con personal bilingüe para garantizar su acceso sin discriminación a servicios de salud: El Indio no está solo; 5) Formación de personal propio: Agentes Comunitarios para promover la medicina tradicional y el uso de plantas, prestar atención básica de medicina occidental y mediar entre el sistema médico occidental y la medicina propia y que fortalezcan la organización en salud.

En medio de la represión sistemática del Estatuto de Seguridad del gobierno Turbay (78-82) y enfrentando el Estatuto Indígena, que buscaba acabar los resguardos y los cabildos, el Cric, y otras organizaciones regionales propician la unidad indígena que se concreta en la creación de la Organización Nacional Indígena de Colombia (Onic) en 1982 que, en adelante, articulará la resistencia y las luchas a nivel nacional e internacional.

En 1981, el Estado implementa el Sistema Nacional de Salud (SNS) con un subsector de asistencia pública para pobres (incluidos los indígenas), uno de seguridad social para trabajadores y uno privado para población con capacidad de pago en un contexto de transición

del discurso preventivista de la triada ecológica de los sesenta¹², al de derechos humanos de Atención Primaria de Alma-Ata (1978).

No obstante, el talante represivo del gobierno Turbay, el Ministerio de Salud expide en septiembre de 1981 la Resolución 10.013, luego de 6 meses de creado el Programa de Salud del Cric, en medio de las exigencias indígenas de una política de salud especial y en el contexto internacional del reconocimiento de la 'otredad con derechos'.

La 10013, hito contencioso de la política de salud indígena del Estado, da lugar al reconocimiento de la otredad en los límites del pensamiento colonial, pues reconoce la existencia de visiones y prácticas de un otro pero como míticas y subordinadas a la autoridad sanitaria del Estado y la hegemonía del conocimiento científico. En materia de financiamiento declara la gratuidad de los servicios de salud, sin alusión a la capacidad de pago en un virtual reconocimiento de derechos. Así lo destaca la Onic:

[...] se convierte en el primer espacio legal de lucha, en el que se trabaja por primera vez la gratuidad, como un derecho económico para quienes su organización productiva-económica implica reciprocidad, redistribución y complementariedad, no mercado y dinero, aunque tienen relación con los dos¹³⁽¹²⁶⁾.

La 10013 crea la figura de promotores en referencia al personal propio y, de esta forma, los Agentes Comunitarios del Cric, aunque con perfil similar, desaparecerán para convertirse en promotores indígenas con menor autonomía política y terapéutica, debido a su progresiva dependencia laboral y técnica del Estado.

Los años 80 transcurrían entre el ajuste estructural, la exclusión política, la movilización social y los esfuerzos de paz. Mientras, en el Cauca, se posicionaba el grupo armado indigenista Quintín Lame, sin aprobación del Cric, para enfrentar el ataque a las luchas indígenas Finalizando el gobierno Barco (86-90) y empezando el gobierno Gaviria (90-94) en plena

apertura económica, se concretan acuerdos de paz con las guerrillas del M-19, el Quintín Lame y el EPL con impacto sobre el proceso constituyente.

En este marco, en 1986, la Onic crea el Programa de Salud, incorporando los desarrollos del Cric para proyectarlos a nivel nacional y reforzar la incidencia política frente a la exigibilidad de la 10013.

En 1989, se produce el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), incorporado por Colombia mediante la Ley 21 de 1990 que supera el asimilacionismo del convenio 107 de 1957:

Eliminar la orientación hacia la asimilación de las normas anteriores; Reconociendo las aspiraciones de esos pueblos a asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida y de su desarrollo económico y a mantener y fortalecer sus identidades, lenguas y religiones, dentro del marco de los Estados en que viven¹⁴⁽¹⁶⁾.

Se instaure, así, la consulta previa e informada, el reconocimiento de la gobernabilidad de los pueblos indígenas sobre sus formas de vida y sus instituciones como núcleo duro jurisprudencial y político a nivel global y de respaldo a las luchas generales y en salud de los pueblos indígenas.

En 1990, se expide la Ley 10 de 1990 que inicia el tránsito del SNS a la privatización, a través de la intermediación administrativa y financiera de los servicios de salud y la vinculación del derecho a la salud a la capacidad de pago. La demanda de cumplimiento de la 10.013, el ascenso de las luchas indígenas y el acceso al gobierno de sectores progresistas en el marco de los acuerdos de paz, llevaron a la expedición del Decreto 1.811 de 1990 que, no obstante, el discurso del reconocimiento, mantiene el tono integracionista de la 10.013 e incentiva la cofinanciación comunitaria de los servicios como prólogo a la privatización de los mismos. La 10.013 y el 1.811 son apropiadas como instrumentos de lucha del Cric para

enfrentar la discriminación y/o la negación de servicios de salud y para fortalecer su agenda propia de salud.

Estos primeros 20 años marcan la emergencia del sujeto político indígena en el Cauca y en Colombia sobre arenas contenciosas que combinan el reconocimiento estatal con la racialización violenta de aquello que desestabiliza su estructura de poderes y saberes hegemónicos. En salud, el Cric sentó las bases de una política indígena de salud con instituciones de gobierno (Cabildos y Programa de Salud), normas y mandatos (Plataforma en salud), saberes (Medicina tradicional y atención intercultural), agentes propios (sabedores ancestrales), formación e investigación y modelo propio e intercultural basado en la cosmovisión, la ley de origen, el derecho mayor y el derecho propio. Mientras, el Estado, respondiendo al contexto internacional y a la movilización indígena, inició la política de salud indígena con la 10.013 y el 1.811.

La Constitución de 1991: Visibilidad estructural del sujeto político indígena (1990-1991)

En el marco de las negociaciones con la insurgencia, emerge un movimiento ciudadano por la paz y la inclusión política. En las elecciones de mayo de 1990 este movimiento se autoconvoca a votar por una Asamblea Nacional Constituyente (ANC). En diciembre del mismo año se eligen los Constituyentes. En este proceso son electos dos indígenas en contienda abierta y uno más a partir de los acuerdos de paz con el Quintín Lame.

La nueva Constitución Política (nCP) proclamó el Estado Social de Derecho, la función social y ambiental de la propiedad privada, superó el clericalismo, rodeó de garantías la participación democrática y dejó abiertas las puertas para el modelo neoliberal. Es un Estado multicultural que reconoce la diferencia en clave de derechos, recoge las corrientes internacionales de la discusión étnica, que tramita la 'otredad' en una nueva fase del

integracionismo vía mercado. Los pueblos indígenas ahora son sujeto político de derechos y parte del ordenamiento Estatal a nivel territorial y político¹¹.

El derecho a la salud quedó definido en la nCP como servicio público de carácter prescricional para la promoción, protección y recuperación de la salud a brindarse por públicos y privados en apertura hacia la privatización de la salud y la seguridad social¹². Aunque no se menciona la salud indígena, el reconocimiento constitucional de la diversidad étnica y cultural de la nación coloca en un nivel de mayor jerarquía el proceso contencioso entre políticas indígenas y estatales en salud¹³.

De la Ley 100 a la 691: nuevas invisibilidades e inclusiones vía mercado (1993-2001)

La euforia constituyente terminó con el asesinato de 20 indígenas Nasa en el Nilo-Cauca, en diciembre de 1991, a manos de fuerzas estatales penetradas por el narcotráfico, iniciando una nueva etapa de violencia contra los pueblos indígenas y de resistencia y organización del Cric.

En salud, el gobierno expide de manera inconsulta la Resolución 5.078 en 1992 que reduce la medicina tradicional a terapéutica y las culturas médicas a cúmulo de conocimientos y prácticas, con lo que se limitaría la disputa intercultural de saberes y poderes en un tema nuclear para los sistemas de salud. En materia de gobierno, administración y financiamiento, el gobierno expide el decreto 1088 de 1993 que define las Asociaciones de Cabildos como entidades públicas de carácter especial que podrán manejar recursos públicos, fortaleciéndose el doble rol indígena como movimiento social y autoridad político-administrativa territorial. Esta norma parcial posponía el compromiso constitucional de crear entidades territoriales indígenas y no respondía a lo concertado con los pueblos indígenas.

En diciembre de 1991, se expide de manera inconsulta con los pueblos indígenas la Ley 100, que reformó el SGSSS inspirada en el plan

de ajuste derivado del consenso de Washington en materia de disciplina fiscal, reorientación de subsidios, privatización y desregulación económica a favorecer de la libre competencia¹.

Esto trajo la intermediación administrativo-financiera para la gestión del riesgo financiero y de salud en un esquema de subsidios a la demanda y de aseguramiento individual con una Unidad de Capitalización (UPC) y un Paquete Obligatorio de Salud (POS) diferenciado y subsidiado para pobres sin capacidad de pago y contributivo para aportantes, en una versión del modelo neoliberal denominada pluralismo estructurado:

‘Pluralismo’ evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado, ‘Estructurado’ evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado¹⁵⁽¹⁶⁾.

Para la Ley 100 los indígenas eran pobres sin capacidad de pago y con derecho a crear empresas administradoras, lo que obligó el tránsito de la gratuidad (10.013 y 1.811) hacia subsidios parciales para demandar servicios de salud occidentales violándose el derecho a la consulta libre e informada. Aunque el Cric rechazó la ley, las empresas privadas ingresaron con engaños y sin consentimiento a los territorios indígenas a afiliarse población, generando confusión por los beneficios ofrecidos y limitando una respuesta indígena unificada.

En 1995, miles de indígenas se congregan en el Resguardo de la María, Piendamó, en el Cauca, convocados por el Cric. Los indígenas protestan contra el gobierno por el incumplimiento de acuerdos sobre tierras, educación, derechos humanos y, en salud, exigen la salida de la Ley 100 y las empresas, así como concertar un sistema especial de salud. El gobierno descartó reformar el SGSSS, salvo ajustes básicos de normatividad indígena lo que, sumado a la confusión entre gratuidad y subsidio, lleva a que en una nueva movilización

en 1996 (Novirao), el Cric acepte transitoriamente entrar en el SGSSS con adecuaciones socioculturales, mientras se concierta su propuesta de un Régimen Especial Indígena en Salud (Reis) por fuera de la Ley 100.

Esto llevó a una primera etapa de modulaciones del SGSSS que, entre otros, estableció la afiliación colectiva a cargo del cabildo, eliminación de copagos y cuotas moderadoras para hacer equiparable ‘subsidio a gratuidad’, prohibición de mercadeo en territorios indígenas y creación de empresas y prestadores indígenas de salud, financiando, incluso como acuerdo de Novirao, un estudio para la estructuración de la empresa del Cric. Con ello avanzaba, de manera contenciosa, la era de inclusión y reconocimiento vía mercado.

En 1997, el Décimo Congreso del Cric aprueba crear una empresa de salud sin abandonar la exigencia del Reis y transita por el camino de aprovechar lo posible/impuesto y de construir lo propio. En diciembre del mismo año nace la Asociación Indígena del Cauca (AIC), empresa Administradora del Régimen Subsidiado de Salud Indígena (Arsi), iniciando un camino de empresarización en disputa entre las exigencias de mercado y las del modelo médico hegemónico, con la garantía del derecho a la salud intercultural y se crean, progresivamente, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas (Ipsi), para servicios de medicina occidental con posibilidad de adecuaciones socioculturales. Se crean Arsi en todo el país, afiliando a cerca del 80% de los indígenas y surgen más de 100 Ipsi, de las cuales 8 son del Cauca. Estas, bajo la dirección del Programa de Salud, desafían la lógica empresarial de la AIC para incorporar elementos de política propia dentro del SGSSS.

Los años 90 terminan con un fuerte desarrollo neoliberal, la explosión del desplazamiento forzado por la violencia y un nuevo proceso de paz del Gobierno Pastrana (1998-2002) con las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (Farc). El incumplimiento de los acuerdos suscritos por los gobiernos con los pueblos indígenas lleva al Cric a declararse

en 'emergencia social, económica y cultural' y movilizarse en 'Minga' de nuevo al resguardo de la María y suscribir un nuevo acuerdo con el gobierno convertido en decreto 982, que prometía cumplir lo incumplido y afrontar la emergencia. Ya en 1995 la Onic, mediante la toma de la conferencia episcopal, obtuvo la creación por decreto de la Mesa Permanente de Concertación (MPC). Uno y otro instrumento terminarán siendo ineficaces, advirtiéndose una impronta del régimen político que combina exclusión y racismo. En salud termina el periodo con adaptaciones parciales del SGSSS y exigencias de un Reis, mientras que el Cric, bajo un modelo de gobierno colectivo, transita por la disputa entre mercado, derechos y desarrollo de modelos propios de salud.

El Cric y la Onic dejan registrado en sus congresos el rechazo al SGSSS y su opción por sistemas propios e interculturales de salud. El Programa de Salud del Cric enfrenta un debilitamiento de su rol en razón a que los componentes de la política indígena de salud pasan a ser asumidos por la AIC y las Ipsi, con esfuerzos destacados para construir modelos de salud interculturales, pero limitados por las lógicas de la Ley 100.

Adicionalmente el SGSSS acabó con los promotores de salud, convirtiéndolos en técnicos de salud para administración y demanda inducida de pacientes, con lo que el Cric perdió influencia en su formación. Este es un punto de inflexión que impacta las estructuras indígenas de salud para la construcción de la política propia, pero que no detendrán su propósito.

2002-2010 – Seguridad democrática y emergencia del Sispi

Iniciando el 2002, se rompen los diálogos gobierno-Farc y es elegido presidente Uribe Vélez. Su política, denominada de Seguridad Democrática, estigmatiza las luchas indígenas, desconoce el derecho a la consulta libre e informada frente a actividades extractivas y la ocupación territorial por la fuerza pública y descalifica los acuerdos suscritos

por gobiernos anteriores. Esto implica 8 años de un escenario de violaciones de DDHH. Sin embargo, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2006-2010 de Uribe fue declarado inexecutable por la Corte Constitucional por no consultar los pueblos indígenas.

El Cric participa en 2005 en Cuenca Ecuador en la II Asamblea Mundial por la salud de los Pueblos. En esta asamblea da a conocer sus luchas, comparte experiencias desde la interculturalidad y suscribe la declaración por la resonancia en temas como:

El MSP incorporará temas clave como la lucha contra los Tratados de Libre Comercio, reforma agraria y restauración de la tenencia de la tierra a los pueblos indígenas, protección contra el saqueo del conocimiento ancestral como una defensa fundamental de la seguridad social, identidad cultural y seguridad nutricional [...]16(3).

Con ello se mantiene la vocación de movilización e incidencia global, ya demostrada frente a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Winnipeg en 1993 y en la movilización continental contra el mal llamado descubrimiento de América en 1992.

El gobierno Uribe bombardea la minga indígena de 2006 en la María Piendamó, incluida la misión médica; mientras militariza resguardos, recluta jóvenes indígenas y se abstiene de votar la declaración universal de DDHH de los pueblos indígenas de Naciones Unidas, en abierta contradicción con la jurisprudencia vigente, y reeditando el racismo de la contienda entre régimen político y pueblos indígenas por lo que nuevamente el Cric, en protesta, se moviliza a finales del año en un hecho que cobró vidas indígenas a manos de la fuerza pública. En 2009 el gobierno adoptó la Declaración en mención y el Cric y el movimiento indígena se posicionó como sujeto político desafiante y alternativo, elevando el costo político al régimen por su talante autoritario.

La década transcurre para el tema de salud en medio de una crisis de legitimidad,

operatividad y sostenibilidad financiera del SGSSS que el gobierno intenta paliar en 2010 con la declaratoria de una emergencia social, que en realidad profundizaba el modelo privatizador. A partir de allí la presión social, incluida la indígena, y la revisión de la Corte Constitucional la tornan inexequible. En estos años la disputa se concentra en adecuaciones del SGSSS, para funcionalizar la operación de las empresas y prestadoras indígenas, persistiendo la tensión sobre la necesidad de un sistema propio que se expresa en la primera Asamblea Nacional de Salud de los pueblos indígenas en Villeta¹⁷, donde se cuestiona el SGSSS:

[...] bajo [...] la Ley 100 de 1993, los pacientes pasamos a ser clientes, convirtiendo el derecho a la salud en una mercancía o negocio que favorece los intereses privados [...] [lo cual requiere] [...] reformas estructurales que parten de la derogación de la Ley 100 y de su modelo perverso que ha fracasado en nuestro país¹⁷⁽¹⁾.

Se denuncian los incumplimientos del Gobierno para la adecuación sociocultural y la atención precaria a comunidades indígenas en varios departamentos que llevan a la Asamblea a adoptar propuestas del Cric, la Onic, el Consejo Regional Indígena de Caldas (Cridec) y el pueblo Arhuaco, en el sentido de construir el Sispi como alternativa al SGSSS, a las Empresas Promotoras de Salud Indígena (Epsi) (Anteriormente llamadas Arsi) y a las Ipsi.

2010-2017 - Las luchas por el Sispi en tiempos de construcción de la Paz

Los gobiernos de Santos (2010-2018) avanzan la modernización neoliberal del Estado que continúa la agenda precedente con una apertura del régimen político orientada a hacer la paz con las Farc y el Ejército de Liberación Nacional (ELN). Por primera vez un gobierno consulta el Plan Nacional de Desarrollo con los pueblos indígenas, aunque persisten las agresiones contra las comunidades y el territorio y el incumplimiento de los acuerdos.

Esto intensifica la movilización indígena y las recuperaciones de tierras, llamadas ahora 'Liberación de la Madre Tierra' que, más que recuperar, es liberar el territorio del desarrollo depredatorio para dar paso a su cuidado como expresión de equilibrio y salud en una perspectiva contracivilizatoria.

La crisis del SGSSS se enfrenta a micro-reformas operativas que mantienen el pluralismo estructurado en fase avanzada de privatización, eliminación de las empresas públicas, salvo las indígenas que son de carácter especial, y destrucción de la red pública hospitalaria que atiende las zonas rurales, donde no hay rentabilidad para los privados. En salud indígena, el SGSSS, luego de varios años, asignó parcialmente recursos para los procesos de adecuación sociocultural a cargo de las empresas indígenas de salud (Epsi); en 2013 se creó la Subcomisión Nacional de Salud Indígena, instancia mixta (gobierno-indígenas) de concertación como parte de la MPC y, en 2014, se expide el Decreto 1.953 (hitó más representativo del periodo) a fuerza de movilización en el Cauca y en el país, en el que de manera provisional, a cambio de crear las entidades territoriales indígenas, se adopta el esquema de funcionamiento de los territorios indígenas para la administración directa de recursos públicos y de los Sistemas Propios e Interculturales de Educación (Seip), de salud Sispi y Justicia entre otros.

El Sispi, desde los pueblos indígenas, es el ejercicio de la política indígena en salud en diálogo con la política de salud indígena del Estado contenida dentro del SGSSS y otras políticas públicas, pero en términos del decreto:

[...] El Sispi se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas¹⁸⁽¹⁾.

Con ello establece una relación de complementariedad y de subordinación práctica a la Ley 100 que copa el espacio real de disputa

de poderes y saberes de la interculturalidad realmente existente.

El Sispi, desde los pueblos indígenas, contiene 5 componentes que dan continuidad a los ejes de la política indígena de salud desde el nacimiento del programa de salud del Cric en 1981 y de la Onic en 1986: 1) Político organizativo para relaciones con el Estado, gobierno en salud, desarrollo de la ley de origen, derecho mayor y derecho propio, para cuidar la vida y el territorio; 2) Administración-Gestión desde la ancestralidad para manejo de recursos económicos, información, personal de salud e información en coordinación con la administración pública y privada; 3) Formación e Investigación para la reproducción de capacidades técnicas, políticas y socioculturales del personal propio y para la recuperación, producción y difusión de saberes y su relación intercultural con otras culturas; 4) Cuidado de la salud que organiza saberes, prácticas y caminos para la armonía individual, familiar y comunitaria desde articulación contenciosa de la sabiduría ancestral, las medicinas alternativas y occidental; 5) Sabiduría ancestral que orienta espiritualmente todo el Sispi.

Este decreto traza nuevos límites a la disputa política entre pueblos indígenas y Estado en las que la tensión entre lo individual y lo colectivo, el buen vivir y el desarrollo y lo público y lo privado, exige la reforma al SGSSS para que el Sispi se materialice.

En 2015 se expide la Ley Estatutaria en Salud que declara la salud como derecho fundamental autónomo y exigible y por la incidencia del movimiento indígena. Establece que

Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrollan en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (Sispi)¹⁹⁽⁴⁾.

Con lo que se amplía y eleva la jerarquía normativa que soportan luchas indígenas por el derecho a la salud.

En 2017 el Cric registra poco avance en el Sispi, por lo que en su XV congreso define iniciar una etapa de transición en la que se transformarán la Epsi y la Ipsi en instituciones propias que fortalezcan el gobierno y los modelos propios en salud. Para tal efecto ordena “[...] iniciar el desmonte del modelo de salud de la Ley 100, el cual debía dejar de regir en el Cauca indígena en un plazo de un año”⁴⁽⁸⁵⁾.

Meses después, en la gran Minga de Monterilla (carretera panamericana), 15 mil indígenas del Cric protestan por los incumplimientos del gobierno y exigen el reconocimiento y apoyo a su mandato de transitar por el Sispi por fuera de la Ley 100.

Conclusiones

La irrupción del Cric cambió la historia de las relaciones entre los pueblos indígenas, la sociedad general y el Estado en Colombia al configurarse como un nuevo sujeto político de base territorial, con formas propias de identidad, autoridad y gobierno, economía y desarrollo sociocultural que desestabiliza la racialización de las relaciones asimétricas de poder y saber coloniales y contracivilizatorios. Este proceso entre, 1971 y 2017, se inscribe en una contienda entre régimen político excluyente, racista y de pensamiento colonial y luchas por la participación democrática; entre desarrollo y buen vivir y entre mercado y derechos humanos.

La configuración de la política de salud indígena ha resultado de una disputa permanente y cambiante entre pueblos indígenas y Estado que se ha traducido en estructuras institucionales, normativas y programáticas dinámicas a nivel estatal en el SGSSS de pluralismo estructurado privatizado y con adecuaciones socioculturales fruto de resistencia y movilización indígena y, a nivel del Cric, que ha construido una política indígena de salud propia e intercultural de salud.

La política de salud indígena, desde la Resolución 10.013, ha pasado del

integracionismo de corte colonial, pasando por el enfoque de derechos del 1.811 al multiculturalismo de los derechos de la constitución y se ha transmutado en la inclusión subordinante del modelo neoliberal de la Ley 100 y todos sus desarrollos y adecuaciones socioculturales incluida la Ley 691.

La lucha por el derecho fundamental a la salud en una perspectiva intercultural, ha implicado un proceso permanente de desestabilización y alteración de las asimetrías de poderes y saberes entre el modelo hegemónico de desarrollo depredador de la vida y el

territorio, la medicina occidental y democracia restringida y un modelo orientado hacia el buen vivir, la sabiduría ancestral y la acción política colectiva basada en la ley de origen, el derecho mayor y el derecho propio de los pueblos indígenas.

Colaborador

Urrego-Rodríguez JH(0000-0001-5972-7595)* es responsable de redactar el manuscrito. ■

Referencias

1. Quijano A. Colonialidad del poder y clasificación social. En: Castro-Gómez S, Grosfoguel R, editores. El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global [internet]. Bogotá, DC: Siglo del Hombre; 2007. [acceso en 2019 mayo 20]. Disponible en: <http://www.unsa.edu.ar/histocat/hamoderna/grosfoguelcastrogomez.pdf>.
2. Walsh C. Interculturalidad y Colonialidad del Poder. Un pensamiento y posicionamiento “otro” desde la diferencia colonial. En: Castro-Gómez S, Grosfoguel R, editores. El giro decolonial, Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global [internet]. Bogotá: Siglo del Hombre; 2007. [acceso en 2019 mayo 20]. Disponible en: <http://www.unsa.edu.ar/histocat/hamoderna/grosfoguelcastrogomez.pdf>.
3. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud Colombia 2016 [internet]. Bogotá, DC: MinSalud; 2016. [acceso en 2019 mayo 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>.
4. CRIC, Urrego J. Avance en la construcción del Sistema Intercultural en Salud Propia e Intercultural-SISPI. Popayán: Samava Ediciones; 2018.
5. Colombia. Ley 89. 25 de noviembre de 1890. Por la cual se determina la manera como deben ser gobernados los salvajes que vayan reduciéndose a la vida civilizada. El congreso de Colombia. Diario Oficial. 25 Nov 1890.
6. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Los pueblos indígenas de Colombia en el umbral del nuevo milenio. Población, cultura y territorio: bases para el fortalecimiento social y económico de los pueblos

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- indígenas [internet]. Bogotá, DC: DNP; 2004. [acceso en 2019 mayo 20]. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-territorial/Paginas/pueblos-indigenas.aspx>.
7. Archila M, García M, Parra L, et al. Cuando la copa se rebosa, luchas sociales en Colombia 1975-2015. Bogotá, DC: CINEP; 2018.
 8. Centro de Investigación y Educación Popular. Cómo nació el CRIC, primeras luchas en Congreso Consejo Regional Indígena del Cauca-CRIC, 10 años de luchas, historia y documentos. *Rev. Controversia*. 1992; (91-92):11.
 9. Gros C, Morales T. ;A mi no me manda nadie!: Historia de Vida de Trino Morales. Instituto Colombiano de Antropología e Historia. Bogotá, DC: Editorial Perfiles; 2009.
 10. Consejo Regional Indígena del Cauca. Las comunidades indígenas en el paro cívico nacional. Unidad Indígena. Unidad, Territorio, Cultura y Autonomía. Popayán: CRIC; 1977.
 11. Urrego J. Configuración de la política de salud indígena en Colombia 1971-2017. [tese]. Bogotá, DC: Universidad Nacional de Colombia; 2019.520 p.
 12. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [internet]. 2013 [acceso en 2019 mayo 18]; 31(supl1):13-27. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>.
 13. Organización Nacional Indígena de Colombia. Memorias del V Congreso Nacional Indígena. Los pueblos Indígenas de Colombia. Un reto hacia el nuevo milenio [internet]. Bogotá, DC: Fundación Etnollano; 1998. [acceso en 2019 mayo 18]. Disponible en: <http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/Memorias%20del%20quinto%20congreso%20nacional%20indigena.pdf>.
 14. Organización Internacional del Trabajo. Convenio Num. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales [internet]. Bogotá, DC: OIT; 2014. [acceso en 2019 jun 2]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf.
 15. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina [internet] Washington: BID; 1993. [acceso en 2019 mayo 29]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Pluralismo-estructurado-Hacia-un-modelo-innovador-para-la-reforma-de-los-sistemas-de-salud-en-Am%C3%A9rica-Latina.pdf>.
 16. Movimiento por la Salud de los Pueblos. Declaración de la II Asamblea Mundial de salud de los Pueblos [internet]. 2015. [acceso en 2019 mayo 16]. Disponible en: https://web.ua.es/opps/objetivos_de_desarrollo_del_milenio/ponencias/martes_manyana_47_presentacion.pdf.
 17. Consejo Regional Indígena Del Cauca. Pronunciamento final de la Asamblea Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas. Construyendo alternativas para el buen vivir desde los pueblos [internet]. Villata: CRIC; 2010. [acceso en 2019 mayo 16]. Disponible en: <https://www.cric-colombia.org/portal/pronunciamento-final-de-la-asamblea-nacional-de-salud-de-los-pueblos-indigenas-construyendo-alternativas-para-un-buen-vivir-desde-los-pueblos/>.
 18. Colombia. Ministerio del Interior. Decreto 1.953 de 07 de Octubre de 2014. Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de que trata el artículo 329 de la Constitución Política. *Diario Oficial Oct2014*.
 19. Colombia. Ley Estatutaria en Salud 1751 de 16 de Febrero de 2015. Regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial. 16 Feb2015*.

Recibido el 24/06/2019
Aprobado el 08/12/2019
Conflicto de intereses: inexistente
Apoyo financiero: no hubo

The transformative potential of health as a commons

O potencial transformador do comum em saúde

Chiara Francesca Bodini^{1,2,3}, Giulia Bonanno³, Elisa Cennamo³, Bruna Mura³, Martina Riccio^{1,3}, Lorenza Santoro³

DOI: 10.1590/0103-11042020S107

ABSTRACT Italy was a participating country in the People's Health Movement multi-centred action-research project (Civil Society Engagement for Health for All). The Italian team, a collective named Grup-pa, undertook several participatory action-research activities including, in a first phase, a mapping of groups active in fields linked to the social determination of health and health promotion, through individual and collective interviews. In a second phase, three public workshops, structured around the exchange of practices, focused on key themes emerged from phase one. A major construct originated from this work, centred around the co-construction of experiential knowledge on health as a commons, has been named 'health commons practices'. The focus on practices is not merely strategic (producing synergies and alliances), but inherently political (conceiving participation as a value) and connected to health and staying healthy (as individuals; as a community). The construct of 'health commons practices' is meant to make visible an area of ongoing transformations in new spaces created by movements and in more traditional actions in defence of existing public services, addressing health as a socio-political issue. In this essay, we sketch the reflection around six keywords that are central to it: commons, care, technology, efficacy, sustainability, institution.

KEYWORDS Health promotion. Social change. Equity. Social participation.

RESUMO A Itália foi um dos países participantes do projeto de pesquisa-ação multicêntrica do Movimento pela Saúde dos Povos (Peoples's Health Movement), chamado 'Engajamento da Sociedade Civil para a Saúde para Todos' (Civil Society Engagement for Health for All). A equipe italiana, um coletivo chamado Grup-pa, realizou várias atividades participativas de pesquisa-ação, incluindo, em uma primeira fase, um mapeamento de grupos ativos em áreas ligadas à determinação social da saúde e à promoção da saúde, através de entrevistas individuais e coletivas. Em uma segunda fase, três oficinas públicas, estruturadas em torno do intercâmbio de práticas, focalizaram-se em temas-chave surgidos durante a primeira fase. Um importante construto originado deste trabalho, centrado em torno da co-construção do conhecimento experiential do comum em saúde, foi denominado 'práticas do comum em saúde'. O foco nas práticas não é meramente estratégico (produzir sinergias e alianças), mas inerentemente político (conceber a participação como um valor) e ligado à saúde e à manutenção da saúde (dos indivíduos; da comunidade). O conceito de 'práticas do comum em saúde' pretende tornar visível uma área de transformações contínuas em novos espaços criados pelos movimentos sociais e em ações mais tradicionais em defesa dos serviços públicos existentes, abordando a saúde como uma questão sociopolítica. Neste ensaio, esboça-se uma reflexão em torno de seis palavras-chave que lhe são centrais: comum, cuidado, tecnologia, eficácia, sustentabilidade, instituição.

PALAVRAS-CHAVE Promoção da saúde. Mudança social. Equidade. Participação social.

¹University of Bologna, Centre for International and Intercultural Health (CSI) - Bologna, Italy. chiara.bodini@unibo.it

²Viva Salud - Brussels, Belgium.

³People's Health Movement (PHM) - Bologna, Italy.



Introduction

Between 2014 and 2018 the People's Health Movement (PHM) undertook a large multi-centre participatory action-research project exploring social movement activism in the struggle for 'health for all', including action on the social determinants of health and access to affordable, high quality health care. The aim of the research was to better understand five domains of civil society engagement around health (movement building; campaigning and advocacy; capacity building; knowledge generation, access and use; and engaging with governance), with the goal of improving activist practice.

Italy was one of the six countries that participated in the project, which was undertaken by a collective named Grup-pa (acronym for 'permanently open group'). The collective was created in order to carry out the project, and was formed from a loose network of people – mostly from a health background – that had previously collaborated in advocating for a change in medical education, with a greater focus on the social determination of health and the relationship between globalization processes and health inequality^{1,2}. The network had also promoted self-organised training activities in different Italian universities and at the national level, and contributed to the creation of the Italian Network for Global Health Education (RIISG)³.

Grup-pa's main objective in joining the larger action-research project was to contribute to the creation and strengthening of a health movement in Italy. This was based on two assumptions: 1) the belief – grounded in history and in experience – that change can happen when the people who are mostly concerned by some issues organise themselves and take an active role in trying to address them⁴⁻⁶; 2) the high fragmentation between social movements in Italy and the absence of a health movement (despite a rich history that led to the creation of a universal healthcare system in 1978, together with the approval of progressive laws on reproductive and mental

health). The methodology of participatory action-research was in this sense very well placed to act both at the level of knowledge generation, and at the level of action and practice, since a pre-condition for the engagement of the collective was the intention to make a change in the direction of a more just, equal and healthy society⁷.

Along with the main project framework, the Italian action-research developed in two phases. In a first phase, Grup-pa undertook a mapping of groups active in Italy in fields linked to the social determination of health and health promotion, through individual and collective interviews. In a second phase, the collective organised and facilitated three public workshops, structured around the exchange of practices through inclusive and participatory methodologies, focused on key thematic axes emerged from the analysis of the data collected in phase one: social movements and welfare; building healthy spaces and communities through collective reappropriation and self-organization; new forms of community and sustainability through the commons⁸.

A main result of this work, centred around the co-construction of experiential knowledge on health as a commons, goes under the name of 'health commons practices'. This concept was elaborated in several rounds of collective action, reflection and discussion, based on the data generated through the two phases of the action-research project. In this essay, we present the key-words around which the construct is articulated (commons, care, technology, efficacy, sustainability, institution), illustrating both the practices that are linked to it, and why they are central for a transformation towards a more just, equal and healthy society.

Health commons practices

In the current political and economic context, in which privatization is promoted as the solution to 'unsustainable' public services, protecting health and equity implies supporting

universal, solidarity-based, publicly funded and quality healthcare systems^{9,10}. On the other hand, in many countries – including Italy – the healthcare system is built around an individualising and medicalising vision of ill-health, with very little understanding of its social determination. As a reflection of this, despite recent efforts towards people-centred and integrated approaches, health systems remain highly fragmented and working in silos, particularly at the (blurred) boundary between health and social issues. Still centred around hospitals and the treatment of disease, with little or no proactive community approaches and health promotion programs, traditional healthcare systems tend to neglect the needs of those who cannot access (for economic, juridical, geographic, cultural or other reasons), and of those who can formally access but do not see their needs taken into account and met (for example, minorities including the LGBTQI communities). They also lack the resources, both in terms of competence and organization, to address the complex needs produced by conditions of increasing social, political and economic precariousness.

This tension, between the need to defend the Italian National Health Service (SSN) from dismantling and privatization, and the struggle for a different approach to health and healthcare that is more inclusive, accessible and just, and oriented at the social as well as the individual determinants of health, was perceived by Grup-pa as a central axis of fragmentation among Italian movements that – more or less directly – deal with health issues. On the one hand, there are traditional organizations and networks, with strong historic legacy with the political parties and social movements that backed the Italian healthcare reform in 1978, that engage in advocacy against cuts to the public health expenditure, and the introduction of private health insurance, and for a strengthening of public financing and provision of health services. On the other hand, there are new social movements that set up innovative, self-organised spaces to address

emerging health needs, for example popular clinics (for those who cannot access the SSN, including undocumented migrants, but also those who are progressively left out due to longer waiting lists, closing services, etc.) and queer ‘consultorie’, set up by trans-feminists and LGBTQI communities to address needs that are undetected and unmet in the SSN. These movements denounce the marketization of health and privatization of healthcare for limiting the possibility to act for a transformation of public services from within, and argue for the need to establish radically alternative practices in non-institutional spaces.

The questions addressed by Grup-pa through the action-research were centred around the challenge to imagine a healthcare system that deals with health and not only with disease, taking into account and addressing the social and structural determinants of ill-health. This should include addressing the power dynamics also within the healthcare system, that are responsible for reproducing unequal relationships between professionals and between professionals and patients, accepting as ‘natural’ the social determination of health.

The vision, that was named ‘health commons practices’, involves linking the theory of the social determination of health with the knowledge and practices generated in the field of the commons, referring not to the collective possession of something but the collective action of commoning as a political principle of transformation¹¹. The focus on practices is not merely strategic (for the production of synergies and alliances), but inherently political (conceiving participation as a value) and connected to health and staying healthy (as individuals; as a community).

The construct of ‘health commons practices’ is meant to make visible an area of collective agency and ongoing transformation both in the new self-organised health spaces created by movements, and in the more traditional actions in defence of existing public services, provided that they address health as a socio-political issue. The challenge is to go

beyond the practice and the rhetoric of defending public healthcare, while standing strongly against its dismantling and privatization, and to experiment with new forms, practices and approaches to health within and outside existing institutions.

Rethinking care

The concept of 'care' encompasses different and possibly conflicting meanings. Within the dominant biomedical paradigm, 'care' is often perceived as a unidirectional action that a professional operates towards a patient, who is a passive receiver (subject) of the therapeutic act. This approach has been criticised also within mainstream medicine, and today many try to move from a disease-centred approach (to cure), to an approach that takes into account not only the biological dimensions but also the perceptions of the patient and the implications of disease on his/her psychological wellbeing and feelings (to care). However, this shift from 'cure' to 'care' is only one of the challenges/tensions involved in enacting different models of care. The idea of person-centred care, where a patient is not only a person with symptoms or a disease, implies also addressing the asymmetry in the care relationship, that is particularly relevant in health and can lead to objectification, infantilization and structural violence.

In this light, it is important to recognise how some social movements struggle to counter the idea that care entirely depends on the technical knowledge of an expert/professional, while the knowledge and experience of the person/the community is discredited. However, overcoming the hierarchy between technical and scientific knowledge, perceived as true and official/institutional, and any other kind of experiential knowledge, is particularly difficult and the dominant paradigm continues to operate also upon/within the movements that struggle to emancipate themselves from it.

In order to address this asymmetry in

practice, some groups, especially from trans-feminists and LGBTQI communities, adopt an approach based on a 'caring communities/collectives', where the action of mutual care is shared within a group bound by political visions and practices. In this perspective, care becomes a 'middle space', something that benefits the persons within the group and at the same time represents a political action or statement aimed at transforming the very idea and practice of care. In other words, it acts as a means of (political) subjectivation. It is important to add that, for such spaces to become means of collective liberation, they have to be based on the disclosure and self-reflectivity of each person on him/herself and his or her own privileges.

Which technology for which health paradigm?

In the dominant medicalising and capitalist vision of health, an improvement in health conditions is represented as a consequence of building more hospitals, developing more technology, doing more research on drugs, implementing personalized approaches to medical care¹². However, this paradigm further shifts the attention and the investments away from the upstream conditions that influence a large proportion of our chances of a healthy life (the social determinants of health), that are strictly related to how a society is organised and, therefore, to the issues of equity and social justice¹³.

Moreover, technological development is closely related to the capitalist mode of production, that is responsible for an unsustainable burden of externalities towards the environment, and connected to growing inequality and exclusion from access to care. This happens, not only in low and middle income countries (for example, lack of access to cancer treatment for most of the world's population), but increasingly also in high income ones (for example, the restriction

in access to new hepatitis C drugs, imposed by the Italian government due to their high cost¹⁴). Finally, the dependency on the private sector for bringing to market essential drugs generates dangerous conflicts of interest (e.g. in research investment priorities and pricing). More care does not necessarily mean more health, but almost always means more profit¹⁵.

Another set of considerations around technology and health relates to people's perceptions, ideas and experiences, that are central to the therapeutic relation. First, because the use of technology is closely related to the issue of expert or technical knowledge addressed earlier. Secondly, because health technologies are closely connected to the health paradigm in use and shape the experiences and ideas around disease and care. If the disease is something confined to the biological body, only a technology that is capable of exploring the body and its organs will give reliable answers; conversely, the very existence of that technology contributes to reinforcing the exclusion of other variables, that it is not able to explore. Medical anthropology suggests not to separate ideas and experiences (the mind) from the body that lives them. In this sense, our dependency from technology is a fact, independent from any consideration on the validity of technology. Technology can never be neutral because it enters into the modes in which we organise, represent and (re)produce reality¹⁶.

If, as stated above, the aim is to work towards a transformation in our approach to health, both within healthcare services and through the new self-organised health practices of social movements, there are three open questions to address:

1. Is it possible to separate (medical) technology from the capitalist mode of production that is responsible of perpetuating inequality and devastating the planet?
2. While criticizing the embodied vision that sees technology and hyper specialization as

the approach to ill-health (which may translate into an oppressive system of control), are we aiming to exclude technology from care practices, despite the proven benefit of tools such as essential medicines?

3. Who can assess which technologies are beneficial and which are not - and how and in which democratic spaces? Is it possible to imagine a collective management of health technologies, from research to production? And, again, what are the criteria to label a technology as 'beneficial'?

Widening the concept of efficacy

This last question, about what can be said to be 'beneficial', implies asking ourselves how we may evaluate a health outcome, not as an abstract question but as a tool to orient our collective health practices. Starting from the mainstream discourse around efficacy, there are considerations to be made that can shift or expand its meaning to encompass more dimensions of health.

Within public institutions, the focus is mainly on the concepts of efficiency, cost-effectiveness and appropriateness. These concepts, and the relevant indicators, have been appropriated into a managerial approach to health and healthcare, which is widespread also within public health services.

Alongside these criteria, there is a large use of the concept of 'technical efficacy', which is the capacity to produce an outcome that is measurable in terms of recovery from a disease or increase in life expectancy. This approach selects some parameters and indicators, those related to aspects that are measurable and considered as objective (for example, the rate of survival), reproducing a binary vision of health and disease that is far from the lived experience of people and may reinforce dynamics of exclusion or control. Moreover, considering only the

biological aspects of ill-health may lead to their essentialization, concealing the symbolic dimensions as well as the structural factors that shape the distribution of health and disease among the population.

While imagining new health practices, it is important to imagine also new ways to look at the outcomes of the (health) processes that are generated. In this sense, we may try to redefine the concept of efficacy, in order to include qualitative, subjective and socio-political dimensions. The debate on how to name such a concept is still open, we may however use an example to illustrate the different elements involved. From a biomedical perspective, the efficacy of an intervention on a person suffering from tuberculosis may coincide with the efficacy of the pharmacological treatment, despite the fact that this does not intervene on the contextual causes that contributed to the development of the disease. In order to define the impact of a health practice that acts both on the individual condition and awareness, and on its social determinants, we propose to speak of 'biopolitical efficacy', to highlight the potential to promote subjectivation and overall transformation.

The crux of sustainability

Sustainability represents a challenge both for the new self-organised health practices developed by social movements, and for those who act to change the healthcare system from within.

In relation to the welfare state, the ambiguous concept of sustainability is a slippery slope. In fact, it is in the name of the contested discourse on their claimed 'un-sustainability' that governments of any colour justify the dismantling of public healthcare services. In this sense, the concept is used in its economic meaning, focusing only on healthcare expenditure. Any other dimension outside the economic one disappears from consideration.

At the same time, also the new self-organised health practices within social movements struggle with their own sustainability, yet on different bases. They speak of sustainability referring to accessibility and inclusiveness, impact, and possibility to survive in a capitalist system, reflecting both material and immaterial aspects, on a personal and a collective level. We propose to speak of the sustainability of health commons practices highlighting three dimensions: material, emotional/relational and political.

From a material point of view, which resources can these groups and activities rely on? Is it possible to imagine personal and collective means of survival that enable stability and continuity? Many activist groups reached through the action-research create forms of direct or indirect income, reflect on how to build economic sustainability placing activism at the centre of one's life, create practices of redistribution, alternative economy and/or mutualism. Which is the impact that these new forms of sustainability can have, and what are their limits in terms of accessibility and equity?

In addition to these considerations, there is an ongoing reflection on what we named 'emotional/relational sustainability' of the groups and persons involved in these processes. This second dimension of the concept of sustainability is linked to the practices put in place in order to manage the decision-making power and processes, the division of tasks and responsibilities, and the level of personal and relational engagement. In many groups reached through the action-research, one may witness forms of self-exploitation that generate discomfort and frustration, derived from the organizational practices that have been adopted. To move from hierarchical models towards others that focus on co-responsibility requires a shift, also at the personal level, and a great attention to the care of relationships, in order to develop new organizational forms that keep together

needs, expectations, desires and functioning.

There is yet another implication of sustainability, that we propose to call ‘political sustainability’. Many groups reached through the action-research try to keep together the action on micro-contexts, starting from the needs and desires of those involved and/or the surrounding communities, with a transformative action on the broader political context. In this tension there is a double risk: to reduce the collective experience to the needs and desires of those who are (already) part of it, or, on the contrary, to create spaces and activities that are far and detached from those who inhabit them.

Is it possible to build experiences that, starting from the individual, are open to new and different needs, practising an intersectional approach¹⁷⁻¹⁹ to the different forms of oppression? What tools may we use to evaluate the impact of these experiences on the territory and local communities, besides the impact they have on the lives of those who cross them? With what strategies may we multiply and strengthen these struggles, escaping from the geographical boundaries and the paradigms of identitarian belonging? How may we concretely plan and organise solidarity networks and alliances between experiences?

Imaginaries and instituting processes

To imagine new health practices means also to imagine new institutions for health and health care. For many social movements, the concept of institution is associated with discipline, social control, standardization of bodies and needs. However, it is also associated with the concept of ‘instituting process’, the autonomous process of production of an institution²⁰.

Processes of collective knowledge generation, bottom-up welfare networks, self-care pathways that are built together indicate a way of thinking about institutions as living, open and participated processes, in which the practices are ongoing dynamic negotiations and

not something that is given once and for all.

In this sense, we may speak of instituting movements, considering instituting as the power to create new imaginaries in opposition to the static nature of current institutions. It is in relation to this line of thought that we formulate the proposal to speak about the new self-organised health experiences within social movements not (only) as self-care practices, but as health commons practices. This allows to highlight their instituting potential, varied according to the extent to which they attribute political value to new imaginaries, while at the same time escaping from forms of neoliberal capture and dispossession.

Conclusions

In this essay, we have summarised some of the reflections originated from an action-research conducted ‘from within’, as the research collective (Grup-pa) is part of the broader social movement which was subject of the investigation. The discourse around the six keywords – commons, care, technology, efficacy, sustainability, institution – is at times more developed, at times less, based on the depth of the analysis and exchange both within Grup-pa, and between the collective and other groups involved in experimenting new self-organised spaces around health and its determinants.

The naming of ‘health commons practices’ is meant to overcome the fragmentation between those who defend existing public health systems and those who create new spaces where more (political) dimensions of health can be addressed, and open a field of discussion, experimentation and collective agency towards a more just, equal and healthy society. By definition, an action-research generates more questions than answers and is meant to accompany a practice of transformation. In this sense, the best way to test the validity of the construct is to continue to practice it.

Collaborators

Bodini CF (0000-0001-7629-2394)*, Bonanno G (0000-0002-3977-6020)*, Cennamo E (0000-0002-1046-8892)*, Mura B

(0000-0003-0048-6867)*, Riccio M (0000-0001-5480-4694)* and Santoro L (0000-0002-7599-1916)* contributed equally to the development of the paper, which is the result of a collective research. ■

References

1. Bodini C. Il personale (medico) è politico. Salute globale e processi tras/formativi in Italia. Bologna: Università di Bologna; 2013.
2. Camice MS, Pigiama PS. socioanalisi narrativa dell'istituzione medica. Roma: Sensibili alle foglie; 2013.
3. Global Health. Institutional [internet]. 2009. [accessed on 2019 Apr 13]. Available on: <https://www.educationglobalhealth.eu/en>.
4. Hochschild A. Bury the chains: prophets and rebels in the fight to free an empire's slaves. New York: Houghton Mifflin; 2005.
5. Rootes C. Environmental movements. In: Snow DA, Soule SA, Kriesi H, editors. The Blackwell Companion to Social Movements. Oxford: Blackwell; 2004. p. 608-40.
6. Heather S, Zeldes K. "Write a Chapter and Change the World" How the Boston Women's Health Book Collective Transformed Women's Health Then—and Now. *Am. J. Publ. Health.* 2008; 98(10):1741-45.
7. Grup-pa. The contribution of civil society organizations to achieving health for all – Italy [internet]. 2015. [accessed on 2019 Apr 13]. Available on: <https://gruppaphm.noblogs.org/report-di-fase-1>.
8. Grup-pa. The contribution of civil society organizations to achieving health for all - Italy, phase 2 report. 2018 [internet]. 2015. [accessed on 2019 Apr 13]. Available on: <https://gruppaphm.noblogs.org/report-di-fase-1>.
9. Modi N, Clarke J, McKee M. Health systems should be publicly funded and publicly provided. *BMJ.* 2018; 10(362):k3580.
10. Sengupta A, Bodini C, Franco S. The struggle for health. Brussels: Rosa Luxemburg Stiftung, 2018. [internet]. [accessed on 2019 Apr 13]. Available on: <https://www.rosalux.eu/publications/the-struggle-for-health>.
11. Dardot P, Laval C. Common: on revolution in the 21st century. Bloomsbury: Academic; 2019.
12. Illich I. Medical nemesis: the expropriation of health. New York: Pantheon Books; 1976.
13. World Health Organization. Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

14. SI Redazione. Epatite C. Il diritto alla cura. *SaluteInternazionale* [internet]. 2016. [accessed on 2019 Apr 13]. Available on: <http://www.saluteinternazionale.info/2016/07/epatite-c-il-diritto-alla-cura>.
15. Godlee F. Overtreatment, over here. *BMJ*. 2012; 3(345):e6684.
16. Mol A. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press; 2002.
17. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*. 2015. [accessed on 2019 Apr 13]; 1989(1)139:167. Available on: <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>.
18. Hill Collins P. *Black feminist thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Boston: Unwin Hyman; 1990.
19. Hancock AM. Intersectionality as a Normative and Empirical Paradigm. *Polit. Gender*. 2007 [accessed on 2019 Apr 13]; 3(02):248-254. Available on: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1743923X07000062.
20. Castoriadis C. *The imaginary institution of society*. Cambridge: MIT Press; 1998.

Received on 05/16/2019

Approved on 10/15/2019

Conflict of interests: non-existent

Financial support: non-existent

Connecting the right to health and anti-extractivism globally

Conectando o direito à saúde e o antiextrativismo globalmente

Erika Arteaga-Cruz^{1,2,3}, Baijayanta Mukhopadhyay⁴, Sarah Shannon^{5,6}, Amulya Nidhi^{7,8,9}, Todd Jailer^{5,6}

DOI: 10.1590/0103-11042020S108

ABSTRACT Natural resources are essential to health and are global commons. Recognizing the devastating damage posed by extraction to health and the environment, as well as the erosion of the sovereignty of our governments that have increasingly conceded people's health in the interest of profit and development, is important in framing our resistance. Our communities experience growing displacement, the loss of social services, of land, water and livelihood, heightened militarization, violence and repression, and increased incidence of communicable diseases and health problems resulting from exposure to toxics. All of these are linked to an extractivist project driven by global financial capital promoting an unsustainable and inequitable development model that threatens people's health and the health of the planet. Is it compatible with the right to health to finance national health systems with revenues of activities that intrinsically destroy life? The essay portrays the inconsistency of development policies that fund health/right to health with extractivism and depicts examples of resistance to extractive industries tied to the People's Health Movement (Canada, Turkey, India and Ecuador) in different types of governments. The need to strengthen the link between the right to health struggles and anti-extractive resistance is highlighted.

KEYWORDS Economic development. Policy making. Public policy. Environment and public health.

RESUMO Os recursos naturais são essenciais para a saúde e são bens comuns globais. Reconhecer os danos devastadores causados pelo extrativismo à saúde e ao meio ambiente, bem como a erosão da soberania de nossos governos, que cada vez mais têm subordinado a saúde das pessoas ao interesse do lucro e do desenvolvimento, é importante para enquadrar nossa resistência. Nossas comunidades sofrem deslocamentos crescentes, a perda de serviços sociais, de terra, água e meios de subsistência, militarização aumentada, violência e repressão e aumento da incidência de doenças transmissíveis e problemas de saúde resultantes da exposição a substâncias tóxicas. Tudo isso está vinculado a um projeto extrativista impulsionado pelo capital financeiro global que promove um modelo de desenvolvimento insustentável e desigual que ameaça a saúde das pessoas e a saúde do planeta. É compatível com o direito à saúde financiar sistemas nacionais de saúde com receitas de atividades que destroem intrinsecamente a vida? Este ensaio retrata a inconsistência das políticas de desenvolvimento que financiam a saúde/direito à saúde com o extrativismo e descreve exemplos de resistência às indústrias extrativas ligadas ao Movimento pela Saúde dos Povos (Canadá, Turquia, Índia e Equador) em diferentes tipos de governo. Destaca-se a necessidade de fortalecer o vínculo entre o direito à saúde e a resistência antiextrativa.

PALAVRAS-CHAVE Desenvolvimento econômico. Formulação de políticas. Meio ambiente e saúde pública.

¹Universidad Andina Simón Bolívar (Uasb) – Quito, Ecuador. erikarteaga@yahoo.com

²People's Health Movement (PHM), Extractive Industries Circle – Quito, Ecuador.

³Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames) – Quito, Ecuador.

⁴People's Health Movement (PHM), Extractive Industries Circle – Ottawa, Canada.

⁵Hesperian Health Guides (HHG) – California, United States.

⁶People's Health Movement (PHM), Extractive Industries Circle – California, United States.

⁷Swasthya Adhikar Manch – New Delhi, India.

⁸Silicosis Affected Labour's Organization – New Delhi, India.

⁹People's Health Movement (PHM), Extractive Industries Circle – New Delhi, India.

Introduction

As health rights activists within the People's Health Movement, we agree that we cannot talk about ecological deterioration and climate change as major threats to our survival without tackling the capitalist structures that produce such environmental devastation. Extractivism is a mode of accumulation that favors extraction of natural resources (minerals such as gold, manganese, bauxite, copper, cobalt, zinc, tin, diamonds, and uranium, and fossil fuels, but also commercial farming, forest, and fishing industries) from countries of the global South that export their resources. The extractivist project began to be structured with the conquest and colonization of America, Africa and Asia¹. The defence of people's health in the context of extractivism is a concern shared by activists involved with the People's Health Movement from the Americas, Africa, Asia and Europe. Awareness of this shared concern grew in the years leading up to the Third People's Health Assembly, held in Capetown, South Africa in July 2012, where health activists from 15 countries met each other for the first time as an extractives interest group. In these meetings and subsequent discussions, we struggled with the questions: is there a place for extractive industries, if carefully controlled? Is the financing of national health systems with revenues derived from activities that intrinsically destroy life compatible with the right to health? This article shares some reflections from our collective process to answer those questions.

When the first neoliberal theorists developed their proposals (in the 1930s), their main concerns centered on the function of the state, rather than its size. The function of the state – according to Lippmann, Röpke, Rüstow, Hayec, Von Mises, Aron, Rougier – was to serve the market and to achieve capitalist accumulation². In today's context of climate change, capitalist accumulation through resource extraction incorporates not only the value of (human) workers' labor, but also

the products of biogeochemical processes that may be millennia-old, disrupting and destroying the mechanisms that hold our ecosystem in the careful equilibrium required to sustain life. If a state, even one with stated goals of the redistribution of power and resources, bolsters the logic of accumulation through extractive processes that undermine the possibility of long-term survival, can it truly claim to be concerned about protecting its citizen's right to health?

This question is at the core of many important debates around the world, and in particular in Latin America, where a recent (if receding) wave of progressive governments has developed redistributive programs without adequate consideration of the impact of the source of this expansion³. We – activists and organizations that work on the right to health – question the idea of considering oil exploitation, mining, forest devastation, etc. as acceptable finance mechanisms for public health programs and the provision of health and social services for the welfare state.

This view leads us to challenge the 'development' myth and its components: progress, economic growth⁴, and modernization. Governments across the world, including importantly in Latin America, have maintained belief in this paradigm of development, whether right- or left-wing, along with their allies in the emerging geopolitical centers of our era: China⁵, India and Russia. Development serves as a fundamental organizing principle of both capitalism and its particular form of the welfare state. In developing economies like India, for example, the pursuit of development is a facade behind which the widespread acquisition of natural resources by large corporations is accomplished. Control of land, forests, mineral resources and other commons is directed into the grasp of private business, diluting people's right to govern and protect them. Governments often claim that these measures are necessary to the pursuit of the state's social development goals, pitting the environment and public health against social well-being, in what we argue is a false dichotomy.

Of course, as health activists, we also question the reasoning by which investment in our current global model of a medical industrial complex will solve health inequities⁶, given that this approach medicalizes life, consigns all health promoting activities to the marketplace, and reduces care to technical acts that pathologize physiological processes such as childbirth⁷. Addressing this perspective regarding public investment for increasing health care coverage, Breilh suggests:

The favorable impact of this policy is masked by the proliferation of unhealthy processes (subject to the conditions imposed by productivism in physically or culturally deteriorated environments), which multiply in the scenarios where people live, work or recreate and whose effect goes against the flow with respect to the healing offered by the health services⁸⁽⁴⁾.

Canada is a prime example of a country that has built a 'welfare state', as imperfect as its social security system might be, upon stolen Indigenous land and the extraction of natural wealth from it, be it furs, fuels, food, or forestry products. This welfare state's purported system of redistribution of wealth obscures the reality of marginalized people and ecosystems whose health is continuously compromised to maintain such systems. The Canadian system has favored the development of welfare programs such as universal health coverage (although it excludes key demographic groups) and unemployment benefits (although with increasingly restrictive access) at the expense of Indigenous peoples who steward the resources Canadian capitalism covets. The First Nations face authoritarian measures including institutionalization in prisons, forced schooling, family separation (sometimes enforced by the welfare state), and dispossession of lands – all of which continue to this day. A coercive state enforces an extractivist model of wealth generation that relies heavily on capitalism, colonialism, police and military force, and authoritarian

repression of Indigenous communities and anyone else who interferes with the process of extraction of natural materials to derive profit from the environment.

The case of Canada is representative of the situation throughout the Americas, even when trying to envision and model a new multipolar world. As was the case for the governments of South America in the now defunct alliance Unasur (Union of South American Nations), extractivism as a pathway of economic integration remained a challenge:

Unasur has been involved in an insurmountable contradiction: the search for autonomy in politics and the consolidation of subordination and economic dependence. That is to say, while generating its own space for the solution of conflicts and the slow construction of a South American strategic thought, the region was also physically reconciled to the circuits and requirements of a neoliberal globalization in crisis. If, in its strategic sense, it was not possible to design a common defence policy, in its extractivist sense, it did not even attempt to break with the 'consensus of commodities' and its disastrous consequences⁹⁽¹⁾.

In fact, in the energy, finance or commercial sectors, Unasur governments did not challenge neoliberalism or extractivist development as a strategy.

In Ecuador, this situation has led to the stagnation or even deterioration of basic public health indicators, such as maternal mortality, child malnutrition and vaccine coverage. To the surprise of many, in October 2018, the Ecuadorian Ministry of Economic and Social Inclusion released alarming information: Ecuador holds second-to-last place in child malnutrition (23.9%) in the region¹⁰ (above Guatemala but below Honduras, Haiti and Panama). And that after having enjoyed, for nearly a decade, one of the greatest economic bonanzas in Ecuadorian history due to high oil prices generating large investments channeled to the public health sector.

On the other side of the world, by the year 2020 India is set to generate 20,000 megawatts from nuclear power, roughly a 500% increase over current capacity. Twenty-one new nuclear power reactors with a total installed capacity of 15,700 MW are expected to be operational by 2031. Besides the existing 21 nuclear plants, six new ones are under construction. A major hurdle for running Indian nuclear plants is the shortage of uranium. Existing plants are running at only half capacity because, as a non-signatory to the international Nuclear Non-Proliferation Treaty, India has been barred from importing uranium. However, the signing of nuclear cooperation deals with France (September 2008) and the United States (October 2008), provides India access to both nuclear technology and fuel. Significantly, for us as PHM activists, India and Canada signed a uranium deal in 2015¹¹, which led to the first shipment arriving in India in 2018¹². This international collaboration is considered peaceful production of energy for domestic use.

Both operational and planned nuclear plants run risks of radioactive contamination of the environment and abrogation of Indigenous rights amongst Adivasi peoples in India. Uranium mining leads to the loss of Indigenous lands, destruction of livelihoods, and opening the region to uncontrolled consumption pressures as settlers from the plains flood the area. This shift further undermines the position of the Indigenous people within the state and threatens their long-term cultural survival. With regard to health risks, activists point to the grave suffering of tribal people living in the vicinity of the uranium mines at Jadugoda, Jharkhand, where the Uranium Corporation of India Ltd has been mining and processing uranium since 1967. The radiation exposures resulting from the utter disregard for health and safety standards have resulted in a living nightmare of cancers, birth defects, miscarriages and sterility for workers and local communities¹³.

Resistance to nuclear development in India has been significant. In recent times, the proposed nuclear plant in Mithi Virdi,

in the western state of Gujarat, was opposed by local communities due to environmental and safety concerns. People walked out of the environmental public hearing to highlight concerns that the project was violating required safety norms. In the face of intense protest, the project was cancelled, but only to be shifted to another state in the south of India.

Extractivism and health in Ecuador

In Ecuador, state investment and increased health expenditures have not resolved health problems for the rural population of the Amazon. Five years ago, the exploitation of the Ishpingo-Tambococha-Tiputini (ITT) oil field was announced, located in the center of the Yasuní National Park, a mega-diverse area that also houses uncontacted peoples (Tagaeri-Taromenane) in danger of extinction. The question many ask is whether the right to life of these peoples (Indigenous people) is inferior to the right to health of the population that would benefit from the construction of hospitals funded by oil exploitation in the area. This question begs important reflections regarding benefit and risk: how much new hospital capacity will be needed to respond to cancer cases, genetic malformations or abortions generated by oil exploitation in the affected territories¹⁴? By September 2013, investment in health in the Amazon exceeded \$ 470 million, covering construction of hospitals in Macas and Sucúa, remodeling of Tena hospital and of 16 hospitals, 322 health centers and posts, and delivery of five ambulances for Orellana¹⁵. But this hospital-centric curative model has not solved the region's health problems.

By 2017, it had become evident that this state intervention was based on a utopian modernist vision that ignored the profound social and cultural contradictions inherent in an unequal historical development. In practice, these projects became white elephants: unoccupied citadels in the middle of the jungle,

a university (Ikiam –Universidad Regional Amazónica) incompatible with its environment, and underutilized hospitals. It was assumed that these initiatives would reverse the marginal conditions of the Ecuadorian Amazon region and integrate it into a national development project. However, the only thing that advanced was the extraction of oil, minerals and biogenetics¹⁶.

In Ecuador, the health policies applied in the Amazon region focused on the provision of services, and left aside health promotion based on social participation and the intervention of community organizations and planners to transform social policy for more redistributive and equitable health outcomes. The promotion of Primary Health Care proved incompatible with a state complicit with neoliberalism, an economic system prioritizing profit. The main objective of development was making the expansion of the oil industry viable and, secondarily, opening land to mining projects. Accessing biodiversity resources and knowledge was an added benefit. With this scheme, a totally curative vision of health was optimized: public health services were expanded, and the viability of ancestral systems and practices was reduced. Population health was barely factored into the equation.

The investment in health services did not help the Waorani People (a Northern Amazon Indigenous tribe affected by oil extraction since the 1970s) to protect their land, livelihood, and health. Despite losing an internationally renowned landmark case contesting putting Waorani territory up for sale by international auction without previous informed consent¹⁷, the Ecuadorian state continues to violate previous informed consent rights regarding whether people want extractivism in their territories or not. A recent alliance between People's Health Movement Canada and People's Health Movement Ecuador/Yasunidos Guapondelig collectives presented an *amicus curiae* ('Friend of the Court' supplementary brief) detailing the health impacts of mining extraction in Quimsacocha, in the

southern province of Azuay, to Ecuador's Constitutional Court. The petition to initiate a popular consultation was denied. This is not surprising. The powerful mining industry controls 15% of Ecuadorian territory in concessions¹⁸. Ecuador signed an agreement in March 2019 with the International Monetary Fund (IMF) that includes, in the terms of the agreement, funding derived from future mining activities¹⁹. From October 3rd to October 14th 2019, Ecuadorian Indigenous Movement (Conaie – Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador) has been resisting the implementation of economic policies promoted by the IMF. The Ecuadorian social movement struggle is an example of resistance to a mode of living implanted both by the current neoliberal government and by the progressive populist preceding government of Correa.

Bringing health to contribute to anti-extractive struggles

As health activists, we believe that making visible the health consequences of extractivism is a critical tool we can contribute to struggles against extractivist state and corporate projects. The People's Health Movement as a movement promotes activism connecting the right to health with other struggles, with the goal of strengthening all our movements. We understand that promoting human health, labor rights, fair and just working conditions, and the defence of land and water are all critical components for successful anti-extractive struggles. All too often, the health impacts of extractivist development are intentionally obscured, made inaccessible through technical language and otherwise made difficult for people without specialized educational backgrounds to understand and share.

We can identify a number of successful campaigns that brought both health and workers rights into anti-extractive struggles.

For example, health concerns have been instrumental in defeating the asbestos lobby in Canada, which for years continued to mine and export the substance even though its use was banned domestically as people became aware of the health toll it had on workers. To this day, the lobby tries to minimize the impact of asbestos, but the last mine in Canada closed in 2011 and the federal government placed a new ban on its use in October 2018 - although industry has demanded and won 'exceptional' uses.

Iron and Earth organizes workers in the fossil fuel industry in the Canadian province of Alberta to support a transition to a carbon-free economy, advocating for publicly funded retraining programs and an economy that does not depend on exacerbating climate change. In the United States, the Blue-Green Alliance builds connections between labor and environmental struggles which have incorporated common health concerns as the key linkage between these often opposed struggles.

In Madhya Pradesh, India's second largest state, laborers in quarries and quartz-crushing factories have been waging a battle for more than a decade against the incurable lung disease silicosis, an occupational disease caused by inhalation of silica dust, marked by scarring of lungs. The large numbers of illegal quarries, mines and factories do not fall under the purview of any of the state departments, leaving the mostly migrant workers toiling in these environments completely outside any occupational health or safety coverage. Silicosis Peedit Sangh, working closely with the People's Health Movement of India, brought to light a series of silicosis deaths among unorganized tribal workers and has effectively organized workers' and communities alike to advocate their issues with the National Human Rights Commission, other government stakeholders, and the Supreme Court of India, where workers finally won a victory. The Supreme Court ordered the State governments to provide compensation to families of deceased workers, to rehabilitate ailing patients, and to close noncompliant factories.

Similar struggles involve workers in the slate pencil industry, where exposures to airborne dust levels are 40 to 50 times higher than permissible and also affect people living near the factories. A National Institute of Occupational Health (NIOH) study of the slate pencil factories' neighbors showed that 12.6% had silicosis, 6.3% had silico-tuberculosis, and 8.2% showed features of tuberculosis. These examples illustrate a clear way forward of bringing struggles for workers' health rights and anti-extractive movements together on the same platform to challenge corporate power, strengthen factory and mine regulatory systems, and improve people's health.

The People's Health Movement extractives interest group is increasingly collaborating with campaigns in various parts of the world to bring a health lens to people's struggles against mining. In recent months, People's Health Movement activists from Canada, Ecuador, and Germany have been meeting with activists opposing plans by a Canadian subsidiary company for gold mining in the Mount Ida region in Turkey. The meetings have resulted in a diverse array of supportive actions including the organizing of a network of Canadian groups to release a solidarity statement, providing research support for a literature review of the health effects of mining practices, and collating international examples of successful campaigns against mining that employed a health lens.

Vision for People's Health Movement and health activists

The People's Health Movement is a global network that can challenge many of the inherently deleterious effects on health carried out by capitalist extractivism. At the 4th People's Health Assembly in Dhaka held in 2018, the sharing of experiences among activists led to a resolution connecting environment and health, that emphasized the fact that a developmental

vision based on extractivism is responsible for widespread environmental destruction, the generation of immense quantities of nuclear and chemical wastes, severe soil, air and water pollution, the depletion of the ozone layer, and climate change, all of which have far reaching and negative effects on people's health. With a vision that emphasizes that human health is part of the health of nature as a whole, PHM is dedicated to develop a global campaign against the impact of extractive industries on health. PHM commits itself to support organizations that oppose global extractivist projects and to strengthen struggles for Indigenous peoples rights, land rights, forest rights, and human rights movements that are people's movements. We invite health activists around the world to come together on the PHM platform and value the potential of creating strong links among environmental rights groups and organizations struggling for health rights of organized and unorganized workers.

Extractive industries are based across geographies, and most natural resources are extracted in areas where the marginalized segments such as Indigenous communities inhabit; political economy plays into favour of these companies which often misuse the very State machinery that is supposed to defend its weaker citizens. These industries are politically linked to the most reactionary sectors of the ruling classes and their politicians: Trump and climate change denial, Bolsonaro and destruction of the people and ecology of the Amazon, Modi in India, Putin in Russia, Xi Jinping in China, among others. In fact capitalist accumulation and its logic has not been broken even in progressive governments as the case of Ecuador portrays. A

focus on extractivism and its related ill impacts on collective health, helps keep the pressure on the governments globally. PHM Canada has supported Indigenous activists opposing uranium mines in northern Canada, while activists in India have been brutally repressed for opposing nuclear power plants that use that very same uranium. These obvious connections that PHM could make to enhance a vision of a healthy society are rooted in opposing extractivism as an economic model. PHM activists and experts can work collectively to hold governments, international organizations such as the World Health Organization, the International Labour Organization and other United Nations affiliates accountable to environmental health and the heavy price of economic policies that promote extractive development. The main issue is not a reformed approach to extractivism or promoting sustainable extractivist industries but a new way of relating to the environment and us as part of it, a Good Living (Sumak Kawsay).

Collaborators

Arteaga-Cruz E (0000-0002-3863-8179)*, Mukhopadhyay B (0000-0003-2804-6871)*, Shannon S (0000-0001-9760-4318)* and Nidhi A (0000-0002-0387-4403)* contributed to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; a substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and approved the version to be published. Jailer T (0000-0001-8496-4592)* contributed to critically revising the content and approved the version to be published. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

References

1. Acosta A. Extractivism and neoextractivism: two sides of the same curse. *Beyond development. Alternative visions from Latin America* [internet]. 2013; 61-86. [accessed on 2019 Oct 2]. Available on: <https://rosalux.org.ec/pdfs/BeyondDevelopment.pdf>.
2. Maldonado X, Arteaga E, Cuvi J. Políticas neoliberales de salud en el Gobierno de Correa. *Lalineadefuego* [internet]. 2017. [accessed on 2019 Apr 26]. Available on: <https://lalineadefuego.info/2017/05/23/politicas-neoliberales-de-salud-en-el-gobierno-de-correa-por-xavier-maldonado-erika-arteaga-y-juan-cuvi/>
3. Gudynas E, Acosta A. La Renovación de la crítica al desarrollo y el buen vivir como alternativa. *Lalineadefuego* [internet]. 2012 Mar 30. [accessed on 2019 Apr 26]. Available on: <https://lalineadefuego.info/2012/03/30/la-renovacion-de-la-critica-al-desarrollo-y-el-buen-vivir-como-alternativa-por-eduardo-gudynas-and-alberto-acosta/>.
4. Raworth K. *Doughnut economics: seven ways to think like a 21st-century economist*. Hartford, VT: Chelsea Green Publishing; 2017.
5. Mantovani ET. Las nuevas fronteras de las commodities en Venezuela: extractivismo, crisis histórica y disputas territoriales. *Ciencia Política*. 2016; 11(21):251-285.
6. Relman AS. The new medical-industrial complex. *N. Engl. J. Med.* 303(17):963-970.
7. Greenfield B. Midwife's arrest shines light on rural America's home birth 'crisis' [internet]. 2019 [accessed on 2019 Feb 26]. Available on: https://www.yahoo.com/lifestyle/midwifes-arrest-shines-light-rural-americas-home-birth-crisis-200121923.html?social_src=community&fbclid=IwAR3TnH_XXt54TINN_Z7q-lnUpAuIWHaQAvpQufoXthFSfm3RqA1T7tSjqrY.
8. Breilh J. La Salud en el Neoproductivismo con Gobernanza. En: Conferencia Anual Ecuador 2014; 2014 Nov 10; Quito: Simon Bolivar Andean University; 2014. p.1 - 22.
9. Benzi D, Narea M. ¿Y eso con qué se come? Prosur o la farsa de una metamorfosis conservadora [internet]. *Desinformémonos*. 2019 Mar 20. [accessed on 2019 Mar 26]. Available on: https://desinformemonos.org/y-eso-con-que-se-come-prosur-o-la-farsa-de-una-metamorfosis-conservadora/?fbclid=IwAR14mbU82UNAu-N3Mt_sb2-_Sa1vpz3lkShbdz42Glyh2cWu60iqGoiX7kY.
10. Edicionmedica. Ecuador presenta uno de los índices más altos de desnutrición en menores de 5 años en Latinoamérica [internet]. *Redacción Médica*. 2018 Oct 15. [accessed on 2019 May 26]. Available on: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-presenta-uno-de-los-indices-mas-altos-de-desnutricion-en-menores-de-5-anos-93003>
11. Mukhopadhyay B, Hanson L. Harper and Modi, the Nuclear Prime Ministers. *Briarpatch Magazine* [internet]. 2015 Apr 4. [accessed on 2019 May 26]. Available on: <https://briarpatchmagazine.com/blog/view/harper-and-modi-nuclear-prime-ministers>.
12. Roy CD. First tranche of Canadian uranium for India's nuclear reactors arrives after four decades. *Economic Times* [internet]. 2018 Jul 14. [accessed on 2019 May 26]. Available on: <https://economictimes.indiatimes.com/news/defence/first-tranche-of-canadian-uranium-for-indias-nuclear-reactors-arrives-after-four-decades/articleshow/50240479.cms>.
13. Shukla C. Jadugoda: The Nuclear Graveyard. *Hindustantimes* [internet]. 2019. [accessed on 2019 June 8]. Available on: <https://www.hindustantimes.com/static/groundglass/jadugoda-the-nuclear-graveyard.html>.
14. Hurtig AK, San Sebastián M. Geographical Differences in Cancer Incidence in the Amazon Basin of Ecuador in Relation to Residence near Oil Fields. *Int J Epidemiology*. 2002; (5):1021-27.
15. Ministerio de Salud Pública. Inversión en Salud en la Amazonía supera 470 millones de dólares [internet]. 2013. [accessed on 2017 Dec 11]. Available on: <http://>

www.salud.gob.ec/inversion-en-salud-en-la-amazonia-supera-los-470-millones-de-dolares/.

16. Wilson J, Bayón M. Millenium Cities: Staging the Origins of Twenty-First Century Socialism. Centro Nacional de Estrategia para el Derecho al Territorio CENEDET [internet]. 2016. [accessed on 2019 Feb 23]. Available on: <https://cenedet.files.wordpress.com/2015/11/cenedet-wp7.pdf>
17. Brown K. Indigenous Waorani win landmark legal case [internet]. 2019 Apr 26 [accessed on 2019 June 8]. Available on: <https://www.aljazeera.com/news/2019/04/indigenous-waorani-win-landmark-legal-case-ecuador-gov-190426221504952>.

[html?fbclid=IwAR3lohMSkGr9-KWf4X6gf8gHx07vs-QDVmjLXF9yADgugYazKnqL0hcRXQfg](https://www.facebook.com/AR3lohMSkGr9-KWf4X6gf8gHx07vs-QDVmjLXF9yADgugYazKnqL0hcRXQfg).

18. Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador. La Conaie no Será Parte del Acuerdo Nacional 2030 [internet]. 2019 May 8 [accessed on 2019 June 8]. Available on: <https://conaie.org/2019/05/08/la-conaie-no-sera-parte-del-acuerdo-nacional-2030/>.
19. Brisbois B, Khare N, Johnson L, et al. *Amicus Curiae* Azuay. Ottawa: PHM; 2019.

Received on 06/09/2019
Approved on 12/10/2019
Conflict of interests: non-existent
Financial support: non-existent

‘Marginalizing’ health: employing an equity and intersectionality frame

‘Marginalizando’ a saúde: empregando uma abordagem de equidade e interseccionalidade

Deepa Venkatachalam¹, Gargi Mishra¹, Adsa Fatima¹, Sarojini Nadimpally¹

DOI: 10.1590/0103-11042020S109

ABSTRACT The understanding that the drivers of inequities are multiple and intersecting is critical for health policy formulation and implementation. An intersectionality analysis reveals these relationships and allows a nuanced grasp of how health inequities are framed and understood. Using global statistics and other examples, the paper argues the significance of an intersectionality analysis in unravelling the disproportionate impact of inequity and the implications for the health and lives of persons experiencing these multiple discriminations. Attention to this, challenges the assumption of homogeneity and helps to visibilize lived realities. A few examples of acts of resistance are cited by the authors that have attempted to amplify the voices and knowledge of those whose realities are otherwise invisibilized by prevailing inequities, policies and discourses. ‘Marginalizing’ health thus implies an intersectional understanding of inequity as well as challenging and changing prevailing socio-political structures.

KEYWORDS Health. Intersectionality. Equity. Social discrimination.

RESUMO O entendimento de que os fatores motivadores das desigualdades são múltiplos e se cruzam é fundamental para a formulação e para a implementação de políticas de saúde. Uma análise de interseccionalidade revela essas relações e permite uma compreensão diferenciada de como as iniquidades em saúde são estruturadas e compreendidas. Usando estatísticas globais e outros exemplos, o artigo argumenta a importância de uma análise de interseccionalidade para desvendar o impacto desproporcional da desigualdade e as implicações para a saúde e a vida das pessoas que sofrem essas múltiplas discriminações. Essa abordagem desafia o pressuposto de homogeneidade e ajuda a visibilizar as realidades vividas. Alguns exemplos de atos de resistência são citados pelos autores que tentaram ampliar as vozes e o conhecimento daqueles cujas realidades são, de outro modo, invisibilizadas pelas iniquidades, políticas e discursos predominantes. A ‘marginalização’ da saúde implica, portanto, um entendimento interseccional da desigualdade, assim como em enfrentar e mudar as estruturas sociopolíticas predominantes.

PALAVRAS-CHAVE Saúde. Interseccionalidade. Equidade. Discriminação social.

¹Sama Resource Group for Women and Health—Malviya Nagar, India. sama.womenshealth@gmail.com



Introduction

Between May and June 2019, over 150 children died in the Muzaffarpur district of Bihar, a state in eastern India, due to an outbreak of Acute Encephalitis Syndrome (AES), which has been a recurring annual phenomenon during these months for several years now. The AES deaths were attributed to a combination of factors such as chronic malnutrition, consumption of unripe litchis (a fruit grown locally), heat wave, and a poorly functioning health care system.

In India, the Community Health Centres (CHCs) are the third tier of the network of rural health care facilities of the public health system and is a referral centre for the Primary Health Centres (PHCs). The CHCs in Bihar experience an overall shortfall of 86 percent in specialist doctors. Merely one-third of the CHCs have newborn care units – compared to the national average of 84 per cent – and only 42 percent of the PHCs are open 24 hours per day every day of the week. This clearly reflects the abysmal situation of healthcare in the state, and more so in Muzaffarpur, the district where the deaths took place.

A majority of the children who died were from two administrative blocks within the district. They were mostly from dalit/Scheduled Caste (SC) families, while a few were from extremely poor families of Other Backward Classes (OBC). Scheduled Castes (SCs) also known as ‘dalit’ and Scheduled Tribes (STs) also known as ‘adivasi’ are among the most disadvantaged socio-economic groups in India based on caste and ethnicity identity respectively. The families of the deceased children were dependent on small and marginal farming, daily wage labour and seasonal migration. Malnutrition was common amongst the children in these families. Moreover, almost 64 per cent of the children who died due to AES were girls.

The deaths clearly point to inequitable access to the social determinants of health¹, and it is the complex intersection of these

determinants that ultimately caused the deaths. An analysis of the multiple and intersecting social locations (caste, gender, class, geography) and social determinants (nutrition, poor sanitation, migration, poor health care, lack of awareness) provides insights into the possible differences in health outcomes. In this context, it exemplifies the reasons for the higher rates of deaths amongst girls from certain caste groups and provides evidence for policy measures to be undertaken at multiple levels to ensure that such deaths are prevented.

Such an intersectional analytical framework is helpful in understanding the interaction of people’s diverse social locations and their relationship with structures and systems of power – social, political and economic institutions, including governments, educational institutions, religious institutions, laws and policies (domestic and international), media, etc. These multiple, complex, and dynamic intersections generate and maintain privilege and oppression.

The recognition of the drivers of inequities as being multiple and intersecting is significant for health policy formulation and implementation. It is an important tool for

multi-level analysis of intersecting factors, processes and structures impacting health experiences, and its principles lead to questions regarding how, and whose health issues are framed and understood²⁽¹⁸⁾.

Origins of intersectionality

The term ‘intersectionality’ was first coined in 1989 by Kimberle Crenshaw, an American legal academic and civil rights activist in her paper *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex*³ to analyze the racial and gender discrimination in the legal system of the United States of America. However, as Crenshaw has also acknowledged, the understanding of intersectionality can be traced much earlier, to nineteenth-century black feminist activism

and writings of activists as well as to indigenous women's activism⁴. A black lesbian collective, for instance, argued in 1977 that women like themselves needed an identity politics precisely because they were getting lost within the simultaneous workings of race, patriarchy and heterosexuality within systems of imperialism and capitalism⁵. Although the term intersectionality features more recently in Indian academic discourse, insights into diverse social identities and marginalization have existed much longer; for example, the anti-Brahmin struggles of Tamil Nadu state or the Dalit literary campaigns in Maharashtra state in the 1960s. However, the intersectionality discourse, several scholars opine, has remained largely US and Euro centric⁶.

Intersectionality and political economy

Equity is a central tenet in an intersectionality analysis as also in a political economy analysis. Some scholars suggest that the intersectionality and feminist political economy frameworks are similar; they are likely to inform and expand each other's frameworks and analyses⁷. Both frameworks hold health equity and gender, race, ethnicity as central to their analysis. While political economy analysis has largely focused on social class, feminist political economists have for long emphasized that

class has to be re-conceptualized through race and gender within regional, national, and international contexts. [...] Gender, race/ethnicity and regionality/nationality interact with class in various ways with one being more salient than another at different points in time⁷⁽⁶²⁾.

Both intersectionality and feminist political economy provide important frameworks for analysis of health equity including access to health care.

Achieving health equity: the role of intersectionality

Achieving health equity is one of the foremost objectives of public health.

Health equity implies that everyone should have a fair opportunity to attain their full health potential and that no one should be disadvantaged from achieving this potential⁸.

Therefore, any analysis of health must employ a health equity lens that seeks to identify the differences in health status, reasons for the differences, who experiences them and how, and when they are experienced. Essentially, achieving health equity is premised on interrogating the relationships of social, economic and political power.

The Declaration of Alma-Ata in 1978 was a milestone in this regard, which proclaimed 'Health for All' and emphasized the unacceptability of health inequities between and within nations⁹. According to the Declaration,

Economic and social development, based on a New International Economic Order, is of basic importance to the fullest attainment of Health for All and to the reduction of the gap between the health status of the developing and developed countries. The promotion and protection of the health of the people is essential to sustained economic and social development and contributes to a better quality of life and to world peace⁹⁽¹⁾.

In the pursuit of addressing the root causes of ill-health, the Declaration's iteration for the need to restructure the global economic order and its emphasis on enabling of resources for quality health care are more relevant now than ever before.

Today, evidence of the growing inequalities globally is stark¹⁰:

- The richest one percent of the people has owned more wealth than the rest of the planet since 2015.

- Eight men now own the same amount of wealth as the poorest half of the world.
- The incomes of the poorest 10 percent of people increased by less than USD 3 a year between 1988 and 2011, while the incomes of the richest one per cent increased 182 times as much.
- In the US over the last 30 years, the growth in the incomes of the bottom 50 percent has been zero, whereas incomes of the top one percent have grown 300 per cent.
- In Vietnam, the country's richest man earns more in a day than the poorest person earns in 10 years.

These statistics are unambiguous indicators of a very unequal world. Forty years after Alma-Ata, the gaps in inequities in health across and within countries have only widened. Currently, the global discourse on health is focused mainly on how to operationally bring health within the reach of all, without really addressing the inequities in the structural determinants of health. The statistics also conceal who are disproportionately impacted by these inequities by the interconnected structural determinants of gender, race, caste, ethnicity, sexuality, disability, geography and what are the implications for the health and lives of persons experiencing these multiple discriminations.

In Health for All, the 'for all' implies that everyone must have equal access to the determinants of health including health care, and the measures for this access, which entails transformation in social, economic and political contexts, must be enabled.

However, analysis of even the Alma-Ata documents suggests the need for strengthened interrogation of patriarchy and other intersecting factors of marginalization including race, ethnicity, sexuality, religion, caste, ability, etc.¹¹, in their reference to women's unpaid work as also with regard to the involvement of the

community in all stages of health planning. It is necessary that simplified and homogenized notions of communities and identities as well as the hegemony of knowledge and health systems are challenged¹¹.

Women, for example, are amongst the poorest in the world. Women from marginalized communities are engaged in the least secure, poorest paid and amongst the most stigmatized, and harmful work. However, women's domestic and other care work is essentialized and unpaid. It is neither recognized adequately as work, nor is its ample contribution to the economy acknowledged. Further, in today's context of increasing privatization and contractual forms of labour directed by structures of neoliberal globalization, this work is invariably located at the intersections of class and gender, race, caste, ethnicity, with varied and serious consequences for the health and living conditions of the women involved. In India, for example, over 800,000 community health care workers, and over a million workers of the Integrated Child Development Services (ICDS) scheme, all of whom are women and engaged in India's public health and child development programme, are employed on a contractual basis with poor irregular remuneration and security¹².

Moreover, the very understanding of 'health' founded on 'what systems of knowledge about health prevail', 'whose knowledge is privileged and included', 'who are excluded in the process of construction of this knowledge'²⁽¹⁰⁾ is critical to challenge the dominant discourses on the political economy of health. Responses to these questions reflect the relationships of power and intersecting discriminating factors that privilege some knowledge while marginalizing others. For example, the allopathic and biomedical systems of health which dominate globally, invariably reflect and reinforce patriarchy, hetero-normativity, class and caste biases that are deeply rooted in colonialism, capitalism, neoliberal globalization and privatization, and which serve to create, maintain and replicate systems of power¹¹. Globally this knowledge and

the health system based on it, largely exclude other knowledge systems of health or permit them in ways that are limiting and not transformative. These marginalized systems do not often pursue bio-medical models of medicine and understanding of health, but they are equally responsible for reinforcing patriarchy, ethnicity and caste, and excluding the knowledge of dalit, indigenous and other marginalized communities, especially women from such communities¹¹.

In India and in many other parts of the world, the extensive knowledge around birthing and healing has been assimilated and practiced by non-literate women from marginalized communities for many generations. However, this knowledge has been marginalized through processes of colonization and allopathy as well as by motivations of gender and caste hierarchies. Increasingly, the intersecting of political economy and the "politics of knowledge"¹¹⁽¹⁻⁸⁾ has alienated indigenous communities from their ecological resources – access to forests, water, land, etc., and thereby their knowledge – through forced evictions, displacements due to conflicts and other economic or social motivations, with the resources pro-actively being handed over to private for-profit corporations.

The pluralism of health and medicine, evident in the everyday lives of tribal communities, need to be critically understood and built upon, while discouraging patent regimes that seek to appropriate their traditional knowledge¹³⁽²³⁾.

Ultimately, the evidence points to profit – rather than health and social justice – as the driver of health research and development¹⁴, and the promulgation of hegemonic health knowledge.

In a UHC world

The current catch phrase of the global health discourse is Universal Health Coverage (UHC). Not only is it

in sharp contrast with the vision of Primary Health Care (PHC) envisaged in the Alma-Ata declaration of 1978 – which called for the building of health systems that would provide comprehensive care, that would be integrated and organized to promote equity, and driven by community needs its limited vision of 'coverage' is merely one aspect of universal health 'care'¹⁵⁽⁸¹⁾.

With regard to health status and access to health services, a study found that at least 400 million people lacked access to at least one of the seven essential services relating to health care, such as family planning, antenatal care, skilled birth attendance, child immunization, antiretroviral therapy, tuberculosis treatment, as well as access to clean water and sanitation¹⁶. The report indicated that merely 37 per cent of people living with HIV received antiretroviral treatment, with only just over a half, i.e. 55 per cent of new tuberculosis cases reported received diagnosis and treatment. While this reflects the overall poor access to health care, the following statistics indicate the inequities globally by class, race, gender and other determining factors:

- Developing countries, for instance, account for 99 per cent of maternal deaths in the world;
- 95 percent of deaths due to tuberculosis are in developing countries;
- Children from the poorest 20 percent of households are nearly twice as likely to die before their fifth birthday as compared with children in the richest 20 per cent;
- In the USA, African-Americans represent 13 percent of the population but experience almost half of all new HIV infections¹⁶;
- In India, of the 2.1 million people are living with HIV¹⁷, out of which 40 percent new cases annually are women¹⁸.

Worsening inequities impacting health within countries are also evident – India’s global gender gap ranking, for example, was 108 out of 149 countries in 2018. The gendered status of health and health care, which is apparent from the ‘health and survival’ score, has fallen from a lowly 103 (2006) to an unacceptable 141. Further, the worsening gender gap on other indicators that also determine health and healthcare is evident – in the area of ‘economic participation and opportunity’ India’s rank has fallen from 110 to 139; with regard to ‘educational attainment’ the current rank is 112 from an erstwhile 102, while it has reduced from 20 to 15 in ‘political empowerment’¹⁹.

While gender disparities are evident in the health status and access to healthcare, its intersections with race, caste, ethnicity, sexual identity, ability, age, etc., shape the extent and experience of health care. Attention to these factors challenges the assumption of homogeneity and helps to visibilize the lived realities.

Another disconcerting trend is the push towards anti-immigration and the extremely excluding stance by States against people seeking refugee status, shelter and safety from contexts of economic, social and political upheaval. This is not only true for the global North, but for the global South too. While goods and capital flows are becoming more seamless with neoliberal globalization, movement of people and their labour is increasingly facing multiple hurdles and closed borders, that have serious consequences on their health and lives.

On the one hand it is now easy to become ‘friends’ on Facebook, connect with virtual strangers, but on the other, xenophobia, homophobia, transphobia, Islamophobia and the likes that are rooted deeply in colonialism, racism, casteism, patriarchy, etc. are deepening²⁰⁽¹⁾.

The UHC era is simultaneously marked by States withdrawing from their obligation to provide health care, the impact of which is borne disproportionately by the marginalized.

Privatization of health care and an emerging unregulated private sector in many countries have given a boost to burgeoning pharmaceutical industries whose research and development priorities are dominated by anticipated profit rather than need, while the ever-increasing costs of health care leave an unacceptably large number of people out of the ambit of timely and quality health care. The State as a political entity is also gendered, caste-ist, and disability – blind. Health service provisioning continues to focus on maternity and fertility control rather than on the varied health needs of a diverse range of women and marginalized persons across geography and culture, including their mental and occupational health. States’ adherence to and consolidation of patriarchal, caste and sexuality norms violate hard earned rights through discriminatory policies such as coercive population policies, non-availability of access to abortion services, as well as privatization, levying of user fees, etc.

The current UHC discourse proposes a shift towards ensuring wider ‘coverage’ and reducing financial costs for health care. While this is important, the approach does not address deep-seated structural inequalities that have remained critical barriers to receiving comprehensive quality health care. With countries increasingly playing a restricted role of health care financing and purchasing (from private sector) while withdrawing from provisioning, it is likely to worsen access to health care, particularly for the most marginalized.

This extremely precarious context necessitates renewed positioning of ‘health as a human right’ towards Health for All and attention to the growing inequities in access to the social, economic and political determinants of health and health care. The struggle for health is a struggle for a more just and equal world and must act upon how existing public health systems can be universal and equitable, which is tragically but inevitably outside the ambit of the current UHC discourse. In such a context, there is need currently and in the

longer term for solidarities between diverse movements and alliances that are able to gainfully and collectively inform the UHC discourse to enable transformative change in Health for All people. For instance, the Alliance for Gender Equality and UHC and the People's Health Movement (PHM) have been informing the UHC process from the different frameworks of gender equality and political economy respectively. There is need for greater intersections between alliances, social movements and discourses on gender, caste, race, sexuality, disability with health.

Resist! Act! Health for All now!

Situations of oppression and deprivation have time and again motivated marginalized communities to resist dominant systems of knowledge, health and power. The following are some examples of such acts of resistance, which have attempted to amplify the voices and knowledge of those whose realities are invisibilized by prevailing inequities, policies and discourses².

From India: struggle by Baiga (tribal) women in Chhattisgarh to access sterilization

Women from the Baiga community – an ethnic group categorized as a Particularly Vulnerable Tribal Group (PVTG) in the state of Chhattisgarh in central India, filed a Public Interest Litigation in the High Court to demand their access to sterilization (permanent long-term contraception) services provided through government programs.

The Baigas are a forest community who practice shifting cultivation. Since the 1960s, the Baigas have been subject to forced

evictions by the government in the name of conservation, that have destroyed their way of life and resulted in an unprecedented decline in their numbers. In 1979, a State Government order restricted sterilization services for women from tribal communities that were earlier referred to as 'Primitive' Tribal Groups (PTGs) and currently as Particularly Vulnerable Tribal Groups (PVTGs). This order was challenged by the Baiga women, their families along with the health activists and human rights activists engaging on this issue in the High Court, following which it was revoked in 2018.

This order, however, is situated in the same context of otherwise poor access to the social determinants of health and health care, coercive population control policies and targets, aggressive push for permanent methods of contraception, primarily sterilization, for women from other tribal and marginalized communities. Nevertheless, the selective pro-natalist stance of the State violated the rights of the women Baiga communities in Chhattisgarh to bodily autonomy and agency, and to decide about their reproductive lives.

The resistance by the Baiga women was against the dominant perspective of the patriarchal, paternalistic State that invisibilized their lived realities, which were otherwise subsumed under the larger category of tribal women, many of whom had been part of struggles against forced sterilizations, poor quality of care and complications/deaths resulting from poor and negligent government services.

Analysis of the struggle is to understand the experiences of the Baiga women as outcomes of their relationship with patriarchy, colonialism and ethnicity/caste bias in a larger context that is constructed by a State that has been violating the reproductive rights of women, especially women from marginalized caste, indigenous, religious communities through its coercive population and fertility control agenda and programs.

From Bolivia: reframing health – The concept of living well

‘Living well’ or *buen vivir* constitutes the fundamental theoretical foundation of the new state in Bolivia, oriented to building development alternatives based on recovering national cultural identity and state sovereignty, building a participatory democracy, and restoring natural resources. It draws on the Andean and Amazonian people’s world view. During the 300 years of Spanish colonialism and 200 years of Creole colonialism – when the native indigenous peoples of Bolivia were reduced to slavery and feudal serfdom, and faced ruthless discrimination and exploitation – indigenous rebellions and uprisings were hoisting the banner of ‘living well’ as a development alternative. Indigenous people are leading the social transformation of Bolivia along with the peoples’ movement and that of wage earners and the self-employed. Together they launched the struggle against colonialism, the oligarchy and neoliberal capitalism, setting the course for political change and mapping out plans for development of the new plurinational state. They proclaimed the emancipation of native peoples, communitarianism and equal rights and opportunities for all cultural, ethnic and language groups, and called for reclaiming a society free of capitalist exploitation. Bolivia today is undergoing a complex process of transition that has been described as post-capitalist, which involves searching for types of development that are alternatives to capitalism. ‘Living well’ is contributing, at a structural level, to the dismantling of colonialism and neoliberalism by promoting communitarianism and inter-culturalism, towards restoring social solidarity, reciprocity, complementarity and equity as the guiding principles for action in the health sector²¹.

From India: queering the health discourse

Until recently, same sex relationships between consenting adults was criminalized in India by the colonial-era Section 377 of the India Penal Code, which penalized ‘carnal intercourse against the order of nature’. A long drawn battle with many twists and turns, advances and losses, finally culminated in the 2018 judgment of the Supreme Court, which decriminalized homosexual, consensual sex between adults²². The campaign against Section 377 witnessed intersections of various organizations and movements working on diverse issues – ranging from women’s rights to disability, land, food, health rights and others.

In 2014, the Supreme Court had accorded recognition to transgender and intersex people as the ‘other’ gender thereby paving the way for them to claim their fundamental rights guaranteed under the constitution as equal citizens in the National Legal Services Authority (Nalsa) versus Union of India²³. While these are critical outcomes of years of collective resistance, they need to be sustained to challenge more recent laws that are not in conformity with the above; these positive legal shifts also do not automatically imply guarantees for access to a range of information and services, including health care in ways that are transformative and challenge dominant normative structures. The struggle continues.

From Greece: the solidarity pharmacies

We fight all together against the abolition of social rights, against individualism and against fear. We fight for the consolidation of the principles of solidarity, justice and human dignity [The Pharmacy of Solidarity at Patisia]²⁴.

The 'Pharmacy of Solidarity', was a community clinic for children's health in the Patisia, a suburb of Athens. It was supported by the city council and run by a school doctor. Subsequently, it was closed due to austerity measures. It now brings together parents, teachers, activists and volunteers who raise resources through donations and continue to run the clinic with the same objectives. The Pharmacy provides free services for people without social insurance, including immigrants and the homeless. It also works closely with a network of doctors from the Solidarity Clinics facilitating referrals for access to health care for the most vulnerable people in the area. The Solidarity Pharmacy and Clinic provided services for the large number of refugees who arrived in 2015 in the city by working shifts. This initiative has also led to others – for example, providing free food and teaching for children from poor and vulnerable communities.

The above-mentioned examples are only a few of the many resistances and struggles that are taking place in all global regions. They also reiterate the significance of social justice and equity to achieve health and also the various contexts that create and reinforce marginalization. The understanding of the intersections of these contexts and marginalization is critical to forge alliances and solidarity to achieve the goal of Health for All.

The way ahead

Any tool of analysis of health must be premised on principles of social justice, which necessitates deeper analysis of prevailing inequities and the diverse factors that determine them. Intersectionality offers the possibility of an analytical tool that may be able to surpass this, delve deeper and nuance the understanding of inequities. It allows the centering of the perspectives of groups facing multiple oppressions and invisibilization, and for health to be viewed in the context of communities and societies, and

not merely as diseases and deficiencies in an individual's body. It thus calls attention to the broader social, political, economic and cultural processes and structures that produce and sustain health disparities. Changing health outcomes then demands a restructuring and changing of other socio-political structures. In the context of the deaths of children due to AES in Bihar, an intersectional approach calls attention to the historical caste discrimination in the areas, their disenfranchisement and inability to own land, access the public distribution system and gain stable and well-paying work, and their reliance on seasonal litchi harvests for earning wages. Addressing AES deaths is therefore not a question of merely medical interventions, but of dismantling the power structures that sustain such health outcomes.

An intersectional approach also raises important questions about knowledge of health and the relationships of power that govern it, providing insights into what and whose knowledge is visible and who are excluded from processes of health knowledge creation. This is closely linked to the constructing of health discourse – policy, programmes, including health research.

One of the key concerns with application of the intersectional framework is about the possible delineation of differences leading to fragmentation in action and mobilization on issues, and its ability to identify complexities that emerge from the intersections but the absence of or limited scope to address them. However, analysis of multiple and intersecting forms of oppression should at the least be made visible for deliberation on how they can be addressed.

Acknowledgment

The authors work with Sama Resource Group for Women and Health based in India www.samawomenshealth.in and a part of Indian Chapter of People's Health Movement. The authors would like to acknowledge Ranjan De for reviewing and editing the article.

Collaborators

Venkatachalam D (0000-0002-2536-5896)*, Mishra G (0000-0001-8114-306X)*, Fatima

A (0000-0002-9881-8358)*, Nadimpally S (0000-0003-2494-616X)*. Authors collaborated equally. ■

References

- Nadimpally S, Fatima A. The Muzaffarpur Child Deaths Were a Predestined Tragedy [internet]. The Wire. 2019. [accessed on 2019 July 13]. Available on: <https://thewire.in/health/muzaffarpur-aes-child-deaths>.
- Hankivsky O. Intersectionality 101. Montreal: Institute for Intersectionality Research & Policy, Simon Fraser University; 2014.
- Perlman M. The origin of the term intersectionality [internet]. Columbia Journalism Review. 2018 [accessed on 2019 July 13]. Available on: https://www.cjr.org/language_corner/intersectionality.php.
- Gines K. Race Women, Race Men and Early Expressions of Proto-Intersectionality, 1830s-1930s. in: Goswami N, O' Donovam MM, Yount L, editors. Why Race and Gender Still Matter: An Intersectional Approach. New York: Routledge; 2014.
- John M. Intersectionality – Rejection or Critical Dialogue. Econ. Polit. Weekly. 2015; 50(33). [accessed on 2020 Jan 20]. Available on: <https://www.epw.in/journal/2015/33/discussion/intersectionality.html>.
- Banerjee S, Ghosh N. Introduction. Debating Intersectionalities: Challenges for a Methodological Framework. South Asia multidiscip. acad. j. 2018; (19):1-18.
- McGibbon E, McPherson C. Applying Intersectionality & Complexity Theory to Address the Social Determinants of Women's Health. Toronto: UTSC Printing Services; 2015.
- World Health Organization. Health Equity [internet]. Washington, DC: WHO. [accessed on 2019 July 13]. Available on: <https://www.who.int/topics/health-equity/en/>.
- World Health Organization. Declaration of Alma Ata: International Conference on Primary Health Care [internet]. Geneva: World Health Organization; 1978.
- Hardoon D. An Economy for the 99%: It's time to build a human economy that benefits everyone, not just the privileged few. Oxfam; 2017 Jan 16.
- Priya R, Gaitonde R, Mohit P, et al. Alma Ata and PHC 2.0. Med. Friend Circle. 2019; (380):1-84.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Abhiyan JS. People's Health Manifesto. Genova: PHM; 2018.
13. Sama-Resource Group for Women and Health. From the Margins to the Centre. National Human Rights Commission. 2019:23 [internet]. Sama-Resource Group for Women and Health. 2019 Nov 21. [accessed on 2019 Nov 22]. Available on: <http://www.sama-womenshealth.in/from-the-margins-to-the-centre/>.
14. Sengupta A, Bodini C, Franco S. Struggles for Health: An Emancipatory Approach in the Era of Neoliberal Globalization. Development. 2018.
15. Global Health Watch. The current discourse on universal health coverage (UHC). London: Zed Books; 2014.
16. World Health Organization. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Paris: WHO; 2016.
17. The World Bank. Data retrieved [internet]. [accessed on 2019 Mar 3]. Available on: <https://data.worldbank.org/country/india>.
18. National AIDS Control Organisation. Data Retrieved [internet]. [accessed on 2019 Mar 3]. Available on: <http://naco.gov.in/hiv-facts-figures>.
19. United Nations Development Programme. Human Development Report India Factsheet. Gender and Social Exclusion Indicators [internet]. [accessed on 2019 Mar 3]. Available on: http://www.in.undp.org/content/dam/india/docs/india_factsheet_gender_n_social_exclusion_indicators.pdf.
20. Gupte M. International Women and Health Meeting, 2011, Belgium; Opening Plenary.
21. Global Health Watch Report (4). Reframing health in Bolivia around the concept of 'living well'. London: Zed Books; 2014.
22. India. NavtejSinghJohar vs Union of India SCC 791. Ministry of Law and Justice. 6 Sept 2018.
23. India. National Legal Services Authority v. Union of India & Others AIR 2014 SC 1863. Ministry of Law and Justice. 15 Apr 2014.
24. Greece Solidarity Campaign. Solidarity Clinics. [internet]. [accessed on 2020 Jan 14]. Available on: http://greesolidarity.org/?page_id=1114.

Received on 10/04/2019
 Approved on 12/12/2019
 Conflict of interests: non-existent
 Financial support: non-existent

Bhopal gas disaster: Delhi Science Forum and People's Science Movement in India – In memory of Dr. Amit Sengupta

Desastre com gás de Bhopal: Fórum Científico de Délhi e Movimento Científico Popular na Índia – em memória do Dr. Amit Sengupta

Doraiswami Raghunandan^{1,2}, Nallukunnel Damodaran Jayaprakash^{2,3,4}

DOI: 10.1590/0103-110420205110

Introduction

One of the world's worst industrial catastrophes, the Bhopal gas disaster, hit the city of Bhopal in central India, on the night of 2-3 December 1984. A deadly mix of toxic heavier-than-air gases vented into the air from the Union Carbide pesticide plant, spreading across 40 sq.km around the plant and covering 36 of 56 municipal wards of the city. More than 20,000 people were killed that night and over the coming years, and injuries of varying degree were caused to around 550,000 others. The trail of death, deformity, disability, genetic disorders, pollution of soil and groundwater, and harm to flora and fauna continues even today. The Disaster was to go down in history as one of those transformational industrial calamities, like the Minamata mercury poisoning case in Japan, the Three Mile Island nuclear power plant core melt-down in the US, and the Chernobyl and Fukushima nuclear plant disasters that were to happen later.

These mishaps together contributed to a huge change in public perception of Science and Technology (S&T), and led to people's movements all over the world calling not only for greater regulation and public scrutiny of S&T-based projects, but also for a new social contract for S&T. Such movements have generated considerable momentum, in some countries more than others, and are now increasingly intervening in policy making and implementation, whether as part of institutionalized mechanisms or as advocacy groups. The Bhopal gas disaster too played such a catalytic role in India and triggered a slew of environmental and industrial regulatory policies and legislation, as discussed below.

Yet, from the perspective of the authors, and that of the Delhi Science Forum (DSF) and the broader Peoples Science Movement (PSM) network in which they work, this heightened engagement with S&T policy has also brought some worries with it. The large number of NGOs, civil-society organizations and movements involved have a diverse perspectives, goals, strategies, theatres of operations, and domain knowledge and disciplinary backgrounds. One crucial aspect of particular concern to the PSM has been how S&T is viewed as a knowledge system, as a dimension of public policy, as institutionalized practice, as an instrument of state power and corporate influence, and importantly as system informing the perspectives and actions of popular movements such as the PSM.

¹All India People's Science Network (AIPSN) - New Delhi, India.
raghunandan.d@gmail.com

²Delhi Science Forum (DSF) - New Delhi, India.

³Bhopal Gas Peedith Sangharsh Sahayog Samiti (BGPSSS) - New Delhi, India.

⁴Coalition for Nuclear Disarmament and Peace (CNDP) - New Delhi, India.

Many S&T-related issues that have become theatres of contestation between the state or corporations on the one hand, and popular movements on the other, have witnessed divergent perspectives within the latter on how S&T is to be viewed. Without engaging in a wider debate on these different perspectives, it would be useful if the approach of the PSM is briefly stated up front so that readers may at least better appreciate some of the views articulated in this article. Briefly, a major point of distinction has been that some commentators and NGOs or other organizations seem to view S&T itself as part of the problem, inherently problematic, standing in opposition to people's interests and, in countries like India, bringing to bear Western cultural and ideational constructs inimical to the indigenous civilizational ethos and knowledge framework. There is a troubling tendency today of demonizing S&T *per se*. For DSF and the broader PSM, however, S&T *per se* is definitely not 'the enemy', and what impinges on people's interests is the manner in which S&T is institutionally constructed, administered and deployed, and how the state, corporates and other interest groups influence these processes. In this, S&T is no different from any other knowledge system. DSF/PSM has held the view that science can indeed be a weapon of empowerment in the hands of people and that S&T policies like other public policies are subjects of contestation in the social formation, and that S&T knowledge is not exclusively embodied in structures of the state and in expert bodies or individuals, but informed popular movements can also build their own capacities to participate in such contestations on an equal footing with S&T experts who customarily see themselves as privileged holders of knowledge beyond the reach of popular movements, which therefore ought to accept the experts' superior knowledge.

The PSM in India, and several other movements in India and abroad, operate with such a perspective and have, over the years, been able to hold their own in debates on S&T policy

especially as regards their impact on people's interests. In India, as we shall see, the Bhopal gas disaster was among the early sparks that crystallized this potential of the PSM in particular, and that of other S&T-capable people's movements in general, to demonstrate this capability and earn the respect, however grudging, of government officials and technocrats. Popular struggles on environmental issues, such as over Silent Valley in Kerala, and the contemporaneous and growing work on drugs and pharmaceuticals with which Dr. Amit Sengupta and several others were associated, were also important catalysts.

Amit, as a key activist of DSF and of the broader PSM, along with other colleagues, made major contributions to the understanding of, and official response to, the immediate and long-term health as well as rehabilitation issues stemming from the Bhopal gas disaster. Amit also played an important role in campaigns for appropriate policy formulation emanating from the tragedy and its prolonged aftermath, and to the continuing work of shaping the discourse regarding the role of S&T and related public policies. Many of these activities were catalyzed by the Bhopal gas disaster, but several of them took on significant lives of their own. Amit also gave several such initiatives institutional shape, bringing in other like-minded organizations and, in many cases, working to form new organizations in different States of the Indian Union or networks at the national level. This article seeks to highlight the salient aspects of these contributions made by Amit, and tries to capture the spirit in which he made them.

The disaster, DSF Report and aftermath

A DSF team comprising Prabir Purkayastha and Dinesh Abrol went to Bhopal on 9-11 December 1984 in the immediate aftermath of the Disaster to study the background and possible causes of the industrial accident and

its impacts. Both were engineers and founding members of DSF, the former with industrial experience in plant design and control systems, and the latter with research and work experience in S&T Policy Studies (also called Science, Technology & Society Studies or STS Studies in the UK and elsewhere). Other DSF members, including D. Raghunandan and C. P. Geevan, now in Kerala, stayed behind to compile other material, discuss the issue with experts, and help prepare the Report that was to be an outcome of this study. The team visited the worst affected areas near the Union Carbide plant, met several workers, engineers and managers of the factory, and also met with local doctors, scientists, political leaders and journalists, and gathered much valuable material.

The resultant Report (Delhi Science Forum, 18 December 1984), which was released within two weeks of the disaster, was a landmark. Its analysis of why and how the disaster happened provided a knowledge base for much of the popular movements to follow, and has remained to this day the definitive technical analysis of the event, not surpassed or superseded by any subsequent study including the government's own analytical report of 1985 (Varadarajan 1985) authored by the then Director General of the Council of Scientific and Industrial Research (CSIR), a network of over 40 government research laboratories covering different disciplines. The DSF Report helped focus the post-Bhopal popular movement and shape much of its immediate, short- and medium-term demands and orientation as regards industrial licensing, industrial siting policy, regulation of manufacture, storage and handling of hazardous materials, and regulation of occupational safety¹⁻⁵.

The Bhopal plant of Union Carbide (India) Limited (Ucil), was manufacturing the pesticide carbaryl (1-naphthyl methylcarbamate) under the brandname Sevin and producing and storing large quantities of extremely hazardous substances such as Methyl Isocyanate (MIC), phosgene (a substance used as a biological

warfare agent during World War I and II) etc. as intermediates. The technology had been transferred to Bhopal from the US-based plant in West Virginia, USA, built and operated by the parent Union Carbide Corporation (UCC).

The DSF Report revealed that the safety equipment in the Bhopal plant was severely under-designed compared to the plant in West Virginia, USA. Notably, unlike the US plant, the Bhopal plant did not have an additional emergency vent scrubber that could neutralize a sudden release of large quantities of MIC into the air as had happened that fateful night in Bhopal when contamination by water and other materials led to a runaway chemical reaction and the disaster. The Bhopal plant instead had only a normal scrubber designed to handle small and routine releases of toxic gases. Similarly, the flare tower in Bhopal was under-sized and could not handle the magnitude of MIC and other toxic gases discharged in a very short duration. Another major difference was that the US plant used MIC in an in-line process and therefore stored only small quantities of it, but the Bhopal plant used a less efficient process that required storage of MIC in a large tank on the premises. It was contamination of MIC in this tank that set off the chain of events that night in Bhopal.

Various other deficiencies and design defects in equipment in the Bhopal plant were also uncovered in the DSF Report. The chilling unit was not only under-designed, the contents in the tank, which should have been kept below 0°C, remained at ambient temperature (about 11° to 26°) since the refrigeration system had been shut off as much as six months earlier as a cost-cutting measure. There was no 'knock down' tank for taking liquid MIC from the storage tank. The entire safety system was manually operated rather than automatic and computer controlled as in the UCC plant in the US. The alarm system on the storage tank, meant to indicate any unusual rise in temperature or change in pressure, was malfunctioning and not properly monitored. Unlike the computerized system in the US,

there was no gas detection system in Bhopal except the workers' eyes themselves that are sensitive to MIC only at 2 ppm, which is 100 times the permissible limit.

Much of this was initially denied by UCC, but many facts were quickly confirmed, including by UCC officials at press conferences in the US, looking to allay fears among the American public about a similar event occurring in the US. In the weeks and months that followed, much more information flowed out of the US thanks to efforts by US-based activists and scholars, media investigations and freedom of information applications. Many of these activists had come in touch with DSF due to its Report.

Both Ucil and its parent UCC had kept confidential from the Union and State governments, supposedly on grounds of industrial secrecy and intellectual property, details of the manufacturing process, quantities of different input chemicals used, protocols to tackle emergencies like fire and sudden release of gases, and constituents, stability and toxicity of gases released in the eventuality of accidents. Information on safety precautions and emergency measures provided to employees and Ucil management were either strictly confidential or scanty. There was no practice at Ucil of conducting safety drills with workers at the plant, leave alone with the general public, unlike at the UCC plant in the US where public safety drills were regularly conducted, complete with instructions as to precautionary measures, treatment etc. Workers in the US plant also had detailed instructions about responding to emergency situations, and steps they could take manually to supplement the automated measures built-in to the plant equipment and processes. In Bhopal, as a result of this systematic concealment or dearth of information, neither the Ucil management nor the local authorities and hospitals knew how to respond to the disaster, what line of treatment to pursue, or what precautions to take, including even such simple measures as shutting windows or placing a wet cloth over one's nose and eyes. On its part, the Indian

government too did not conduct its investigations with any sense of urgency. In fact, as the DSF Report noted², it clamped down on information and actively discouraged Indian scientists and public health activists from undertaking independent studies, even while various foreign 'experts' had descended on Bhopal and were freely conducting all manner of studies, raising concerns in a section of the press and public as to the purpose of these studies and rumoured data-gathering linked to chemical weapons. The Right to Know or freedom of information therefore became yet another focal point of popular movements, although it would take over two decades to become institutionalized in Indian democracy, that too, with much ring-fencing around 'classified' or 'national security' areas, which are now increasingly being resorted to by the present government with its authoritarian tendencies.

The DSF Report highlighted these drastic shortcomings, and the culpability of licensing and regulatory authorities in permitting such 'blind' import of technology, faulty plant design and highly deficient equipment and safety measures, and concealment of vital information on process chemicals and possible reaction products in case of accident. Government also failed in responding to multiple incidents of toxic gas venting both inside and outside the plant.

Within roughly one year of the Bhopal gas disaster, on 4th December 1985, a leak of oleum gas (fuming sulphuric acid or H₂SO₄.O₃S) occurred from a factory operated by Sriram Foods and Fertilizers (SFF) in the capital, Delhi. The same complex also housed a cluster of many industries, including one making caustic chlorine. The plant was located in an old industrial part of Delhi, which had gradually come to be in the heart of the city, much like the Ucil plant in Bhopal had once been on the outskirts of Bhopal but had seen settlements growing around it in an unplanned and haphazard manner. Since the Bhopal disaster was very much in the minds of the people as well as the authorities, action was promptly

initiated in the form of immediate closure of the plant. A Public Interest Litigation (PIL) against SFF was filed in the Supreme Court, which appointed a three-person Committee including DSF's Prabir Purkayastha, due to his work on the DSF Bhopal Disaster Report, to examine the technical aspects and safety measures and, *inter alia*, recommend whether or not the plant could be reopened. The case and the consequent Supreme Court ruling became a landmark in environmental jurisprudence, partly because it was seen as somehow making up for the egregious role played by the Courts in the Bhopal Gas Tragedy case as discussed later. The judgment introduced the concept of strict liability of the company (in this case SFF) in industrial accidents, a concept that had been brushed aside in the Bhopal case, as probably would not have happened in the US with its strong base in tort law.

From the DSF view point, however, the SFF case and the role of the petitioner in the PIL, had several unfortunate outcomes. The case led to the wholesale shifting of all industries, not merely hazardous or polluting ones, out of Delhi causing enormous hardships to workers and their families, as also to others whose livelihoods depended on these industries. This became a part of a wider process of gentrification of the city, with shifting of working class settlements to the outskirts of the city, forcing workers to commute over long distances at huge expense in order to pursue their vocations in inner-city localities. A major outcome of the SFF case, and interactions during and after it with workers' unions and town planners, was that DSF got deeply involved with planning and other urbanization issues in Delhi, such as democratization of urban planning, public transport, mixed zoning, creation and restoration of urban commons, and industrial policy in the National Capital Region around Delhi.

In the longer term, the conflict of interest that can arise between workers' rights and environmental protection and sustainability, also became a crucial aspect of DSF's

perspective and agenda, especially given the fact that traditionally the Left had long viewed environmental issues with skepticism and as inimical to workers' interests.

Major new legislation and regulations were enacted over many years following the Bhopal gas disaster in response to sustained public pressure, with significant campaigns by, and contributions from, civil society organizations and popular movements including DSF and other PSM groups. Mention may be made here of the Environment Protection Act (1986), which brought under one umbrella earlier legislation on Air and Water Pollution, and brought under its framework the Central and State Pollution Control Boards, the Manufacture, Storage and Import of Hazardous Chemical (Amendment) Rules (1989), Environment (Siting for Industrial Projects) Rules (1999), Hazardous Wastes (Management & Handling) Amendment Rules (2003), all of which went through several amendments in subsequent years in response to both industry pressure and popular advocacy.

As noted by a DSF Review presentation at a National Seminar commemorating the 25th anniversary of the Bhopal disaster, actual implementation, monitoring and enforcement of most of these regulations, however good they may seem on paper, have left much to be desired. This is a common problem with legislation in India, where institutional capacity is weak and enforcement is lax compared to the requirement. DSF therefore continues to campaign on implementation issues even after enactment of protective legislations which should not be viewed as ultimate outcomes of advocacy and popular campaigns.

Clinics and other interventions for Bhopal gas victims

Hospitals in Bhopal, especially those run by the government, responded to the disaster

with commendable dedication and due sense of urgency, despite being hampered by lack of information. The DSF Report noted that Bhopal was the first known case of mass release of MIC gas, rather than liquid, into the atmosphere. Given the absence of guidance from UCC/Ucil or government, and the dearth of information from the literature regarding the possible effects of MIC gas on humans, animals and the food chain, doctors provided symptomatic treatment and actions based on available information and collective brainstorming. On their part, government agencies were extremely slow in arriving at even preliminary findings and making them public. In this context, many doctors and health activists working with non-government organizations or informal groups took the initiative to set up local clinics in the gas-affected areas to provide treatment to victims, at least until such time as the government health system started regular and systematic treatment, care and monitoring of victims, and also interacted and networked with each other in sharing knowledge and results of studies, field surveys and other experiences.

Dr. Amit Sengupta played a leading role in these efforts as well as in networking with several young doctors of Bhopal led by the late Dr. Ajay Khare, who played a key role in founding a new PSM organization called Madhya Pradesh Vigyan Sabha (MPVS) (or Madhya Pradesh Science Group) working in the State of which Bhopal is capital. Dr. Khare was to become a key figure in the Jan Swasthya Abhiyan (People's Health Movement - PHM in India) or JSA, and one Dr. Harindra Agarwal. This group ran one of the clinics in Bhopal and, working with DSF, intervened in other ways to assist with treatment, relief and rehabilitation of victims.

Amit contributed several paragraphs and sections to different parts of the DSF Report, including a detailed annexure on organic isocyanates, possible chemical reactions and resultant products, and some information on potential effects, symptoms, toxicology and so on. The 2nd reprint of the Report in

April 1985 also contained another annexure reproducing an important Joint Statement by DSF, Medico Friends Circle and Voluntary Health Association of India, all well-regarded organizations working in public health and the wider public interest on S&T issues, on the line of treatment of Bhopal gas victims. The Statement related to a controversy that had arisen, notably between the government and non-governmental organizations, regarding the efficacy of treatment with sodium thio-sulphate in the early aftermath of the disaster.

The issue related to whether or not hydrogen cyanide (HCN) was among the gases released into the atmosphere in Bhopal. The Joint Statement held that by all accounts it was, that temperatures in the MIC tank were well in excess of 200°C when MIC dissociates producing nitrous oxides, carbon monoxide/dioxide and HCN. By end-January 1985, studies by the Indian Council of Medical Research (ICMR) had shown evidence of symptomatic relief with sodium thiosulphate and urinary excretion of sodium thiocyanates, prompting ICMR to issue guidelines for sodium thiosulphate treatment, despite which this line of treatment was being avoided in Bhopal public hospitals. The Joint Statement demanded that authorities issue appropriate guidance to enable victims to benefit from the therapeutic value and detoxifying effect of sodium thiosulphate.

DSF and MPVS also conducted a survey of over 5000 households in the worst affected areas of Bhopal, till then the largest such survey. Results of the survey were also made available to other non-government organizations to utilize as they desired. Raghunandan, with background in both engineering and sociology, led the team to design the Survey and analyze its results, with Amit of course also involved along with Dr. Ajay Khare and other activists in Bhopal playing a major role in data collection. DSF's sister organization, the Centre for Technology & Development (CTD) which Raghunandan leads to this day, and which undertakes action research activities for development and application

of technologies for pro-poor livelihoods and habitat, also undertook along with MPVS a government-funded project to install energy-efficient 'smokeless' wood-burning cook-stoves in homes of gas victims. Such stoves, improved versions of stoves normally used by rural and urban poor households, are designed for better combustion and vent the exhaust gases and smoke outside the home using a chimney, thereby significantly reducing indoor air pollution and load on the badly affected lungs of gas victims. Along with Dr. Anwar Jafri of Eklavya, another PSM organization in Madhya Pradesh specializing in alternative pedagogies for science and social science teaching for middle-school children, CTD also set up and for many years jointly managed a new Trust for rehabilitation of gas victims through a manufacturing Unit in the gas affected areas. This Unit made leather goods using light sewing machines and other such equipment that would not demand strenuous physical effort from gas victims who were employed there. A former manager of Ucil, wanting to give back to the community, acted as manager of this Unit which ran successfully for many years.

Several other non-governmental organizations undertook a range of activities aimed at medical assistance, legal aid and studies in the area. While a comprehensive listing is not being attempted here, mention may be made of a 1996 report by the Bhopal Group for Information & Action (BGIA) looking at solid and liquid wastes dumped all around the Ucil plant over a long period during 1969-77 and 1977-84, which then contaminated groundwater, soil and the general environment with all kinds of toxic including carcinogenic chemicals. Many tons of other by-products such as tarry residues and alpha-naphthol had been stored in the open or in poor condition within the plant boundary, and had slowly washed away and leached into the ground. In 1999, Greenpeace International had studied samples of soil and groundwater around the factory and from wells in nearby residential areas, mostly slums, and found high levels of mercury,

chromium, copper, nickel, lead and also toxic organo-chlorines. In 2002, Srishti published results of a study, based on tests carried out at the prestigious Indian Institute of Technology, Kanpur, of the trajectory of chemical pollutants through the food chain. It reported that soil, groundwater and vegetables were contaminated with toxic chemicals and heavy metals, while breast milk was found to contain carcinogenic organic compounds and benzene hexachloride, which could only have originated from the Ucil plant. The People's Science Institute (PSI), Dehradun, in 2001 found that water in tube-wells, hand pumps, solar evaporation ponds inside Ucil plant, and an open well in the area, all had high levels of mercury.

Judicial and government callousness and worse

The enormity of the disaster, as well as the clear, knowingly inadequate safety measures provided at the Ucil Bhopal plant by the parent UCC (USA), and other acts of commission and omission such as poor maintenance, lack of precautionary measures in view of several earlier gas leakages from the Plant, absence of information at and from Ucil or UCC about possible composition and nature of leaked gases, precautions to be taken by workers and citizens in the Plant vicinity, were all both then and now are well known and widely acknowledged. Yet the struggle of the Bhopal gas disaster victims for justice, proper medical treatment, rehabilitation, and fair compensation has been long, lonely, arduous and ultimately less than fruitful. The victims have, throughout, faced the full might of US-based Multinational Corporations (MNCs) with tacit support of the US Government and the enormous pressure they can together bring on a developing country like India. There has also been callous disregard for victims' welfare and willful avoidance of proper response by the civil authorities in India at both the State and the Centre. Perhaps worst of all, the

country has witnessed what is widely regarded as callous denial of justice to Bhopal disaster victims, and collusion with the Indian State and corporate interests by sections of the judiciary in India, right up to the highest Court in the land. Unfortunately, this came at a juncture when the Indian public had come to hold the Courts in high regard as the last resort for grievance redressal in a governance system widely perceived as self-serving, corrupt and venal.

Faced with the recalcitrant behaviour and dilatory tactics of UCC and Ucil, and the insensitive response by government authorities, victims took to the Courts early for fixing responsibility, seeking adequate compensation, and for relief and rehabilitation. However, the judicial process has proceeded in a lackadaisical manner, dragging on even till today, and is briefly recounted below in three broad sections viz: (a) the criminal case, (b) the civil case for compensation, and (c) the civil case for medical relief and rehabilitation.

Over the years several organizations and individuals have appeared in the Courts for and on behalf of Disaster victims, despite the State having declared itself as their sole representative, obviously due to the prevailing and persistent trust deficit. Among the most consistent of these litigants, to this day, has been the Bhopal Gas Peedit Sangharsh Sahyog Samiti (BGPSSS) (Bhopal Gas Victims' Struggle and Solidarity Society) of which DSF has been a key part, along with all major trade unions, students', youth and women's organizations, and several NGOs and concerned individuals. On behalf of DSF, Jayaprakash has followed and looked after this part of the Bhopal related work, from the Disaster down to the present time.

(a) Criminal case

On the night of December 3, 1984, the Station House Officer (SHO) of the Hanumangunj Police Station in Bhopal registered a case as required under Section 304-A (causing death by negligence) of the Indian Penal Code (IPC)

and arrested five officers of Ucil. On December 7, 1984, Warren Anderson, Chairman UCC, Keshub Mahindra, Chairman, Ucil and V. P. Gokhale, Managing Director, Ucil, were arrested on arrival in Bhopal. However, Anderson was released within six hours on bail of Rs.25,000 (\$2200 in 1984). He was flown immediately to Delhi on a State Government aircraft and from there allowed to leave the country, never to return, and the US never agreed to extradite him to India despite having declared him a willful absconder. All other accused were also granted bail within two weeks. India's premier criminal investigation agency, the Central Bureau of Investigation (CBI) took over the case on December 9, 1984.

On February 14, 1989, after much lobbying, the US Administration finally granted permission to the CBI to inspect the safety systems of UCC's pesticide plant in West Virginia, USA, for purposes of comparing the safety standards with that of the safety systems installed at the Bhopal plant. However, the CBI was thwarted from carrying out the inspection due to the abrupt, all-encompassing settlement between UCC, Ucil and the Indian Government in the Supreme Court of India on February 14-15, 1989, including the quashing of all criminal cases arising from the Bhopal gas disaster, despite protestation by victims who were denied a hearing by the Court. (This is further discussed under the sub-section on the Civil Cases). The Supreme Court revoked the quashing of criminal cases on October 4, 1991, and the Chief Judicial Magistrate's (CJM) Court in Bhopal consequently revived the criminal cases in India against all the accused on November 11, 1991.

In April 1993, the Sessions Court, Bhopal, (institutionally higher than the Magistrate's Court) framed charges against all the major accused of Ucil for various offences under the Indian Penal Code (IPC). After the High Court of the State of Madhya Pradesh rejected the appeals against that order, the Supreme Court in April 1996 upheld the Appeals filed by the accused and reduced the severity of

charges against them from culpable homicide to negligence. Various other charges too were reduced to minor ones. Subsequently, trial against the accused proceeded before the court of the CJM, Bhopal. On June 7, 2010, the CJM found the accused guilty of various offences as charged and sentenced them to 2 years imprisonment and a fine of Rs.100,000 (US\$ 2187) for some charges and paltry fines of Rs.50, Rs.250, and Rs.1000 for others. All the convicted were released on bail.

The convicted Ucil managers and officials filed appeals before the District & Sessions Court, Bhopal, where the matter has been pending for the last nine years! Cases against the absconding accused, namely Union Carbide Corporation, USA, and Union Carbide Eastern, Hong Kong, are still pending before the Court of the CJM, Bhopal, with the parties neither appearing nor being proceeded against *ex parte*, and the successor company Dow Chemical disowning any liability for the Bhopal disaster. Thus the Bhopal disaster remains a crime that, magically, no MNC committed, and for which their Indian subsidiaries have yet to be finally pronounced guilty!

(b) Civil case (compensation)

By an Act of Parliament passed on March 29, 1985, the Union of India (UOI), i.e. the Indian State, was declared as the sole legal representative of all Bhopal gas disaster victims, putting a legislative stamp on the administrative Ordinance promulgated by the President of India in the previous month. On April 8, 1985, legal proceedings for recovery of compensation for the Bhopal victims were initiated by UOI against UCC in the Southern District Court of New York. Roughly a year later on May 13, 1986, this Court dismissed UOI's plea on the grounds that courts in the USA were not the appropriate forum. The Indian government simply went back to the Indian courts and filed suit for damages in the District Court of Bhopal in September 1986, while several activist groups in the US persisted with various appeals and writs, ultimately however to little or no avail.

On December 17, 1987, following a proposal mooted by representatives of the Bhopal victims and one put forward by the Court itself, the Bhopal District Court ordered UCC to pay interim compensation of Rs.3500 million (\$270 million in 1987) to the Bhopal gas victims. On April 4, 1988, on UCC's appeal, the High Court of Madhya Pradesh modified the order of the Bhopal District Court and reduced the compensation amount to Rs.2500 million (\$180 million). Both UCC and UOI filed appeals against the High Court order before the Supreme Court of India.

On February 14-15, 1989, when the matter came up in the Supreme Court, the Court 'assisted' a settlement of the main suit itself. After disposing of the original suit in the Bhopal Sessions Court without ruling on it, the Supreme Court directed that there be an overall settlement of claims in the suit for \$470 million (about Rs.7130 million at the time) and termination of all other civil and criminal proceedings. The settlement amount was arrived at on the assumption of a mere 3,000 dead and 102,000 injured due to the Disaster.

On October 3, 1991, the Supreme Court of India, in response to review and writ petitions filed by BGPSSS, Bhopal Gas Peedit Mahila Udyog Sangathan (BGP MUS) or Bhopal Gas Victim Women's Enterprises Organization, and others, revoked the criminal immunity granted to all the accused in the case. However, the Court upheld the validity of the rest of the terms of the settlement including the compensation amount.

Adjudication of over 1 million claims took 12 years to complete, from 1992 to 2004. Over 40 Claims Courts set up for the purpose determined that the number of dead was over 5,000 and the number of injured in varying degrees of severity was around 569,000. Meanwhile, the compensation amount of \$470 million (Rs.7130 million at the time), which had been retained in a dollar account, rose in value to around Rs.30,000 million by 2004. The Claims Courts settled all the claims at around Rs.15,000 million.

After the matter was brought to its notice by a few individual victims, the Supreme Court ordered on July 19, 2004, that the balance

compensation amount be disbursed on a pro rata basis to all victims whose cases had been settled by the Claims Courts. Despite this order, the victims effectively received less than one-fifth of the compensation they should have got under the terms of the Bhopal Settlement. It may be noted that, out of the settlement sum of Rs.7130 million, Rs.1130 million was set aside for those who had lost property, livestock etc., and for specialized medical treatment. In other words, Rs.6000 million was to be disbursed among the assumed number of 105,000 gas victims at an average of Rs.57,143 per victim (at 1989 value). However, as on December 30, 2008, no less than 574,367 gas victims as recognized by the Claims Courts were actually awarded compensation working out to an average of Rs.12,410 per victim (at 1989 value), with almost the entire settlement amount of Rs.7130 million being utilised for the purpose. Therefore, in September, 2004, BGP MUS and BGPSSS filed applications before the Supreme Court seeking enhancement of compensation by a factor of 5 given the magnitude of the disaster as acknowledged by the Supreme Court. However, on May 4, 2007, the Supreme Court rejected this application on the ground that determination of facts was the task of the Welfare Commissioner, Bhopal.

In August, 2008, 9 gas-victims belonging to BGP MUS and BGPSSS filed a joint petition before the Welfare Commissioner, Bhopal, urging payment of compensation at least at the value of the rupee prevailing on the date of the Settlement and as per its terms. On January 31, 2009, the Welfare Commissioner rejected this petition, and the High Court too dismissed the appeal by the petitioners. BGP MUS and BGPSSS filed a Special Leave Petition against the order of the High Court before the Supreme Court of India, which the Court admitted in April, 2010, and where the matter is still pending.

Surprisingly, on December 3, 2010, UOI too filed a Curative Petition against the Bhopal Settlement of February 14-15, 1989, seeking an additional amount of Rs.70,000 million as compensation from Dow Chemicals Company, the present owners of UCC, so as to augment the

compensation awarded to gas-victims as well as to remediate the contaminated environment around the Bhopal plant by Ucil as a result of toxic wastes dumped prior to the Disaster. While in principle supporting the Curative Petition filed by UOI, BGP MUS and BGPSSS filed an Interlocutory Application on October 23, 2013, (with an Additional Affidavit dated September 7, 2015) to rectify inadequacies in UOI's Curative Petition and seeking grant of appropriate relief on the basis of pleas made by the Interveners. It is hoped that the Constitution Bench will hear this long pending matter in July 2019.

(c) Civil case (medical)

In August 1985, on behalf of some gas victims and others, reputed attorney Ms. Indira Jaising of Lawyers Collective filed a writ petition in the Supreme Court alleging that the State of Madhya Pradesh and Union of India (UOI) had failed to provide proper medical treatment to the victims. In November 1985, the Supreme Court ordered the setting up of a 7-member independent Expert Committee to look into the grievances of the victims and propose remedial measures. On October 26, 1987, a Minority Report was submitted by 2 of the 7 expert committee members highlighting the adequacy of the medical treatment being provided to the victims. A month later, the Supreme Court again directed UOI to submit an affidavit detailing medical treatment being given to the gas victims. However, the UOI ignored that directive, and soon, the abrupt Supreme Court-'assisted' settlement of February 14-15, 1989, provided the excuse desired by UOI to wash its hands of the responsibility to provide adequate medical care to the Bhopal disaster victims.

In 1994, the ICMR suddenly shut down its Bhopal Gas Disaster Research Centre, which had initially been set up in 1985 to coordinate all research on the Disaster. In 1995, it was converted to a Centre for Rehabilitation Studies and placed under the Bhopal Gas Tragedy Relief & Rehabilitation Department of the State

Government. In practical terms, this meant that monitoring of the health status of gas victims came to an almost complete halt. In January 1998, BGP MUS, BGPSSS and the Bhopal Group for Information & Action (BGIA) knocked on the doors of the Supreme Court once again with a writ pleading for the right of all Disaster victims to receive free and appropriate medical care, for resumption of disaster-related medical research by ICMR, and for issuance of health cards to Disaster victims with full information on his/her medical status.

On August 9, 2012, a full 14 years later, the Supreme Court ruled in favour of the Petitioners and issued several directions yet again, and also ordered the High Court of Madhya Pradesh to monitor the execution of these directions by the concerned agencies, including the Ministry of Health & Family Welfare (Government of India), the Bhopal Gas Tragedy Relief & Rehabilitation Department (Government of Madhya Pradesh), ICMR, and the Bhopal Memorial Hospital & Research Centre (BMHRC), Bhopal.

Even seven years after this, the explicit orders of the Supreme Court remain largely unexecuted. The matter is currently pending before the High Court of Madhya Pradesh.

There is seemingly no end to the travails of the Bhopal gas disaster victims, and all the vaunted powers of the Union and State Governments under different political dispensations, and all the majesty of the highest Court of the land, are unable to provide them the minimum succour the victims have waited for over the past 35 years.

AIPSN formation & other networking

DSF was involved in networking with different non-government organizations and popular movements, not only as a direct result of activities linked to the Bhopal gas disaster as seen above, but also in response to other concerns related to public health and science and

technology policy or deployment by the state or corporate entities. Such networking led to formation of several issue-based coalitions especially, relevant to this article, in the area of public health. This coalition building also led to the formation of the All India People's Science Network (AIPSN), a formal coming together of People's Science Movement organizations in different states. Amit played a key role in forming, giving shape to, as well as running several of these networks.

The Bhopal disaster itself spawned a wide range of activities involving public interest groups around themes such as industrial policy including siting, regulation of hazardous industries and substances, occupational health, and legal and regulatory frameworks governing each of these. Many organizations working on health issues either expanded their ambit of work to include some of these themes, or gave more specific focus to them due to experiences around the Bhopal disaster. For other organizations, these themes became new focus areas and part of longer-term public policy agenda.

Pharmaceuticals and their different dimensions of public health, industrial policy, patents and intellectual property, regulation and pricing, emerged as a major concern and focus of activities for many of the groups that had got involved with health-related issues in the Bhopal disaster and also brought in several others. For DSF, the All India Drug Action Network, of which it was then a part, and its several constituent organizations, was an important such coalition. In parallel, DSF was also working closely with other health-centred groups such as the Lok Cehat Manch (People's Health Platform) in the state of Punjab, the People's Polyclinic group and Praja Chaitanya Vedika (People's Awareness Forum) in Andhra Pradesh, Arogya Dakshata Mandal (Health Promotion Group) in Maharashtra, and the newly formed Madhya Pradesh Vigyan Sabha, other older PSM groups with major thrust in health-related activities such as the Kerala Shastra Sahithya Parishat (Kerala Science and Culture Organization) or

KSSP, Tamil Nadu Science Forum, Pondichery Science Forum and others.

Over time, many of these groups and other individuals became nuclei of broader PSM Organizations in the States. The work on the Bhopal disaster in its different dimensions, particularly regarding critiques of S&T policy, related advocacy campaigns, and raising awareness at the grassroots so as to promote informed participation of people in decision-making on these issues, led to deeper and more widespread networking throughout the country. DSF and some older PSM groups, especially the highly experienced and influential KSSP from Kerala, played active roles in these efforts. Amit, who was already engaged in effective networking with health groups, was among those leading these endeavours to nucleate new PSM Organizations in all major States of the country.

The Federation of Medical & Sales Representatives Association of India (FMSRAI), a union of sales representatives of various pharmaceutical companies, which also joined the AIPSN, is a unique organization. FMSRAI has either bought or rented premises in many district towns throughout India as an accommodation for sales reps while on their rounds in different towns and cities, and as a place to hold study classes and workshops on technical as well as public interest issues related to the pharmaceutical industry.

This networking process was given a huge fillip by the organization of the Bharat Jan Vigyan Jatha (BJVJ) or All-India Peoples Science Festival in 1987 by the People's Science Movement. The BJVJ comprising 4 traveling troupes from different corners of the country, traversed through 500 villages and towns of this vast land, covering over 25,000 km and converging on Bhopal, roughly in the centre of the country and which had now come to acquire enormous symbolic significance as the site of the gas disaster which brought to light various issues relating to industrial and S&T policy formulation and implementation. This Festival, as an activity embracing science

popularization and promotion of a critical approach, also received crucial financial support from the government of the day, notably its National Council for S&T Communication (NCSTC). However, the relationship between the NCSTC and the PSM soon soured when the PSMs' critical approach became a source of friction with the government.

DSF provided the Secretariat for the BJVJ, and Amit played a major role in organizing and preparing communications material for it, as did Jayaprakash, while Raghunandan was its Organizing Secretary and was elected as the first Executive Secretary of the AIPSN in 1989 once the coalition of like-minded PSM organizations catalyzed by the Festival formalized itself as the AIPSN. Amit was later to become AIPSN Secretary during 2000-2004.

DSF organized an important Seminar in Delhi on a National Drug Policy in April 1986 in collaboration with some of these organizations, along with some new partners. This was preceded, and followed, by considerable work by different groups on irrational and combination drug therapies, on corporate malpractices, pricing, and need for social control, accountability and regulation of the drug industry. A book consisting of important papers presented at the Seminar and edited by Amit Sengupta (Sengupta A., 1986), was published by DSF and FMRAI (as it was then called). The book became famous as a reference work and resource material for further work, and firmly established Amit as a leading expert on the Indian pharmaceutical industry. Combined with his later work on intellectual property in general and the Indian Patent Law in particular, in the years that followed Amit became the go-to person for the media especially from the business press, health activists and advocacy groups and academics from India and abroad. Despite not having a PhD himself, Amit was selected as a joint supervisor for many doctoral candidates.

This work led organically to considerable study and activism by DSF and other groups on issues related to the health sector, especially after the rapid march of privatization in India

post its embrace of economic liberalization and globalization in the 1990s, and the assault on state sector enterprises by multinational companies and through government policy. Enormous pressure was mounted on India during this period through the World Trade Organization (WTO), General Agreement on Tariffs and Trade (GATT) and other international institutions to bring its rather unique patent laws, with leeway for process patents rather than product patents, and its famous generics industry, into conformity with norms imposed by the global North.

DSF in general, and Amit in particular, played a major role in launching and running the National Working Group on Patent Laws (NWGPL), which had as members many non-government organizations including DSF as well as sections of the Indian drug industry, and conducted a prolonged, sustained and influential campaign on intellectual property rights as well as on the specifics of Indian patent laws. This long campaign culminated with passage of crucial amendments to the revised Indian Patents Act, a legislation brought to Parliament under pressure from WTO and Western governments. Due to intense advocacy efforts of the NWGPL and many domestic and international civil society organizations and popular movements, and the active support of Left political parties inside and outside Parliament, the amended legislation as finally passed contained 11 out of 13 clauses proposed by the popular campaign, included many clauses protecting provisions from the earlier Patent Law taking into account contemporary developments. The battle with MNC drug companies and Western governments, notably the US, continue to this day.

Within India, DSF took forward its networking with civil society organizations in the field of health which, over time, led to formation of the Jan Swasthya Abhiyan (JSA) or PHM in 2000 during the build-up to the global Assembly in Dhaka, Bangladesh. On behalf of DSF/AIPSN, Amit played a lead role in these efforts. We shall not delve further into

the history of JSA since readers of this Issue would be familiar with it.

International Networking

Likewise, DSF, and Amit in particular, played a major role in forging international linkages and building a global movement to advance peoples interests in public health. These eventually led to the formation of the global PHM and its many multi-country activities towards crystallization of a common understanding among civil society organizations and popular movements across the world, training and capacity-building of PHM activists, and efforts at advocacy and interaction with national governments and international bodies. (See Baum, Nayaran and Sanders in this Issue for more about PHM.)

From the mid-1990s onwards, following an initiative by popular movements in Brazil, an annual World Social Forum (WSF) came to be organized, as a platform opposed to capitalist globalization in response to the World Economic Forum (WEF) held annually in the Swiss town of Davos. The WEF brought together many heads or leading figures of governments, heads of multi-lateral organizations especially the Bretton Woods institutions, and leaders of major multinational and other corporations to discuss and take forward the global capitalist agenda. In contrast, the WSF brought together movements and groups opposed to this agenda. In the midst of a rising tide of anti-capitalist movements around the world, including the militant street protests at major international gatherings such as G-20 Summits etc. and the 'occupy' movements, the WSF provided a platform for discussions and networking between all those who were opposed to capitalist globalization but had different strategies, tactics and outlooks regarding preferred alternatives, around the common slogan 'Another World is Possible'.

The WSF events themselves were a 4-5 day set of self-organized seminars and workshops

by civil society organizations, non-government organizations and especially popular movements, all seeking to bring about convergence around ideas, goals, alternatives and means of struggle. The organizing principle of the WSF were horizontal, non-hierarchical and democratic structures, no binding collective decisions or resolutions, full respect for divergences of opinions especially as regards alternatives and means of achieving them, but keeping out armed groups, corporate-funded entities, governmental bodies and political parties *qua* parties, recognizing that individual participants may indeed be activists of this or that political party. In the initial few years, an International Committee (IC) to coordinate efforts, funding etc was largely Brazilian, as were the Venues of the Forum itself, but this gradually opened up as the movement itself expanded into newer areas, notably including India.

In India, DSF/AIPSN was among the organizations and movements to join this global effort early, along with a diverse set of organizations with different ideological orientations. As this network gradually grew, it came to be seen as possibly the broadest coalition of groups since the Independence movement and the struggle against the Emergency regime (1975-77). Amit, Prabir Purkayastha and Raghunandan of DSF were the major DSF/AIPSN representatives in the 'India Organizing Committee', whose task it was to coordinate and steer the efforts and expand the network of like-minded groups, and with the last-named elected to act as Executive Secretary of the Trust set up for administrative purposes. An additional 'exclusionary' criterion of keeping out communitarian and religious fundamentalist organizations was adopted in India, keeping in mind the rise and aggressive stance of right-wing Hindu-fundamentalist forces in the country (which have unfortunately been elected since then to form the Union Government in India in two successive general elections in 2014 and 2019).

Large contingents from India participated in the WSF events in Brazil. The IC sought

to experiment with holding the WSF outside Brazil and, as a test or trial run, asked WSF-India to organize an Asian Social Forum (ASF) in India. The ASF was organized in the southern city of Hyderabad in July 2003 with the above-mentioned DSF figures playing a leading role in its organization and AIPSN participating in strength in organizing different Seminars/Workshops. IC observers, impressed with the very different and decidedly developing-country flavour they saw in Hyderabad, then passed the baton of organizing the global WSF outside Brazil for the first time to the India team. The very successful WSF in Mumbai in 2004, in which Amit played a crucial role, has come to be highly-regarded in the annals of the WSF events. Following this success, an Indian Social Forum was held in Delhi November 2006 in which, again, DSF played a key role.

Amit also represented the global PHM in the IC and, since he was there, the WSF-India Committee too.

As part of the WSF effort, but organizationally on the sidelines outside the Forum, an effort was made to initiate a World Forum for Science & Democracy (WFSD) in 2007 in which, again, DSF/AIPSN especially the three above-named persons including Amit played a major role. The WFSD sought to bring together groups of working scientists, associations and unions of scientific workers and popular science movements like the AIPSN on a common platform overlapping the anti-capitalist agenda of the WSF. Several such WFSD events have been held on the sidelines of successive WSFs.

On behalf of the JSA and Asian Community Health Action Network (Achan), Amit also co-ordinated the work of several civil society organizations during 2005-07 in different countries towards the civil society report for the WHO Commission on Social Determinants of Health. He also worked hard in editing and compiling the 3rd, 4th and 5th publications of Global Health Watch in 2011, 2014 and 2018 respectively, a quadrennial collection of essays

from different countries, adding to his many important contributions to the academic work of the global PHM.

Acknowledgment

Raghunandan wishes to acknowledge that N. D. Jayaprakash has almost single-handedly steered the litigation process from inception to date, in consultation with key gas victims,

activist organizations and groups, and with other DSF activists on technical or policy issues.

Collaborators

Raghunandan D (0000-0002-7179-8684)* and Jayaprakash ND (0000-0002-9806-8120)* contributed equally to the elaboration of the manuscript. ■

References

1. Delhi Science Forum. "Bhopal Gas Tragedy: Looking Beyond". New Delhi: Delhi Science Forum; 1984.
2. Bhavan SP, Marg S. Report on Scientific Studies on the Factors Related to Bhopal Toxic Gas Leakage. New Delhi: Government of India; 1984.
3. Castleman BI, Purkayastha P. 'The Bhopal Disaster as a Case Study in Double Standards'. In: Jane HI, editor. *The Export of Hazard*. London: Routledge & Kegan Paul; 1985.
4. Scientific Commission for Continuing Studies on Effects of Bhopal Gas Leakage on Life Systems. 'The Bhopal Gas Disaster: Effects on Life'. New Delhi: Government of India; 1987.
5. Upendra B, Amita D. *Valiant Victims and Lethal Litigation: The Bhopal Case*. New Delhi: Indian Law Institute; 1990.

Received on 06/16/2019
 Approved on 12/12/2019
 Conflict of interests: non-existent
 Financial support: non-existent

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: movimento em defesa do direito à saúde

Brazilian Center for Health Studies: movement in defence of the right to health

Ana Maria Costa¹, Maria Lucia Frizon Rizzotto², Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato³, Ligia Giovanella⁴

DOI: 10.1590/0103-110420205111

O Cebes e a emergência do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira

A luta pelo direito à saúde no Brasil resultou na conquista, na Constituição Federal de 1988, da saúde como direito universal e dever do Estado a ser garantido mediante políticas econômicas e sociais integradas, voltadas para a produção do bem-estar e da qualidade de vida da população brasileira, e em um sistema público universal de saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS).

A luta por um sistema público universal de saúde iniciou-se na década de 1970 e persistiu ao longo das décadas subsequentes, visando à implantação e à consolidação do SUS. Essa tem sido tarefa permanente de ação e mobilização do Movimento da Reforma Sanitária (MRS), do qual o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) foi e continua sendo um dos principais protagonistas.

De acordo com Paim¹, é comum que as pessoas façam referência à Constituição de 1988 como ponto de partida para a criação do SUS, mas, na realidade, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que formula uma concepção ampla para a saúde e o próprio projeto do SUS, nasce com o Cebes, em 1976, a partir da iniciativa de David Capistrano Filho, médico sanitário e militante político, que conseguiu aglutinar um conjunto de acadêmicos, estudantes, profissionais e movimentos sociais em um efervescente debate sobre a saúde pública em um difícil momento histórico brasileiro que foi o período da ditadura militar (1964-1984).

Concomitante ao surgimento do Cebes e como estratégia de comunicação da entidade, foi criada, em 1976, a Revista 'Saúde em Debate' (RSD), com o objetivo de divulgar conhecimentos e reflexões acerca da saúde e do novo projeto político que o Cebes anunciava. No primeiro número da RSD, foi lançada a bandeirada defesa do direito à saúde; e no seu segundo número, foram explicitados os alicerces da proposta da Reforma Sanitária.

O lançamento da revista nos diversos estados do País, com debates fundamentados nos conteúdos publicados, mobilizou, naqueles tempos, importantes setores da sociedade, com destaque para professores e alunos das universidades públicas, profissionais da saúde e movimentos sociais, ajudando na construção de um amplo movimento nacional que recebeu o nome de Movimento da Reforma Sanitária (MRS)^{2,3}.

¹Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) - Brasília (DF), Brasil. dotorana@gmail.com

²Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Cascavel (PR), Brasil.

³Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Brasil.

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Em 1979, durante o I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, o Cebes divulgou o documento intitulado ‘A questão democrática na área da saúde’, cujas ideias se disseminaram entre políticos, em particular, entre os integrantes do então Movimento Democrático Brasileiro (MDB), partido de oposição ao governo militar que abrigava diversos grupos e partidos políticos clandestinos. Assim, iniciou-se o esboço de uma aliança visando promover mudanças no setor saúde, cujo cenário era caótico, tanto em termos epidemiológicos como de organização do sistema de saúde.

‘A questão democrática na área da saúde’ é um documento marco da RSB especialmente por ter inaugurado uma estratégia de posicionamento que caracterizou a incidência política propositiva do Cebes ao estabelecer claramente uma direção por onde caminhar e aonde era necessário chegar. De fato, nele encontra-se a bandeira de luta ‘Democracia é saúde’, que nunca mais foi abandonada, e o conteúdo da proposta política de reorganização do sistema nacional de saúde. É exatamente nesse documento que se menciona, pela primeira vez, a criação de um ‘Sistema Único de Saúde’ descentralizado e democrático. O documento analisava a situação de saúde baseado na sua determinação social e econômica, entendida, portanto, como resultante das condições de vida e de trabalho da população. Ao considerar a saúde como resultante das condições de vida, necessariamente, entende-se a sua conexão estrutural com o desenvolvimento econômico, a equidade, a sustentabilidade ambiental e a mobilização política da sociedade.

Na origem institucional e no contexto de emergência do MRS, os Departamentos de Medicina Preventiva e Social das universidades públicas, alimentados pelo pensamento crítico acerca da situação de saúde, da política e da organização dos serviços de saúde vigentes, tiveram papel fundamental; e muitos de

seus integrantes passaram a atuar no Cebes⁴. Desde o final dos anos 1970, o debate sobre o direito universal à saúde foi fortalecido, alastrando articulações entre os diversos movimentos sociais, sindicatos e entidades de trabalhadores e profissionais para a ação política em defesa da democratização da sociedade brasileira, articulando um amplo leque de entidades no campo da saúde.

A atuação do Cebes se transformou em “pedra fundamental, embora não a única, do movimento sanitário como movimento social organizado”²⁽⁷⁶⁾. Crédito especial deve ser dado, também, à atuação dos partidos políticos clandestinos, de matriz marxista, durante a ditadura militar na década de 1970, que contribuíram para o fortalecimento do MRS².

O fato de o Cebes ter se antecipado na elaboração de uma proposta para a saúde foi extremamente importante e repercutiu na Assembleia Constituinte (1986-1988). Os setores conservadores não tinham projeto para mudar a saúde então excludente, fragmentada e ineficaz. Por outro lado, também não desejavam responsabilizar o Estado e, por isso, não defendiam que houvesse sistema público, entretanto, não conseguiram articular proposta alternativa. Fleury⁵ analisa que, mediante essa situação, o MRS tinha um recurso de poder que os conservadores não tinham: uma proposta consistente, com adesão de vários setores. O longo processo coletivo de construção daquele projeto resultou em uma grande coalizão reformadora.

Já no início dos anos de 1980, quando se esboçavam os primeiros sinais de retorno ao Estado democrático de direito, muitos cebianos ocuparam espaços institucionais da saúde, integrando e inserindo propostas de mudanças tanto na expansão de acesso, com a extensão de cobertura de ações e serviços de saúde, quanto do modelo de atenção.

Para Paim⁶⁽³⁶⁾, a RSB é um fenômeno sócio-histórico que contempla diferentes momentos enquanto “ideia – proposta – projeto – movimento – processo”, lembrando que a ideia da reforma fortalece o movimento sanitário e lhe

confere forma ao mesmo tempo que o engaja na luta da sociedade pela democratização do País. O MRS se identificava como suprapartidário, embora houvesse clara relação entre entidades do movimento com partidos políticos. Em relação ao Cebes, apesar de inicialmente contar com a influência de militantes do antigo Partido Comunista Brasileiro (PCB), a entidade primava pelo suprapartidarismo e buscava se resguardar, não adotando o corporativismo⁷.

Iluminada pela redemocratização do País com o fim dos governos militares ditatoriais e pavimentada pela presença de cebianos e integrantes do MRS em diversos e estratégicos cargos de governo, em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, com mobilização popular de grande importância para a ampliação do apoio social à proposta da criação do SUS. Paim¹ lembra que, durante a realização dessa conferência, a primeira com participação popular, uma das diversas faixas de manifestação dos movimentos sociais, lia-se: ‘Saúde é Democracia e Democracia é Saúde’ conferindo ainda maior complexidade e amplitude à articulação entre saúde e democracia.

A questão democrática da saúde vai ganhando cada vez maior sentido quando a compreensão de que o direito à saúde exige torná-la parte endógena, e não periférica, da formulação de um modelo social e econômico de desenvolvimento do Brasil, de forma que uma agenda para a saúde supere o debate setorial e, no lugar de insulada, faça parte do padrão de desenvolvimento do País como política de Estado⁸.

Nessa perspectiva, a questão democrática está nas origens do movimento sanitário, e toda vez que a democracia é ameaçada, esse movimento se rearticula para atuar em defesa dos direitos sociais e democráticos. Para o Cebes e para o MRS, a saúde não deve se restringir a uma questão setorial, mas ser tratada em uma dimensão ampla, que dialogue com vários setores que organizam a sociedade. A bandeira da defesa do SUS fica fragilizada se

não está articulada e associada ao conjunto de mudanças do modelo de Estado que garante não apenas atenção à saúde, mas qualidade de vida e bem-estar.

O projeto da Reforma Sanitária tem uma radicalidade necessária, que se relaciona com um conjunto de princípios que passam pela solidariedade social, mas, fundamentalmente, pauta-se pela igualdade proporcionada pela universalidade e pela equidade para a emancipação dos seres humanos sendo, portanto, princípios essencialmente democráticos. Assim é que a reforma sanitária brasileira na sua relação com a democracia tem como pressuposto a democratização do Estado, a democratização da sociedade, a democratização da cultura e da própria saúde.

A democratização da saúde vai muito além dos processos de democracia participativa e do controle social. Ao tratar do direito ao cuidado, a democratização não se limita à oferta e ao acesso igualitário ao serviço de saúde, mas implica direito equânime e universal à vida saudável. Nesse sentido, Paim¹ afirma que a reforma sanitária brasileira tem um projeto radical que exige mudanças mais amplas dentro sociedade, inclusive mudanças culturais, mudanças no sentido ético, aquilo que Gramsci falava de ‘uma reforma intelectual e moral’.

Pode-se afirmar que a RSB tem-se configurado como um projeto político contra-hegemônico com fluxos e influxos, com avanços e recuos que dependem de cada conjuntura. Sua amplitude inspirou referência à reforma sanitária como ‘um projeto civilizatório’, e que, portanto, seus valores, seguramente, interessam ao conjunto da nação brasileira. Sob essa perspectiva, a Reforma Sanitária não limitou sua atuação ao período do processo da transição democrática pós ‘anos de chumbo’. Tampouco está paralisada no momento atual, quando o Estado se retrai de suas responsabilidades com as políticas sociais e de saúde. O movimento sanitário está nas lutas em defesa da democracia e dos direitos humanos e prossegue na conquista de sua utopia.

Cabe ressaltar que o projeto de País e de saúde defendido pela Reforma Sanitária nasceu no Brasil, mas teve inspirações em autores e ativistas de outras partes do mundo, especialmente com os que, na Itália, fizeram a Reforma Sanitária italiana. No entanto, o crédito histórico e político da Reforma Sanitária deve ser conferido aos movimentos populares e ao povo mobilizado. Para Paim¹, a RSB não nasceu do Estado, não nasceu de organismos internacionais, não nasceu de governos, não nasceu de partidos políticos, tem um componente popular nacional e democrático intenso, mesmo quando vivemos uma conjuntura como a atual que ameaça seriamente os direitos conquistados historicamente.

O Cebes: ação política para a construção do SUS e da democracia

A luta do Cebes tem sido em defesa da democracia e da saúde com vistas à concretização dos ditames da Constituição Federal de 1988 que assegura, em seu art. 196, o direito à saúde

[...] garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação⁹.

Incorporando a diversidade de pautas associadas à determinação social e econômica da saúde, o Cebes orienta sua luta ao processo de implantação do SUS sob os princípios doutrinários – universalidade, integralidade e equidade – que deve ser operacionalizado sob as diretrizes organizativas da descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.

A atuação do Cebes está articulada com um conjunto de movimentos sociais e entidades que incluem o Movimento dos Sem Terra (MST), Grito dos Excluídos,

Movimentos feministas, de trabalhadores, de população negra, LGBTI, entre outros. Com as entidades Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Associação Brasileira de Economia em Saúde (Abres), Associação Brasileira Rede Unida (Rede Unida) e outras que compõem um Foro para a Reforma Sanitária com incidência nos Poderes Executivo, Judiciário e Legislativo.

Em nível internacional, o Cebes integra a Associação Latino Americana de Medicina Social (Alames) e é afiliado ao Movimento pela Saúde dos Povos enquanto rede, e ativo participante do Fórum Social Mundial, integrando assim o movimento global pelo direito universal à saúde.

O Cebes está organizado em uma estrutura que inclui uma diretoria nacional executiva, uma diretoria ampliada com papel consultivo e núcleos presentes em várias cidades do País. Atualmente, são 18 núcleos em diferentes situações de funcionamento; os quais dispõem de autonomia de ação, orientados pelos princípios constitutivos da entidade: a defesa da democracia, da saúde como direito social e o suprapartidarismo. Os núcleos vêm sendo reorganizados com o movimento de Refundação do Cebes desde 2006, após um período de baixa mobilização da entidade. A proposta foi expandir o Cebes para as bases, ampliando seu papel de movimento social e criando novas lideranças. Esse processo foi bastante profícuo, mas permanece certa inconstância na atuação dos núcleos, parte da ação mesma de qualquer movimento social. Os núcleos do Cebes têm papel importante no acompanhamento do setor saúde nos estados e cidades onde se encontram, e seus membros, em geral, são atores de destaque na área, além de comporem conselhos, associações profissionais e integrarem outros movimentos sociais.

As teses políticas do Cebes, que fornecem as diretrizes de atuação para a entidade, são definidas nos simpósios bianuais, momento que se elege a direção nacional para dois anos

de mandato. Todos os membros do Cebes, das diretorias aos núcleos, exercem suas funções na entidade de forma voluntária, sem remuneração.

Como entidade de formulação política, divulgação científica e movimento social, o Cebes se faz representar mediante eleição no Conselho Nacional de Saúde, em vários Conselhos Municipais de Saúde e nas Conferências de Saúde. Os Conselhos de Saúde são uma conquista do MRS para garantir a participação popular, a democracia participativa e o controle social na construção do SUS, democratizando a gestão do sistema e aproximando as necessidades e as demandas da população.

Para a divulgação das reflexões acerca da conjuntura e temas importantes para a saúde, o Cebes conta com um Portal *web* (<http://cebes.org.br/>) repercutido nas redes sociais do Twitter, Facebook e Instagram. Os mecanismos da *web* têm-se mostrado potentes na difusão de análises e reflexões influenciando atores do campo da saúde e apoiando as demais mídias parceiras não especializadas. Outra forma de atuação do Cebes é por meio da RSD, atualmente no 123º número. Os editoriais da revista constituem-se posicionamentos da entidade sobre temas relacionados com a saúde, com a política nacional e internacional que têm repercussões na saúde e na própria existência do SUS como política social universal. A revista é referência na área de saúde, principalmente para o setor de serviços, já que é muito procurada por profissionais que estão na linha de frente do SUS e sistematizam na formação acadêmica sua experiência prática. Além da RSD, o Cebes publica a revista *Divulgação em Saúde para Debate*, que atende a propostas de publicação de projetos de pesquisa ou institucionais. A entidade também publica livros e tem linhas tradicionais de publicações para a formação em saúde coletiva, sempre na perspectiva da Reforma Sanitária. Todas as publicações do Cebes são de livre acesso e estão disponíveis no *site*.

O Cebes na resistência ao autoritarismo e ao desmonte do direito à saúde.

Democracia é saúde. Saúde é democracia

A Reforma Sanitária pode ser entendida como o processo de mudanças na estrutura de poder, no aparato institucional, no acesso e nas práticas de saúde. Em sua constituição e consolidação, a RSB teve caráter nitidamente contra-hegemônico e, como tal, esteve relacionada com um contexto político com construção de alianças, que pode ser identificado por: 1) recuperação da democracia pós-regime ditatorial 2) oposição a estruturas tradicionais e arcaicas de organização e gestão da saúde; 3) atendimento a demandas sociais decorrentes da exclusão de setores significativos da população dos benefícios do crescimento econômico, expresso, na saúde, pela falta de acesso à atenção saúde¹⁰.

A construção de um projeto alternativo baseou-se na agregação de forças em torno a propostas naquele contexto, que tinham três pontos básicos: 1) a democratização do poder político e do Estado; 2) a universalização do acesso à saúde como direito e como responsabilidade estatal; 3) a construção de um aparato institucional e organizacional democrático, descentralizado e com autoridade única, responsável pela consolidação dos preceitos anteriores. O processo de implementação dessa proposta contou com enormes desafios, dados pelas tensões decorrentes tanto do enfrentamento da estrutura tradicional do Estado e do próprio setor saúde como pelo embate com projetos políticos posteriores, de caráter conservador, que tiveram como base também a transformação do Estado e da saúde, mas em sentido distinto daquele da reforma sanitária, ou seja, no sentido da mercantilização da saúde¹⁰.

Dessas tensões, resultou a prevalência à garantia da universalidade por meio da construção do SUS, materialidade mais visível e

concreta da reforma. Contudo, não se alcançou um sistema universal, público e de qualidade, o que fragilizou sua sustentação.

Hoje, a sociedade e os atores políticos de diferentes espectros reconhecem a importância do SUS, mas são várias as visões sobre qual SUS deve prevalecer; e a proposta do Cebes, de um SUS público, universal e integral, não é majoritária. No imaginário social, prevalece a ideia do SUS para os que ‘não podem pagar’, apesar de o sistema ser amplo, cobrir toda a sociedade e não apenas garantir atenção aos menos favorecidos, e pagar pelos procedimentos de mais alto custo, tanto para pobres como para não pobres. As fragilidades do sistema foram sempre intensamente registradas, em oposição ao parco apoio às inúmeras iniciativas exitosas. As camadas médias apoiam o direito à saúde, mas consideram alto o custo da organização social em seu benefício e optam por pagar planos de saúde, mesmo que de qualidade duvidosa. A alta estratificação da sociedade brasileira, com profundas desigualdades sociais, dificulta projetos de solidariedade social ampla e estimula a individualização do acesso à saúde como sinônimo de *status*.

Essa baixa solidariedade tem sido amplificada com a chegada ao poder, em 2019, de um governo de extrema direita, avesso a iniciativas solidárias, ao papel do Estado no cumprimento da proteção social e, principalmente, antidemocrático e retrógrado nos costumes. O governo do presidente Bolsonaro representa uma inédita associação entre extrema direita e liberalismo econômico, com pauta conservadora no âmbito social sustentada por propostas ultraliberais no campo econômico. O projeto está alinhado com o avanço da financeirização sobre os recursos nacionais em nível global, ampliando a concentração de renda, para o que se vale da asfixia da política democrática como campo legítimo de intermediação dos conflitos decorrentes das condições estruturais do capitalismo¹¹.

Nessa conjuntura, o projeto da reforma sanitária se vê mais ameaçado do que nunca, exatamente por defender a radicalidade

democrática e o direito universal à saúde. Os movimentos sociais em defesa da Reforma Sanitária mantêm sua pauta e, no momento, adotam uma estratégia de resistência, difundindo a relação entre democracia e saúde e denunciando as iniciativas privatistas e individualistas em curso. O Cebes tem lugar de destaque nesse cenário, defendendo: 1) universalização e responsabilidade estatal como mecanismos de vínculo societário; 2) sistema público de saúde como instrumento de desenvolvimento social e construção de cidadania igualitária, para além do direito individual; 3) saúde como elemento de aprofundamento da democracia, por meio da ampliação do caráter público do Estado e da expansão da participação direta dos cidadãos nos assuntos públicos; 4) saúde como construção de bem-estar coletivo e, portanto, integrada a um conjunto de políticas de seguridade social e garantia de bens básicos de vida¹⁰.

Se o Cebes se une aos movimentos de resistência ao desmonte das políticas sociais e do direito à saúde, não deixa de lado sua característica precípua de acompanhar as iniciativas dos atores sociais e institucionais, as medidas governamentais, o movimento da conjuntura, os atores políticos; e de debater criticamente as proposições em jogo. O conhecimento aprofundado sobre os temas de saúde e afins por meio da reunião de inúmeros especialistas em diversas áreas faz do Cebes um misto de movimento social com grupo especializado, e é nessa seara que mais contribuimos. Somos movimento social na medida em que nos associamos e apoiamos os diversos movimentos com produção intensiva de conhecimento. À prática crítica, associamos a postura plural e apartidária, o que nos permite dialogar com movimentos de diversas frentes e pautas. O desafio maior hoje é resistir construindo diálogos, inovando na ação política, ampliando e consolidando movimentos sociais no Brasil e na América Latina, sem renunciar à análise crítica de nosso lugar, do papel que desempenhamos e dos desafios que temos pela frente.

O Cebes permanece assim, desde sua criação em 1976, na luta pelo direito universal à saúde elucidando os processos econômicos, sociais e ambientais da determinação social da saúde e alinhando-se com todos os movimentos políticos e sociais em defesa da democracia e da construção de uma sociedade justa e solidária.

Colaboradoras

Costa AM (0000-0002-1931-3969)*, Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)*, Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)* e Giovanella L (0000-0002-6522-545X)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Paim J. Depoimento: a danoção dos direitos sociais e a saúde: atualidade da questão democrática da saúde. In: Camargo ATSP, Costa AM, Lobato LVC, et al., organizadoras. Cebes 40 anos: memórias do futuro. Rio de Janeiro: Cebes; 2016.p. 383-390.
2. Escorel S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
3. Amarante P, Rizzotto MLF, Costa AM. Memória de um movimento: a revista Saúde em Debate e a reforma sanitária brasileira. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2015 [acesso em 2019 set 14]; 20(7):2023-2029. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.05752015>.
4. Escorel S, Nascimento DR, Edler FC. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, et al., organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 59-81.
5. Fleury S. Anos de Viagem. In: Camargo ATSP, Costa AM, Lobato LVC, et al., organizadoras. Cebes 40 anos: memórias do futuro. Rio de Janeiro: Cebes; 2016. p. 150-161.
6. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador; Rio de Janeiro: EDUFBA; Fiocruz; 2008.
7. Rodriguez Neto E. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
8. Costa AM. Saúde é Desenvolvimento. In: Sader E, organizador. 10 anos de Governos Pós-Neoliberais no Brasil: Lula e Dilma. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: Flacso; 2013. p. 239-253.
9. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [acesso em 2020 jan 19]. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_196...asp.
10. Lobato LVC. Prefácio. In: Lobato LVC, Fleury S, organizadoras. Participação, Democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009.
11. Lobato LVC, Costa AM, Rizzotto MLF. Reforma da previdência: o golpe fatal na seguridade social brasileira. Saúde debate [internet]. 2019 [acesso em 2019 set 22]; 43(120):5-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912000>.

Recebido em 20/11/2019
Aprovado em 20/11/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Lazos entre la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y el Movimiento por la Salud de los Pueblos

Bonds between the Latin American Social Medicine Association and the People's Health Movement

Alicia Stolkiner^{1,2}, Eduardo Espinoza^{2,3}, Emira Imaña², Maria Lucia Frizon Rizzotto^{2,4}

DOI: 10.1590/0103-11042020S112

AL MOMENTO DE COMPARTIR ESTAS REFLEXIONES sobre las alianzas estratégicas que ha logrado el Movimiento por la Salud de los Pueblos (MSP) y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames), no podemos obviar que estamos viviendo en América Latina intensos procesos políticos caracterizados por masivas movilizaciones populares de final abierto que confrontan con el regreso de mecanismos de represión y con golpes de Estado que recuerdan dolorosamente los métodos represivos y las rupturas institucionales de las últimas dictaduras. Alames se solidariza con la lucha de los pueblos y con las víctimas de la represión y urge a los gobiernos de la región a resolver democráticamente las legítimas demandas por más justicia social de los pueblos de nuestra región. Una confrontación de fondo en la cual la disputa entre la salud como derecho o la salud como mercancía no resulta ajena.

En este contexto, también, nos hemos visto profundamente dolidos por la noticia del fallecimiento del compañero David Sanders, fundador del MSP. David representaba en su propia figura los múltiples cruces que las trayectorias de ambas instituciones han tejido por casi dos décadas.

Alames surge a partir de núcleos que venían explorando la prolífica interacción entre ciencias sociales y salud, inspirada en los movimientos universitarios, campesinos y obreros de fin de los años 60 y comienzos de la década de los 70, que pronto se encontrarían enfrentadas a una serie de dictaduras militares y de gobiernos autoritarios que atravesaron la región. Nace en ese difícil contexto una asociación de fuerte identidad latinoamericana basada en una estrecha sinergia entre una producción científica y teórica de gran influencia en el pensamiento sanitario de la región y una práctica política situada en contextos complejos de fuertes desigualdades.

Y es que justamente un rasgo característico atribuido sin atenuantes a América Latina, es el de ser, sino la región más pobre, sí la de ser la región más injusta e inequitativa del planeta.

También se percibía en otras partes del mundo una importantísima deuda sanitaria, que comenzaba a enfrentarse con experiencias de diferentes amplitud y profundidad, que encontraron resonancia en la declaración de Alma-Ata en 1978, la cual lanzó a nivel mundial la Atención Primaria de la Salud (APS) como una estrategia para alcanzar una mejora sustancial de la situación de las poblaciones, expresada en la idealista meta Salud para Todos.

¹Universidad de Buenos Aires (UBA) - Buenos Aires, Argentina.
astolkiner@gmail.com

²Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames) - Buenos Aires, Argentina.

³Universidad de El Salvador - San Salvador, El Salvador.

⁴Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Cascavel (PR), Brasil.

Recogía y sistematizaba esta estrategia experiencias previas innovadoras que se habían vivido en diferentes partes del mundo, combinando saberes ancestrales, trabajadores comunitarios, tecnologías apropiadas y procesos sociales y políticos en regiones, países y comunidades muy distantes entre sí.

Al acercarse el fin del milenio crecía la convicción, en diferentes grupos, en el mundo sobre el incumplimiento de la meta Salud para Todos, una forma comunicacional de difundir los valores centrales que inscriben la salud en el plexo más amplio de los derechos humanos.

Es probablemente en la figura de Halfdan Mahler – Director de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el período en que la Reunión de Alma-Ata sucedió –, en quien se puede construir el eje para explicar este nuevo momento fundacional surgido en Bangladesh en Diciembre de 2000. ‘A la Atención Primaria le fue mejor que a Salud para Todos’, pues era una de las formas que con mayor frecuencia se elegía para denunciar la instrumentación de esta multiforme estrategia, que se había apenas ajustado a tibias reformas de los servicios de salud, pero que no había movido la aguja de los indicadores principales si de verificar resultados orientados a la equidad nos referimos.

No se trataba de ignorar aquellas mejoras demográficas en algunos países y regiones o un crecimiento significativo de lo que podría denominarse la primarización de los sistemas de salud con un primer nivel de mayor amplitud y capacidad resolutoria que se verificaba en el año 2000 y se verifica ahora. Se trataba más bien de recordar que la APS era una estrategia, una agenda, de reformas sociales, ambientales, políticas y sanitarias que hiciera del derecho a la salud una parte inseparable de un mundo más justo.

En una ponencia poco conocida de Mahler¹, de 2003, reafirma el camino original cuando expresa:

De ahí que yo en verdad crea que los valores fundamentales de la justicia social y la

equidad son la esencia de la visión de Salud para Todos y de la Estrategia de Atención Primaria en Salud¹⁽³⁻⁴⁾.

Y también decía:

Usualmente se pregunta: ‘¿Podemos pagar el costo de la justicia social y la igualdad?’ Yo propondría una contra pregunta: ‘¿Podemos sufragar el costo de la inestabilidad social y económica inherente a las tendencias actuales de maximizar las ganancias?’¹⁽³⁻⁴⁾.

Es probablemente esa convicción la que da origen, la que presta sentido, al movimiento por la salud de los pueblos. Una idea fundacional que hemos traducido en la simple frase que atribuimos al propio Mahler: ‘Jamás el derecho a la salud va a ocurrir, ni se va a sostener si no deviene en una causa de los propios pueblos’. Será entonces durante la primera Asamblea por la Salud de los Pueblos en Bangladesh que un nuevo hecho político de alcance internacional va a conmover el ambiente sanitario mundial. Es la evidencia acumulada y política, magistralmente citada en la Declaración para la Salud de los Pueblos² durante la primera Asamblea en 2000, así como las voces demandantes desde los pueblos crecientemente excluidos, los que configuran las declaraciones de Mahler que se adelantan a su tiempo:

Creo que es obvio que, si las tendencias actuales hacia la desigualdad continúan igual, nuestro mundo estará mucho más poblado, más contaminado, menos estable ecológicamente y mucho más vulnerable a la devastación económica, política y social. Creo que la transición más turbulenta estará asociada con el establecimiento de la equidad para todos los pobladores del planeta¹⁽⁴⁾.

A pesar de la lejanía, este evento no podía pasar desapercibido para nuestra región, lo que se expresa en un gesto político contundente. Será entonces en la Ciudad de Cuenca,

donde se va a celebrar la segunda Asamblea Mundial, probablemente en el escenario en el que se plasma la alianza estratégica de dos organizaciones iguales y distintas, hermanadas en la procura del derecho a la salud y con diferentes, aunque complementarias formas organizativas, estrategias, alianzas y formas de expresión política.

En la 2ª Asamblea Mundial del MSP en Cuenca se concreta, con base en los principios conceptuales, ideológicos y políticos, recogidos en la Declaración de Bangladesh/2000, los instrumentos organizativos fundamentales: El Movimiento de la Salud de los Pueblos (MSP/PHM) y la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos (Uisp/IPHU).

Por su parte, para el comienzo del milenio Alames había labrado una estrecha colaboración con la Asociación Internacional de Políticas de Salud (IAHP – por sus siglas en Inglés – al punto que sincroniza cada cuatro años sus congresos para consolidar su alianza. La IAHP traía una perspectiva predominantemente europea a los espacios de encuentro, mientras que el MSP había logrado captar, canalizar y expresar las principales preocupaciones de África, Asia y Medio Oriente.

El establecimiento de mecanismos de enlace, llevado adelante por compañeros de desde la Coordinación General de Alames, como Mauricio Torres, Rafael González, Mario Rovere y Alicia Stolkiner, se plasmó en diversos puntos y mecanismos de encuentro, sin embargo otros devenires jugaron y juegan para una mayor sensibilidad y confluencia de agenda.

Como ocurre en estos casos, el MSP fue creando su propia membresía en América Latina, lo que lejos de ser un obstáculo constituyó una oportunidad para establecer vínculos a escalas más reducidas, generalmente expresando el color de las problemáticas nacionales o subnacionales.

La Medicina Social Latinoamericana no tuvo en gran estima la Atención Primaria tal como se implementó en muchos países de la región, entre otras cosas porque devino

en un concepto extremadamente laxo, un ropaje apto para cualquier temporada, sin discriminar apropiadamente el carácter redistributivo o simplemente paliativo de diferentes intervenciones sanitarias, algunas complementarias, otras contradictorias que se desarrollaron bajo su nombre. Fue tan temprano como en 1985 que Mario Testa³ publicó su influyente trabajo ‘Atención ¿Primaria o Primitiva? de Salud’, que mantuvo el alerta por décadas sobre las formas concretas en que la APS se implementaba, aterrizada en medio de una epidemia de dictaduras.

Del mismo modo el MSP desarrolló un dispositivo crítico haciendo particular hincapié en la operación de la Fundación Rockefeller, apenas un año después de Alma-Ata, en su centro de Bellagio Italia, instalando provechosamente el didáctico debate ‘Atención Primaria de la Salud Selectiva vs. Comprensiva’ que continúa siendo motivo de controversias y contribuye a tomar posición en este laxo campo.

La característica de los procesos políticos de la primera década del milenio, con once países en su apogeo por estar desalineados de las directivas de Washington, tuvo también una gran influencia. El Programa de Atención Básica, el movimiento de Más Médicos y las Conferencias Sanitarias, consolidando una nueva etapa ahora municipalizada, del Sistema Único de Salud de Brasil, las Reformas Sanitarias de El Salvador, de Ecuador, o de Paraguay, el programa Barrio Adentro de Venezuela, la Escuela Latinoamericana de Educación Médica (Elam) en Cuba, formando profesionales de salud de todos los países con una fuerte orientación a la Medicina General.

Pero, quizás, la construcción relativamente reciente que generó mayor identidad a la región, tanto en el MSP como en Alames, ha sido el surgimiento del concepto del Sumak Kawsay del Buen Vivir que probablemente tenga más influencia que en el Ecuador y el notable proceso político, social, económico y cultural que ha protagonizado el actual Estado Plurinacional de Bolivia.

El reconocimiento de una nueva identidad indo-afro-latinoamericana surge como expresión de culturas reprimidas y silenciadas por décadas que requieren nuevos dispositivos de encuentro, de dialogo, para alcanzar a pueblos originarios, sin mensajes, encubiertamente colonizados. La interculturalidad política – que exige la valoración y el respeto recíproco de las culturas que dialogan, que entran en contacto, ha descubierto un concepto revelador de una forma diferente de relación con la naturaleza y con la vida en comunidad.

No es el motivo de este breve informe, pero para expresar en una frase el potencial de transformación de este concepto permítansenos contrastar el mandato judeo-cristiano predominante en occidente: ‘dominarás la tierra’ con el mandato de los pueblos ancestrales ‘la tierra no nos pertenece, nosotros pertenecemos a la tierra’. Una diferencia que adquiere un tono de dramatismo en contextos en que la viabilidad misma de la vida en nuestro planeta está amenazada.

La Conferencia de Astaná sobre Atención Primaria, a 40 años de Alma-Ata, en octubre del 2018, resultó un nuevo motivo de encuentro, de unidad en la diversidad.

Comenzando por las diferencias que probablemente quedarán pobremente expresadas en el par incidencia confrontativa o incidencia colaborativa. Alames ha elegido con frecuencia una estrategia de incidencia confrontativa con la OMS, –como se vio en los fuertes debates sobre determinación o determinantes sociales de la salud, reaccionando frente al proceso del mal llamado ‘Informe Marmot’ que ignoró 25 años de producción latinoamericana.

El MSP, por su parte, probablemente por la fortaleza de contar en sus filas con un ex Director de la OMS, ha elegido una estrategia de mayor cercanía intentando forzar a la OMS a una cierta rendición de cuentas (*accountability*) y tratando de incidir a través de documentados instrumentos como el seguimiento de Conferencias Sanitarias y las reuniones o la publicación del Global Health

Watch (Observatorio de la Salud Global).

Frente al intento de la OMS, del Banco Mundial, del Gobierno del Kazajistán, de reeditar una reunión que saldara las controversias –justamente a un año del fallecimiento de Mahler–, emergió nuevamente el reflejo de un posicionamiento crítico que tuvo como punto de máxima convergencia la declaración desde los documentos preparatorios de intentar subsumir la Atención Primaria a la controversial Cobertura Universal de Salud (CUS).

Pero aquí nuevamente se perciben las diferencias y complementaciones, ya que Alames publica un documento crítico ya desde antes que la reunión ocurriera, a partir de los documentos provisionales que la propia OMS, mientras que el MSP logra participar de la reunión, matizando a través de los mismos debates su posicionamiento crítico.

El desafío para los próximos años es el de cómo profundizar la agenda compartida, cómo multiplicar los encuentros y los militantes involucrados en este dialogo que trae la riqueza de pueblos de todo el mundo. Pueblos que somos tan diferentes en nuestras lenguas, en nuestras costumbres, en nuestras culturas, pero que compartimos décadas sino siglos de resistencia a un capitalismo transnacionalizado, depredador y extractivista, que procura a través de una globalización engañosa arrasar con nuestras identidades, imponiendo sus modelos de consumo.

Los derechos de la madre tierra, los derechos de los migrantes internos y externos, de los refugiados bélicos y ambientales, la lucha internacional contra el patriarcado, el movimiento de jóvenes contra el cambio climático y la necesidad de una fuerte descolonización de nuestras sociedades y de nuestros gobiernos, nos sigue convocando para garantizar el derecho a la salud.

La entrega generosa, la actitud abierta de comprensión más allá de cualquier barrera cultural, la afabilidad y el testimonio de vida de David Sanders, son un motivo más para enriquecer nuestra agenda, potenciar

nuestras estrategias y acrecentar los lazos de hermandad entre Alames y el MSP.

Agradecimientos

Agradecemos a Mario Rovere por su contribución en la construcción y revisión final del texto.

Colaboradores

Stolkiner AI (0000-0001-9372-7556)*, Espinoza E (0000-0002-4894-2924)*, Imaña E (0000-0001-9895-2445)*, Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)* tuvieron roles iguales en la elaboración del artículo. ■

Referencias

1. Mahler H. Liderazgo y Equidad en Salud, Conferencia inaugural del Centro de Investigación y Desarrollo en Salud. El Salvador: Universidad de El Salvador; 2003.
2. People's Health Movement. Declaración para la Salud de los Pueblos [internet]. 2000. [acceso en 2019 nov 1]. Disponible en: file:///D:/Revista/Downloads/2000-M1-Declaracion_para_la_Salud_de_los_Pueblos.pdf.
3. Testa M. Atención primaria o primitiva de salud. Cuad. Médico Soc. [internet] 1985. [acceso en 2019 nov 1]; (34):1-8. Disponible en: http://www.trabajo-social.unlp.edu.ar/uploads/docs/testa_mario_atencion_primaria_o_primitiva_de_salud.pdf.

Recibido el 13/01/2020
Aprobado el 13/01/2020
Conflicto de intereses: inexistente
Apoyo financiero: no hubo

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Nenhum Serviço de Saúde a Menos: movimentos sociais, novos sujeitos políticos e direito à saúde em tempos de crise no Rio de Janeiro, Brasil

‘Not One Health Service Less’: social movements, new political actors and the right to health in times of crisis in Rio de Janeiro, Brazil

Denis Axelrud Saffer^{1,2,3}, Leonardo Vidal Mattos^{1,4}, Sábata Rodrigues de Moraes Rego^{1,5}

DOI: 10.1590/0103-110420205113

RESUMO O relato apresenta a trajetória do movimento Nenhum Serviço de Saúde a Menos (NSSM) no município do Rio de Janeiro, Brasil, em defesa do direito à saúde pública universal. O NSSM é uma frente de ação horizontal envolvendo movimentos sociais em saúde, sindicatos, ativistas em geral, trabalhadores e usuários dos serviços públicos. O movimento utiliza táticas múltiplas como mobilizações territoriais, manifestações, redes sociais, greves, entre outros. Surge como resposta a ataques ao Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade em um contexto nacional de crise econômica, política e corte de gastos sociais. Houve diminuição da rede de serviços de Atenção Primária à Saúde, demissões em massa, irregularidades no pagamento de salários e fornecimento de medicamentos e insumos em todos os níveis de atenção. O movimento é analisado à luz dos desafios de mobilização em tempos de precarização do trabalho e dos serviços públicos sob o neoliberalismo. Discute-se as novas formas de organização de movimentos sociais, relacionando-as ao percurso da reforma sanitária brasileira. A principal potência do movimento é a sinergia entre demandas dos trabalhadores da saúde e a defesa de um SUS forte e para todos, ativando vínculos solidários entre os serviços de saúde, profissionais e os diferentes territórios.

PALAVRAS-CHAVE Direito à saúde. Sistema Único de Saúde. Reforma dos serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Política de saúde.

ABSTRACT This case study presents the social movement ‘Not One Health Service Less’ (NSSM) on the defence of the universal right to public health in Rio de Janeiro, Brazil. NSSM is a horizontal front formed by health social movements, unions, activists, workers and users of public health system. The movement uses multiple strategies like local mobilizations, street protests, social networks, strikes, among others. NSSM rises as a response to attacks of the municipal public administration to local health services of the Unified Health System (SUS), in a national context of economic and political crisis. There were budget cuts at Primary Health Care services, dismissals, delays in wages payments, medicines and supplies shortages. The movement was analyzed considering the challenges of social mobilization in times of precarious work conditions and public services precariousness under neoliberalism. We also discuss about new forms of social movement organization, linking it to the trajectory of Brazilian healthcare reform. The ability to create synergies between health workers demands and the defence of a strong and inclusive universal healthcare system is the strongest potentiality of the movement, while activating solidary links between health services, workers and different territories.

KEYWORDS Right to health. Unified Health System. Health care reform. Primary Health Care. Health Policy.

¹Nenhum Serviço de Saúde a Menos – Rio de Janeiro (RJ), Brasil
desaffer@gmail.com

²Movimento pela Saúde dos Povos (MSP) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil

³Centro Universitário da Serra dos Órgãos (Unifeso) – Teresópolis (RJ), Brasil.

⁴Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (Iesc) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Sindicato dos Psicólogos do Estado do Rio de Janeiro (SindPsi-RJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil



Introdução

Este trabalho relata a experiência do movimento Nenhum Serviço de Saúde a Menos (NSSM) no município do Rio de Janeiro, Brasil, em defesa do direito à saúde pública e universal e contra a precarização dos serviços públicos, para além de pautas corporativas. Consiste em uma frente/unidade de ação envolvendo movimentos sociais em saúde, sindicatos de diversas categorias, ativistas, trabalhadores e usuários dos serviços públicos, sem afiliação política institucional direta, porém, com muitos segmentos, identificada com a esquerda. Surge como instrumento de organização e mobilização em resposta a uma série de ataques ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio de Janeiro, em um contexto nacional de crise econômica e política, corte de gastos sociais e ascensão da extrema-direita.

O relato é organizado em três partes. Em primeiro lugar, parte-se de uma concepção de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e de movimentos sociais em saúde para então situar aspectos e contradições do contexto político local e nacional no qual o NSSM surge. Em segundo lugar, são descritas a trajetória e as principais características do movimento. Por fim, buscando conexões entre o local e o nacional, discute-se a experiência à luz dos desafios de mobilização em tempos de precarização do trabalho e dos serviços públicos e de enfraquecimento do movimento sanitário e sindical no Brasil.

Reforma sanitária, sistema de saúde e movimentos sociais no Brasil

A RSB é um dos frutos das mobilizações populares na redemocratização brasileira nos anos 1980 que impulsionaram o estabelecimento da seguridade social no Brasil por intermédio da Constituição Federal de 1988. O movimento pela RSB envolveu a participação de múltiplas

forças sociais, com prevalência de setores médios e acadêmicos, sem ter se configurado como um movimento de massas¹.

Com o reconhecimento da saúde como direito universal, foi criado, em 1990, o SUS, financiado por impostos e contribuições sociais, gratuito e integral no acesso e descentralizado na gestão. Observam-se avanços e continuidades na implantação do SUS. Conquistou-se a expansão da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) que chegou a 64% da população brasileira em 2016², universalização da cobertura vacinal, ampliação da força de trabalho, controle de importantes doenças transmissíveis, ampliação do acesso a medicamentos, entre outros³.

Todavia, a ascensão do neoliberalismo impulsionou ajustes estruturais visando à integração da economia nacional ao capital internacional, adequação à reestruturação produtiva e a reformulação do papel do Estado. Essas diretrizes se materializaram em políticas macroeconômicas e medidas como restrições de gastos públicos, privatizações, liberalização financeira e comercial, reformas fiscais, no mercado de trabalho e na seguridade, o que restringiu as aspirações de democratização do Estado brasileiro nas décadas seguintes^{4,5}.

Nenhum governo incorporou totalmente as diretrizes da reforma ou garantiu bases materiais para isso, tendo prevalecido os interesses do capital por meio das privatizações e segmentação do sistema⁶. Enquanto a base de sustentação do sistema público contava com secretários de saúde, movimento sanitário e outros movimentos sociais¹, as pressões pela privatização vieram não apenas de governos, empresariado da saúde e setor financeiro^{7,8}, mas também pela demanda de empregadores e sindicatos⁹.

Durante a criação do SUS, e até hoje, privilegiou-se entre as lideranças da RSB a estratégia de ocupação de espaços institucionais, o que reduziu a autonomia dos movimentos, apaziguou os impulsos transformadores, desestimulou a formação de novas bases e colocou em segundo plano a necessidade de mudanças estruturais na sociedade brasileira¹⁰.

Rio de Janeiro: modernização neoliberal e expansão da APS

O Rio de Janeiro é a segunda maior metrópole do Brasil, com 6.320.446 habitantes em 2010¹¹. Apesar de possuir um IDH considerado alto (0,799), um aspecto marcante da cidade é a desigualdade social (índice GINI de 0,62)¹¹. As disparidades socioeconômicas e raciais se refletem na organização e na ocupação do espaço urbano com a existência de grandes aglomerados urbanos pauperizados, as favelas, convivendo com bairros de ostensiva riqueza.

Entre 2009 e 2016, ocorreu a expansão da APS no município. Nesse período, grandes obras de infraestrutura urbana eram realizadas; e os serviços públicos expandidos, impulsionados pelo crescimento econômico e pela realização dos megaeventos (Copa do Mundo de Futebol e Olimpíadas). Por outro lado, o modelo de desenvolvimento passou pela crescente militarização da cidade, criminalização da pobreza, segregação, violações de direitos humanos nas comunidades e aumento do custo de vida¹².

A expansão da APS foi prioridade nas gestões de Eduardo Paes (2009-2016) como prefeito. Implantou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo prioritário de APS adotado pelo Brasil, constituído por equipes multiprofissionais formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cada uma responsável por até mil famílias¹³. Adotou-se gestão terceirizada dos serviços por Organizações Sociais (OS), seguindo tendência nacional de expansão de modalidades privadas de gestão no SUS nos anos 2000 e 2010^{14,15}. Nesse modelo, instituições ‘sem fins lucrativos’, as OS, são responsáveis pela administração de serviços e contratação de pessoal, a partir de contratos de gestão com o poder público. Houve rápido crescimento do orçamento da saúde, a maior parte destinado para as OS, reorganização da gestão¹⁶ e incremento

na cobertura da ESF de 9,6% ao final de 2009 a 63,6% em 2017, regredindo para 50,5% em 2019². Implementada de maneira vertical e distante da participação comunitária, a APS se consolidou como um modelo gerencialista e produtivista. Os conselhos locais de saúde, instâncias de participação social no SUS, foram pouco estimulados; e, quando se estabeleceram, foi de maneira rudimentar.

Crises e resistências: movimentos sociais e saúde no Brasil e no Rio de Janeiro de hoje

As manifestações de junho de 2013 foram ponto de ruptura que marcou o acirramento dos conflitos sociais no Brasil e o esgotamento do ciclo crescimento da década anterior, marcado pelo aumento da renda, formalização precária do trabalho e inclusão pelo consumo. Cresceu o número de greves e emergiram novas formas de mobilização em um contexto de enfraquecimento dos sindicatos⁵. As mobilizações rápidas, com pautas mais ou menos difusas, por fora de organizações tradicionais, têm sido mais frequente em todos os espectros políticos, como aconteceu na greve dos garis no Rio de Janeiro (2014), nas ocupações de escola por secundaristas (2015), na greve nacional dos caminhoneiros (2018) e em ações do movimento feminista.

A crise política se intensificou diante da profunda recessão iniciada em 2015. Após a reeleição em 2014, a presidente Dilma Rousseff adotou medidas de ajuste fiscal e viu seu partido envolvido em denúncias de corrupção, perdendo legitimidade e sendo abandonada pela elite brasileira e pela população. O clima de polarização cresceu, e manifestações de direita impulsionaram o processo político que culminou no seu *impeachment* em 2016. As mudanças defendidas pelo bloco no poder passaram por um novo consenso neoliberal, com políticas de austeridade fiscal, desmonte

do pacto social da constituição, ampliação da exploração do trabalho e das desigualdades. Em 2018, a extrema-direita, fortalecida nas ruas e redes sociais, canalizou o clima de insatisfação com um discurso antissistêmico, antiesquerda e anticorrupção e conseguiu eleger Jair Bolsonaro à presidência.

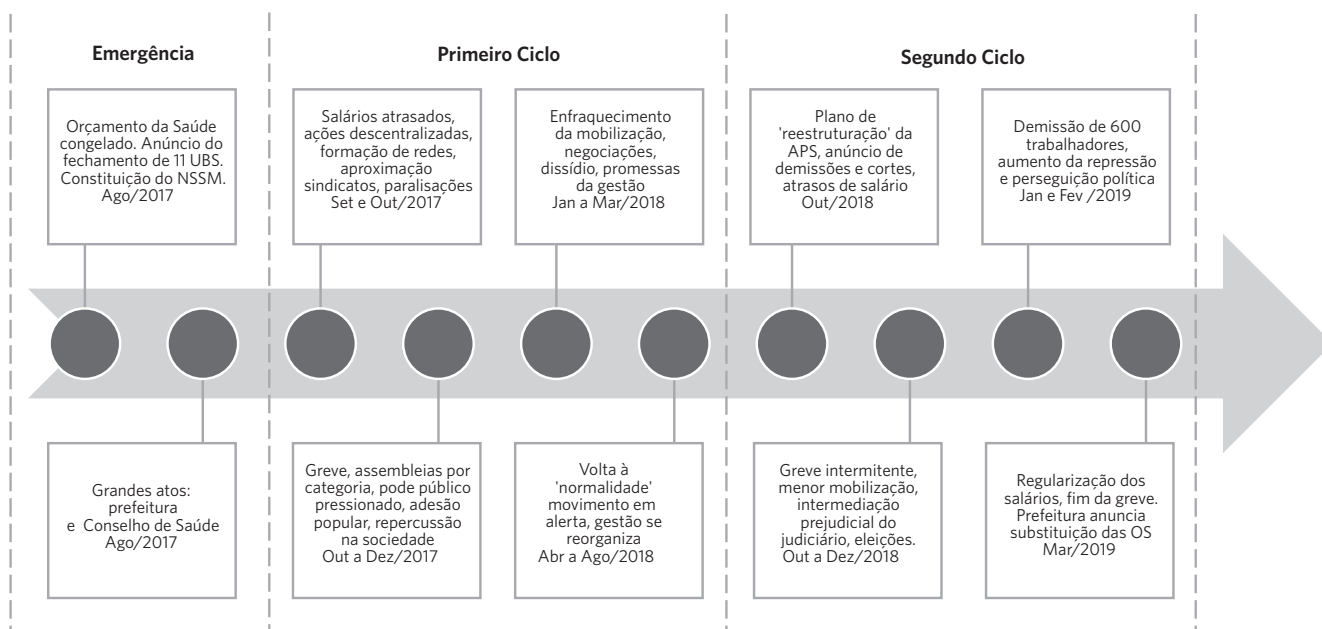
Nesse cenário, a pauta da saúde aparece de maneira difusa e tímida nas reivindicações populares e no debate político nacional. Em 2013, os gastos com megaeventos foram questionados, exigindo-se maior e melhor oferta de serviços de saúde. No Rio, os movimentos sociais em saúde se aproveitaram desse impulso, mas prevalecia a fragmentação entre suas diferentes vertentes. Movimentos como o Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, a luta antimanicomial, coletivos de servidores públicos de hospitais federais, rede de médicos e médicas populares, fóruns de residentes e pós-graduandos, e movimentos de trabalhadores e usuários da rede de saúde mental foram importantes instâncias de politização e aglutinação.

Em um segundo momento, outras formas de mobilização surgiram. Em 2015, a luta antimanicomial ocupou um prédio do Ministério da Saúde (MS) contra retrocessos conservadores nas políticas de saúde mental¹⁷. Em 2016, prédios do MS foram ocupados nacionalmente contra o desmonte do SUS, formando o movimento OcupaSUS. No Rio, a ação direta durou 20 dias e foi protagonizada por trabalhadores terceirizados, alguns sindicatos e movimentos, e contribuiu para a formação de redes e articulação.

O movimento Nenhum Serviço de Saúde a Menos

A trajetória do movimento NSSM (*figura 1*) foi reconstituída a partir de fontes primárias (*quadro 1*) e memórias dos autores e outros ativistas. Adiante são descritos a emergência e cada um dos ciclos do movimento.

Figura 1. Linha do tempo e ciclos do movimento Nenhum Serviço de Saúde a Menos de agosto de 2017 a abril de 2019



Fonte: Elaboração própria.

Quadro 1. Reportagens, notícias e vídeos sobre o NSSM e movimentos sociais em saúde no Rio de Janeiro (2016-2019)

| Data | Título / Descrição | Origem | Fonte |
|------------|--|--------------------|----------|
| 08/06/2016 | Manifestantes ocupam sede do ministério da saúde no Rio | EBC | Site |
| 13/06/2016 | Ocupa SUS reúne militantes em agenda de defesa do SUS | OAPS* | Site |
| 21/03/2017 | Crivella prometeu investir na saúde, mas agora diz que vai ter cortes | Brasil de Fato | Site |
| 01/08/2017 | Prefeitura do Rio pode fechar 11 unidades de saúde na Zona Oeste | O Globo | Site |
| 04/08/2017 | Manifesto de trabalhadoras e trabalhadores, usuárias e usuários do SUS do Rio ¹ | NSSM | Facebook |
| 04/08/2017 | Vídeo - Primeiro ato ² | David Miranda | Facebook |
| 09/08/2017 | Vídeo - Ato contra nova PNAB ³ | Marielle Franco | Facebook |
| 04/08/2017 | Profissionais da saúde protestam contra fechamento de clínicas da família | O Dia | Site |
| 18/10/2017 | Manifestação de profissionais da saúde com salários atrasados interdita vias no centro | O Globo | Site |
| 18/10/2017 | Vídeo - Ato na prefeitura ⁴ | Jornalistas Livres | Facebook |
| 21/10/2017 | Por falta de pagamentos, sindicato anuncia paralisação das Clínicas da Família do Rio | O Globo | Site |
| 26/10/2017 | Profissionais de Saúde protestam na câmara durante discussão sobre orçamento | Extra | Site |
| 26/10/2017 | Vídeo - Protesto em audiência pública na câmara ⁵ | BandNews | Facebook |
| 14/11/2017 | Funcionários da saúde fazem protesto em pontos do Rio | Extra | Site |
| 14/11/2017 | Funcionários de clínicas da família fazem protestos em 30 pontos | O Dia | Site |
| 16/11/2017 | No Rio, moradores de favela sofrem com colapso na saúde | Carta Capital | Site |
| 28/11/2017 | DPRJ ajuíza ação para evitar paralisações na Saúde municipal | Defensoria Pública | Site |
| 30/11/2017 | Crivella ouve críticas sobre saúde municipal e rebate manifestantes | G1 | Site |
| 14/12/2017 | Estoque de remédios da prefeitura só piora: 83% dos medicamentos estão em falta | Extra | Site |
| 14/12/2017 | Movimento lança desafio público em rede social para que Crivella mostre os remédios | Extra | Site |
| 27/02/2018 | Prefeitura do Rio realiza mais cortes na saúde do município | Brasil de Fato | Site |
| 30/10/2018 | Prefeitura anuncia corte de 239 equipes de saúde da família | Extra | Site |
| 30/10/2018 | Vídeo - Manifestação na câmara de vereadores ⁶ | NSSM | Facebook |
| 06/11/2018 | Rio terá corte de 239 equipes de saúde e menos 1.400 profissionais | Brasil de Fato | Site |
| 03/10/2018 | Prefeitura do Rio reduz orçamento destinado área da saúde | O Globo | Site |
| 11/10/2018 | MP contesta cortes de Crivella na saúde; médicos expressam indignação. | Último Segundo | Site |
| 13/11/2018 | A crise que esmaga a saúde do Rio de Janeiro. | Abrasco** | Site |
| 19/11/2018 | Parlamentares entram com ação para impedir cortes de equipes de saúde da família | Extra | Site |
| 23/11/2018 | Justiça suspende demissões do projeto saúde da família da Prefeitura do Rio | G1 | Site |
| 06/11/2017 | Vídeo - ato descentralizado na Rocinha ⁷ | Mídia 1508 | Facebook |
| 04/12/2018 | Juiz revoga liminar que impedia demissões na Saúde da Família | O Globo | Site |
| 11/12/2018 | Vídeo - Ato em frente ao TRT ⁸ | COMACS | Facebook |
| 17/01/2019 | Prefeitura do Rio começa a demitir funcionários do programa clínica da família | G1 | Site |
| 24/01/2019 | Prefeitura do Rio inicia demissões na saúde básica e profissionais continuam em greve | Brasil de Fato | Site |
| 21/03/2019 | Prefeitura anuncia que vai licitar administração de 18 unidades de saúde da rede | O Globo | Site |
| 17/04/2019 | 7 'pecados capitais' que levaram Crivella a enfrentar inédito processo de <i>impeachment</i> | BBC Brasil | Site |

*Observatório de Análise Política em Saúde; ** Associação Brasileira de Saúde Coletiva; (1) /NenhumServicoMenos/posts/278735309272926; (2) /davidmichael.miranda/videos/1880703718611744/; (3) /MarielleFrancoPSOL/videos/1889473461068103/; (4) /jornalistaslivres/videos/620201298103751/; (5) /bandnewsfmrio/videos/1890397350973594/; (6) /NenhumServicoMenos/videos/565823363917467/; (7) /midia1508/videos/528646234171798/; (8) /comacsmanguinhosrj/videos/349280362523228/. Acesso em 12 maio 2019.

Emergência, organização e primeiras ações

Em março de 2017, a recém-empossada gestão do prefeito Marcelo Crivella anunciou cortes na saúde, justificados pela crise econômica. No dia 1º de agosto, a notícia do fechamento de 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS) foi o estopim da crise. A urgência trouxe a necessidade de organização dos trabalhadores, fragmentados pela diversidade de vínculos empregatícios, instituições contratantes, pela disparidade de interesses corporativos e pelo distanciamento dos sindicatos e entre os serviços.

A indignação gerou respostas no mesmo dia. A primeira veio de trabalhadores de uma UBS ameaçada, que ao receber o anúncio de suas demissões paralisaram uma grande avenida. A segunda foi a convocação pelas redes sociais de uma reunião em que compareceram uma centena de trabalhadores da saúde, professores, estudantes e movimentos. Discutiu-se a pauta dos atrasos salariais, a falta de insumos

e medicamentos, o congelamento de recursos, a ameaça de fechamento de unidades e postos de trabalho. Encaminhou-se a disseminação de informações sobre o desmonte da rede de serviços de saúde, a construção de uma comissão de trabalhadores para negociações, a instituição de reuniões periódicas e abertas, e a construção de um manifesto com as reivindicações, sendo fundado o NSSM. Foi lançada uma página no Facebook, que se tornou o principal canal de comunicação. Também surgiram grupos de WhatsApp, organizados por localidades e categorias, essenciais para a rápida organização de ações e articulação entre toda a rede.

No dia 4 de agosto, a primeira grande manifestação em frente à prefeitura (*figura 2*) reuniu cerca de duas mil pessoas, exigindo a abertura de negociações e defendendo o direito ao trabalho e à saúde. Marchando pelo centro da cidade e bloqueando importante avenida, cantavam ‘Ei Crivella, não tire a saúde de dentro da favela’, enquanto uma comissão era recebida pela prefeitura, tática usada também em outras ocasiões.

Figura 2. Primeira manifestação do movimento Nenhum Serviço de Saúde a Menos em 4 de agosto de 2017. Rio de Janeiro, Brasil



Fonte: Página do movimento Nenhum Serviço de Saúde a Menos no Facebook.

Simultaneamente, era lançada pelo governo federal uma nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Apresentada sem discussão com a sociedade, permite a redução de ACS nas equipes da ESF e financiamento de modelos precarizados de organização da APS. Enfoca na construção de uma APS seletiva, gerencialista e hierarquizada, com ênfase curativa e desarticulada da rede de saúde¹⁸. A pauta

foi incorporada pelo NSSM, quem, em 11 de agosto, somou-se a outras organizações e movimentos para protestar na reunião do Conselho Nacional de Saúde, principal instância do controle social do SUS. A combatividade na reunião e uma manifestação (*figura 3*) com centenas de pessoas pressionou, mas não evitou a promulgação da política.

Figura 3. Manifestação do movimento Nenhum Serviço de Saúde a Menos em 11 de agosto de 2017. Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil



Foto: Leonardo Vidal Mattos.

Primeiro ciclo do movimento

Entre setembro e novembro de 2017, surgiram mobilizações autônomas pela cidade, facilitadas pelo vínculo dos profissionais com as populações atendidas e a capilaridade territorial dos serviços da APS e dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) – serviços de atendimento a transtornos mentais graves e moderados visando à reabilitação e à integração social dos

usuários, construídos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira em modelo substitutivo aos manicômios¹⁹. As mobilizações incluíam reuniões com as comunidades e manifestações de rua. Em alguns locais, houve participação importante de usuários, especialmente nos Caps, enquanto outros se restringiram aos trabalhadores. Inicialmente, foram iniciativas desarticuladas, e depois passaram a ser estimuladas e organizadas pelo movimento. Divulgadas pelas redes sociais e articuladas em

grupos de mensagens, passaram a acontecer de maneira simultânea, gerando visibilidade e impacto nos territórios.

Essas ações permitiram a construção de espaços de educação política com os usuários, ressaltando o SUS como um direito conquistado a partir de mobilizações, que precisam ser renovadas para sua garantia. Fomentaram também a auto-organização dos trabalhadores, com a formação de comissões locais em alguns serviços. Nesse momento, houve um crescimento na politização dos profissionais, sem histórico de engajamento político anterior. Havia um direcionamento para que a pauta não se limitasse às garantias trabalhistas e que a defesa do direito universal à saúde tivesse destaque, o que produziu um momento de sintonia entre trabalhadores e população usuária do SUS.

Paralelamente, emerge a necessidade de construção de uma greve, dificultada pela falta de respaldo jurídico do movimento, que poderia ser garantido somente pela representação oficial dos sindicatos. A maior parte dos trabalhadores estava ligada a sindicatos do terceiro setor sem base social e com relações coniventes com as OS, e não tinham vínculos orgânicos com os sindicatos de suas categorias. Buscou-se uma aproximação destes, com a realização de reuniões visando à construção de uma frente sindical para respaldar o movimento. Diante da ausência de respostas do poder público, e com uma proposta orçamentária ainda menor para o ano de 2018, os médicos de família e comunidade deflagraram greve em outubro de 2017 apoiados pelo Sindicato dos Médicos (SinMed). Foram seguidos de outras categorias que se aproximaram de suas representações, como o Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Rio de Janeiro (Sindacs); o Sindicato dos Enfermeiros (SindEnf-RJ); Sindicato dos Nutricionistas (Sinerj); Sindicato dos Fonoaudiólogos (Sinferj); Sindicato dos Psicólogos (SindPsi-RJ). A adesão à greve se deu em tempos e com obstáculos diferentes. A greve durou até abril de 2018, ainda que a adesão de algumas categorias tenha sido intermitente.

Até então, os sindicatos da saúde pouco atuavam com os trabalhadores das OS. Alguns eram burocratizados, corporativistas e distantes das bases. A atuação do NSSM ajudou a construir outro sentido temporário para essas instituições, articulando-as a uma luta de maior amplitude e enfrentamento. Em alguns casos, as direções se abriram às demandas; em outros, sentiram-se ameaçadas. Profissionais de saúde bucal, fisioterapeutas, farmacêuticos e técnicos de farmácia se depararam com sindicatos alinhados à gestão municipal que bloqueavam a adesão à greve. Recurso na justiça autorizou os profissionais de saúde bucal a criar uma comissão de greve auto-organizada que substituiu o sindicato nas negociações. Antes do movimento, a entidade mais atuante era o sindicato dos ACS que tinha grande capilaridade e proximidade de sua base, com uma grande rede no WhatsApp, sendo a categoria que mobilizou o maior contingente de profissionais em praticamente todas as ações.

As assembleias sindicais, divididas por categoria profissional, reuniram entre dezenas e centenas de pessoas, dependendo do momento. Tornaram-se importantes espaços de comunicação, formação de redes e planejamento de ações ligadas à greve, mas, por vezes, reforçavam a fragmentação. O NSSM mantinha também reuniões regulares, com foco nas ações de mobilização política, articulação e produção de diretrizes para as ações grevistas, que nem sempre eram seguidas.

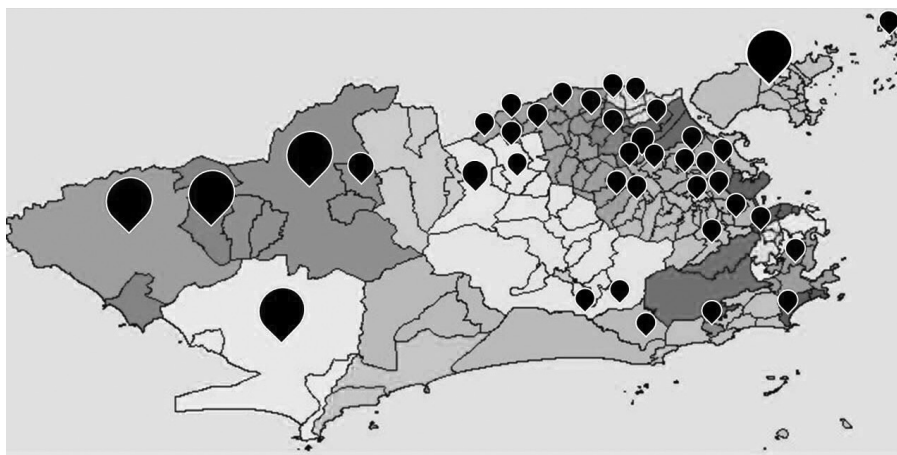
Os processos auto-organizados ganharam novo impulso na greve. Em alguns serviços, os trabalhadores reformularam coletivamente o processo de trabalho, organizando as atividades assistenciais e políticas a partir de definições locais de cada serviço e das orientações da greve, sendo reduzidas parcialmente as direções hierárquicas e gerencialistas.

A greve foi presencial e manteve de 30% a 50% da carga horária para atendimentos essenciais, com o restante direcionado para atividades nos territórios e manifestações. Onde a perseguição foi mais intensa, as ações foram limitadas. O formato possibilitou que os

profissionais dos serviços mais organizados atuassem de maneira criativa e variada na comunidade. A articulação territorial entre os serviços possibilitou que fossem realizadas

mais de 30 manifestações simultâneas em novembro de 2017 (*figura 4*), englobando todas as áreas da cidade e bloqueando a circulação de grandes vias.

Figura 4. Manifestações simultâneas e descentralizadas realizadas pelo movimento NSSM no dia 13 de novembro de 2017. Rio de Janeiro, Brasil



Fonte: Página do movimento Nenhum Serviço de Saúde a Menos no Facebook.

As manifestações e a greve pressionaram a Defensoria Pública (DP), o Ministério Público (MP) e o Tribunal Regional do Trabalho (TRT) a agirem pressionando a prefeitura e estabelecendo canais institucionais de negociação, que, em alguns momentos, foram decisivos para o movimento. O NSSM pautou órgãos de imprensa tradicional e alternativa, com notícias frequentes sobre suas ações. A articulação com vereadores que apoiavam as reivindicações, majoritariamente da esquerda e do campo progressista (entre eles, Marielle Franco – ‘presente!’), levou a questão da saúde para o centro do debate parlamentar, desgastando o prefeito. A página do Facebook conseguiu grande alcance (mais de 30 mil inscritos em 2019) e mantém interação constante com profissionais da rede. Tornou-se plataforma oficial de veiculação de campanhas, divulgação de informações sobre ações, negociações, recebimento e divulgação de denúncias.

O processo de dissídio se estendeu até abril de 2018, quando o TRT entendeu que não havia base para continuidade da greve. Os salários haviam sido regularizados; a falta de insumos e medicamentos, sanada, e as manifestações arrefeceram. As demais pautas foram respondidas somente como promessas nas audiências judiciais. Com o movimento em descenso, não foi possível reverter a demissão de 150 trabalhadores com fechamento de postos de trabalho, majoritariamente da saúde bucal e os ACS.

Segundo ciclo do movimento

O período entre abril e agosto de 2018 foi de alerta e relativa estabilidade, com recuo da Prefeitura em suas declarações sobre cortes e demissões. Os trabalhadores retomaram a rotina, reestabelecendo a organização original

dos serviços. Enquanto isso, o poder executivo recompunha suas bases com trocas de cargos na gestão para preparar nova investida.

Em outubro de 2018, a prefeitura apresentou um plano de reestruturação da APS, redirecionando verbas para a atenção hospitalar e reduzindo o orçamento. Anunciou o corte de 184 equipes ESF, 55 equipes de saúde bucal, cerca de 1.400 postos de trabalho. O plano previa a redução de ACS nas equipes, em alguns casos para apenas um profissional ante a média de 5 a 6, utilizando as possibilidades abertas pela nova PNAB. Indicava ainda a sobrecarga das equipes restantes, muitas passando a ser responsáveis por até 18 mil pessoas, contra 3.500 anteriormente. O orçamento da saúde para 2019 previa corte de R\$ 725 milhões, uma redução de 12%, mais acentuada que em todas as outras áreas, e foi aprovado pela câmara. Simultaneamente, os salários voltaram a atrasar; e a falta de medicamentos e insumos retornou. Em resumo, desassistência, demissões em massa, descaracterização e sucateamento da APS.

O NSSM voltou a organizar assembleias e manifestações, ações em praças públicas, campanhas nas redes sociais e participar em audiências públicas. As categorias acionaram os sindicatos e novamente entraram em greve, dessa vez de forma não presencial e paralisando parte importante dos trabalhadores. Formou-se uma comissão no Conselho Municipal de Saúde (CMS) composta por membros do movimento, conselheiros e entidades da saúde pública que produziram estudo sobre os efeitos da reestruturação na saúde da população. Os cortes foram contestados pelo MP. Uma ação judicial articulada por parlamentares travou por algum tempo as demissões, mas foi revertida em favor da prefeitura.

Não se atingiu o mesmo grau de mobilização do ciclo anterior, o que se refletiu no tamanho e na frequência dos atos. A greve paralisou serviços, porém sem grande apoio das comunidades. A pauta tornou-se mais circunscrita às questões trabalhistas. Nos espaços de dissídio, o judiciário condicionou a greve ao pagamento de salários, fazendo com que fosse impedida de continuar quando a prefeitura pagava. O aumento da perseguição aos trabalhadores, com a proibição de

qualquer manifestação política nas unidades e demissões de lideranças, também foi grande obstáculo. A estrutura gerencial em todos níveis focou na garantia de execução de cortes e na repressão ao movimento, o que intimidou os trabalhadores atingidos por mais de um ano de pressões. Entre a população, observou-se certa acomodação. O movimento também foi impactado pelo processo eleitoral nacional que ocorria na mesma época, e teve como resultado a ascensão da extrema-direita ao governo federal e estadual. O posicionamento do movimento contra tais candidaturas, no contexto de polarização e crescente sentimento antiesquerda, contribuiu para o afastamento de parte dos trabalhadores que apoiavam as pautas do movimento.

Ao final de 2018, demissões pontuais já eram observadas, a maioria de cunho político, e foram seguidas por demissões em massa a partir de janeiro de 2019, que totalizaram cerca de 600. Em março, com a regularização dos salários, as barreiras judiciais sobre a greve e a desmobilização, os profissionais voltaram ao trabalho. Desafios maiores se avizinham. A prefeitura iniciou processo de substituição de algumas OS, colocando sob ameaça boa parte dos profissionais da rede, entre APS, saúde mental e hospitais. Nas áreas em que esse processo ocorreu, o novo contrato entrou em vigor de forma desorganizada, com períodos de vacância de profissionais, incluiu menos vagas, piora das condições de trabalho e de remuneração, não reaproveitamento de todos profissionais. Os cortes na saúde e a luta construída pelo NSSM são elementos importantes do desgaste político do prefeito com a população da cidade e com parlamentares.

Discussão e considerações finais

Com suas ações, o NSSM questionou aspectos das políticas de saúde em níveis local e nacional. No município, evidenciou fragilidades do modelo das OS, que apesar da velocidade de implantação, mostrou-se frágil diante da crise econômica e das mudanças bruscas de gestão; e

antidemocrático dada a facilidade para demitir e assediar funcionários, controlar o processo de trabalho em uma lógica produtivista, reduzir a rede. Em termos de resultados, não se observa um desempenho assistencial superior do modelo em comparação com a administração pública direta²⁰. Além disso, a regulação e a fiscalização são permeadas de inconsistências e irregularidades¹⁶. Nacionalmente, questionou-se precarização da APS e do SUS, representadas pela PNAB e pela Emenda Constitucional 95 que congela gastos sociais por 20 anos, duas grandes ameaças contemporâneas ao SUS.

Em uma conjuntura adversa, o NSSM respondeu de forma criativa ao desafio de mobilização da sociedade em torno do direito universal à saúde. Utilizando táticas variadas, ampliou o alcance e a politização da pauta entre profissionais e na cidade, conseguindo pressionar efetivamente o poder público e incomodar grupos políticos poderosos. Ante o desafio da fragmentação e da representação sindical frágil, o movimento estruturou uma frente relativamente horizontal que aglutinou agentes diversos em diálogo e ação unificada, algo pouco visto nas mobilizações da saúde.

O movimento manteve uma identidade autônoma associada a pautas concretas, evitando referências simbólicas e discursivas das guerras culturais que afastassem pessoas não identificadas com a esquerda. Essa postura facilitou a capilarização, e a ampliação de sua representatividade evitou a associação do NSSM a grupos políticos tradicionais, ainda que isso tenha se enfraquecido nas eleições presidenciais. A pauta universalizante transbordou seu impulso e nicho de mobilização inicial e progressivamente foi incorporando outros segmentos e ganhando corpo. No segundo ciclo, a menor mobilização fez com que a pauta se tornasse mais corporativa e trabalhista, com grande capilaridade entre os trabalhadores, porém mais distante do conjunto da sociedade.

O NSSM deve ser analisado como um movimento que acontece em contexto específico, mas que carrega em si uma série de elementos e contradições típicas do contexto histórico, político e social mais geral no qual se insere.

Para Braga⁵, o aprofundamento do neoliberalismo após a crise de 2008, especialmente no Sul Global, faz com que

[...] as formas de representação das classes trabalhadoras atravessem uma transição na qual as velhas estruturas organizacionais fordistas já não são mais eficazes para alterar os efeitos desse declínio [decorrente do neoliberalismo], enquanto novas experiências organizativas estão ainda em seus estágios embrionários⁵⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Nessa direção, os novos movimentos sociais protagonizados por jovens, subempregados e desempregados (o precariado), ainda que frágeis e imaturos, seriam uma resposta ao conflito entre a regulação política e a acumulação impulsionada pelo aprofundamento da mercantilização do trabalho e degradação das condições de vida.

A experiência do NSSM tem grandes correlações com esse contexto e também se assemelha aos movimentos do ciclo de lutas que atravessa o País nos últimos anos. Trabalhando a horizontalidade e a espontaneidade sem perder de vista a pauta, faz uso extensivo de redes sociais e comunicação digital, constrói frentes ampliadas entre movimentos dispersos, mobiliza a partir de vivências concretas. Politiza e desloca a identificação dos trabalhadores e dos usuários com a prática do cuidado e com o SUS, constrói redes políticas, afetivas, de solidariedade e organização, altera dinâmicas preestabelecidas de funcionamento dos serviços de saúde, ancorado no vínculo com os usuários, na dinâmica territorial e na realidade concreta do trabalho. Ao canalizar e dar sentido às demandas, aglutina movimentos e agentes diversos de forma transversal, em um processo de construção do comum²¹, no qual os sujeitos enlaçam sua vivência real na construção da luta. Tudo isso está presente na criatividade das soluções e na diversidade de táticas do NSSM.

Carregando essa vitalidade, o NSSM deslocou temporariamente os traços corporativistas dos sindicatos, agindo ativamente pela unificação das categorias. Em contrapartida, a chegada dos sindicatos ampliou significativamente as possibilidades de ação e de autodefesa do movimento nas

vias institucionais, o que mostra pontes possíveis entre o velho e o novo, que podem se fortalecer e se potencializar mutuamente.

Para o movimento sanitário no Brasil, a experiência do NSSM traz importantes reflexões. A primeira diz respeito à reconstrução de bases sociais para uma contra-hegemonia efetiva no setor saúde, uma vez que a escolha pelos caminhos institucionais¹⁰ e as ferramentas políticas de disputa da sociedade utilizadas se mostraram insuficientes para assegurar maiores avanços e, até o momento, foram incapazes de oferecer resistência efetiva às pressões da política fiscal restritiva, do conservadorismo, do empresariado da saúde e do setor financeiro que se fortalecem^{7,8}.

A formação de novos sujeitos políticos na luta pela saúde é premente. Dos mais prejudicados pelas políticas regressivas em curso, podem surgir possíveis caminhos. A massa de trabalhadores precários, grande parte insatisfeita com o sistema político e econômico e em sua maioria usuária do SUS, somada a movimentos ligados às questões urbanas, de gênero e raça têm sido protagonistas de importantes mobilizações pós-2013. O desmonte das políticas públicas, o aumento das desigualdades e a piora das condições de vida colocam a necessidade de um sistema de saúde público universal na ordem do dia.

Para que a bandeira se torne programa e ação, pontes precisam ser construídas. Por isso, articular o direito universal à saúde com outras demandas sociais e formas de mobilizações emergentes é essencial para a produção de alternativas políticas emancipadoras para os trabalhadores do Brasil. Um dos caminhos possíveis apontado pelo NSSM passa por explorar a sinergia entre demandas dos trabalhadores da saúde, cada vez mais precarizados ou 'precarizados', e a defesa de um SUS forte e para todos. Somando isso ao vínculo comunitário com os serviços de saúde, especialmente potente dada a grande capilaridade e o tipo de contato diferenciado com a população, pode ser possível deslocar a percepção popular sobre o SUS, sobre a urgência de sua defesa, expansão e qualificação.

Colaboradores

Saffer DA (0000-0001-7100-7101)*, Mattos LV (0000-0003-4800-0010)* e Moraes Rego SR (0000-0003-1689-5796)* contribuíram igualmente na concepção e planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração do manuscrito, revisão crítica e aprovação da versão final. ■

Referências

1. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a Compreensão e Crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. E-gestor: informação e gestão da Atenção Básica [internet]. [acesso em 2019 abr 15]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
3. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
4. Saad-Filho A, Moraes L. Brasil: neoliberalismo versus democracia. São Paulo: Boitempo; 2018.
5. Braga R. A rebeldia do precariado: trabalho e neoliberalismo no Sul global. São Paulo: Boitempo; 2017.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(10):1927-36.
7. Mattos LV. Febraplan e a disputa real pelo sistema de saúde universal. Texto para discussão GPDES/IESC/UFRJ [internet]. 2018. [acesso em 2019 abr 19]. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/gpdes/images/arquivos/PrivadoNaSaude.pdf>.
8. Monteiro MG. As mudanças de direção nas políticas públicas: atores e estratégias ocultas na implementação do Sistema Único de Saúde. In: Fleury S, editora. *Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 247-89.
9. Teodoro R. Dilemas públicos e demandas corporativas: a reforma sanitária e a ação sindical. In: Fleury S, editora. *Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 221-46.
10. Dantas AV. *Do Socialismo à Democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
11. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fundação João Pinheiro. *Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil* [internet]. Brasília, DF; 2014. [acesso em 2019 abr 19]. Disponível em: <http://www.atlas-brasil.org.br/>.
12. Jennings A, organizador. *Brasil em Jogo: o que fica da Copa e das Olimpíadas?* São Paulo: Boitempo; 2014.
13. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med*. 2015; 372(23):2177-81.
14. Andreazzi MFS, Bravo MIS. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. *Trab Educ E Saúde*. 2014; 12(3):499-518.
15. Viana ALA, Miranda A, Silva HP. Segmentos institucionais de gestão em saúde: descrição, tendências e cenários prospectivos. In: Noronha JC, Lima LD, Chorny AH, et al, organizadores. *Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017. p. 151-88.
16. Oliveira JPT, Fleury S. Fragilidades dos mecanismos de controle das Organizações Sociais de Saúde no município do Rio de Janeiro. *Cad Desenvol Flum*. 2016; (11):141-60.
17. Magaldi FS. Del “Fuera Valencius” al “Fuera Quirino”: la restauración conservadora en la Política Nacional de Salud Mental de Brasil (2015-2018). *RevII-SE Rev Cienc Soc Humanas*. 2018; (12):91-101.
18. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018;42(116):11-24.
19. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
20. Ramos ALP, Seta MHD. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. *Cad. Saúde Pública*. 2019; (35):e00089118.
21. Negri A, Hardt M. *Commonwealth*. Cambridge: Harvard Press; 2009.

Recebido em 24/05/2019

Aprovado em 03/11/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Saúde para todos: a participação da sociedade civil na governança global em saúde

Health for all: civil society participation in global health governance

Cristianne Maria Famer Rocha¹, Mariana da Rosa Martins², Mateus Aparecido de Farias³

DOI: 10.1590/0103-11042020S114

RESUMO Os movimentos sociais, elementos fundamentais na luta pela implementação e manutenção de sistemas de saúde universais e na defesa do direito à saúde para todos, têm sua atuação ampliada no contexto da crise econômica mundial. A globalização traz um desafio à sociedade civil, o de engajar atores na formulação de políticas cujo alcance vai além do âmbito local. Este trabalho analisa as possibilidades de influência da sociedade civil nos processos decisórios da governança global na Organização Mundial da Saúde (OMS), através da abordagem do Observatório da OMS (WHO Watch), iniciativa do Movimento pela Saúde dos Povos (MSP), que se propõe a estimular a democratização dos processos decisórios da OMS. Como subsídio para as reflexões, são utilizadas as experiências do WHO Watch em três ocasiões: a 67^a Assembleia Mundial de Saúde, a 53^a Reunião do Conselho Diretor da Organização Pan-americana da Saúde e a 136^a Reunião do Conselho Executivo da OMS. Conclui-se que os movimentos sociais trazem uma visão crítica sobre as discussões realizadas por esses órgãos intergovernamentais, promovendo a divulgação desses debates e de seus desdobramentos para além dos espaços governamentais.

PALAVRAS-CHAVE Sociedade civil. Saúde global. Organização Mundial da Saúde.

ABSTRACT Social movements, fundamental elements in the struggle for the implementation and maintenance of universal health systems and in the defence of the right to health for all, have been expanded in the context of the global economic crisis. Globalization brings a challenge to civil society, in engaging actors in formulating outreach policies that go beyond the local scope. This paper analyzes the possibilities of the influence of civil society over the decision-making processes of global governance in the World Health Organization (WHO), through the case of the WHO Watch, an initiative of the People's Health Movement (PHM) to stimulate the democratization of WHO's decision-making processes. The experiences of WHO Watch on three occasions are used as subsidy for reflection: the 67th World Health Assembly, the 53rd Meeting of the Directing Council of the Pan American Health Organization and the 136th Meeting of the WHO Executive Board. It is concluded that the social movements bring a critical view on the discussions carried out by these intergovernmental bodies, promoting the dissemination of these debates and their unfoldings beyond the governmental spaces.

KEYWORDS Civil society. Global health. World Health Organization.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. rcristianne@gmail.com

²University of Saskatchewan: Saskatoon (uSask) –Saskatoon (SK), Canadá.

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.



Introdução

As mudanças nas dinâmicas da economia global, que há alguns anos vêm acontecendo de maneira turbulenta, têm criado e aprofundado inequidades em saúde e em seus determinantes sociais. As políticas de austeridade – que consistem em um controle de gastos públicos, através de cortes em políticas sociais – vêm constituindo-se em ameaças ao acesso universal aos serviços de saúde em diversos países, muitos dos quais foram aconselhados por organismos internacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI), a reformarem seus sistemas de saúde¹. Em situações de contenção orçamentária, as políticas sociais geralmente são as primeiras a sofrer cortes².

A ajuda internacional de organismos como o Banco Mundial e o FMI, instituições promotoras de políticas neoliberais, não mitiga esse efeito. Pelo contrário, seus empréstimos vêm condicionados a cláusulas que incluem o desmantelamento do setor público³ e um menor investimento em políticas públicas com drásticas reduções em gastos sociais estatais e privatizações⁴. Dessa forma, é possível afirmar que o direito humano à saúde, que nunca se efetivou plenamente em um contexto global, está seriamente ameaçado, à medida que a contenção orçamentária resultaria em diminuição dos gastos públicos em saúde.

A Declaração de Alma-Ata⁵ entende a saúde como um direito humano fundamental e estabeleceu como meta a efetivação desse direito a todos até o ano 2000, não obtendo êxito. Ocorreu, também, no ano 2000, a realização da Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU), que definiu os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), um compromisso assumido por todos os seus Estados-Membros, em temas como o combate à pobreza, à fome, à degradação ambiental, à discriminação contra as mulheres, entre outros⁶. Os ODM eram interdependentes entre si: todos os temas influenciavam a saúde e vice-versa⁷. O ano marco para os ODM foi 2015, e, mais uma vez, apesar de avanços, os países não conseguiram alcançar

as condições assumidas. A discussão agora gira em torno da Agenda Pós-2015 – ou Agenda 2030 – e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), que também incluem temas relacionados à saúde^{1,8,9}.

Um tema que não perde sua relevância, ao longo de décadas de discussão sobre a saúde, é o de como garantir que as decisões tomadas por governos e pelos órgãos intergovernamentais tenham como principal objetivo ir ao encontro das reais necessidades da população. Para tanto, a participação da sociedade civil nos espaços de tomada de decisão é fundamental. Imbuída desse entendimento, nasce a iniciativa Democratizing Global Health Governance (em tradução livre: Democratizando a Governança Global em Saúde), do Movimento pela Saúde dos Povos (MSP), no qual está inserido o WHO Watch (em tradução livre: Observatório da OMS)¹⁰. O WHO Watch propicia que observadores da sociedade civil participem das principais reuniões da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de seus escritórios regionais. Foi a realização de três edições do WHO Watch que motivou a realização deste ensaio, que busca refletir sobre as potencialidades e os limites da participação dos movimentos sociais nos processos decisórios da governança global em saúde.

A governança global em saúde e a participação da sociedade civil

As questões contemporâneas de saúde de um determinado local estão cada vez mais conectadas e relacionadas àquelas de outros lugares e às decisões tomadas nas mais diversas escalas (local, nacional e internacional). Dá-se o nome de saúde global ao ramo da diplomacia que se refere aos temas de saúde que transcendem fronteiras nacionais e governos e demandam intervenções nas forças e nos fluxos globais que determinam a saúde das pessoas¹¹. Ainda, segundo os mesmos autores, esse novo cenário

requer novas formas de governança nos níveis nacional e internacional, incluindo uma ampla gama de atores.

A saúde global exige esforços coordenados no manejo das questões nacionais, assumindo uma responsabilidade coletiva pela saúde¹². Ao unir as disciplinas de Saúde Pública, Relações Internacionais, Gestão, Direito e Economia, o termo Diplomacia da Saúde Global interpreta os processos de negociações, níveis e atores múltiplos que moldam e dirigem o ambiente da política global da saúde¹³.

Fidler¹⁴, por sua vez, conceitua governança global em saúde como o uso de instituições formais e informais, regras e processos pelos Estados, organizações intergovernamentais e atores não estatais para lidar com desafios para a saúde que requerem ações transfronteiriças coletivas para serem resolvidos eficazmente.

O funcionamento das dinâmicas da governança global em saúde tem sido alvo de críticas por seus processos serem conduzidos por governos e agentes não estatais dos países mais ricos, que acabam, também, ocupando a maior parte dos cargos nos organismos multilaterais¹⁵. Gostin e Mok¹⁶ defendem que a governança precisa enfrentar desafios que têm impedido a melhoria da saúde global e a diminuição das suas disparidades, como a ausência de uma liderança global, a necessidade de colaboração e coordenação de múltiplos atores e a insuficiência do financiamento, e pedem por maior transparência, monitoramento e *accountability*.

No que tange à questão do financiamento da OMS, o 'Global Health Watch 4'¹, Relatório de Saúde elaborado por seis organizações da sociedade civil (MSP, Medact, Medico International, Third World Network, Health Action International e Asociación Latinoamericana de Medicina Social), analisa as receitas da OMS a partir das contribuições realizadas pelos Estados-Membros da Organização e mostra o desequilíbrio existente entre as contribuições obrigatórias e as contribuições voluntárias, um cenário distinto daquele de trinta anos atrás. Nos últimos anos,

o Relatório mostra que ocorreu um aumento das contribuições voluntárias, enquanto que as obrigatórias foram reduzidas. As contribuições obrigatórias são definidas através de um cálculo que considera a população e o Produto Interno Bruto de cada país. No ano de 2012, as contribuições obrigatórias injetaram uma quantia de \$475.000.000 (quatrocentos e setenta e cinco milhões de dólares americanos) na OMS. No mesmo ano, as contribuições voluntárias atingiram o valor de \$1.539.000.000 (um trilhão e quinhentos e trinta e nove milhões de dólares americanos), sendo que, desse total, \$1.409.000.000 (um trilhão, quatrocentos e nove milhões de dólares americanos) estavam atrelados a projetos escolhidos pelos doadores. Esses dados evidenciam um desafio à governança por conta da perda de autonomia, já que as doações obrigatórias financiam os projetos deliberados pelos foros decisórios da OMS, enquanto que as contribuições voluntárias, em sua quase totalidade, são atreladas a projetos específicos, não sendo, necessariamente, prioritários à Organização.

Em um cenário de crise financeira e de balança desigual de poder na governança global em saúde, foram iniciadas, em 2015, as discussões relativas à Reforma da OMS, processo que pretende implementar modificações programáticas, de governança e de gerência⁷. Os movimentos sociais, nesse contexto de alteração das estruturas de governança global da saúde, são elementos vitais na luta pela manutenção e pela implementação de sistemas de saúde universais e na defesa do direito à saúde para todos.

Assim, engajar atores na formulação de políticas de alcance global, que vão além do âmbito local, passa a ser um novo desafio para a sociedade civil. Os movimentos sociais têm que reunir questões de diversas comunidades e encontrar maneiras de apresentar propostas nos níveis nacional e internacional, o que envolve uma capacidade de se organizar em rede globalmente¹¹. Kickbush e Berger¹³ alertam, ainda, para a necessidade do envolvimento de diversos profissionais na diplomacia

da saúde, que não é mais restrita a diplomatas ou mesmo a atores governamentais. Para tanto, esclarecem sobre a necessidade de desenvolvimento conceitual e de programas práticos de treinamento que permitam o desenvolvimento das habilidades de negociação que o atual cenário da saúde exige.

O Movimento pela Saúde dos Povos e o WHO Watch

O MSP é uma rede global de ativistas e organizações que atua na defesa da saúde como um direito e está presente em mais de setenta países, trabalhando com foco na atenção primária e nos determinantes sociais, econômicos e políticos da saúde. O MSP busca ser um condutor de mudanças, implementando ações caracterizadas por intervenções comunitárias, mobilização e resistência relacionadas à saúde e empreendendo *advocacy* global, baseado na solidariedade internacional, na formação de redes e na cooperação para lutar em prol de mudanças compartilhadas que surgem do processo neoliberal de globalização, sendo uma ponte entre o global e o local¹⁷.

Os princípios e as diretrizes do MSP estão expostos na ‘Carta pela Saúde dos Povos’¹⁷⁽²⁾. A Carta explicita a “saúde como questão social, econômica e política e, acima de tudo, um direito humano fundamental”. Dessa forma, o MSP defende, perante o governo e outras agências de saúde, a garantia do acesso universal aos cuidados de saúde, à educação e a serviços sociais de qualidade e em conformidade às necessidades das pessoas, não à sua capacidade de pagar pelo serviço.

Um dos projetos desenvolvidos pelo MSP é o WHO Watch (Observatório da OMS), que tem entre seus objetivos promover a democratização dos processos decisórios da OMS através da participação de ativistas como observadores nas reuniões em Genebra e nas regionais da Organização, da aproximação com os representantes nacionais na OMS, da análise dos tópicos discutidos nas reuniões,

da produção de pareceres relativos às pautas e da divulgação e publicização das decisões tomadas no âmbito da OMS¹⁸.

A criação desse projeto ocorreu em função do entendimento de que as estruturas da governança global em saúde estão dominadas por grandes potências e por corporações transnacionais, mas que as relações de poder em torno das decisões globais – que influenciam a saúde das populações – são capazes de mudar essa situação através de novas alianças e novos fluxos de informação. Assim foi pensada a iniciativa Democratizing Global Health Governance (Democratizando a Governança Global em Saúde), na qual está inserido o WHO Watch¹.

Com o apoio de outros ativistas, que atuam presencialmente e também à distância, esses observadores ficam responsáveis, entre outras ações, pela produção de análises críticas dos principais pontos de pauta das reuniões. Essas análises começam a ser elaboradas ao longo dos meses que antecedem as reuniões, geralmente com consultas a ativistas que compõem os círculos do MSP em todo o mundo e também a especialistas nos assuntos em pauta, e são finalizadas dias antes do início das reuniões, ficando disponíveis gratuitamente pela internet, no *site* do Global Health Watch (www.ghwatch.org). São também distribuídas nas reuniões para os representantes de países e integrantes de outros movimentos sociais.

A participação dos círculos nacionais na elaboração dos comentários agrega exemplos concretos de como tais políticas atingem os diferentes países e valoriza as questões locais, evidenciando as relações existentes entre ações locais e globais. Já a colaboração de especialistas, que não fazem parte do MSP necessariamente, garante uma fundamentação teórico-conceitual sólida, contribuindo para a credibilidade da discussão. O envolvimento de diversos segmentos contribui para a formação de uma grande rede colaborativa, que busca representara diversidade das realidades regionais, nacionais e locais.

Durante as reuniões, os *watchers* (como são chamados os observadores) realizam ações de *advocacy* com os representantes dos países e de organizações da sociedade civil e tomam notas sobre as discussões mais importantes. Essas notas, posteriormente, ficam disponíveis para consulta, possibilitando, assim, que mais pessoas tenham acesso às discussões realizadas no âmbito das reuniões da OMS, o que antes ficava restrito a determinados atores. Os *watchers* também podem ler em plenária as análises críticas que ajudaram a elaborar acerca dos temas da agenda, levando aos delegados – representantes dos Estados-Membros – a voz dos movimentos sociais. No entanto, essa participação é bastante restrita, já que cada entidade pode fazer apenas uma declaração por tópico, e essa declaração é feita após toda a discussão, não tendo capacidade de interferir nos rumos da discussão.

A experiência da participação no WHO Watch

A seguir, serão apresentadas as experiências de observação, realizadas pela primeira autora deste artigo, na 53ª Reunião do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e na 136ª Reunião do Conselho Executivo da OMS, e no apoio à equipe de *watchers*, na 67ª Assembleia Mundial da Saúde.

As atividades do WHO Watch são divulgadas pelos canais do MSP, como páginas nas redes sociais e listas de *e-mails*, e foi através de um desses *e-mails* que a autora soube da possibilidade de atuar como observadora. Os *watchers* presenciais dos eventos regionais geralmente são nacionais dos países daquela região, já aqueles que participam do projeto nos eventos da OMS costumam ser de diversos países. A proximidade com Genebra facilita a participação de ativistas europeus. Na 53ª Reunião do Conselho Diretor da Opas, havia ativistas do Brasil, do Canadá, dos Estados

Unidos da América (EUA), da Índia e do México. Já o 136º Conselho Executivo da OMS contou com a participação de ativistas da Alemanha, da Austrália, da Bélgica, do Brasil, dos EUA, da França, da Índia e da Itália.

A experiência de apoio ao time de *watchers* que atuaram na 67ª Assembleia Mundial da Saúde, ocorrida em Genebra, no mês de maio de 2014, ocorreu de maneira virtual. O trabalho consistiu em organizar as notas que estavam sendo tomadas nas reuniões – uma das tarefas de um *watcher* é anotar os principais pontos da discussão de cada item da agenda, de maneira que uma pessoa que leia esse material seja capaz de entender o que foi encaminhado sobre aquele assunto. Nas reuniões da OMS, em um único turno, podem ser discutidos vários itens da pauta, além disso, as anotações costumam usar abreviaturas e outras ferramentas que ajudem o *watcher* a tomar nota de modo rápido para não perder nenhum ponto da discussão. Assim, a função do apoio é revisar e organizar essas notas, utilizando, para tanto, ferramentas virtuais, como Skype. O grupo de trabalho do WHO Watch mantém um canal no Skype, no qual são disponibilizadas todas as declarações realizadas em cada sessão em tempo real, possibilitando a interação com os *watchers* e o acompanhamento das discussões.

Durante a 53ª Reunião do Conselho Diretor da Opas (CD53), em setembro de 2014, na cidade de Washington, Estados Unidos, a experiência foi presencial, como integrante da equipe de *watchers*. No entanto, um *Watch* começa muito antes da semana de reuniões acontecer. Após a manifestação de interesse do observador em participar presencialmente, para a coordenação do projeto, a primeira atividade é organizar, junto ao círculo nacional de origem – nesse caso, o Movimento pela Saúde dos Povos Brasil (MSP Brasil) –, uma lista de itens prioritários baseada na agenda prévia do CD53. Cada círculo regional ou nacional do MSP elabora essa lista de prioridades, a partir da qual é construída uma lista com tópicos considerados prioritários e para os quais o MSP produzirá comentários com análises críticas

para serem distribuídas aos delegados presentes no CD53 e disponibilizadas na página da internet do WHO Watch. Itens prioritários são assuntos considerados muito importantes para o círculo, mas também são tópicos sobre os quais os colaboradores do MSP tenham capacidade e possibilidade de analisar, discutir e propor alternativas.

A questão do tempo é relevante, pois o trabalho dos ativistas do WHO Watch é feito com base nos documentos de trabalho disponibilizados pelas agências internacionais. No caso do CD53, a maior colaboração do MSP Brasil foi feita no tema da Cobertura Universal de Saúde, cujo documento de trabalho, o CD53/5 (Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e à Cobertura Universal de Saúde), foi divulgado apenas três semanas antes do início da Reunião do Conselho. Dessa forma, além de conhecimento específico sobre o tema, o ativista, por vezes, precisa ter tempo disponível para elaborar uma análise cuidadosa em um curto intervalo de tempo. Para as reuniões da Opas, os comentários sobre os temas são disponibilizados pelos colaboradores do WHO Watch geralmente em espanhol e inglês, de maneira que, entre a elaboração, a revisão, a tradução e a impressão do comentário, há pouco tempo hábil. No caso específico do documento de trabalho CD53/5, ele ainda viria a ser modificado, e uma nova versão, com alterações importantes, foi divulgada faltando menos de uma semana para o início da reunião, cabendo, nessa situação, aos observadores que iriam atuar presencialmente em Washington, a edição e a formatação final do comentário em poucos dias ou horas antes da reunião.

Concomitantemente à elaboração do comentário, foram feitas reuniões virtuais para apresentação aos novos *watchers* sobre o funcionamento dos órgãos diretores da Opas e a inserção do WHO Watch nesse contexto. Essa preparação foi finalizada em Washington, com uma oficina de orientação de dois dias, para discussão de temas como governança na Opas/OMS e estratégias de *advocacy*. Esses dois dias também foram usados para a finalização de

comentários ainda pendentes e para elaboração de declarações a serem lidas durante o CD53. A participação da sociedade civil está prevista nas reuniões dos órgãos diretores da Opas e é realizada através de uma intervenção por tópico, após a discussão realizada pelos representantes oficiais dos Estados-Membros. A declaração não pode ter mais de 300 palavras e deve ser entregue com antecedência ao administrativo da Agência, expressando o posicionamento da organização ou entidade que o redigiu, mas não permitindo uma maior interação e discussão, limitando-se apenas a uma manifestação crítica.

No CD53, as principais atividades ocorreram na sala A do prédio da Opas, à qual os delegados dos países, o corpo técnico da Opas e da OMS e os representantes de organizações não governamentais tinham livre acesso, ficando estes últimos ao fundo da sala. O MSP não é uma organização não governamental, é um movimento, mas teve acesso ao CD53 através de parceria com a Medicus Mundi International, organização não governamental que mantém relações oficiais com a OMS. Estavam presentes, no CD53, doze organizações não governamentais com relações oficiais com a OMS, dez organizações não governamentais com relações oficiais com a Opas e sete organismos internacionais¹⁹. Entre as organizações não governamentais, havia representações de estudantes e profissionais, coletivos de usuários, organizações que atuam no combate a determinadas doenças (como câncer e Alzheimer), a Federação Latino-Americana da Indústria Farmacêutica e a Federação Internacional da Indústria de Medicamentos.

A proximidade física com os delegados de países facilita a abordagem, que ocorre principalmente nos intervalos entre as sessões, quando são entregues os comentários elaborados sobre os tópicos da agenda. Muitos delegados demonstraram bastante interesse nos comentários, havendo aqueles que julgavam importante ter subsídios elaborados por movimentos sociais e mesmo representantes de países com pequenas delegações – às vezes,

apenas um ou dois delegados – que diziam usar o material para ajudar a aprofundar o conhecimento em determinados temas. Aliás, esse foi um detalhe que chamou a atenção: enquanto a delegação dos EUA contava com 25 pessoas, algumas das quais especialistas em temas específicos, havia delegações de países com apenas um membro. O grupo do WHO Watch que atuou no CD53 e os demais ativistas do MSP elaboraram comentários para cinco temas: Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, Plano de Ação sobre Deficiência e Reabilitação, Plano de Ação sobre Saúde Mental, Plano de Ação sobre Saúde em Todas as Políticas e Estratégia sobre a Legislação Relacionada com a Saúde. Foram feitas declarações sobre três temas: Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, Plano de Ação sobre Saúde Mental e Estratégia sobre a Legislação Relacionada com a Saúde.

A 136ª Reunião do Conselho Executivo da OMS (EB136) ocorreu de 26 de janeiro a 3 de fevereiro de 2015, na sede da OMS, em Genebra, na Suíça. Alguns elementos do *Watch* em Genebra foram semelhantes ao de Washington, já detalhados acima, pois seguem a mesma lógica. Diferentemente do Conselho Diretor da Opas, que é regional, o Conselho Executivo (EB) é global, por isso também seu *Watch* envolve ativistas de todo o mundo. Diversas redes compõem o WHO Watch e suas contribuições se dão tanto via internet (elaboração dos comentários, auxílio com as notas de cada reunião, por exemplo) quanto presencialmente: o *workshop* de orientação para o EB136 foi realizado na sede de uma organização independente, em Genebra, reunindo diversos representantes da sociedade civil, tendo por objetivo definir estratégias de *advocacy* e *lobby* para o EB136. Essa reunião foi uma oportunidade de conhecer ativistas de diferentes *backgrounds* e também de perceber como os diversos membros desse universo heterogêneo chamado de ‘sociedade civil’ agem e interagem. No *workshop*, realizado

de 21 a 25 de janeiro, foram finalizados os comentários sobre os itens da agenda do Conselho Executivo. Foram também elaboradas as declarações sobre os assuntos prioritários, a serem lidas nas sessões do EB136, e definidas estratégias de ação do grupo de *watchers*. A formação envolveu diversos ativistas (professores universitários, membros de organizações, profissionais de organismos internacionais), que falaram sobre a constituição da OMS, seu histórico, seu funcionamento, sua atuação na governança global em saúde e o papel do WHO Watch nesse contexto.

Diferentemente do Conselho Diretor da Opas, em um EB, as representações da sociedade civil permanecem a maior parte do tempo em galerias superiores, separadas das delegações dos países. Isso dificulta o contato com os delegados. Mesmo que a maior parte dos encontros seja feita no intervalo entre as sessões e que os espaços de descanso sejam comuns a todos (cafeterias para o almoço, *coffee-break* no saguão principal), o simples fato de não haver nenhum contato durante as sessões, nem mesmo visual, dificulta as aproximações e as conversas necessárias. Além disso, sendo um evento global, o número de delegações é muito maior, sendo mais difícil identificar quem é quem. Durante um turno do CD53, por exemplo, já era possível identificar uma parte considerável não apenas dos delegados de cada país, mas também de delegados de organizações da sociedade civil.

No EB136, foram visíveis as diferenças entre as nações, não apenas com relação ao número de delegados por país, mas também no que diz respeito à composição das delegações. Enquanto alguns Estados, geralmente os mais ricos, contam com delegados com larga experiência no campo da governança global em saúde, outros não dispõem de pessoal com esse perfil, tornando os processos de tomada de decisão mais difíceis de serem influenciados.

O grupo do WHO Watch que atuou no EB136 e os demais ativistas das redes do MSP

elaboraram comentários relacionados a 36 tópicos e fizeram doze declarações.

Com relação à composição das delegações que representavam a sociedade civil no EB136, havia 51 organizações não governamentais em relações oficiais com a OMS⁷ – organizações de usuários, grupos de pressão por investimento em pesquisas de determinadas enfermidades, associações de estudantes e profissionais de diversas áreas, a Federação Internacional da Indústria de Medicamentos e a Global Health Council, Inc. De acordo com sua página na Internet, o Global Health Inc. é

composto por membros da organização e centenas de indivíduos – todos comprometidos com a missão de melhorar a saúde em nível mundial através do aumento de investimentos, políticas robustas e o poder da voz coletiva²⁰⁽¹⁾.

Integram o Global Health Council Inc. ‘organizações de desenvolvimento internacional sem fins lucrativos (Organizações Não Governamentais – ONGs)’, organizações internacionais de desenvolvimento com fins lucrativos, corporações/empresas privadas, organizações baseadas na fé, universidades, fundações e indivíduos²⁰. Faziam parte da delegação do Global Health Council Inc., no EB136, três representantes da Nestlé e três da Rabin Martin, uma empresa de consultoria que “ajuda seus clientes a serem líderes na melhoria da saúde e no acesso a tecnologias de saúde global”²¹⁽¹⁾ e que tem entre seus clientes a Fundação Bill & Melinda Gates, a Johnson & Johnson e a Merck & Co., Inc.²¹.

A análise da participação no WHO Watch

A experiência do WHO Watch evidencia a governança global em saúde como um processo em rede cada vez mais complexo formado por diversos atores, como Estados Nacionais, organismos bi e multilaterais, sociedade civil,

corporações, entidades filantrópicas, universidades, entre outros, de forma que os mais diversos interesses estão envolvidos, o que reforça a necessidade de uma sólida liderança.

A OMS mantém-se como uma referência para a formulação de políticas de saúde, portanto, suas recomendações e seus pareceres técnicos possuem prestígio no cenário internacional, o que a torna um espaço em disputa²². As relações de poder desenvolvidas em seu interior são flagrantemente desiguais. Algumas nações dispõem de recursos, financeiros e humanos, e são capazes de se articular de modo a influenciarem fortemente as decisões a serem tomadas. Outros países têm condições de enviar para as reuniões apenas pequenas delegações, o que inviabiliza que os delegados conheçam profundamente todos os tópicos que são discutidos no âmbito da OMS e da Opas ou mesmo que influenciem as discussões – seja através de *lobby* ou de doações voluntárias a projetos escolhidos.

Da mesma forma, ainda que a participação da sociedade civil esteja prevista no regimento da OMS, o custo para enviar representantes para os locais nos quais ocorrem as reuniões torna a atuação nesses espaços difícil ou quase impossível para muitas organizações. A pouca agilidade com que determinadas discussões ocorrem também é um ponto a destacar, mostrando que há temas difíceis de serem tratados, como as questões de gênero, por exemplo – em função de fatores religiosos e culturais –, ou questões que desafiem interesses dos países ricos. Pega e Veale²³ demonstram isso ao analisar a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde da OMS, onde não há inclusão da temática de gênero como algo que influencia a saúde da população, contribuindo para a marginalização e a negligência da saúde das mulheres e, mais fortemente, das pessoas trans.

Além de todos esses fatores, é importante considerar, também, no momento atual, que o processo em curso de Reforma da OMS acontece em um momento único para a Agência, devido à erosão do seu protagonismo mundial

em matéria de saúde, às fragilidades de seu sistema de financiamento, ao conflito de interesses de seu corpo de especialistas, às dificuldades de comunicação e aos problemas de governança interna desde a década de 1990²⁴. A experiência do WHO Watch demonstrou que tal Reforma precisa trazer de volta à OMS e a seus Estados-Membros, prioritariamente, o controle do gerenciamento das ações desenvolvidas no âmbito da governança global em saúde, assim como corrigir inequidades com relação à participação dos países. Nesse contexto, a sociedade civil é um importante agente de mudanças, trazendo a voz das comunidades para dentro da OMS e repercutindo suas discussões para além de seus membros e de seu corpo técnico. Narayan²⁵ aponta o trabalho do MSP como entidade que pressiona para que temas sobre determinantes sociais em saúde estejam na agenda global, levando a um nível com maior amplitude as necessidades sociais.

Outra questão importante no atual quadro da OMS é sua relação com agentes não estatais, que, ao longo das últimas décadas, vem aumentando, tanto em quantidade de agentes envolvidos como de atividades²⁶. Se, antes, a OMS era vista como a “autoridade maior e porta-voz da saúde no mundo”²⁷⁽⁵⁾, agora encontra-se em uma rede de agências que compartilham com ela a governança global em saúde. Também nesse aspecto a participação social entra como fiscalizadora das ações que levam o nome da Agência, mas que intervem na realidade por outras lógicas que não a da solidariedade global, podendo colaborar para o fortalecimento da autonomia da OMS frente aos desafios sanitários internacionais. Tal posicionamento requer grande preparo dos movimentos sociais devido a condições institucionais que dificultam o acesso, a permanência e a influência da participação social nas reuniões. Como exemplo, pode-se citar o pouco tempo de antecedência com que são divulgados os documentos-base das reuniões e a dificuldade geográfica de chegar até as assembleias. Nesse sentido, faz-se necessário negociar e lutar para que ocorra, sempre mais,

a queda das barreiras que regulam o direito humano à informação e à saúde.

Considerações finais

A sociedade civil é capaz de influenciar a curto, médio e longo prazos os processos decisórios da OMS e de suas agências regionais através de diferentes mecanismos e estratégias. Os movimentos sociais trazem uma visão crítica sobre as discussões realizadas por esses órgãos oficiais, promovendo, também, a divulgação desses debates e de seus desdobramentos para além dos espaços governamentais.

A participação de discentes e docentes em movimentos sociais que trabalhem com a temática da governança global em saúde exerce influência na formação de futuros profissionais que poderão exercer cargos de liderança nos governos dos países membros dessas agências e, também, fazer parte do corpo técnico dos organismos internacionais. Percebe-se, então, a importância da inclusão de estudos e momentos de prática sobre saúde global na formação em nível superior, de graduação e pós-graduação, a fim de proporcionar referências e subsídios para o exercício profissional em um mundo cada vez mais globalizado. Mesmo que não atuem diretamente com a governança global, é fundamental reconhecer a interação entre o agir local e as influências recíprocas com o pensamento sistêmico mundial.

A atuação de profissionais que entendam a saúde como um direito em órgãos governamentais e agências intergovernamentais é uma maneira de mudanças sociais. A participação nas atividades do WHO Watch permite às novas gerações um conhecimento prático de como funcionam os processos da governança global em saúde e também uma maior aproximação e familiarização com temas importantes e atuais no campo da saúde global.

Por fim, urge que sejam feitas e estimuladas, com apoio financeiro, pesquisas, reflexões, participações e intervenções, que possibilitem maior apropriação desses mecanismos de

saúde global e que possam contribuir para a (re)construção da OMS e de outras Agências do Sistema das Nações Unidas, a partir das demandas populares de saúde, a fim de que as prioridades de um maior contingente de pessoas pautem as reuniões e as decisões nacionais e internacionais.

Colaboradores

Rocha CMF (0000-0003-3281-2911)*, Martins MR (0000-0001-5582-1605)* e Farias MA (0000-0001-6622-9949)* contribuiram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. People's Health Movement. Global Health Watch 4: An Alternative World Health Report. London: Zed Books; 2014.
2. Matida A. Arroz, feijão, saúde, educação: Política Pública de Saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(3):1668-1668.
3. Rhodes A, Varoufakis Y. The Global Minotaur: America, the True Origins of the Financial Crisis and the Future of the World Economy. London: Zed Books; 2011.
4. Cueto M. Saúde Global: uma breve história. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
5. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata [internet]. 1978. [acesso em 2019 abr 2]. Disponível em: www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
6. United Nations. Millenium Declaration [internet]. Nova York, 2000. [acesso em 2019 fev 18]. Disponível em: www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm.
7. World Health Organization. 136th Executive Board [internet]. Liste des membres et autres participants [data desconhecida]. [acesso em 2019 fev 18]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_DIV1Rev2-en.pdf.
8. United Nations. Health in the post-2015 UN development agenda: Thematic Think Piece [internet]. [local desconhecido]: UN; 2012. 17 p. [acesso em 2020 jan 15]. Disponível em: https://www.un.org/millenniumgoals/pdf/Think%20Pieces/8_health.pdf.
9. United Nations. Plataforma Agenda 2030 [internet]. [acesso em 2019 abr 2]. Disponível em: <http://www.agenda2030.com.br/>.
10. Global Health Watch. Global Health Watch 3. London: Zed Books; 2011.
11. Kickbusch I, Lister G. European Perspectives on Global Health: a policy glossary. Brussels: European Foundation Centre; 2006.
12. Martins MR. Saúde para Todos: A participação social na Governança Global em Saúde [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016. 31 p.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

13. Kickbusch I, Berger C. Diplomacia da saúde global. *Rev. Eletr.Comun. Inf.Inov. Saúde.* 2010; 4(1):19-24.
14. Fidler DP. *The Challenges of Global Health Governance.* New York: Council on Foreign Relations Press; 2010.
15. Buss PM, Ferreira JR. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *Reciis.* 2010; 4(1):93-105.
16. Gostin LO, Mok EA. Grand challenges in global health governance. *Br Med Bull.* 2009; 90:7-18.
17. People's Health Movement. People's Charter for Health [internet]. Bangladesh: [data desconhecida]. [acesso 2019 fev 19]. Disponível em: <https://phmovement.org/wp-content/uploads/2018/06/phm-pch-english.pdf>.
18. Legge D. *Social Movement Activism.* 2013. [Não publicado].
19. Pan American Health Organization. 53rd Directing Council. List of Participants [internet]. 2014. [acesso 2019 fev 18]. Disponível em: www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27437&Itemid=270&lang=en.
20. Global Health Council. Global Health Council: Members [internet]. [acesso em 2019 fev 18]. Disponível em: <http://globalhealth.org/about-us/member-directory/>.
21. Rabin Martin. About Us - Rabin Martin [internet]. [acesso em 2019 abr 2]. Disponível em: <http://rabin-martin.com/our-firm/passion/>.
22. Brown TM, Cueto M, Fee E. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. *Hist. cienc. saude-Manguinhos.* 2006; 13(3):623-647.
23. Pega F, Veale JF. The Case for the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health to Address Gender Identity. *Am. J. Publ. Health.* 2015; 105(3):e58-e62.
24. Ventura D, Perez FA. Crise e reforma da Organização Mundial da Saúde. *Lua Nova.* 2014; 92:45-77.
25. Narayan R. The role of the People's Health Movement in putting the social determinants of health on the global agenda. *Health Promot. J. Austral.* 2006; 17(3):186-188.
26. Martins MR. *Histórias da saúde global: a Organização Mundial da Saúde e a cooperação com atores não-estatais [dissertação].* Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015. 98 p.
27. World Health Organization. A64/10 – Report of the review committee on the functioning of the international health regulations (2005) in relation to pandemic (H1N1). Genebra: OMS; 2009.

Recebido em 13/04/2019
Aprovado em 10/09/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos 2011 – 2018. Los Cursos Uisp en El Salvador, una experiencia transformadora

International People's Health University 2011 –2018. The IPHU Courses in El Salvador, a transformative experience

Maria Elizabeth Hamlin Zúniga¹

DOI: 10.1590/0103-110420205115

RESUMEN El Ministerio de Salud de El Salvador (Minsal) y el Movimiento para la Salud de los Pueblos (MSP) implementaron siete cursos dirigidos a personal de salud y líderes comunitarios comprometidos, o con deseos de serlo, en el ejercicio del derecho humano a la salud por la población, con apoyo de la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos (Uisp) durante el periodo 2011–2018 (gobierno del Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional – FMLN). Se formaron ocho generaciones incluyendo más de 300 personas, entre personal del Minsal, otras instituciones, líderes del Foro Nacional de Salud y líderes comunitarios latinoamericanos. El artículo comparte objetivos, metodología, proceso de organización e implementación, y resultados de esta experiencia. Se analiza el impacto del proceso de formación de equipos de salud y referentes de movimientos sociales, ejecutando un acuerdo-alianza entre Estado y Sociedad Civil. También se comparte el impacto en el fortalecimiento del sistema de salud salvadoreño y unos registros de las vivencias y sentipensares de algunos participantes. El artículo permite comprender las oportunidades que genera este tipo de alianza así como las dificultades encontradas y como se las superaron.

PALABRAS CLAVES Reforma de salud. Profesionales de la salud. Movimiento social.

ABSTRACT *The Ministry of Health of El Salvador (Minsal) and the People's Health Movement (PHM) implemented seven courses for health personnel and community leaders committed, or with the desire to be, in the exercise of the human right to health, with support from the International People's Health University (IPHU) during the period 2011 – 2018 (government of the Farabundo Martí Liberation Front – FMLN). Eight generations were formed including more than 300 people, comprising Minsal staff, other institutions, leaders of the National Health Forum and Latin American community leaders. The article shares objectives, methodology, process of organization and implementation, and results of this experience. The impact of the process of formation of health teams and activists of social movements is analyzed, achieving an agreement-alliance between State and Civil Society. The impact on the strengthening of the Salvadoran health system and some records of the experiences and reflections (sentipensares) of some participants are also shared. The article allows us to understand the opportunities generated by this type of alliance as well as the difficulties encountered and how they were overcome.*

KEYWORDS *Health care reform. Health professionals. Social movement.*

¹Movimiento para la Salud de los Pueblos – Managua, Nicaragua.
maria.hamlin.zuniga@gmail.com



Introducción: nacimiento del MSP y la Uisp

En 2005 el Movimiento para la Salud de los Pueblos (MSP) organizó su segunda Asamblea Mundial en Cuenca, Ecuador. Previo a la Asamblea, se implementó el primer curso de la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos (Uisp), con una duración de diez días. En éste, participaron estudiantes y docentes de Centroamérica, como Eduardo Espinoza, Vice Ministro de Políticas de Salud de El Salvador, Margarita Posada, actualmente Coordinadora del Foro Nacional de Salud de El Salvador, y María Hamlin Zúniga de Nicaragua, en ese momento, coordinadora del Consejo Internacional de Salud de los Pueblos. Entre los acuerdos de la segunda Asamblea estuvo el compromiso de promover la Uisp en todo el mundo, retomando el modelo del primer curso en Cuenca, Ecuador.

Después de la segunda Asamblea, el MSP realizó cursos Uisp en Latinoamérica, África, Asia, Australia, Medio Oriente, Europa y Norte América. Algunos fueron de diez días completos, como el de Cuenca, y otros de menor duración, como sesiones educativas de uno o dos días o seminarios de varios días.

En los cursos Uisp, emblemáticos de MSP, participaron jóvenes de diferentes países, por lo regular conducido en inglés y con docentes integrados en la conducción del MSP global o en expresiones por la salud propias de la región donde se desarrollaba el curso. Estos docentes contaban con una amplia formación y reconocimiento académicos, igual que un claro compromiso con las luchas por el derecho a la salud.

Las bases conceptuales para los cursos Uisp en El Salvador

El objetivo de la Uisp es contribuir a la ‘salud para todos y todas’ con el fortalecimiento del MSP como una red de organizaciones y

activistas en todo el mundo. Para ello asume el compromiso de desarrollar capacidades en activistas que trabajan por un mundo saludable, justo, armonioso y sostenible.

En correspondencia con este objetivo, la Uisp en El Salvador organizó cursos intensivos de 7 a 10 días, con 30 a 40 jóvenes activistas y docentes locales e internacionales, trabajando juntos en temas como Atención Primaria de Salud (APS), promoción de la salud, economía política de salud, reformas del sector salud, salud y comercio, género y salud, determinación social de la salud, concientización, investigación participativa y cómo trabajar con las comunidades.

Actualmente, además del enfoque hegemónico, hay diferentes enfoques sobre la salud a nivel mundial, uno que habla de Determinantes Sociales de la Salud y otro de Determinación Social de la Salud. El Ministerio de Salud de El Salvador (Minsal), ha hecho una apuesta por poner en práctica el enfoque de determinación social de la salud.

Reforma de Salud en El Salvador

Las vivencias de las Asambleas Mundiales de Salud de los Pueblos y de la Uisp generaron respaldo en Centroamérica a los planteamientos de estas; entre otras a promover la APS y continuar la lucha con énfasis en la determinación social de la salud. Activistas centroamericanos y particularmente salvadoreños fueron impactados por la experiencia, lo que incidió en sus conocimientos, investigaciones y activismo contra la privatización de la salud a nivel comunitario y nacional.

En 2009, la izquierda salvadoreña ganó las elecciones presidenciales. Previamente, había preparado su plataforma electoral, identificando las necesidades de la población. La propuesta integraba elementos ampliamente discutidos en las Asambleas Mundiales del MSP y en los cursos Uisp. El lema de la campaña electoral fue ‘Nace la esperanza,

viene el cambio’, lo que incidió en el diseño de la Política Nacional de Salud que debía llevar adelante el nuevo gobierno.

La Política Nacional de Salud de El Salvador ‘Construyendo la Esperanza’¹ definió como su objetivo ‘Garantizar el derecho humano a la salud a toda la población’, concibiendo a los recursos humanos en salud como la piedra angular de su Reforma de Salud. Priorizó la APS como la estrategia a seguir por el sistema de salud tanto con la población como en todos los establecimientos de salud (especialmente las Unidades Comunitarias de Salud Familiar y la red hospitalaria). La política de salud desarrolló también el abordaje de Determinación Social de la Salud y aplicó la epidemiología crítica como herramienta fundamental de trabajo. Este abordaje retomó los aportes epistemológicos y el amplio debate que se venía dando desde la década de los años 70 en el seno de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames) sobre las limitaciones del enfoque de riesgo y su versión más reciente de Determinantes Sociales de la Salud. Al centro del debate se discutía la necesidad de superar el abordaje fraccionado de la realidad al que inducían ‘los Determinantes Sociales de la Salud’, que a su vez conducían a ocultar que el problema fundamental lo constituía el modelo hegemónico de desarrollo, centrado en el crecimiento económico infinito en un mundo con recursos naturales finitos. Este modelo en su conjunto (y no parcializado en determinantes) era quien condicionaba la depredación, el hiperconsumismo, las migraciones, el extractivismo, la crisis ambiental y el calentamiento, todo ello con dimensiones globales. De esta manera el abordaje de ‘Determinantes Sociales de la Salud’ como versión del enfoque de riesgo se convertía en un obstáculo para avanzar hacia un nuevo modelo de desarrollo en armonía con el entorno a través de una relación racional entre la humanidad y la naturaleza.

En 2009, durante una discusión en la Universidad de El Salvador sobre la nueva política de la Reforma en Salud, se identificó la necesidad

de dar mayor impulso a la APS en el país y realizar cursos para concientizar al personal de salud y al movimiento social en gestación.

El Dr. David Sanders, uno de los fundadores del MSP, en una visita de trabajo a El Salvador en marzo de 2011, planteó la idea de la formación de activistas dentro del marco de la Reforma en Salud y recomendó la realización de cursos Uisp en el país como una oportunidad única de trabajar directamente con un ministerio de salud en un proyecto emblemático del MSP.

Con la toma del gobierno por el FMLN, se abrieron las posibilidades de hacer cursos permanentes en El Salvador, lo que era necesario aprovechar. La experiencia salvadoreña es la más intensa en América Latina en términos de una reforma en salud que privilegia la atención primaria y comunitaria por encima del enfoque curativo, al tiempo que incluye como eje fundamental la participación social, representada actualmente por el Foro Nacional de Salud (FNS). El gran objetivo del FNS es la toma de decisiones consensuados para la construcción del nuevo Sistema Nacional de Salud basado en el ejercicio pleno del derecho a la salud por la población, la universalidad, la inclusión, la calidad y el protagonismo ciudadano. El Foro tiene tres objetivos estratégicos:

1. Participación social significativa (políticas de salud, toma de decisiones, evaluación)
2. Desarrollo organizativo territorial (por comunidades, municipios, departamentos y nacional) y desarrollo organizativo sectorial: derechos en salud sexual y salud reproductiva, medicamentos, cambio climático, mujeres, jóvenes, etc, y
3. Incidencia para empoderar a la población sobre el conocimiento y los alcances de su derecho a la salud, a fin de reivindicar ante instancias gubernamentales y no gubernamentales la garantía de este derecho y la satisfacción de las necesidades derivadas del mismo.

Poco a poco, los contenidos de la Política Nacional de Salud ‘Construyendo la Esperanza’ y la necesidad de desarrollar los recursos humanos como piedra angular del proceso de reforma, encontraron un elemento renovador y catalizador en los docentes y estudiantes que habían participado en diferentes actividades del MSP incluyendo la Uisp desde su origen.

Ocho generaciones de cursos Uisp en El Salvador

En septiembre de 2011 se realiza el Tercer Congreso del Movimiento Salvadoreño por la Salud Dr. Salvador Allende y el Primer Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social – Alames-El Salvador denominado ‘Dra. María Isabel Rodríguez’. En este marco se solicitó y acordó la adhesión del Movimiento Salvador Allende al MSP.

Esta incorporación al MSP vino a consolidar la oportunidad histórica de organizar en El Salvador el primer curso de la Uisp dirigido a la formación del liderazgo y activistas por el derecho a la salud, particularmente los miembros del Movimiento Por la Salud Dr. Salvador Allende que laboraban como personal de salud y podían catalizar el sistema de salud, sumándose igualmente a los cursos Uisp activistas y liderazgo del Foro Nacional de Salud y egresados de la Escuela Latinoamericana de Medicina en Cuba (Elam). Los siguientes pasos incluyeron el trabajo de diseño, la búsqueda de financiamiento y la identificación de personas, especialmente aquellas que desde los años 70 venían contribuyendo al pensamiento crítico y progresista en América Latina, incluyendo profesionales de Alames y el Movimiento para la Salud de los Pueblos América Latina (MSPLA). En esta oportunidad, se buscó eliminar la barrera lingüística que estuvo presente en el curso Uisp de Cuenca y en otros, por lo que se aprovecharon recursos latinoamericanos o de habla española. El primero curso Uisp, que en El Salvador se denominó ‘Curso de políticas de salud para la promoción y abogacía del

derecho humano a la salud en el marco del proceso de la Reforma de Salud de El Salvador’, inició en 2011.

Poco a poco, y como resultado de la cualificación derivada de la presencia del liderazgo del FNS, la participación del liderazgo en el curso se fue incrementando.

A la fecha, se han formado ocho generaciones abarcando ya a más de 300 personas, entre profesionales de la salud y otras disciplinas, y el liderazgo del FNS. Estas personas asumen el compromiso de contribuir a la profundización de la Reforma de Salud en El Salvador, que es el fruto de un intenso debate en el seno del Movimiento Social, instancias gremiales y académicas, comités de base del partido FMLN, población en general y solidaridad internacional que se resumen en el documento de política ‘Construyendo la Esperanza’^{1,2}. El planteamiento básico de la reforma rechaza la mercantilización de la salud y la concibe como un derecho humano fundamental. Se ha dado oportunidad de participar en los cursos a personas de otros países de la región, en particular Guatemala, Honduras y Nicaragua, además de una persona de Bolivia, una de Ecuador y dos del País Vasco.

El proceso inició con el diseño de un proyecto de gestión para la obtención de fondos. Se conformó el equipo planificador académico y de logística, que elaboró la programación del curso, identificó y convocó a lxs docentes más idóneos nacionales e internacionales; también se integró el equipo de facilitación constituido con lxs participantes más destacadxs de las generaciones anteriores. Luego, se realizó la convocatoria que fue publicada en el sitio *web* del Minsal. Desde entonces, el proceso de selección y reclutamiento es el mismo: la persona llena el formulario y presenta una propuesta de proyecto, que puede ser una investigación o una actividad de promoción de la salud. A ésta se debe adjuntar el permiso de su jefe y el compromiso con las reglas internas de la Uisp. Posteriormente, se desarrolla un proceso de selección donde el equipo coordinador del curso revisa las solicitudes y las califica. Se toma

en cuenta la edad, género, profesión, ubicación dentro del sistema, experiencia de activismo, se califica su proyecto y se recomienda si se incluye o no. La coordinación busca la equidad de género en la selección, prioriza a personas menores de 40 años con distribución equitativa en las cinco regiones de salud del país, instituciones formadoras, organismos no gubernamentales, asociaciones u organizaciones profesionales, de diferentes disciplinas y niveles de atención. Posteriormente, se notifica a las personas seleccionadas y se gestiona una carta de permiso para ausentarse de su puesto de trabajo. En el caso del FNS, la coordinación técnica, propone a sus participantes siguiendo criterios similares tomando en cuenta la representatividad territorial. En cuanto a la edad, se permite que el FNS tenga un mayor rango. Al final del curso, se realiza la evaluación integral en línea y los resultados se discuten principalmente con el equipo de facilitación.

El propósito de este curso en El Salvador ha sido el de generar capacidades técnicas, conductuales y políticas para un abordaje integral de la salud y sus inequidades, que considere la determinación social como el mejor enfoque para abordarla y tomar control sobre la misma por las comunidades organizadas. El curso se realiza con el acompañamiento académico de la Uisp y del MSPLA y es coordinado por el Vice Ministerio de Políticas de Salud y un equipo técnico.

El curso dura diez días continuos, a tiempo completo y con largas jornadas de trabajo. Ello implica que lxs 35 participantes, lxs facilitadores y lxs profesores nacionales e internacionales, expertxs en salud pública, se

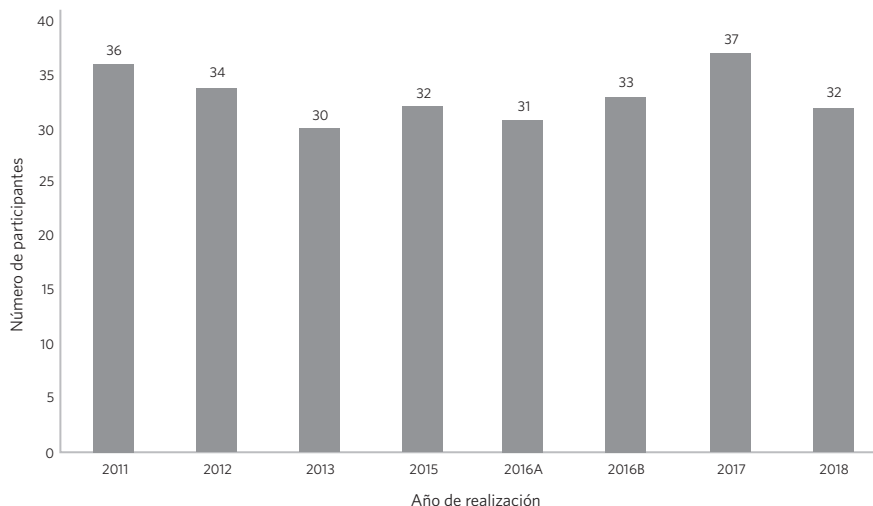
concentran por ese período en un lugar fuera de San Salvador. Se forman grupos de trabajo permanente para discusiones a profundidad y para elaborar proyectos, y grupos *ad hoc* para la elaboración de la memoria, el registro fotográfico y el desarrollo de las actividades culturales. También, se integran grupos de no más de diez personas y con diversas disciplinas para visitas de campo, que tienen como objetivo observar y documentar en el terreno casos concretos del abordaje de la Determinación Social de la Salud por el proceso de reforma salvadoreño, tales como la minería metálica, la enfermedad renal crónica, violencia y salud, contaminación ambiental y actividades del FNS.

Los temas de los cursos Uisp en El Salvador coinciden con los de la currícula global, con la diferencia que éstos se desarrollan en el marco de la Reforma de Salud. Lxs docentes hacen su presentación presencial o virtual, seguida de discusiones en grupos y plenarias. Para las últimas dos generaciones, se ha diseñado una plataforma virtual en el sitio *web* del Minsal donde se comparten en tiempo real las conferencias y debates con lxs cursillistas.

Caracterización de participantes en cursos Uisp en El Salvador en el período 2011 a 2018

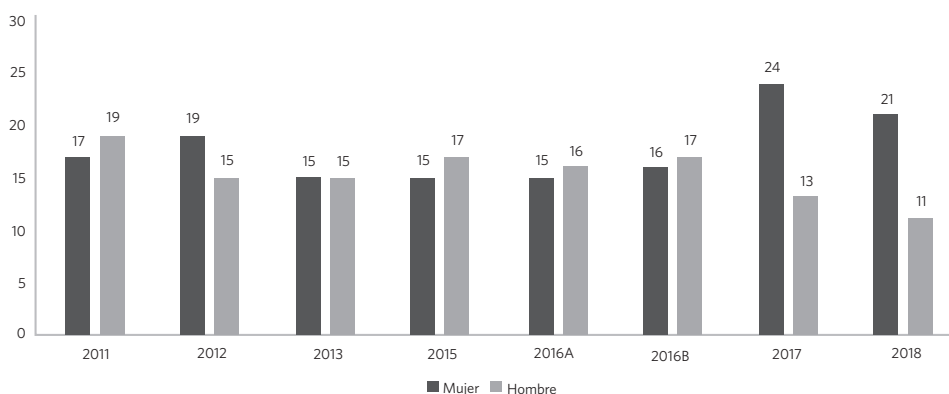
A lo largo de 7 años, en los cursos Uisp en El Salvador han participado como cursillistas un total de 268 personas. En cada cohorte participaron entre 30 a 40 personas (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Número de participantes por curso Uisp, El Salvador 2011 - 2018



Se procuró una distribución equitativa por género en cada generación (gráfico 2):

Gráfico 2. Distribución de participantes por sexo, cursos Uisp, El Salvador 2011 - 2018

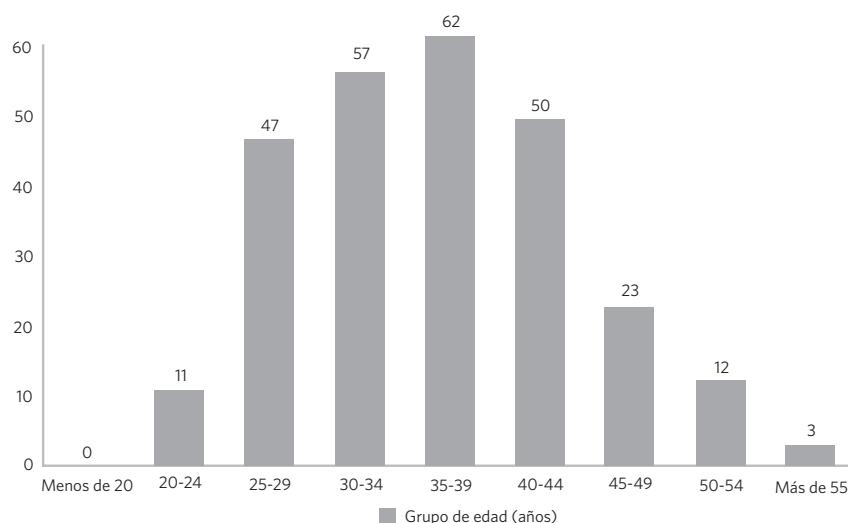


En términos generales, el 54% (145) fueron mujeres y el 46% hombres (123), sin embargo, en 2017 hubo mayor participación de mujeres, en su mayoría lideresas del FNS.

Todas las personas que participaron en los cursos eran mayores de edad, los grupos de edad con más representación son el de 35 a 39 años con el 24% (63), seguido por los grupos de

30 a 34 (54) y de 40 a 44 años (54) con el 20% en cada grupo. A pesar de ser requisito en los criterios de aplicación al curso ser menor de 40 años, se incluyó a personas que sobrepasan esta edad tomando en cuenta su compromiso y liderazgo desarrollado en espacios de participación social en el FNS y en los espacios de gestión del Sistema Nacional de Salud (gráfico 3).

Gráfico 3. Distribución de participantes por grupo de edad, cursos Uisp, El Salvador 2011 – 2018



Desde 2016, en la elaboración de un estudio de caso para el proyecto de investigación del MSP, financiado por el International Development Research Center (IDRC) sobre Sociedad Civil y Salud para Todxs(2016)³ y en la sistematización de los cursos (2017)⁴ se realizaron entrevistas a profundidad con actores claves, grupos focales, personal de salud y liderazgo del FNS que han participado en algunas de las ocho generaciones del curso Uisp. Se hizo un ejercicio de evaluación cualitativa conocido como ‘cambio más significativo’ con facilitadores de las diferentes generaciones, así como con estudiantes extranjeros y algunos de los docentes internacionales. El material que sigue es una síntesis de estas actividades.

El cambio más significativo

El curso Uisp produce un choque intenso que lo sacude a uno. Los contenidos son profundos, muy fuertes y con orientaciones que desvelan ‘la realidad real’. Hay un quiebre entre antes y después del curso Uisp. Somos otras personas, ya nadie es igual que antes. (Excursillista).

Algunos profesionales de la salud han opinado que el curso Uisp ayuda a enlazar dos cosas: los conocimientos de la formación profesional universitaria y la política social; es decir, la formación profesional y la militancia. El curso es un enlace entre estas dos formas de pensar, de actuar y de vivir. “*Ahora he perdido el miedo de hablar de la salud dentro de mi militancia política*”, dijo uno de lxs participantes. Consideran que el curso Uisp es valioso desde lo teórico y académico. En ninguna otra parte, se habla de los temas que se desarrollan en el curso Uisp, sobre las diferencias entre la medicina social y colectiva y la práctica biomédica. El curso permite la reflexión y análisis sobre diferentes teorías y visiones de la salud pública.

Comentan activistas del FNS que en el curso Uisp participan personas formadas en áreas no vinculadas a la medicina: “*Participar en el curso amplió la visión de que se puede y se debe promover la salud desde distintas áreas disciplinarias*”. Hay mucha participación activa, así como trabajo en grupos mixtos de personal de salud y liderazgos comunitarios.

Para las y los graduados de la Elam, el curso Uisp es una oportunidad para conocer

la realidad de El Salvador después de años en un sistema distinto. Ayuda a entender muchos procesos, a esclarecer dudas y es enriquecedora.

El mayor beneficio que me ha traído el curso Uisp es el haber generado hermandad con todas y todos los cursillistas que tenemos un sueño de transformar y construir un mundo mejor. (Excursillista).

El curso Uisp fortalece los lazos de hermandad y comunicación entre hombres y mujeres que tienen el mismo deseo de lucha. Ha aumentado y cualificado las redes de contactos entre activistas y muchos proyectos se han vuelto más fáciles o más rápidos de realizar.

Según militantes del FNS, en el curso hubo algunas diferencias con el personal del Minsal, se manifestó una contradicción entre el discurso y la práctica en el territorio; pero sin duda, el curso Uisp es un espacio para generar nuevas relaciones. Después de la participación en el curso, la actitud de algunos trabajadores de salud cambió con respecto a la imagen que tenían antes.

Ahora puedo ver a los participantes del curso en forma distinta, no por nivel académico sino por ser compañerxs del curso. (Excursillista).

Al principio, había rechazo al liderazgo del FNS por parte del personal de salud. No conocían lo que es el FNS, ni tampoco estas personas sin mucha educación formal, pero con capacidades de liderazgo y apoyo comunitario. El eje de participación social, representada desde 2010 por el FNS, está dentro de los contenidos del curso, aunque es desconocido para la mayoría del personal de salud.

La brecha entre los profesionales y activistas ha sido reducida gracias al curso Uisp.

En el curso, el liderazgo ha entendido porque el médico en las comunidades es prepotente, la razón es porque han sido formados por el sistema hegemónico, por lo que esperamos que se

modifique la formación de los profesionales. En el curso, aprendimos mucho del personal de salud, pero ellos conocieron la otra cara del problema y así conocieron el pensar de las comunidades. (Lideresa del FNS).

Para los liderazgos territoriales del FNS, el curso es una motivación que alimenta la autoestima. Participar en una universidad, la Uisp, estudiar con profesionales médicos, con docentes nacionales e internacionales, los satisface. El liderazgo siente las diferencias, pero se dan cuenta de su propio valor y que tienen conocimientos y capacidades diferentes.

La participación del FNS en el curso Uisp, a partir de la segunda generación, ha resultado en el fortalecimiento de su organización, motivación, militancia y compromiso con la Reforma de Salud. El curso da la oportunidad de conocer al liderazgo y su trabajo en la organización comunitaria; al mismo tiempo, permite aclarar su rol en la controversia social y la incidencia política. Según el personal de salud, después de la participación en el curso Uisp, ha cambiado su percepción del FNS.

El curso me hizo bajarme del espacio inexistente en que me tenía el sistema como 'profesional' (colonizado) y me colocó un amarre que me mantiene más cerca de la realidad, esa que critica y hace que duela el dolor de otro. Es un abrir de ojos que sensibiliza y humaniza la persona. (Excursillista).

Hay personal de salud que opina que se tuvo acceso a conocimientos nunca vistos en la formación médica tradicional salvadoreña, sobre una forma distinta de ver la salud, desde la humanización, lo que permite tomar mejores decisiones.

El curso Uisp es una oportunidad para conocer otras personas, otras ideas, de aprender a escuchar a la población. Es una motivación por compartir y llegar a un compromiso personal como agente de cambio. (Excursillista).

Muchas personas opinan que las visitas de campo fueron una oportunidad que no se tiene en el trabajo cotidiano en los servicios de salud de primer nivel de atención y mucho menos en el nivel hospitalario. Con estas visitas, se pudo conocer de primera mano y por primera vez, la problemática de la minería, los agrotóxicos, la enfermedad renal crónica o la violencia.

El liderazgo del FNS considera que el curso ha ayudado mucho. Ha servido para potenciar la participación de las comunidades. Ahora van a otros municipios para fortalecer la organización, haciendo conciencia de las luchas organizativas. Se tiene más acercamiento con las comunidades; se ha perdido el miedo, ganando más valor. Hay una oportunidad para trabajar nuevos enfoques que ayudan a replantear el enfoque tradicional de la salud. Se ve el aporte de liderazgos en las comunidades, se identifican con estos nuevos enfoques para promover la defensa del derecho a la salud.

El personal docente internacional también fue impactado por el curso:

El curso Uisp representa un importante estímulo para continuar en la lucha por el derecho a la salud y la transformación de la sociedad ya que permite estar en contacto con una experiencia concreta de carácter exitoso. Permite, además, estar en contacto con sus actuales líderes y con potenciales cuadros de dirección del sector salud. El curso Uisp me permite crecer, cada curso implica un aprendizaje importante, por eso trato de estar todo el tiempo, no considero que voy a colaborar con algunas presentaciones o charlas, considero que voy a aprender y a fortalecer mis conocimientos, pero además mis principios y convicciones. (Oscar Feo, Venezuela).

Valoro mucho la concentración que genera la modalidad de trabajo, aunque pienso que puede incrementarse la calidad del mismo si las y los facilitadores desarrollan dinámicas y estrategias metodológicas que hagan que todas y todos participen, de forma que no se baje la guardia con los tiempos, las relatorías e informes de cada grupo. Lo más importante es entender que más allá de

la clínica, el trabajo en salud compromete a los mismos derechos humanos y valores más fuertes como la equidad, la justicia, la participación y la movilización del sector en torno a una mejor calidad de vida, de buen vivir y de mejor estar. Abandonar la centralidad androcéntrica y heteronormativa también es importante. La dimensión ambiental y el acercamiento al feminismo y a la perspectiva de género en salud completa muy bien el esfuerzo. (Sara Fernández, Colombia).

Comencé a participar en el Curso Uisp a partir de 2015. Esta ha sido para mí una experiencia formidable e inolvidable en mi vida personal, pues me dio la oportunidad de ver en la práctica el entusiasmo de cohortes de jóvenes profesionales de salud buscando capacitarse para atender las necesidades de salud de la población salvadoreña. Así como enseñé, aprendí mucho de la experiencia de los cursantes y de los demás docentes, de las discusiones colectivas y del intercambio de opiniones. El entusiasmo colectivo se diseminaba a lo largo de todos los cursos. Las amistades generadas en el Uisp perduran en el tiempo y mantengo relaciones muy valiosas con cursantes y docentes. (Víctor Penchaszadeh, Argentina).

Lecciones aprendidas

El curso Uisp en El Salvador marca la vida de las personas que participan en él, porque en el curso conocen verdaderamente la realidad: las raíces explicativas que les dan los elementos necesarios para juzgar su propia conducta, para entender la lucha de clases y para entender también porque la gente actúa como lo hacen y finalmente para entender la vida. El curso forma por ello activistas para toda la vida, para profundizar la lucha por la salud basada en la determinación social y por tanto para defender la Reforma de Salud.

El curso Uisp aborda la medicina social, las luchas en otros países y los diferentes procesos que se llevan a cabo para introducirlos en la comprensión del nuevo enfoque de la Determinación Social de Salud. El curso Uisp también da aportes

significativos al pensamiento crítico. Los conocimientos aprendidos en el curso generan nuevas formas de trabajar en coordinación y solidaridad entre las personas. Les proporciona la posibilidad de creer, de imaginar, de soñar y de transformar la realidad a pesar de la crisis existencial, especialmente de la juventud.

Algunas personas afirman que su militancia ha crecido después del curso Uisp. Forman lazos de amistad entre las personas de las diferentes generaciones, y estos lazos inciden en su trabajo en salud, inclusive en el trabajo político. *“Las redes se extienden y uno se siente parte de un colectivo”*, como dice unx de lxs excursillistas.

El curso Uisp ha permitido conocer cómo la alianza entre el imperialismo y la oligarquía se beneficia de la comercialización de la salud, utilizando estrategias para debilitar todo lo público con el fin de hacer de la salud un negocio.

El Curso Uisp me ha permitido aprender y desaprender, para reorientar mi camino hacia el sur y no hacia el norte como pensaba que era lo correcto. Aprendí que si quiero generar un impacto positivo en nuestra sociedad, debo empezar por hacer cambios en mí misma, comenzando desde mi forma de pensar y ver la realidad hasta la manera de hacer las cosas y luego involucrar a mi familia en ese proceso de cambio. (Excursillista).

El liderazgo del FNS menciona que el curso les desarrolla la capacidad de incidir en temas que parecieran que no son de salud, como el salario mínimo, el problema fiscal, las pensiones etc. Son asuntos que tienen que ver con salud y por lo tanto se debe participar e incidir en ellos. A partir del mismo conocimiento que se va adquiriendo, las acciones se van encaminando con enfoques más integrales y con una mayor claridad. Por lo tanto, es indispensable intervenir.

El programa del curso Uisp fortalece al FNS. Permite un cambio en la percepción del liderazgo del FNS y del personal de salud. Asegura la expansión territorial del FNS, procurando una mayor colaboración entre el liderazgo del FNS y el personal de Minsal que ha participado en el curso Uisp. (Miembro del FNS).

Conclusiones

El curso Uisp ha formado una masa crítica de trabajadorxs de la salud y de liderazgo del FNS sensibilizados y con herramientas para defender la Reforma de Salud. Lxs excursillistas son un grupo estratégico de relevo generacional en la salud pública, muchxs de ellxs están en puestos de trabajo de nivel gerencial en las instituciones y organizaciones a las que pertenecen. Realizar la Uisp en un país y con la participación de la mayoría de participantes procedentes del mismo, permite fortalecer la organización territorial.

El mayor obstáculo para el desarrollo de los cursos fue el profundo arraigo del modelo biomédico en la mayoría de profesionales de la salud, atribuible a su educación formal y a la organización y funcionamiento tradicional del sistema de salud. Otro obstáculo es la falta de seguimiento, respaldo institucional y financiamiento a los proyectos planteados en el curso Uisp.

La participación en los cursos Uisp en El Salvador ha permitido una transformación en términos ideológicos, teóricos y prácticos. No es simplemente una cuestión de semántica, sino entendimiento del enfoque de Determinación Social de la Salud. Una nueva concepción para abordar y entender el proceso salud-enfermedad. Un logro importante y una lección para el MSP a nivel mundial es el involucramiento de la masa crítica de cursillistas en este debate, así como su trascendencia a nivel nacional, regional y global.

La experiencia de El Salvador en la Reforma de Salud y el aporte de los cursos Uisp en este proceso, se resume en un documento publicado por el Minsal y titulado ‘Diagnóstico Nacional de Promoción de la Salud’⁵, preparado conjuntamente por representantes del FNS y del Minsal. Este documento es un logro en sí mismo, es de importancia simbólica histórica.

La alianza estratégica generada entre el MSP-Uisp y el Minsal de El Salvador es de vital importancia. Por un lado, el MSP-Uisp pone a disposición del ministerio una metodología docente y un grupo de facilitadores entrenados en una pedagogía para la liberación, mientras que el

Minsal asume como prioridad la formación de cuadros político-técnicos como elemento central para hacer avanzar la Reforma de Salud. Hoy, puede decirse que la conducción del sistema de salud salvadoreño está a cargo de egresados del curso Uisp que hacen de la lucha por el derecho a la salud su objetivo fundamental. (Oscar Feo, Venezuela).

Es muy importante la 'transversalidad' en la procedencia de los participantes y especialmente, la participación del FNS. La convivencia de los docentes favorece el intercambio de opiniones, dada la procedencia de entornos sanitarios, en ocasiones muy dispares. (Txema Ostolaza, País Vasco).

El compañero Juan Luis Uríadel País Vasco también ha hecho la siguiente reflexión:

No hay reforma de salud que permanezca en el tiempo sino la defienden sus profesionales, sus trabajadores y la población organizada. Ahí precisamente inciden los temas tratados en el curso Uisp en El Salvador.

Estudiante del séptimo curso Uisp, 2017, deja su reflexión:

En el transcurso del curso mi compromiso social y humano se fortaleció y me pregunté: ¿Realmente estoy haciendo lo suficiente por defender la salud de mi gente? ¿Existe un compromiso real más allá de estar atrás de un escritorio y un canapé? ¡No! No basta conformarse con lo que los de 'arriba' hagan o quieran hacer, debe existir una participación social en donde todas y todos estemos involucrados y vayamos caminando juntos por defender nuestros derechos, pero además generar el cumplimiento de nuestros deberes buscando una sociedad en equilibrio y consecuente con lo que se dice, piensa, hace y siente. Durante la vivencia en el curso Uisp realizado en La Palma, todo fluyó para renovar nuestra mente y espíritu de lucha, nos transformamos para ser mejores personas, más humanos movidos por el amor a la vida y justicia social.

Y así, ¿Cómo se garantiza que el curso Uisp es un proceso que no tiene marcha atrás? “*Más que ex-cursillistas, somos militantes de la lucha por la salud*”. Varias personas opinan que la sostenibilidad de los cursos Uisp en El Salvador, no depende sólo de que el gobierno del FMLN o la visión actual de las autoridades del Minsal lo continúen o no. Garantizar la Uisp depende de la disposición de todos y todas, del seguimiento de lxs participantes así como de los cursos, los proyectos y los lazos de compañerismo y solidaridad ya desarrollados. También es relevante el apoyo de la cooperación internacional con una visión que fortalezca la Reforma de Salud a través de la formación de militantes. Todo esto requiere una reflexión para generar propuestas concretas en el tema de sostenibilidad.

El Dr. Eduardo Espinoza, ex viceministro de Políticas de Salud de Minsal y del equipo de coordinación de los cursos con la autora de este artículo opina y nos lleva hacia la conclusión.

Los cursos de la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos, cursos de Políticas de Salud para la Promoción y Abogacía del Derecho Humano a la Salud, o simplemente los 'cursos Uisp de La Palma', como fueron más popularmente conocidos, se constituyeron en un elemento omnipresente en el proceso de Reforma. Un crisol de formación de cuadros políticos comprometidos con el derecho a la salud de la población y un punto de referencia y debate entre el liderazgo comunitario, personal de salud y algunas de los más destacados pensadores y militantes por el derecho a la salud provenientes de muchos países, pero con fuerte predominancia latinoamericana. El 'Curso de La Palma' era esperado año con año y lo seguirá siendo. Quienes nos comprometimos con su diseño y realización no nos resignamos a que se interrumpan, son un elemento vital, renovador y energizante que no puede ni debe desaparecer.

Nunca se nos cruzó por la mente ofertar o solicitar un monto para compensar el tiempo o los conocimientos invertidos durante el curso o

cobrarles su participación a los alumnos, sencillamente porque todos éramos allí alumnos, todos aprendíamos y nos fortalecíamos en la importancia de intercambiar, de exponer para que nuestras ideas fueran desmenuzadas, criticadas y retroalimentadas, por quienes eran la razón de ser de las mismas. Cada curso fue una experiencia diferente, enriquecedora e irrepetible.

El futuro podrá ser un tanto más difícil pues ya no contaremos con la disponibilidad de algunos recursos que nos facilitaban materialmente la tarea. Tendremos que encontrar oídos receptivos y gestionar con eficacia los recursos que se nos confíen, pero estamos seguros que encontraremos para seguir formando nuevos combatientes

por el derecho a la salud que defiendan los logros alcanzados y que repliquen el entusiasmo y el crecimiento ideológico-político que dejan una huella especial en quienes como alumnos, como docentes, como facilitadores o como expertos en algún tema, se involucran en uno de estos cursos. Les esperamos como siempre, en La Palma, Chaltenango, en el próximo Curso Uisp.

Colaboradora

Zúniga MEH (0000-0002-6981-0170)* es responsable de redactar el manuscrito. ■

Referencias

1. El Salvador. Ministerio de Salud. Dirección de Legislación y Regulación en Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Construyendo la Esperanza: Estrategias y recomendaciones en salud 2009-2014. San Salvador: Minsal; 2010.
2. El Salvador. Ministerio de Salud. Dirección de Legislación y Regulación en Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Política Nacional de Salud 2015-2019. San Salvador: Minsal; 2010.
3. Zúniga MH. Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos El Salvador: Una experiencia transformadora. In: PHM. Case Studies in the IDRC Project 'Civil society engagement for Health for All'. El Salvador: People's Health Movement; 2017.
4. Zúniga MH, Espinoza E, Elías MA, et al. Sistematización de la experiencia de desarrollo de los cursos de la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos con el Ministerio de Salud de El Salvador en el periodo 2011 - 2017. San Salvador: Viceministerio de Políticas de Salud; Minsal; 2018.
5. El Salvador. Ministerio de Salud. Unidad de Promoción de la Salud, Viceministerio de Políticas de Salud. Diagnóstico Nacional de Promoción de la Salud 1945-2015. San Salvador: Minsal; 2015.

Recibido el 06/05/2019
Aprobado el 08/12/2019
Conflicto de intereses: inexistente
Apoyo financiero: no hubo

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Vida, luta e Movimento pela Saúde dos Povos no Brasil: entrevista com Irmã Anne Whibey

Life, struggle and People's Health Movement in Brazil: interview with Sister Anne Whibey

Marta Giane Machado Torres^{1,2,3}, Átila Augusto Cordeiro Pereira⁴, Tânia Sena Conceição^{5,6}, Valdirene Barroso Miranda^{1,7}, William Dias Borges⁸

DOI: 10.1590/0103-110420205116

RESUMO Este texto foi escrito a partir de uma entrevista com a ativista do Movimento pela Saúde dos Povos (MSP), Anne Caroline Wihbey, Irmã da Congregação Notre Dame de Namur, norte-americana de ascendência libanesa, com reconhecida trajetória no desenvolvimento social no estado do Maranhão. Aos 95 anos, camarada e amante de todas as lutas por dignidade e justiça, mantém-se ativamente firme, com o 'pé na estrada'. Entre viagens rodoviárias Belém/São Luís/Belém, atualmente, está empenhada em organizar o seu arquivo pessoal sobre a história do MSP, em geral, e do Maranhão, em particular. Depois disso, costuma dizer 'que pode desaparecer'. Sempre envolvida no trabalho de educação popular, sobre os malefícios resultantes dos megaprojetos junto à vida da população, reitera afirmativamente que saúde e meio ambiente não são mercadorias. Avante na ação mobilizadora, a Irmã segue ciente de sua idade avançada, congregando esforço em aceitar seus limites com alegria e determinação. Este artigo é baseado em conversas com Irmã Anne, que abordaram sua história, sua vinda dos Estados Unidos para o Brasil e a sua vinculação ao MSP desde os primórdios, além de relatar o seu trabalho para cultivar o MSP no Brasil, passando pela experiência de formação de grupos em Nina Rodrigues e em São Luís, no Maranhão, e de incentivo à construção do MSP em Belém do Pará.

PALAVRAS-CHAVE Educação em saúde. Participação da comunidade. Biografia.

ABSTRACT *This text was written from the interview with People's Health Movement (PHM) activist Anne Caroline Wihbey, Sister of the Notre Dame de Namur Congregation, an American woman of Lebanese ancestry, with a recognized trajectory in social development in the state of Maranhão, in northeastern Brazil. At the age of 95, a comrade and lover of all struggles for dignity and justice, she stands firmly on the road. Between road trips Belém/São Luís and São Luís/Belém, currently, she is committed to organizing her personal archive on the history of PHM, in general, and in Maranhão, in particular. After doing that, she often says she 'can disappear'. Always involved in the work of popular education, approaching the harms resulting from megaprojects in the life of the population, she reaffirms that health and environment are not commodities. Moving forward in the mobilizing action, Sister Anne continues to be aware of her advanced age, gathering effort to accept her limits with joy and determination. This article is based on conversations with Sister Anne, building a story about her history, her coming from the United States to Brazil and her connection to the PHM from the earliest days, as well as reporting her work to cultivate the PHM in Brazil, through the experience of forming groups in Nina Rodrigues and São Luís, in the state Maranhão, and encouraging the construction of the PHM in Belém, Pará.*

KEYWORDS Health Education. Community participation. Biography.

¹Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (Sespa) - Belém (PA), Brasil.
martagianetorres@gmail.com

²Fórum de Mulheres da Amazônia Paraense (FMAP) - Belém (PA), Brasil.

³Movimento pela Saúde dos Povos/Norte Brasil (MSP) - Belém (PA), Brasil.

⁴Universidade Federal do Pará (UFPA), Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia (PPGSAS) - Belém (PA), Brasil.

⁵Conselho Estadual de Saúde (CES) - Belém (PA), Brasil.

⁶Movimento de Mulheres do Campo e da Cidade do Estado do Pará (MMCC/PA) - Belém (PA), Brasil.

⁷Secretaria Municipal de Saúde (Sesma) - Belém (PA), Brasil.

⁸Universidade do Estado do Pará (Ueapa) - Belém (PA), Brasil.



Introdução

Irmã Anne, 95 anos, pessoa comprometida com as lutas sociais, conversou com os autores do presente estudo sobre o Movimento pela Saúde dos Povos (MSP). Ao longo de vários encontros em Belém (PA), cidade onde sua Congregação, Irmãs Notre Dame de Namur (SNDdN), tem morada fixa, a ativista social falou sobre sua trajetória de lutas por dignidade, sempre ao lado do povo. O roteiro inicial fora programado com algumas perguntas, a fim de conduzir o diálogo, que seria gravado. Mas a interlocutora deu outro tom e preferiu garimpar seu arquivo pessoal e esmiuçar cada registro, seja de fotografias ou de escritos em agendas, folhas avulsas e relatórios emitidos à sua SNDdN. Além do material físico, sua memória predominou. As informações que necessitavam de complementação foram enviadas posteriormente via aplicativo de celular. Ir. Anne trabalhou exaustivamente, levantando material com informativos desde sua chegada ao Brasil.

Atualmente, Ir. Anne vive em Belém, devido ao fechamento da Congregação, em 2018, tendo deixado em São Luís o acervo de toda sua vida na luta. Conta que seu coração também ficou no Maranhão, junto ao povo; por isso, e pela necessidade de concluir as buscas dos materiais em seu acervo, viaja frequentemente. Enfatiza ser uma pena não poder aprofundar suas buscas para conseguir uma melhor forma de incorporar detalhes dos trabalhos nos anos iniciais do MSP. Lamenta não poder nominar todas as pessoas que muito contribuíram para a construção desse movimento. Os registros aqui presentes são resultado das suas garimpagens pesquisadas e relatadas.

Chegada e partida do Brasil, sua Congregação e a luta por dignidade

Em 1971, Ir. Anne chegou ao Maranhão/Brasil. No ano seguinte, foi para o Rio de Janeiro, onde dedicou-se ao estudo da língua portuguesa,

contexto histórico, geográfico e sociopolítico. Depois seguiu para São Luís do Maranhão, no Nordeste brasileiro. Graduada em enfermagem e pedagogia, passou a trabalhar, junto às Irmãs de Notre Dame, nas comunidades e no centro de formação de técnicos de enfermagem. Desenvolveu vários trabalhos de formação político-popular. Recorda que, em 1981, sob o lema da Campanha da Fraternidade 'Saúde para Todos', esteve envolvida de corpo e alma numa missão pedagógica com a Igreja Católica.

Após 12 anos de intenso trabalho em nome da justiça social, viajou para a Nicarágua. Lá, somou-se às ações revolucionárias brigadistas, especificamente àquelas de educação popular sobre questões sanitárias. Diz que, no princípio desse trabalho, os médicos tinham dificuldade de interagir com o pessoal em formação, mas que, nos dois anos de caloroso estudo, essa relação sandinista progrediu exitosamente.

Sua Congregação Notre Dame mantinha interlocução ativa com o avanço revolucionário, juntamente às diversas organizações parceiras, como Cusclin (Cidadãos Americanos que moram na Nicarágua) e Cisas (Centro de Informação e Serviços de Assessoria em Saúde), este fundado e coordenado por Ana Quirós e Maria Hamlin Zúniga, com quem Ir. Anne comunga a luta pela saúde dos povos até hoje.

Na Nicarágua, viveu intensamente cada etapa, em particular, no setor rural, entre os assalariados agrícolas das montanhas. Atualmente, lamenta muito que a Nicarágua tenha apagado toda a revolucionária luta e esteja a massacrar seu povo. Além dessa vivência, sempre sob os desígnios de Notre Dame, contribuiu para a educação popular na Nigéria, regressando ao Brasil no final dos anos 1999.

Retorno ao Brasil: engajamento e ativismo em conexão com o MSP

Seguindo as virtudes e o carisma da Congregação para trabalhar com os pobres

em locais mais abandonados, Ir. Anne diz que todo o trabalho com o povo deve ser o de exigir e influenciar os governantes e os políticos a assumirem e cumprirem suas responsabilidades frente ao cuidado com a saúde da população. O povo deve fazer valer o acordo consagrado em Alma-Ata¹ – que obriga todos os governos a promover a Atenção Primária à Saúde (APS) –, deixando bem claro que existe grande diferença entre tarefas e responsabilidades, que a população tem o direito e o dever de participar no planejamento e na execução dos cuidados de saúde.

Pela Congregação, esteve em reuniões e articulações nas agendas globais junto à Organização Mundial da Saúde (OMS). Localmente engajada com os movimentos sociais, como MST (Movimento dos Trabalhadores Sem Terra) e CEBs (Comunidades Eclesiais de Base), seguiu na mobilização contra as injustiças. Com o trabalho em saúde popular, percorreu inúmeros municípios e, em Alcântara, concentrou esforços junto aos grupos de mulheres, lutando com as famílias atingidas pelas obras da Base de Lançamentos. Diversas comunidades quilombolas foram retiradas de seu lugar de moradia, com desapropriação de territórios tradicionais pelo governo para servir ao programa aeroespacial, fato este denunciado pelos movimentos sociais na Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Pela Arquidiocese, Ir. Anne integrou a Comissão de Justiça e Paz e o Movimento Reage São Luís, em defesa do meio ambiente frente à ação danosa da Mineradora Vale. Atuou junto aos demais movimentos, reforçando a importância da educação do povo sobre os malefícios que a implantação de megaprojetos suscitava na vida da população e do planeta. Naquele tempo, lembra que recebeu uma mensagem de Maria Zúñiga, anunciando o processo de preparação para a I Assembleia do

Movimento pela Saúde dos Povos (I AMSP), a ocorrer no Sul da Ásia. Mobilizou-se para levar mais pessoas consigo para esse evento, realizando campanha de arrecadação de fundos, com contribuição até da prefeitura, o que garantiu a ida de Maria Ivana Cesar e Maria Vitória Santos. Assim, em 2000, as três ativistas firmaram laços fraternos e solidários entre Brasil e MSP em Dhaka, capital de Bangladesh.

MSP no Brasil: a luta pela saúde dos povos

Ir. Anne relata que ficou impressionada com a motivação presente nos ativistas reunidos na Assembleia Mundial de Saúde dos Povos (I AMSP), em Bangladesh, no ano 2000. Representantes de movimentos sociais de todo o mundo manifestavam uma compreensão coletiva de que saúde não é mercadoria e do compromisso em defesa dos mais necessitados. A delegação brasileira levou vários materiais para montar um ‘estande brasileiro amazônico bem maranhense’. Pautou nessa Assembleia os sérios problemas existentes na vida dos povos quilombolas com a implantação do Centro de Lançamentos em Alcântara. Ressalta, contudo, que a situação com a Base Espacial hoje é ainda mais difícil do que naquela época.

Desde então, Ir. Anne apresenta a Carta pela Saúde dos Povos² em cada canto por onde passa. Promoveu a tradução de todos os escritos produzidos durante e após a Assembleia. Em todas as lutas a partir de então, leva consigo o *slogan* do MSP. Apresenta registros escritos e fotográficos abundantes. Conforme seu pedido, segue seu relato sobre a I AMSP, emitido à sua Congregação no ano 2000, traduzido pelos autores do original em inglês, destacado no *quadro 1*, e a síntese da Carta pela Saúde dos Povos feita por Ir. Anne, no *quadro 2*.

 Quadro 1. Carta à Congregação

Queridas irmãs,

Saudamos vocês com um caloroso abraço e queremos compartilhar uma excepcional, rica e significativa experiência que pode incluir todas nós.

A Assembleia de Saúde do Povos (sigla PHA, em inglês), realizada em Bangladesh, de 4 a 8 de dezembro de 2000, reuniu cerca de 1500 pessoas de quase 100 países de todo o mundo. Tive o privilégio de ser uma dos 30 participantes dos 10 países da América Latina nesse grande evento.

Durante um período de 10 anos, oito ONGs juntaram recursos para criar, organizar, coordenar e patrocinar esta oportunidade incommon de reunir, vindos de todos os cantos da Terra, amantes da vida, comprometidos com a luta por justiça e paz: saúde para todos. Pela primeira vez, uma plataforma internacional foi aberta para vozes inéditas de base.

Foram convidados, para ouvir essas vozes e responder, muitos profissionais e especialistas de diversas áreas, como saúde, educação, economia, ecologia, agronomia, biodiversidade, análise social. E até mesmo políticos de alguns governos. A presença das mulheres era notável. Foi uma reunião colorida e inspiradora, que ensinou o intercâmbio entre diversas culturas e religiões do mundo. Todos os continentes tiveram representação.

A dinâmica e o intercâmbio de experiências ultrapassaram os limites do tempo e da imaginação através do impressionante despertar da consciência global a partir das experiências locais.

Muito ansiosa no sentido de fazer uma síntese de todas as questões, eu gostaria apenas de compartilhar alguns dos resultados que aparentemente tocam à missão da Notre Dame em todos os lugares:

- Questões antes não respondidas (a nível nacional ou internacional) foram ouvidas, obtiveram apreciação, resposta e orientação.

- Foram contados mais de 400 testemunhos, histórias e apresentações dos quatro cantos do mundo.

- Indígenas, refugiados, sem-terra, vítimas do sistema racial e de castas, fisicamente mutilados, agentes comunitários de saúde, agricultores, trabalhadores e desempregados foram reveladores em suas expressões de sofrimento, enquanto lutavam para criar métodos de sobrevivência e programas de promoção da saúde nas comunidades. Os sistemas de saúde falham e muitas vezes deixam de contemplar as populações mais pobres. Ouviram-se, portanto, seus apelos por apoio internacional.

- Assumiu-se o compromisso de unir todos os esforços locais em uma força global para minorar as injustiças concernentes tanto ao sistema econômico, quanto ao sistema de saúde, injustiças essas, que oprimem os pobres em todos os países. A capacitação dos movimentos de base oferece energia e coragem para a participação da comunidade em tempo integral.

'Desunidos nós imploramos; unidos nós exigimos'.

- A Assembleia marca o início de um novo movimento internacional de solidariedade pela mudança. A criação de um Centro Internacional de PHA para a continuidade do processo iniciado está em andamento.

- A saúde é um direito humano: todas as pessoas, independentemente de cor, origem étnica, religião, sexo, idade, habilidades, orientação sexual ou classe, têm direito a uma VIDA com dignidade.

- Ênfase em 'Pessoas, Não Lucros'. Enfatiza-se claramente o impacto negativo das ações empreendidas pela Organização Mundial do Comércio (OMC), pelos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio (sigla Trips, em inglês), pelo Banco Mundial, pelo FMI e pelas Empresas Transnacionais (sigla TNC, em inglês), com seu acordo comercial que produzirá medicamentos completamente fora do alcance dos pobres do mundo, assim como se destacam outras implicações negativas na saúde das pessoas.

A PHA se compromete a exigir alterações no acordo Trips com vistas a assegurar que todos os indivíduos tenham acesso à medicação necessária.

- O importante aprimoramento da educação, que enseja uma melhor compreensão das causas dos sistemas opressivos de saúde, será parte do processo em curso, de modo que as estratégias desenvolvidas no processo de transformação possam resultar em benefícios permanentes para os pobres do Sul e do Norte.

'Os filósofos só interpretaram o mundo; a questão é mudá-lo'.

- Poder do Povo:

'A história nos ensina que, quaisquer que tenham sido as mudanças que ocorreram, foram através do povo'.

'Nós alcançamos isso (mudança social) não por métodos convencionais, mas através da mobilização de base'.

'A comunidade deve ser um ator participativo no sistema de saúde, pois este é para ela tanto projetado quanto dirigido'.

Ani C. Wihbey, SND (Brasil) ASSEMBLEIA DE SAÚDE DOS POVOS - 2000

GONOSHASTHAYA KENDRA BANGLADESH

Fonte: Carta pela Saúde dos Povos².

Quadro 2. Comentários sobre a Carta pela Saúde dos Povos (People's Health Charter - PHC)

Deu-se oportunidade à plena participação no desenvolvimento da Carta pela Saúde dos Povos. Embora alguns aspectos da Carta não tenham atendido à expectativa de cada indivíduo, ela foi endossada pela Assembleia.

A PHC valoriza o Declaração de Alma-Ata de 1978, obrigando todos os governos a promover a Atenção Primária à Saúde (APS) para que, em 2000, a Saúde para Todos se tornasse realidade.

Como vocês sabem esse sonho não se tornou realidade.

A Carta é um apelo a todos os governos e organizações, locais, regionais, nacionais e internacionais, seculares ou religiosos, bem como a todos os povos para que compartilhem a visão de um mundo melhor através da participação ativa no processo de PHA para justiça em todos os níveis.

A Carta descreve a visão, a crise global de saúde e seus princípios. O apelo à ação inclui:

- Saúde como um direito humano;
 - Enfrentar os determinantes mais abrangentes da saúde;
 - Desafios Econômicos;
 - Desafios sociais e políticos;
 - Guerra, violência e conflito;
 - Um setor da saúde centrado no povo;
 - Participação das pessoas por um mundo saudável.
-

Fonte: PHM³.

A entrevistada enfatiza que, a partir da 1ª Assembleia MSP, as participantes trabalharam firme nas comunidades locais, promovendo o conceito de Alma-Ata, entendendo que, para se ter saúde, era e é necessária a intervenção de muitos outros setores, sociais e econômicos, além do setor saúde. Com material traduzido e reproduzido, também comunicaram em rádios comunitárias. Naquele tempo, além de São Luís, o trabalho formativo avançou pelo interior do Ceará, na comunidade de Poça da Onça (hoje pertencente à Miraíma). Aí foram desenvolvidos os primeiros estudos da Carta pela Saúde dos Povos², fortalecendo a luta e a solidariedade com o povo, pelos direitos em saúde e pela própria vida. Entre os desafios que vieram pela frente, ficaram firmes na luta contra a adesão do governo brasileiro à Alca (Área de Livre Comércio das Américas).

O MSP em conexões com a voz daqueles que não são ouvidos

Alcântara pertence à Amazônia, rica em biodiversidade e recursos naturais. Parte do território foi expropriada em 1980, e famílias

descendentes de indígenas e quilombolas tiveram suas vidas prejudicadas. As áreas para onde foram remanejadas eram impróprias para agricultura e pesca. As comunidades e os movimentos travaram mobilizações contra o avanço da miséria do povo. Durante o plebiscito nacional da Alca, vestidos com a logomarca do MSP, em São Luís, vários ativistas incansavelmente consultaram e conversaram com o povo. Foram 3.894 municípios, totalizando 10.149.542 pessoas contrárias às questões ali levantadas – ‘Não à Alca’. Ir. Anne mostra ainda uma réplica da cédula, afixada em sua agenda de 2002.

Em 2003, relembra que participou do Fórum Social Mundial ocorrido em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Encontro que foi resultado das resistências locais e regionais, em oposição à submissão da América Latina aos países ricos. Destaca que a longa luta contra a Alca foi muito dura. Como MSP, compôs a delegação que partiu do Maranhão, com os Movimentos Inter-religiosos, Comissão Pastoral da Terra (CPT) e MST. O cenário político marcava a importância do novo governo, sendo o primeiro Fórum após a posse de Lula, do Partido dos Trabalhadores (PT), como Presidente da República. Levou material do MSP para as oficinas, bem como várias cópias da Carta pela Saúde dos Povos. Relata que aquele ano

marcou o início da era dos governos de esquerda na América Latina. Evento mundial de esperança, autonomia e soberania dos povos.

Pelo MSP, Ir. Anne refere que fez muitos intercâmbios. Considera-se uma 'conectadora', termo que usa para falar das inúmeras ligações que cultiva em favor da luta por justiça social. Sempre trabalhou em equipe, gosta de fazer alianças com muitos grupos, dos quais fazem parte pessoas que se destacam nos diurnos trabalhos, como Zaira Sabry Azar e José Jonas Borges da Silva, ambos ligados à educação no campo. Junto a eles e tantas outras boas gentes, mantém estreitos laços pela educação libertadora.

Segue camarada e amante de todas as lutas sociais e ambientais. Tem um profundo fascínio por escutar a voz daqueles que não são ouvidos. Acrescenta que, juntamente com o Padre João Maria Van Damme, da ASP-MA (Associação de Saúde da Periferia do Maranhão), investiu energias por uma Igreja participativa e solidária com as dores do povo, e com Ir. Lilis, em Marabá (PA), somou com trabalhos comunitários de formação política em saúde. Rememoriza que, quando hospitalizada, foi presenteadada com uma bandeira do MST assinada pela militância, que torcia por sua breve recuperação.

Entre os documentos que selecionou para compor este artigo, consta que o MSP, junto com a Sociedade Maranhense de Direitos Humanos (SMDH), o MST, o Centro de Defesa Marcos Passerine, o PT e Quilombo Urbano, firmaram solidariedade com as três freiras ativistas nos EUA, ao combater os efeitos das bombas nucleares e da radiação no meio ambiente. Ir. Anne diz que essas bravas mulheres foram presas porque viviam sua fé envolvidas em questões de justiça social. Para ela, as Irmãs dominicanas Jackie Hudson, Carol Gilbert e Ardeeth Platte expressam que quaisquer tipos de armamentos ameaçam o ser humano, principalmente os de efeito genocida.

Outro documento, o Relatório de Atividades do Projeto de Saúde do Povo do CMO (Congregational Mission Office)/SNDdN, emitido por Ir. Anne em São Luís (MA), em

2005, versa sobre os difíceis desafios frente aos prejuízos à vida e à saúde (física e mental) do povo que permanece excluído pelo projeto das indústrias siderúrgicas transnacionais e pelo complexo siderúrgico na ilha. Aponta que os movimentos intensificaram esforços para acompanhar as comunidades através de atividades educativas. Graças ao apoio da CMO, o MSP do Maranhão esteve na segunda Assembleia Mundial de Saúde dos Povos (II AMSP), em Cuenca (Equador), em 2005. Nesse evento, cooperadores da educação popular apresentaram o intenso trabalho desenvolvido no Nordeste do Brasil para promover a saúde dos povos e proteger o meio ambiente. No referido relatório, informa-se que Irmã Dorothy Stang foi assassinada em 12 de fevereiro, no Pará. Ela atuava junto com os trabalhadores rurais na área da rodovia Transamazônica, no combate aos conflitos fundiários e em defesa do meio ambiente. Como bem diz Ir. Anne, suas vidas seguem a enfrentar as injustiças como Irmãs de Notre Dame.

Seguindo seus registros fotográficos, veem-se: caixão, castiçais, crucifixo, velas e o morto – São Luís (1612 a 2007). Nesse cenário, está, entre estudantes, Ir. Anne, vestida de camiseta preta com a inscrição 'Apoio', conforme sua explanação, uma negação ao Polo Siderúrgico, este que vem provocando chuva ácida, destruição dos manguezais, emissão de poluentes, adoecendo até a morte o ecossistema. Em meio às imagens, é possível ver folhetos explicativos com rios e silhuetas em agonia projetando nomes das transnacionais e seus exorbitantes lucros. Reporta um trabalho da professora Lúcia Regina Nascimento, com seus alunos do Instituto Federal do Maranhão. Esta e sua mãe faziam parte das comunidades envolvidas na defesa da ilha. Ao rememorar, a Irmã assinala que há profunda simbiose nas lutas entre sua Congregação e o MSP – se há justiça social e ambiental, há saúde!

Fruto das inúmeras conexões, em 2007, ela recebeu o título de cidadã maranhense – promovido pelo mandato da Deputada Estadual Helena Heluy (PT), por sua contribuição ao

desenvolvimento social. Pelos 30 anos do MST, em 2014, esteve entre as pessoas homenageadas. Consta no site eletrônico do MST:

Irmã Anne é uma lutadora da Congregação de Notre Dame. Escolheu o Maranhão como sua terra. Lutadora internacional da saúde, terra, água, moradia, trabalho, cultura, alegria e amor. Mulher defensora das crianças e jovens, dos povos negros, indígenas e sem terra⁴.

MSP em Nina Rodrigues, jornada de formação de ativistas no Nordeste brasileiro

O processo de formação do MSP em Nina Rodrigues/MA (área que congrega comunidades rurais) foi iniciado em 2012. Num desdobramento da Campanha da Fraternidade, cujo lema era 'Fraternidade e Saúde Pública', Ir. Anne negociou com a paróquia mais tempo para aprofundar os sentidos entre fraternidade e luta por saúde no seu termo mais amplo. Atualmente, o MSP de Nina Rodrigues conta com os ativistas: Claudenir Gomes da Silva, Marcelo Silva Almeida e Maria de Jesus Farias Santos como seus principais animadores. Ir. Anne, que, desde o início, mantém fortes laços na construção do MSP, foi responsável por sua movimentação e seu conhecimento teórico. Ia regularmente até Nina Rodrigues para reuniões, encontros e estudos. Preparou extenso material didático adequado à realidade local, adotou metodologia utilizada pelo grupo para trabalhar como equipe de saúde, incorporando o processo de formação para além do objetivo próprio de uma campanha.

Entre 2013 e 2015, centrou na exploração de conteúdos que subsidiassem situá-los no contexto local e fazer sua conexão com a conjuntura mais abrangente no plano das estruturas que sustentam a sociedade. Por dois anos, os ativistas aprofundaram conhecimentos sobre

os desafios para se viver dignamente, com disposição para se contrapor a qualquer tipo de injustiça. Ao final da formação, compartilhada também por outros instrutores, foi organizada cerimônia para receberem certificados de ativistas do MSP.

Nos encontros periódicos, planejaram continuar reuniões com as comunidades e a aproximação com a gestão municipal, no intuito de reivindicar melhorias nas infraestruturas locais. Participaram de eventos na capital, custeando despesas através de fundos solidários. Em 2016, o MSP de Nina Rodrigues participou ativamente do Encontro do MSP Brasil em São Luís (MA), organizado pela Ir. Anne e coordenado pelos demais colaboradores. Estiveram presentes ativistas do MSP de Porto Alegre (RS), São Luís (MA), Rio de Janeiro (RJ), São Paulo (SP), Brasília (DF) e de Belém (PA). Dois representantes do MSP internacional também estiveram presentes: Maria Zúniga, da Nicarágua, e Gabriel Vatik, do México.

Nesse encontro, o MSP de Nina Rodrigues teve oportunidade de se conectar amplamente com ativistas agregados a várias expressões de luta da América Latina. Inclusive estreitaram elos com os movimentos sociais locais: Justiça nos Trilhos, Núcleo de Extensão e Pesquisa com Populações e Comunidades Rurais, Negras, Quilombolas e Indígenas (NuRuNi) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Via Campesina/MST, Grupo de Estudos Desenvolvimento, Modernidade e Meio Ambiente (GEDDMA/UFMA) e o 'Jornal Alternativo Vias de Fato'. No entendimento de Ir. Anne, as contribuições das oficinas de formação fortaleceram e vêm embasando todas as suas atividades de luta cotidiana pelo bem viver, conforme o trecho da Carta pela Saúde dos Povos:

Desafios do meio ambiente [...] Poluição da água e do ar, rápidas mudanças climáticas, destruição da camada de ozônio, energia e lixo nucleares, produtos químicos tóxicos e pesticidas, perda da biodiversidade, devastação de florestas e erosão do solo têm ampla consequência na saúde das pessoas²⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Estreitos laços entre MSP/MA e MSP/PA

Em novembro de 2015, a Irmã articulou várias reuniões em torno do MSP nordestino. Num primeiro momento, junto ao grupo de articulação MSP/urbano, na UFMA, no espaço do NuRuNi, com pessoal oriundo de vários outros movimentos sociais e da universidade. A pauta: existência e finalidade do MSP.

Circularam informes sobre a audiência para revisão do plano diretor, que propunha transformar a zona rural do município em área industrial, e permissão para construção de prédios com mais de trinta andares na ilha. Os movimentos eram contra essas medidas, visto que a poluição industrial já ultrapassara todos os indicadores recomendados pela OMS e pela legislação brasileira⁵. Na pauta sobre o MSP, entre outras questões, o diálogo se estabeleceu em torno da política de saúde pública no Brasil e da sistemática ameaça de privatização do Sistema Único de Saúde (SUS). Também quiseram saber por que o MSP fora financiado pela Fundação Rockefeller. Essa mesma questão emergira no curso de ativistas da Universidade Internacional Saúde dos Povos (IPHU), promovido pelo MSP em Porto Alegre, em 2008. A resposta foi que se tratava de uma causa afirmativa, no caso, para a luta pela saúde enquanto direito universal, e que o financiamento da Fundação não tinha nenhuma marcação, ou seja, poderia ser usado da forma como o MSP acreditasse ser melhor.

Para chegar até Nina Rodrigues, localidade periurbana, são quase quatro horas de viagem. Nos assentamentos de Vila Esperança e Palmares, aconteceram as reuniões e os estudos. Num ambiente de muitas árvores, os moradores foram chegando e se sentando sob as mangueiras. Representantes conversaram sobre seus problemas cotidianos, dos assassinatos e da violência aos trabalhadores da terra, e sobre falta de uma escola na sua área de morada. Discutiram estratégias de mobilização.

No outro dia, o MSP de Nina Rodrigues se reencontrou. Falaram do que vinham

desenvolvendo em suas comunidades, das discussões sobre o que aglutinava o povo para garantia de direitos. Foram compartilhadas visões sobre a III Assembleia Mundial do MSP e sobre as articulações que vinham acontecendo em defesa da saúde para todos e todas. O grupo registrou que a formação e os estudos que obtiveram, facilitados pela Ir. Anne e seus colaboradores, valeram muito para compreenderem que a saúde é muito mais do que o foco sobre a doença, entendendo também ser importante unir forças com as demais lutas.

MSP e os povos da Amazônia, a luta continua!

O MSP Brasil compôs a grande delegação do MSP América Latina, presente no Fórum Social Mundial/2009, em Belém (PA). Junto a esse agrupamento de 30 ativistas (Brasil, Argentina, Paraguai, Equador, Colômbia, Guatemala, El Salvador, Nicarágua, México, Bélgica e Estados Unidos da América), trabalharam na construção e no fortalecimento do MSP na América Latina, baseados nos princípios da Carta pela Saúde dos Povos para atingir a saúde para todos e todas. Concomitantemente, o MSP participou do III Fórum Social Mundial da Saúde (FSMS), com fluidas trocas de experiências de luta pela saúde em diferentes países das Américas. Fortaleceram a defesa da universalização da seguridade social para todos os povos. A partir do FSMS, foi encaminhada a Campanha 'SUS – Patrimônio da Humanidade' e firmado o engajamento para a realização da Conferência Internacional sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais. A Carta de Belém, elaborada e aprovada no encerramento do evento, documentou a Declaração Política do III FSMS⁶.

O FSM/2009 foi um marco para o MSP, substanciado por Ir. Anne e pelo MSP Brasil, e consolidado a partir do curso de ativistas IPHU/MSP/2008. Logo depois, no Rio de Janeiro, Ir. Anne voltou a se conectar num encontro para afinar agendas e ampliar a atuação

do MSP nas várias regiões do Brasil. Além do MSP de Nina Rodrigues e do ‘embrião’ do MSP urbano, Ir. Anne vem, junto com outros ativistas, tentando incorporar uma certa organicidade ao MSP Maranhão. E a incentivar que o mesmo aconteça em Belém e mais além. Durante a IV Assembleia Mundial de Saúde dos Povos, ocorrida em 2018, cada delegado brasileiro presente em Bangladesh recebeu um exemplar traduzido da Carta MSP, material este cuidadosamente enviado pela Irmã Anne.

Ir. Anne reforça que o MSP Maranhão tem quase 19 anos de contínua atividade. Alguns membros iniciaram, outros ativistas se agregaram, e o trabalho continuou com pessoas que entraram e saíram. Assim, o trabalho nunca ficou parado. Ela diz também que, com a idade que está, tem que ser realista e aceitar os limites com alegria. Anima-se que o MSP de São Luís assume muito mais responsabilidades, somando-se ao compromisso de tantos outros aliados. Segue a organizar seu arquivo sobre

a história do MSP, em geral, e do Maranhão, em particular. Parte dele subsidiou este artigo. Espera que ativistas da saúde estejam cada vez mais ao lado do povo na luta contra as injustiças. Hoje, mais do que nunca, com as reais ameaças às conquistas sociais no Brasil e no mundo, diz que o planejamento adequado começa com o povo, que é preciso tomar cuidado para que a ação acadêmica não se sobreponha à ação popular. Finaliza com a assertiva de que a revolução popular se faz com o povo.

Colaboradores

Torres MGM (0000-0001-5847-6456)*, Pereira AAC (0000-0002-6452-5493)*, Conceição TS (0000-0003-0971-4328)*, Miranda VB (0000-0003-3739-9038)* e Borges WD (0000-0002-7671-7855)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata, 1978 [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. [acesso em 2019 jan 3]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf.
2. Movimento Saúde dos Povos. Carta dos Povos Pela Saúde [internet], 2000. [acesso em 2019 maio 20]. Disponível em <https://phmovement.org/the-peoples-charter-for-health/>.
3. People's Health Movement. Carta Popular da Saúde [internet]. 2000. [acesso em 2019 maio 20]. Disponível em <https://phmovement.org/the-peoples-charter-for-health/>.
4. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. MST realiza prêmio Luta pela Terra e homenageia 22 lutadores [internet]. 2015. [acesso em 2019 maio 25]. Disponível em: <http://www.mst.org.br/2015/01/25/mais-de-600-pessoas-participaram-do-premio-luta-pela-terra.html>.
5. Azevedo E. Tauá-Mirim é das comunidades extrativistas! [internet]. Jornal Vias de Fato. 2015 [acesso em 2015 dez 12]; 5(59). Disponível em: <https://vias-defato.jor.br/>.
6. Centro América Andina. O Movimento pela Saúde dos Povos da América Latina no Fórum Social Mundial [internet]. 2009. [acesso em 2019 maio 25]. Disponível em: <http://centroamerica-andina.blogspot.com/2009/03/o-movimento-pela-saude-dos-povos-da.html>.

Recebido em 08/06/2019
Aprovado em 14/11/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve



Global Health Watch 5: An Alternative World Health Report

Matheus Falcão¹, Muna Odeh², Sílvia Giugliani³

DOI: 10.1590/0103-11042020S117

Apresentação

O Global Health Watch: An Alternative World Health Report¹ é um projeto concebido em 2003 como um esforço de ativistas e acadêmicos da área de saúde de produzir uma perspectiva alternativa no campo da saúde global, compilando análises políticas, debates, relatos de experiências e pareceres técnicos. Até o presente, foram publicadas cinco edições, em 2005, 2008, 2011, 2014 e 2018. A quinta edição do GHW contou com a coordenação de cinco organizações da sociedade civil: o Movimento pela Saúde dos Povos, a Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames) a Health Poverty Action, a Fundação Medico International, a Third World Network e a Medact.

Movimento global de saúde

Ganha força nos últimos tempos a ideia de movimentos globais, transnacionais ou do fortalecimento de uma sociedade civil global, no intuito de organizar politicamente os povos para além das fronteiras nacionais e enfrentar as questões que ameaçam a efetivação de uma vida digna global. Hoje, frente à estrutura do mundo, a luta por direitos se torna cada vez mais insuficiente se limitada ao âmbito nacional. O poder já não está apenas

nos países, mas sim concentrado em grandes corporações globais e organismos que transcendem fronteiras. Entidades como o Banco Mundial assumem protagonismo acentuado na orientação de políticas públicas.

O Movimento pela Saúde dos Povos se organiza em círculos nacionais e regionais, em cerca de 70 países, tentando aproximar entidades e ativistas comprometidos com a ampliação do acesso e a plena realização da saúde enquanto direito. Fundado na Primeira Assembleia Mundial de Saúde dos Povos, em Bangladesh, em 2000, orienta-se pela Carta pela Saúde dos Povos. Desde então, foi corresponsável pela organização de outras três: no Equador, em 2005, na África do Sul, em 2012 e novamente em Bangladesh, em 2018. Sua coordenação compreende representantes de todas as regiões do globo, atuando ainda em parceria com entidades de relevância regional, como a Alames, na América Latina. Além disso, desenvolve projetos de monitoramento das instâncias decisórias da Organização Mundial da Saúde (OMS).

O Global Health Watch 5 (GHW5)

A estrutura do Global Health Watch tenta englobar tanto análises sobre saúde global quanto relatos de experiências locais de

¹Universidade de São Paulo (USP), Núcleo de Pesquisas em Direito Sanitário (NAP-Disa) – São Paulo (SP), Brasil. matheus.falcao@usp.br

²Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

³Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) – Porto Alegre (RS), Brasil.



ampliação e fortalecimento da saúde como direito humano, revitalizando os preceitos de Alma-Ata. Nesta quinta edição, o foco está em duas questões: os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU) e as mudanças de protagonismo na governança global em saúde, dos Estados nacionais para fundações privadas internacionais e corporações.

A primeira seção, intitulada 'Arquitetura política e econômica global', propõe-se a estabelecer relações entre a atual configuração do poder global e certas intervenções em saúde pouco efetivas, que não fortalecem sistemas de saúde nacionais, apenas levam tecnologias de saúde ao contexto local, tema que inclusive já foi muito explorado na literatura sobre o campo da saúde global². Em seguida, a seção 'Sistemas de saúde: questões atuais e debates' apresenta questões relevantes sobre sistemas de saúde a partir de experiências locais e regionais em diferentes áreas do globo. A próxima seção, 'Para além dos serviços de saúde', aborda os determinantes políticos, sociais e ambientais de saúde, seguida da quarta, 'Observando', que apresenta resultados do monitoramento de processos e instituições globais, como a OMS. A última seção, 'Resistência, ações e mudança' trata de experiências concretas de ações de resistência por parte de movimentos sociais e da sociedade civil pela ampliação do acesso à saúde em diferentes partes do mundo, pautando formas alternativas de alcançar o bem-estar comunitário.

Os ODS foram estabelecidos em 2015 pela ONU como um conjunto de 17 objetivos a serem atingidos pela humanidade até o ano de 2030. O terceiro objetivo contempla a saúde e o bem-estar humanos e reúne um conjunto de objetivos específicos, destacando-se o 3.8, que se tornou a tônica do discurso oficial mais recente na área: a cobertura universal de saúde. Ainda que a proposta contemple esforços para garantir a aceitabilidade de serviços públicos de saúde

e reconheça a necessidade de financiamento público, por exemplo, no GHW5, discute-se uma proposta mais ambiciosa e com fortes indicativos de maior eficiência e resolutividade, que envolve trazer o controle dos serviços de saúde para a comunidade e se pautar pelo conceito mais abrangente de Atenção Primária à Saúde, conforme a Declaração de Alma-Ata.

A questão do controle comunitário está na essência do Sistema Único de Saúde (SUS) e encontra respaldo em diversas outras experiências pelo mundo. No GHW5, são apresentados exemplos de experiências exitosas de controle comunitário. Na Austrália, diversos serviços estão sendo descentralizados para gestão comunitária, inclusive com experiências que enfocam a autodeterminação da população aborígene. Em El Salvador, o mais novo sistema de saúde de acesso universal, estruturado a partir de experiências exitosas de participação popular, por meio do Fórum de Saúde, também se revela essa nova experiência. Esses e outros relatos apresentados permitem questionar qual perspectiva de modelo de saúde se deve buscar e se os parâmetros de realização em torno dos ODS são os melhores para atingir saúde para todas as pessoas.

A outra questão em torno dos ODS concerne à própria estrutura de poder global, que tem como um de seus aspectos a governança em saúde, outro enfoque do Relatório. Na década de 70, a OMS passa, junto a diversas outras agências globais, pela pressão exercida por países do então chamado terceiro mundo, para que se aproximasse das suas demandas específicas. Esse movimento ficou conhecido como 'nova ordem econômica internacional' e teve como um de seus marcos, na área de saúde, a Conferência de Alma-Ata e sua declaração homônima. Desde esse tempo, a despeito da sua aproximação com o sul global, a agência atravessa uma intensa transformação na sua estrutura de poder³. Enquanto em 1978, época de Alma-Ata, 80% dos recursos da agência eram oriundos dos recursos obrigatórios dos Estados-membros, em 2011, o quadro já praticamente

se invertia, com essa fonte respondendo por apenas 25%⁴.

O setor da filantropia, conforme apontado no GHW5, tem crescido notavelmente nas últimas duas décadas, totalizando atualmente 200.000 fundações no total, 86.000 nos Estados Unidos, 10.000 no México, 2.000 na China e cerca de 1.000 no Brasil. Essas fundações gozam de representação em órgãos nacionais e internacionais inclusive na OMS, onde a Fundação Bill e Melinda Gates, por exemplo, ocupa espaço privilegiado de poder de decisão. O GHW5, crítico do papel de algumas dessas entidades, aponta que elas acabam por não fomentar a distribuição da sua riqueza, assim como ‘marcam’ as suas contribuições com intervenções específicas que lhes dizem interesse. Na área de saúde,

especificamente, o Relatório aponta o viés imbuído no seu modo de funcionamento, que envolve aplicar um modelo de negócios à medição de resultados, apoiar-se em soluções tecnicistas que não levam em conta características locais, fomentar a participação privada em sistemas de saúde, além dos impactos para a governança global em saúde, especialmente em relação à transparência e aos mecanismos de responsabilização.

Colaboradores

Falcão M (0000-0002-2963-0159)*, Odeh M (0000-0003-4855-5761)*, Giugliani S (0000-0001-9947-2830)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Global Health Watch. Global Health Watch 5: An Alternative World Health Report. Londres: Zed Books; 2017.
2. Biehl J, Petryna A, editores. When people come first: critical studies in global health. Nova Jersey: Princeton University Press; 2013.
3. Ventura D, Aguilar Perez F. Crise e reforma da organização mundial da saúde. Lua Nova. 2014; (92):45-77.
4. Legge D. Future of WHO hangs in the balance. Bmj. 2012; (345):e6877.

Recebido em 08/06/2019
Aprovado em 14/11/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

El David Sanders que yo conocí

The David Sanders that I met

Román Rafael Vega-Romero¹

DOI: 10.1590/0103-11042020S118

CONOCÍ A DAVID SANDERS EN EL 11º CONGRESO MUNDIAL DE SALUD PÚBLICA y 8º Congreso Brasileiro de Salud Colectiva que se realizó en 2006 en Rio de Janeiro, Brasil. Lo oí intervenir, como siempre lo hizo, con espíritu crítico, extenso conocimiento y recia personalidad en una de las sesiones, despertando en mi curiosidad por sus planteamientos avanzados sobre la Atención Primaria en Salud (APS), el impacto negativo en resultados en salud y desigualdad social de la mercantilización y privatización de la salud por las políticas neoliberales impulsadas en las reformas sectoriales de salud y en la salud pública por muchos gobiernos del período en distintos países de varios continentes.

El mismo día de su intervención nos cruzamos en el camino al restaurante donde tomaríamos el almuerzo en la misma mesa. Con la inquietud de un investigador que incursiona en este campo, le pregunté sobre su trabajo en Atención Primaria en Salud Integral (APSI) y le conté sobre nuestra experiencia en Colombia, específicamente en Bogotá, con el programa Salud a su Hogar que, como secretario de salud de la ciudad durante una alcaldía progresista, había impulsado con otros colegas defensores de la salud colectiva y del derecho a la salud en el contexto de uno de los sistemas de salud más neoliberales del mundo¹.

Le llamó la atención nuestro compromiso con la APSI y el contexto en el que la implementábamos, por lo que me invitó a participar de la construcción de un proyecto de investigación multicéntrico impulsado por el Movimiento para la Salud de los Pueblos (MSP) con la pretensión de conseguir recursos globales y nacionales mediante concurso que permitieran convocar a un grupo de investigadores jóvenes y practicantes de la APS para fortalecer capacidades de investigación revisando las experiencias de diversos casos en Asia, África, América Latina, Australia, Europa y Norte-América.

Configuramos un proyecto de investigación en Bogotá que se hizo parte del proyecto global. Buscábamos contribuir a la revitalización de la Salud para Todos a través de la APS. Unos años después emprendimos una experiencia similar sobre cómo la sociedad civil contribuye al logro de la Salud para Todos. De ese tamaño eran los sueños de David, tan grandes como el mundo mismo.

A través de estas investigaciones comenzó un recorrido fructífero de intercambios intelectuales, trabajo de investigación, entrenamiento de investigadores, socialización de las investigaciones, complicidad en la lucha por la salud, y de conocimiento y reconocimiento con otros colegas como Francois Barten, Ronald Labonté, Eduardo Espinosa, Mario Rovere, Amit Sengupta, Frances Baum, Nicky Schay, David Legge, Ligia Giovanella, Camila Giugliani, entre otros.

¹ Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá, Colombia.
roman.vega@javeriana.edu.co



Descubrí en los debates el alcance progresivo y liberador de su pensamiento y sus capacidades como investigador y pedagogo no sólo en APS sino en otros campos de la salud pública y del mundo social. La APS para él no era un simple programa biomédico sino una filosofía de la salud, una estrategia integral orientada a reducir las enfermedades, prevenirlas, incidir en las discapacidades y promover la salud, en respuesta a las necesidades de las personas, las familias y las comunidades. En concordancia con la tradición de Alma-Ata, de la cual era un defensor virtuosísimo, para David la APS debía hacer énfasis en la transformación de las condiciones sociales de existencia de los seres humanos, en la protección de la naturaleza y en el reconocimiento del papel protagónico de las comunidades en tal desempeño, por sí mismas y en exigencia del cumplimiento de las obligaciones del Estado con respecto al derecho a la salud. Para que esa perspectiva fuese posible había que combatir sin desfallecer el contenido contrario a estos fines de las políticas neoliberales de salud.

Me sorprendió de él cómo, en muchos de los eventos académicos en que participábamos, hacía un gran énfasis en rescatar los aportes de los trabajadores comunitarios de salud y del personal de salud generalista en los logros de la salud de sus comunidades, en el reconocimiento y protección de sus saberes y prácticas ancestrales y en la participación comunitaria como práctica de autonomía y autogestión.

Como investigador y como pedagogo crítico David no tenía miramientos en movilizarse desde su amada Sur África hasta cualquier confín del mundo en función de su misión por la salud, combatir las injusticias y llevar al nivel del conocimiento científico las percepciones comunes de la gente sobre sus vivencias en el mundo. Así compartió eventos académicos, en varias ocasiones, en Colombia, El Salvador, Brasil, Argentina y otros países. No era un hombre de enclaustramientos escolásticos sino de trabajo de campo de cara a las comunidades.

Recuerdo la historia de nuestra visita a Guarjila, el enclave rural de autonomía,

autogestión, lucha liberadora y solidaridad donde campesinos salvadoreños refugiados en Honduras, de regreso a su tierra aún en medio de la guerra y la persecución, construyeron una de las experiencias más paradigmáticas de resistencia civil y trabajo comunitario en salud que llevó a la refundación de la APSI en el Salvador durante el período de los gobiernos progresistas del Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional². Allí admiramos la iniciativa comunitaria en atención en salud, agua potable, educación, vivienda, comunicación, rehabilitación basada en comunidad. También el aporte de brigadas internacionalistas, una de las cuales encabezada por otra grande de la lucha por la salud como fue Christa Baatz.

David no era un hombre que se moviera solamente en el campo de la ciencia relacionada con la atención Primaria en Salud y la salud pública, donde hizo grandes aportes y promovió la fundación de la Escuela de Salud Pública de la antigua universidad de negros de Western Cape en Ciudad del Cabo. Su personalidad atrayente y carismática, muy querida en los espacios que contribuyó a fundar, trascendía el mundo académico y se proyectaba a otros de la vida social y política que lo llevaron a convertirse en uno de los activistas más interesantes en la lucha contra el apartheid y la democracia en Sur África y Zimbabue; este último su país de origen de donde debió salir al exilio, y a interesarse y tomar parte de movilizaciones sociales por la defensa de la paz y de los derechos sociales como en Colombia. En este país, mientras nos visitaba en Bogotá en el 4º Congreso Internacional de Sistemas de Salud y 4º Conferencia Nacional de Salud Pública: Salud para la Paz, em 2016, no dudó en involucrarse en la movilización callejera junto al pueblo en defensa de los Acuerdos de Paz entre las Farc-EP y el Estado. Este ánimo, sabiduría y compromiso le llevó a ser una de las figuras preclaras e indispensables del Movimiento para la Salud de los Pueblos, del cual fue cofundador en Savar, Bangladesh, en el año 2000, junto a ese otro grande también recién ido, Amit Sengupta.

Participé en dos de las asambleas mundiales del MSP, de las cuales fue uno de sus impulsores más comprometidos. En la última asamblea en Bangladesh, en 2018, David fue no sólo una de las figuras clave de su organización académica, como lo fue en las previas, sino una de las personas que desplegó más iniciativas para confrontar el afán autoritario del régimen del país, que pretendía impedir la realización de la Asamblea, o al menos reducir su trascendencia, frenando el ingreso de varias delegaciones. Su rostro de alegría por cada delegado arrancado a la represión en el aeropuerto denotaba el valor humano y el compromiso del hombre construido en la solidaridad de la lucha.

En salud pública, en APS y en la lucha por la liberación de nuestros pueblos del sur global, David Sanders seguirá siendo un faro que ilumina el camino de ésta y próximas

generaciones. Qué grande has sido David Sanders. Has muerto pescando, como te gustaba, y a fe que siempre pescaste más allá de los lagos y ríos atrayendo con tu condición de ser sentí pensante no sólo peces sino también a muchos de nosotros a tus filas de luchador. Tú legado estará inscrito en las páginas inmortales de la historia de la salud y de la vida. El Movimiento para la Salud de los Pueblos – Latino América (MSP-LA) no bajará tus banderas, las ondeará con fuerza en las montañas, valles, sabanas, selvas, mares, caminos y calles de nuestro continente acompañado de nuestros pueblos.

Colaborador

Vega-Romero RR (0000-0002-7632-6723)* es responsable de redactar el manuscrito. ■

Referencias

1. Vega-Romero R, Hernández TJ, Mosquera MPA. Una explicación desde el contexto y contenido de las políticas de salud al modelo híbrido y segmentado de atención primaria en salud en Bogotá. *Saúde debate*. 2012; 36(94):392-401.
2. Dubón AMA, Menjivar LD, Espinoza FE, et al. Construcción del sistema comunitario de salud de Guarjila: sistematización de una experiencia de Atención Primaria de Salud Integral en El Salvador durante el período 1987-2007. *Saúde debate*. 2012; 36(94):414-420.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

David Sanders: um gigante do Movimento pela Saúde dos Povos

David Sanders: a giant of the People's Health Movement

Camila Giugliani^{1,2}

DOI: 10.1590/0103-11042020S119

OUTUBRO DE 2005. O LIVRO 'THE STRUGGLE FOR HEALTH'¹, publicado em 1985, caiu nas minhas mãos. Mandado por minha mãe, como um presente, na véspera da minha partida para trabalhar em uma missão humanitária em Angola. Revisitando o livro, 14 anos depois, releio algumas frases que tanto me marcaram. Justamente naquele momento, quando eu estava me perguntando exatamente o que o autor do livro se propunha a explicar:

Por que as pessoas, especialmente as crianças, ainda morrem em grande número, pelo mundo afora, por causas totalmente evitáveis? Por que razão os cuidados apropriados em saúde não estão disponíveis para todos os indivíduos no mundo? Que mudanças podem ser feitas para melhorar essa situação?¹⁽⁷⁾. [tradução da autora].

Nas páginas seguintes, o prefácio termina com um 'tapa na cara', um chamado para a ação: "Por muito tempo, a saúde foi vista como um assunto à parte dos problemas reais da sociedade. Chegou a hora de corrigir a balança.[tradução da autora]"¹⁽¹²⁾. Escrito em 1984, em Harare, Zimbabwe, assinado por D.M.S. Era David M. Sanders. Mas quem era essa pessoa, que escrevia coisas tão verdadeiras, de forma tão assertiva e inequívoca? Um médico pediatra, africano, que parecia saber muito bem do que estava falando.

Seguindo as próximas páginas, muitas fotos impactantes, de crianças gravemente desnutridas, de famílias vivendo em condições desumanas, favelas, lixo, falta de saneamento, pessoas trabalhando arriscadamente no mercado informal. David escrevia sobre a associação das consequências nefastas das injustiças sociais na situação de saúde das pessoas. Fazia a gente entender como o estado de saúde é tão diretamente influenciado pelas condições de vida, por sua vez afetadas por questões políticas e econômicas. Ele falava sobre os determinantes sociais da saúde. As respostas para as perguntas iniciais estavam nas causas estruturais das doenças, que iam muito além da oferta de serviços de saúde, e era sobre isso que o David falava com tanta firmeza e propriedade. Era exatamente o que eu precisava ler para reafirmar o sentimento de indignação com as inaceitáveis desigualdades em saúde.

Tudo fazia sentido. Fui para Angola, fiquei um ano e voltei para Porto Alegre. Com as mesmas inquietações e um sentimento de indignação ainda maior. Era 2007, comecei o doutorado em epidemiologia, sempre inspirada pelo que havia lido no livro do David. Até então, para mim, ele era uma referência distante de médico, escritor e professor. Até que o meu orientador, Bruce

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. giugli@hotmail.com

²Movimento pela Saúde dos Povos (MSP) – Porto Alegre (RS), Brasil.



Duncan, outra referência de pesquisador comprometido, que compartilhava da mesma visão com relação às causas estruturais das doenças, um dia me contou que queria convidar o professor David Sanders para ser um dos palestrantes do Congresso Internacional de Epidemiologia, que ocorreria no ano seguinte em Porto Alegre. Além disso, falou-me que uma colega dentista, Denise Antunes, tinha entrado em contato, para organizar alguma atividade com o David, que estaria vindo visitar Porto Alegre em julho daquele ano. Convidou-me para ajudar a organizar as atividades e para traduzir a palestra que Daviddaria na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A Denise havia feito mestrado na África do Sul, na Western Cape University, inspirada pelo David Sanders e pelo People's Health Movement (PHM). Foi nessa ocasião que conheci o Movimento pela Saúde dos Povos (MSP). Durante a estada do David, conversamos muito. Tudo que eu havia lido, estava sendo novamente reafirmado e de forma ainda mais contundente, enfática, direto no ponto, como só ele sabia ser. Também foi no encontro com David que conheci uma visão diferente de Atenção Primária à Saúde, ou *comprehensive Primary Health Care*, que compreendia os determinantes sociais da saúde e da doença. Como médica de família e comunidade, pude ampliar meus referenciais e minha capacidade crítica. David ensinava muito sobre isso. Sabia ser crítico, irônico na medida certa. Suas frases eram curtas e certeiras. Então, antes de partir, ele desafiou a Denise e a mim:

Vocês têm que formar o círculo do MSP aqui!

Sim, nós queremos, e como fazemos?

Reúnam-se! Vocês já têm aqui três, quatro, cinco pessoas! Comecem!

E ainda com David em Porto Alegre (POA), fizemos o primeiro encontro do embrionário

MSP Brasil POA, em uma sala de aula do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas.

Seguiram-se vários encontros, pessoas vieram, algumas voltaram, outras não. Fluido como é o Movimento. Por volta de setembro, ainda em 2007, pipocou no meu *e-mail* uma chamada para um curso da International People's Health University (IPHU) em Savar, Bangladesh, berço do PHM. Escrevi para o David, perguntando o que achava, e ele me estimulou a ir. Em novembro, por 14 dias em imersão, estávamos, Denise e eu, nas dependências de Gonoshasthaya Kendra, conhecido como GK. Conhecemos lá muitos outros ativistas do PHM, e o curso foi um motor muito importante para seguirmos na construção do Círculo do MSP Brasil em Porto Alegre. Saímos de lá com uma 'missão impossível': organizar um curso da IPHU em Porto Alegre no ano seguinte.

Em setembro de 2008, recebemos mais de 50 ativistas do mundo inteiro na Casa de Retiro Vila Betânia, em Porto Alegre. Foram 14 dias em imersão, discutindo sobre as causas estruturais da saúde e da doença, compartilhando experiências de ativismo, descobrindo novas formas de organização para combater as injustiças sociais. David Sanders era um dos professores do curso. Chegou um pouco depois, mais perto do Congresso de Epidemiologia, para o qual era convidado. Era noite, e recebi um SMS (Short Message Service) no telefone celular de um número internacional dizendo: "*Why am I away from everyone? Am I in quarantine?*" ("*Por que estou longe de todo mundo? Estou em quarentena?*"). Era o David, reclamando porque estava em um hotel cinco estrelas, longe dos ativistas e da energia do Movimento. Ele queria estar ali conosco, nos quatinhos compartilhados, com banheiros coletivos. No dia seguinte, ele veio. O 'famoso professor' era também um ativista igual a cada um de nós. E ele ficava tão feliz com tanta gente jovem ao redor. Amava ensinar, e tinha o dom de fazê-lo de forma horizontal, não só nas aulas, mas nos almoços, nos lanches, sentado em roda, no assento do ônibus. Conversar com ele era sempre uma aula. E ele ficava tão à vontade

em um ambiente simples como aquele, quanto em um ambiente formal e grandioso, como o do pomposo congresso internacional. Sabia muito bem falar e se portar com interlocutores tão diferentes. E conseguia ser, com poucas palavras, sempre direto e claro, tocando exatamente no ponto de desconforto. Era um grande e talentoso provocador. Nesse espírito, foi para as ruas de Porto Alegre manifestar, em total solidariedade ao Conselho Municipal de Saúde, sua reivindicação na defesa pelo direito à saúde.

Em uma das conversas que tive com ele, compartilhei uma inquietação sobre a minha experiência de ter trabalhado em Angola: “*O que ficou, de fato, do trabalho que desenvolvemos lá? Serviu para alguma coisa?*”. Sem pensar muito, ele respondeu: “*Isso é mais difícil de saber, mas uma coisa é certa. Você nunca mais será a mesma. Sua prática está transformada para sempre*”. Daquele jeito claro e certo, característico. Ele falava frases com ponto final. Terminava e a gente ficava pensando. Nunca mais esqueci.

Em outra ocasião, durante mais uma edição do curso da IPHU em Havana, Cuba, em 2009, conversamos em um trajeto de ônibus. Estávamos indo para o jantar organizado pelos anfitriões cubanos. Ao chegar, em um local bem arrumado, destoante da paisagem mais comum da cidade, reclamou, com seu sarcasmo peculiar, porque estávamos indo para um ‘lugar chique’. “*O que vamos fazer aqui?*”.

Mas depois se divertiu, jantou, dançou. Mas não podia deixar de evocar a sua provocação.

David era assim, estava sempre à frente do seu tempo e do pensamento. Provocativo, não se contentava com meias respostas. Assertivo, tinha o dom de falar sobre coisas complexas em uma linguagem simples e clara, que todo mundo entendia. Transformou as ideias de muita gente pelo mundo afora. Nos vimos pela última vez em 2016, em Vancouver, durante uma reunião da pesquisa ‘Engajamento da sociedade civil para a Saúde para Todos’, da qual ele era um dos pesquisadores principais. Uma convivência agradável, era *workaholic*, mas apreciava muito os momentos de descontração, encontros sociais, sempre interessado nas pessoas, querendo saber como estava a família. David deixou saudades e muitos ensinamentos, que continuarão a mudar o mundo, assim como ele queria. Na sala de aula, nos livros e artigos, nas reuniões por Skype, nas inúmeras viagens, nas excursões, nas caminhadas, nas refeições, na delicadeza do encontro, sentiremos tua falta, David, e faremos ecoar o teu grito em todos os idiomas e geografias. Health for all now!

Colaboradora

Giugliani C (0000-0002-2652-5214)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referência

1. Sanders D. The Struggle for health: Medicine and the Politics of Underdevelopment. Macmillan Publishers LTD: Hampshire; 1985.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

David Sanders, un compañero de lucha extraordinario

David Sanders, an extraordinary partner for all struggles

Eduardo Espinoza^{1,2,3}

DOI: 10.1590/0103-110420205120

DAVID SANDERS FUE UNA DE LAS PERSONAS CON MAYOR LUCIDEZ y mejor visión de Salud Pública que he conocido. Reunía características especiales que a todas luces le colocaban en primera fila para conducir los destinos y el accionar de una organización como la Organización Mundial de la Salud (OMS), usurpada y cooptada por fuerzas oscuras en detrimento de su noble misión en pro de la salud de la población mundial. Creo que uno de los errores que siempre lamentaremos fue el no haber tenido la fuerza y el empuje necesarios para rescatar a la OMS de los intereses corporativos y ponerla en sus manos para llevar adelante la difícil tarea de reencauzarla hacia su compromiso con la salud de la humanidad.

Desde Halfdan Mahler no había surgido una personalidad con la fuerza, la presencia, la elocuencia, la capacidad de convocatoria y convencimiento y el poder para entusiasmar y alinear a otras personas con el liderazgo requerido en los países, a fin de dar un nuevo sentido a las políticas públicas mundiales y devolver la esperanza a la humanidad.

David Sanders acumulaba sobradamente estas características y además contaba con una sólida formación científica, una trayectoria impecable como académico e investigador y además con una amplia experiencia en el diseño e implantación de ideas innovadoras, no solo en África del Sur sino en todas las regiones y países donde su pensamiento y su activismo por el ejercicio pleno del derecho a la salud, se hacía sentir a través del accionar de sus discípulos que año con año, aplicaban con entusiasmo a sus cursos desde todo el continente Africano para tener el honor de poder escuchar sus ideas revolucionarias sobre la Atención Primaria de Salud (APS) y ponerlas en práctica al regresar a sus países de origen.

La dimensión continental de su figura, capacidad y liderazgo, dio un salto impresionante con su aporte a la idea original, el diseño y la puesta en práctica en Bangladesh de la Primera Asamblea Mundial por la Salud de los Pueblos. Su capacidad de gestión para movilizar recursos de todo tipo, el dinamismo y eficiencia que imprimió a todas las actividades preparatorias, su capacidad organizativa y su identificación plena con los objetivos superiores de luchar denodadamente por una auténtica salud para toda la humanidad, junto al esfuerzo conjunto de otro equipo visionario de figuras relevantes de la salud pública internacional, le hicieron destacar como el líder indiscutible y más relevante de este proceso.

Fue en esta primera Asamblea Mundial por la Salud de los Pueblos, en el año 2000, que conocí a David Sanders.

La guerra civil en El Salvador que se había librado durante 20 años había llegado a su fin y

¹ Universidad de El Salvador
- San Salvador, El Salvador.
eduardo@espinoza.ca

² Universidad Internacional
por la Salud de los Pueblos
(IPHU) - San Salvador, El
Salvador.

³ Asociación
Latinoamericana de
Medicina Social y Salud
Colectiva (Alames) -
Buenos Aires, Argentina.



de haberse firmado los Acuerdos de Paz en 1992, quienes nos habíamos incorporado a las fuerzas revolucionarias motivados por la exclusión, las inequidades, el abandono, la persecución y la muerte con que la oligarquía local se mantenía a sangre y fuego en el poder, continuábamos nuestra lucha desde diferentes trincheras en la sociedad civil, la academia, las organizaciones populares y otras. Nuestra experiencia sanitaria durante la guerra nos llevó rápidamente a buscar y encontrar en la Atención Primaria de Salud las herramientas ideológicas y el sustento técnico-científico que requeríamos para enfrentar las fuerzas oligárquicas que en el nuevo contexto propugnaban por profundizar las inequidades en salud y el abandono de lo público para enriquecerse a costa de la privatización, la insalubridad y la muerte.

Fue así que con apoyo de la Comisión Europea realizamos en Guatemala, Nicaragua y El Salvador un trabajo investigativo de largo aliento durante cuatro años de la postguerra inmediata, el proyecto ‘Rescate’¹, así llamado porque pretendía rescatar experiencias de APS generadas por la población en las áreas de mayor conflictividad^{2,3}. Giovanni Salazar en Guatemala, René Pérez y Gladys Ricarte en Nicaragua, Françoise Barten desde Holanda, Pol de Vos desde Bélgica, Angelita Elías y yo en El Salvador concluimos este trabajo en 2000, que culminó con un encuentro centroamericano en Managua y una declaración ‘La Carta de Managua’⁴ en noviembre de 2000, la cual fue un importante insumo para la primera Asamblea Mundial por la Salud de los Pueblos.

Junto con Françoise Barten, nos dimos cita en la sede del evento, donde al siguiente día de mi llegada me sorprendió que llegara a buscarme un personaje que se identificó como uno de los organizadores para pedirme que, representando a Latinoamérica, formara parte de un panel en el cual representantes de los pueblos de los diferentes continentes debían interpelar a Richard Skolnic, representante del Banco Mundial, que había aceptado la invitación del Comité Organizador para asistir a la Asamblea.

El personaje en cuestión no era otro más que David Sanders. De estatura mediana, con barba y bigote poblados, de hablar pausado, firme y convincente, replicó rápidamente mis temores y dificultades que expresé para asumir tan delicada tarea. Me sorprendió como sus argumentos más contundentes los reforzaba con nuestras propias tesis y conclusiones en el proyecto Rescate. David demolió rápidamente y con contundencia mis argumentaciones para negarme a participar, su elocuencia y su ordenamiento lógico me convencieron para aplicarme a formular una declaración. Hice una traducción que revisó y corrigió Françoise y el panel fue todo un éxito. Los más de 1,000 asistentes aplaudieron todas y cada una de las intervenciones de los integrantes del panel y el representante del Banco Mundial no pudo rebatir nuestras acusaciones y reclamos por la responsabilidad del Banco y otros organismos financieros en el incumplimiento de la meta ‘Salud para Todos en el año 2000’.

Luego, las siguientes Asambleas en Cuenca, Ecuador en Julio de 2005; en Ciudad del Cabo, Sudáfrica en Julio de 2012 y en Bangladesh en noviembre de 2018 fueron escenarios de otros tantos encuentros. También nos encontramos en diversos eventos en los que coincidíamos convocados por nuestra común afinidad a la defensa del derecho a la salud y a la pertinencia y validez científica de la APS: Cursos de la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos, asambleas regionales, eventos de investigación en salud pública y muchos otros. Poco a poco estos encuentros contribuyeron a que forjáramos una estrecha amistad y a que intercambiáramos periódicamente opiniones sobre diferentes tópicos relacionados con los factores que afectaban a la salud mundial.

Fue quizás por ello que cuando el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN), el ex frente guerrillero salvadoreño, convertido en partido político llegó al gobierno en 2009, le invitamos a visitarnos y darnos su aporte en el diseño de la Reforma de Salud⁵ que pretendíamos llevar adelante en el país. No dudó en aceptar y en hacernos conciencia

especialmente sobre la idea de formar una masa crítica de activistas por el derecho a la salud que contribuyeran a llevar adelante una reforma de la envergadura y con los objetivos que nos planteábamos.

Siempre estuvo pendiente de los avances de nuestra reforma lo que inquiría cuanta vez nos encontrábamos retando nuestra imaginación con sus críticas solidarias, su humor habitual y sus fraternos consejos.

La última vez que le vi fue en Bangladesh en noviembre de 2018 durante la Cuarta Asamblea Mundial para la Salud de los Pueblos. Intercambiamos presentaciones y trabajos, lo que habíamos convertido en un hábito cada vez que nos encontrábamos y tuvimos una larga charla sobre la situación política en la que había devenido El Salvador, reiterando su impresión (que coincidía con la nuestra) de que era consecuencia entre otros factores del distanciamiento de la dirigencia política con el movimiento social, particularmente con el movimiento social en salud.

Como dije al inicio, desde Halfdan Mahler no contábamos con tantas y tan excepcionales cualidades concentradas en una sola persona, situación que hacía que atesorara cada vez más su amistad, sus conocimientos y sus capacidades

Su sensibilidad ante el sufrimiento humano solo era superada por su indignación ante la injusticia; su excelencia como investigador y docente era de tanta calidad como su oratoria y la contundencia de sus argumentos contra quienes abogaban por la privatización y la manipulación de los intereses de las mayorías.

El temor que inspiraba a los poderosos y a los burócratas que lucraban con la salud, solo era comparable a la admiración que le tenían sus discípulos y sus colegas en los nichos académicos. Su lucha en defensa de la vida y por el acceso a la salud son su más grande y trascendental legado a quienes tenemos la obligación moral y militante de recoger su estafeta y hacerla avanzar a niveles superiores y nuevas realizaciones.

David Sanders nos dejó cuando más necesario era su pensamiento y su capacidad de conducción; sin embargo, su inteligencia, su ejemplo y su entrega a la causa de la justicia social y el derecho a la salud deberán ser un motivo de inspiración y de continuidad en la lucha por esos nobles ideales. Eso es lo que él hubiera querido y es lo menos que podemos hacer en su memoria.

No hay duda de que la humanidad entera adquirió con este gigante de la Salud Pública una deuda que aún no alcanzamos a estimar. Es, indudablemente, una pérdida irreparable para quienes le conocimos, compartimos y trabajamos con él. Lo es también para todos los excluidos, los pobres y los marginados a quienes dedicó su vida y su trabajo.

¡Que la madre tierra, a la que tanto quiso, le sea leve y le acoja generosamente en su seno!
¡Amandla Ngawethu!

Colaborador

Espinoza E (0000-0002-4894-2924)* es responsable de redactar el manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referencias

1. Barten F, Espinoza E. Rescue of Local Experiences in El Salvador and Nicaragua for the Health Sector Reform Process. European Commission Contract Holders' Meeting, Cambridge: Downing College; 1998 (Programa INCO-DEV; Contract number IC18*CT960058).
2. Dubón MA, Menjivar D, Espinoza EA, et al. Construction of the community health system in Guarjila: systematization of an experience of Comprehensive Primary Health Care in El Salvador in the period 1987-2007. *Saúde debate*. 2012; 36(94):414-420.
3. Espinoza EA. El Sistema local de Salud (SILOS) de la Zona Norte de San Salvador 1992-1997: Una experiencia innovadora en salud. [tesis]. San Salvador: Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador; 2000.
4. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. "Carta de Managua" presentada el 24 de noviembre de 2000 en el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (CIES-UNAN) en el evento preparatorio para Centroamérica de la Primera Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos. Managua: UNAN; 2000.
5. El Salvador. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 2009-2014 "Construyendo la Esperanza", Ministerio de Salud de El Salvador. San Salvador, *Diario Oficial*, Tomo 386, n. 33, p. 13-40, Feb 17/2010. [acceso en 2019 dec 20]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/derogados/Politica_nacional_de_Salud.pdf.

Compartiendo unas vivencias con nuestro gran amigo David Sanders

Experiences with our good friend, David Sanders

Maria Elizabeth Hamlin Zúniga¹

DOI: 10.1590/0103-110420205121

ME GUSTARÍA COMPARTIR ALGUNAS EXPERIENCIAS DE LOS AÑOS previos al establecimiento del Movimiento para la Salud de Pueblos (MSP) en el año 2000, especialmente para aquellos de la generación más joven de MSP que deberían aprender más sobre la prehistoria del activismo en salud.

David Sanders y yo nos conocimos a principios de los años 1980 cuando él estaba trabajando con David Werner. Compartimos una historia común de luchas por los derechos humanos y los derechos civiles: David en África y yo en los Estados Unidos y América Central. Compartimos un compromiso común con la Declaración de Alma-Ata y el concepto de Atención Primaria de Salud (APS) integral y la capacitación de trabajadoras y trabajadores de la salud comunitaria. Los dos éramos activistas radicales por la salud para todos. Soñamos y vivimos con la APS en sociedades en transición. A fines de los años 1980, estábamos tratando de organizar una pequeña reunión internacional de activistas de la salud involucrados en las luchas de liberación en todo el mundo. Pero antes de que pudiéramos tener la reunión, vivimos la realidad de la caída del muro de Berlín y la derrota de la Revolución Popular Sandinista en Nicaragua, donde yo vivía y trabajaba.

A finales de 1991, tuvimos nuestra reunión de activistas de sociedades en transición, no con nuestro sueño socialista, sino de sociedades que enfrentaban políticas neoliberales y programas severos de ajuste estructural. Esa reunión internacional produjo la formación de una pequeña red de activistas y académicos de la salud con una posición radical en APS y Salud para Todos. Durante una década, esa red, el Consejo Internacional de Salud de los Pueblos (IPHC), organizó y/o participó en reuniones internacionales en todo el mundo: una reunión de IPHC en Palestina en 1993, luego en Sudáfrica después del *apartheid*. Compartimos nuestros puntos de vista particulares en la Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de Salud, en la Cumbre de Desarrollo Social en Copenhague, en las reuniones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en Cairo y Beijing. Y también en reuniones en Malasia, Filipinas, India y Australia. Durante los primeros años de IPHC, la pequeña red nueva pudo desarrollar análisis útiles para organizarse en todo el mundo.

El libro ‘Cuestionando la solución’ de David Sanders y David Werner fue una herramienta importante para los académicos y para las trabajadoras y trabajadores de salud comunitaria¹. Los argumentos del libro ya son materia de estudio en la formación de salubristas en todo el mundo. David Sanders nunca tuvo miedo de hablar clara y enfáticamente sobre las causas estructurales

¹People's Health Movement (PHM) - Managua, Nicaragua. maria.hamlin.zuniga@gmail.com



de los problemas de salud, de la influencia de las transnacionales y especialmente del complejo médico-farmacéutico-industrial. Como decimos en Latinoamérica, no tuvo pelos en la lengua. Argumentó con convicción que nuestra lucha por la salud no podía detenerse nunca.

David Werner, autor del libro 'Donde no hay doctor', y yo pasamos dos sesiones con David Sanders en los programas de la Escuela de Verano de la Universidad del Cabo Occidental haciendo talleres sobre la metodología de Niño-a-Niño. Fue genial lograr que estudiantes de diversos orígenes y experiencias percibieran la importancia de involucrar a la niñez en la educación y promoción de la salud. Fue un desafío llevar a nuestros participantes al campus, porque el contrato de seguro de la universidad no cubría a la niñez. Pero, con el apoyo de David Sanders lo hicimos y lo pasamos muy bien. Agradecemos a David por invitarnos, y a los y las profesoras y estudiantes por enseñarnos tanto sobre Sudáfrica y la lucha por la salud allí. La Escuela de Salud Pública abrió sus puertas y sus aulas a tantas personas de Sudáfrica que nunca tuvieron la oportunidad de estudiar antes. Fue una de las grandes obras de David Sanders. Allí vimos su compromiso no solamente con la salud para todos y todas, pero su compromiso con la lucha por los derechos humanos y civiles de tantas personas que pasaron por la Universidad.

En una reunión en 1997 en Penang (Malaysia), decidimos, junto con Consumer International y otras organizaciones, organizar una Asamblea de Salud de los Pueblos en 2000, para demostrar al mundo que la promesa de Alma-Ata, de Salud para Todos en el año 2000 nunca se cumplió. Y para hacerlo, establecimos y organizamos

un comité con otras sete organizaciones para decidir las fechas, el lugar y el contenido de la primera Asamblea. Después de mucha discusión, decidimos que GK (Gonoshastaya Kendra) en Savar, Bangladesh, sería el sitio de la Asamblea, debido a su larga historia en el compromiso con la Declaración de Alma-Ata. Los activistas de IPHC se comprometieron a desarrollar los maravillosos materiales de organización para prepararse para la primera Asamblea. Desde 1997 hasta diciembre del año 2000 trabajé con David como la única mujer en el comité organizador central de la primera Asamblea. Esa no fue una tarea fácil. No había tantas activistas feministas en salud comunitaria en ese momento y, sobre todo, no eran reconocidas por sus colegas hombres. Eso vino después. Todavía no hay suficientes activistas feministas en el Movimiento para la Salud el día de hoy. Éste es un llamado a todas las jóvenes para que se involucren más.

Después de la primera Asamblea, la mayoría de los miembros de IPHC se convirtieron en figuras clave en el nuevo movimiento que allí nació: el Movimiento para la Salud de los Pueblos. Y así continuamos hasta hoy. Espero que los y las activistas del MSP de hoy puedan aprender más sobre David y sobre nuestra prehistoria. Ahora depende de ustedes, los y las activistas jóvenes llenas de energías, llevar a cabo este trabajo importante y esencial de la lucha por la salud en todo el mundo.

Colaboradora

Zúñiga MEH (0000-0002-6981-0170)* es responsable de redactar el manuscrito. ■

Referencia

1. Werner D, Sanders D. Cuestionando la solución: Las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil. 2000. [acceso en 2019 dec 10]. Disponible

en: <http://www.healthwrights.org/content/books/CLS/indice.htm>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Um tributo a David Sanders: testemunhos de uma aluna

A tribute to David Sanders: testimonials from a student

Denise Antunes¹

DOI: 10.1590/0103-110420205122

ESCREVO ESTE DEPOIMENTO SEM A INTENÇÃO DE RELATAR AS GRANDIOSAS realizações do David Sanders desde seus tempos de estudante de medicina e depois na sua vida profissional. Aqui, meu tributo ao David é compartilhar a visão particular da aluna e seguidora que fui deste ícone insubstituível do ativismo pela saúde pública. Assim, meu relato não tem a pretensão de transcorrer em estilo acadêmico, porque falar agora sobre o David com a amarga sensação do vácuo produzido por sua repentina passagem, frustra qualquer tentativa minha de manter a formalidade esperada em textos científicos.

Tive o privilégio de ser admitida como aluna de mestrado na Escola de Saúde Pública da Universidade de Western Cape (UWC), Cidade do Cabo, África do Sul. E assim tive a feliz oportunidade de testemunhar ali em sala de aula o ativista David Sanders em ação, ‘disfarçado de professor’. Esse me parecia um disfarce, assim como aquele de médico pediatra, que o David nos revelou ter adotado na sua juventude com propósito de alcançar lugares e envolver pessoas na sua luta pela saúde. Não acontecia uma aula sequer, sem que David provocasse uma tremenda inquietação nos nossos corações ao falar sobre saúde, desenvolvimento e Atenção Primária à Saúde com aquela crítica tão visceral aos determinantes sociais e econômicos da saúde. O ativista também não perdia oportunidade de nos convidar, tanto os alunos novos, como os veteranos, para seguir debatendo com ele, depois dos horários de aulas, com a explícita intenção de nos conquistar para o People’s Health Movement (PHM).

A Escola de Saúde Pública da UWC foi idealizada por David e demais fundadores para, por meio de seus cursos de pós-graduação, gerar capacidades preferencialmente entre os profissionais vivendo no continente africano, mas podendo também estender sua abrangência para atingir pessoas de outras regiões subdesenvolvidas ou em desenvolvimento, como foi o meu caso, sendo profissional da saúde e morando no Brasil. Essa preferência da Escola em capacitar estudantes vindo de países do ‘terceiro mundo’ revelou em seus professores, e particularmente em David, a dedicação e paciência necessárias para acolher e alavancar estudantes em condições menos favoráveis, ajudando-os a não desistir do curso por problemas que iam desde o campo pessoal e financeiro até a pouca habilidade com o idioma.

De forma peculiar, eu soube justamente por David desta disposição da Escola em diminuir barreiras para receber e manter os estudantes, sem preconceito algum. Foi no dia em que eu conheci David pessoalmente. Ele apresentava o programados cursos de pós-graduação¹ da Escola numa sessão da Segunda Assembleia do PHM, ocorrida no ano de 2005 na cidade

¹Secretaria Municipal de Saúde – Porto Alegre (RS), Brasil.
deni.atn@gmail.com



de Cuenca, Equador. A configuração dos cursos me encantou e me senti muito entusiasmada com a ideia de realizar o mestrado. Ao final da palestra, fui timidamente falar com David, para dizer do meu interesse no curso, mas já revelando a ele um provável empecilho para a minha entrada no mestrado. Conteí ao David que, depois de ter passado pelas etapas iniciais de seleção para mestrado numa universidade britânica, e ter recebido a carta de aceite daquela universidade, fui rejeitada para receber a bolsa por causa da minha idade ‘avançada’. Fiquei muito desolada, supondo que aos 45 anos, na época, não teria mais chance de iniciar uma formação acadêmica do porte de um mestrado. Mas David logo desfez minha preocupação, respondendo com sarcasmo: “*You should apply, Denise. We accept old ladies!*” (“*Você pode se inscrever, Denise. Nós aceitamos velhinhas!*”). Acabamos rindo da tal senhorinha! E só mais adiante compreendi a importância para o fortalecimento da saúde pública global de existir uma escoladaquela envergadura, com uma política de ‘portas abertas’ e tão acolhedora.

Já nesse primeiro encontro com David, ele me influenciou definitivamente, a ponto de eu direcionar todos os meus esforços para conseguir ser admitida no mestrado da Escola de Saúde Pública da UWC e, como consequência natural do acolhimento recebido naquela Escola, obtive a energia para, finalizado o mestrado, seguir como estudante de doutorado na mesma universidade.

E depois de muitos anos, chegou o dia da cerimônia de graduação no doutorado. Era abril de 2017. Eu estava na Cidade do Cabo, acompanhada pelo meu filho mais novo. Para minha surpresa e satisfação, David nos convidou para um jantar com sua família em sua casa. Confirmando sua característica cordialidade, David chamou também seu filho mais novo, o Oscar, para, segundo o David, fazer companhia para o meu filho durante o jantar. E fomos até a sua casa um dia antes de voltarmos ao Brasil. Eu estava encerrando ali, na companhia do David e sua família,

uma etapa muito significativa da minha vida! Por isso, comentei com David que esperava ver aquele meu filho, estudante de medicina, tendo a oportunidade de frequentar a Escola de Saúde Pública da UWC, e também tendo a honra de ser seu aluno. No que David prontamente disse, dirigindo-se ao meu filho: “*come and stay with us*” (“*venha e fique conosco*”). Me comoveu ver tanta generosidade. Mas ao mesmo tempo, eu sabia que aquela era mais uma estratégia do ativista David para conseguir forjar mais um *young health activist* (jovem ativista pela saúde). Durante aquele jantar, tivemos a chance de relembrar tantas histórias pitorescas, como a viagem inesperada do David a Porto Alegre, em julho de 2007, aproveitando sua ida ao Brasil para um congresso em Salvador. A decisão da viagem se deu num intervalo de aulas na UWC naquele mês de julho. Perguntei ao David se, estando no Brasil, ele gostaria de retardar seu retorno para a Cidade do Cabo, para ir até Porto Alegre nos brindar com seu conhecimento. Ele respondeu simplesmente: “*se me quiserem lá, eu vou*”. E assim, testemunhei aquele David incansável, que não se furtou de estender sua jornada para colocar à disposição de mais pessoas sua imensa sabedoria. Também vi, em outubro de 2011, o David Sanders junto com seu camarada David Legge, ambos com seus cabelos brancos, sentados nos degraus da escada do Centro de Convenções no Rio de Janeiro, já tarde da noite. Quando todos deixavam o local, eles permaneciam ali com muitas folhas de papel ao seu redor, redigindo freneticamente as declarações do PHM para o dia seguinte. Observando de longe aquela cena, comentei emocionada com alguns colegas: “*vejam só, são os nossos dois jovens ativistas em ação!*”.

Dentre as tantas histórias contadas naquele jantar, fiz questão de relembrar o David sobre aquela primeira história: a da ‘*old lady*’. David não lembrava, é claro, que tinha me falado tal coisa. Mas rimos novamente! Agora me apego tanto aos detalhes daquele encontro, porque naquele momento, rememorando junto com o David toda minha trajetória de

aprendizado e admiração, eu fazia, sem saber, um fechamento com ‘chave de ouro’ da minha convivência com ele.

O legado intelectual de David Sanders é inquestionável. A inspiração de suas mensagens aos ativistas pela saúde é forte e eterna. Mas quem vai substituir aquele seu sarcasmo genuíno?

Meu muito obrigada a ti, Professor David Sanders!

Colaboradora

Antunes D (0000-0003-0428-1738)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referência

1. University of the Western Cape. Programme Handbook 2020. Postgraduate Programme in Public Health. School of Public Health. UWC. Cape Town. 2020.

[acesso em 2019 jan 14]. Disponível em: https://www.uwcsoph.co.za/images/Program_handbook/2020_SO-APH_Programme_Handbook_Final.pdf.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

PHM is grieving for the loss of Amit but his legacy is a renewed commitment towards a better, more caring world

MSP está de luto pela perda de Amit, mas seu legado é um compromisso renovado em direção a um mundo melhor e mais solidário

David Legge^{1,2}

DOI: 10.1590/0103-110420205123

AMIT SENGUPTA DROWNED IN A SWIMMING ACCIDENT IN GOA on the 28 November 2018, just days after the fourth People's Health Assembly (PHA) in Savar, in Bangladesh, which Amit had been instrumental in organising. He was just 60 years of age.

Amit trained originally as a doctor and continued to practice throughout his career, albeit on a part-time basis. However, his main vocation was as a social justice activist, working for a better, more caring world. He was involved in a great many struggles and organisations and while we highlight some specific involvements, they should be understood as representing a wider range of engagements.

From the early 1980s Amit was active in the people's science movement (starting with the Delhi Science Forum and later the All India People's Science Network, of which he was national secretary from 2000-2004). It was in this context that he was involved in the response to the Bhopal tragedy (described further in this issue; see Raghunandan eJayaprakash)¹. Amit was very involved in the rational use of medicines movement in India from the 1980s and subsequently the All India Drug Action Network as his advocacy extended to encompass access to medicines, patent law, research and development and latterly biologicals. Building on his work in science, medicines and a range of different struggles, Amit was closely involved in the formation of People's Health Movement (PHM) at the first PHA in Savar in December 2000. Following PHA Amit's main commitment was to PHM in India (Jan SwasthyaAbhiyan) but he was increasingly involved in PHM at the global as well as national levels. Amit was active in the leadership of the World Social Forum from the early 2000s and played a major role in coordinating civil society contributions globally to the work of the World Health Organization (WHO) Commission on the Social Determinants of Health (which reported in 2008). In 2009 Amit took on the role of associate coordinator of PHM with particular responsibility for producing Global Health Watch and coordinating WHO Watch. However, Amit was across the whole agenda of PHM: pointing out the risks; arguing new directions; bringing the doubters along. At several important junctures Amit played a critical role in PHM's strategic thinking, including the structural reforms which have led to the young, diverse and vibrant steering council now guiding the network.

¹La Trobe University - Melbourne, Australia. dlegge@phmovement.org

²People's Health Movement (PHM) - Melbourne, Australia.



PHM's loss, with the passing of Amit, invites us to reflect on the nature of leadership in the social movement context: the level of trust which he was accorded and the power of the inspiration which he projected.

From close colleagues to those with only occasional contact, we learned that we could rely on Amit for insightful explanations and far reaching strategic guidance. We learned to trust his advice because of his track record in getting it right, his wide-ranging and deep expertise, the clarity of his thought and exposition, the integrity with which he lived his life and the loving reach of his relationships.

Amit projected inspiration; he inspired us to find more and to go further. We were inspired by his moral clarity (naming the world's wrongs clearly and unambiguously); by his own personal morality (living his principles firmly); by his achievements and the efforts that they reflected; by the generosity of his

teaching and mentoring and by his commitment to research and evidence.

Amit believed that 'another world is possible' and saw the collective agency of people's movements as critical to achieving that more caring world. This was not just about science or medicines or health; he projected a vision of people's movements coming together across issues, boundaries and differences; working together for a better world. The commitment of the grass roots activists whose work is reported in this issue of 'Saúde em Debate' provides a glimpse of the vision which inspired Amit; and of the vision which Amit projected and which has inspired PHM.

Collaborator

Legge D (0000-0002-4552-1470)* is responsible for drafting the manuscript. ■

Reference

1. Raghunandan D, Jayaprakash ND. Bhopal Gas Disaster: Delhi Science Forum and People's Science Movement in India – In memory of Amit Sengupta. *Saúde debate*. 2020; 44(spe1). (in press).

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Why I cannot pay a tribute to a dear friend

Por que não posso prestar homenagem a um amigo querido

Sarojini Nadimpally^{1,2}

DOI: 10.1590/0103-11042020S124

IT IS INDEED HARD TO BELIEVE THAT I AM WRITING MY TRIBUTES to my dear friend Amit, who for over two decades played crucial and multiple roles in my life as mentor, hand-holder and colleague. What makes it more unbelievable is that we were together for almost 20 days in Savar, Dhaka in November 2018 – barely till a week before he left us forever – working closely on organising the International People’s Health University (IPHU) and the 4th People’s Health Assembly (PHA) of the People’s Health Movement (PHM).

I can still vividly remember when I first met Amit at the Delhi Science Forum (DSF) office in 1994. That was the period when women’s groups were actively involved in the campaign against population control policies, injectable contraceptives and coercive sterilisations. I was working with Jagori, a feminist organisation, those days. We were planning to come up with a strategy to stop the introduction of the injectable contraceptive Depo-Provera in the Family Welfare Programme. Friends from All India Drug Action Network (Aidan) asked me to become involved in a Public Interest Litigation (PIL) suit on bannable drugs that was being filed by DSF. A friend, Kalpana Mehta from Saheli, suggested I should meet a certain Dr. Amit Sengupta at his office in Saket J Block Market and consult him about the prayers for the intervention.

I was new in Delhi those days. I took the bus number 500 from South Extension to Saket, and walked into his office. The room was full of papers, files and books. I noticed someone sitting behind a table piled up with papers in a corner, barely visible. I asked him very politely that I wanted to meet Dr. Amit Sengupta. He looked up with a rather serious look and said, “*I am Amit... yes, what is it about?*”. I was extremely nervous in the beginning, but slowly managed to have a conversation. He was very supportive and explained the process with great patience.

Over the years we met far more frequently and we both became a part of Jan Swasthya Abhiyan (JSA) and PHM. Amit was a founding member of the PHM and was instrumental in building the Movement as a global people’s health network bringing together movements, organisations, academics and activists committed to the struggle for health for all.

He was a major organizer the IPHU, a capacity building program for young health activists; and the World Health Organisation-Watch (WHO-Watch) in Geneva which intervenes with own statements into the debates at the World Health Assembly. Amit was the editor of the Global Health Watch (GHW), the civil society’s alternative report to the WHO’s World Health Report, which covers almost every aspect of the state of global health within the social-economic and political realities. He brought his enormous political, organisational and leadership capacity to both PHM and JSA. He could easily relate complex analytical information in a very simple manner to the grassroots health activists in JSA through his speeches, workshops and discussions.

Mentoring and building the capacities of young activists in this struggle was another commitment that he carried out through the IPHU and the WHO-Watch. He played a key role in

¹La Trobe University - Melbourne, Australia. dlegge@phmovement.org

²People’s Health Movement (PHM) - Melbourne, Australia.



conceptualising and coordinating the fourth PHA in Savar, Bangladesh, in mid November 2018, where more than 1400 people from around 73 countries came together to share their struggles and solidarity for collective action for health and social justice. These are just a drop in the vast ocean of Amit's contribution to this struggle. His politics and commitment, the imperative to work for a radical transformation in the way we approach actions and policies on health, literacy, science and technology was central to all of his countless contributions.

Most of all he never dithered from articulating his opinions or critiques about a range of issues related to health care, the role of pharma, of international NGOs, of the corporate sector, and the WHO. His politics, analysis and articulation on issues related to public health, access to medicines, Patent Laws to ensure inclusion of TRIPs flexibilities in the Indian Patents Act, and the range of other issues (frankly I don't know if there were too many that he did not have deep and informed insights about) have been a tremendous source of inspiration and mobilisation.

I still recall the heated discussions on Universal Health Coverage (UHC) a few years ago, after the release of the Report of the High Level Expert Group (HLEG) on UHC and also the shifts from global health organisations towards coverage. Amit had very clear thoughts on this. He never accepted the term Coverage; he believed in Care. According to him, UHC is essentially designed to universalize 'coverage' rather than 'care' which is built on, and lends itself to, standard neoliberal policies, steering policy-makers away from universal health options based on public systems. He argued that, in glossing over the importance of public provisioning of services, many proponents

of UHC are actually interested in the creation of health markets that can be exploited by capital.

Amit brought his enormous political, organisational and leadership capacity to people's health and science movements. We are privileged to have had him as a co-traveller.

Amit physically left us on 28 November 2018. He leaves behind a monumental and wonderful legacy: the magic of his life, his intelligence, warmth, honesty, joy, wry humour and his steadfast commitment to a just and equitable world. We have so much more to learn from him: his work, his politics, his commitment. And so much more to do to celebrate and take forward all that he has done for us with his ceaseless, infectious optimism.

The untimely and unexpected demise of Amit is an irreparable loss to the community of the national and global health movement. JSA/PHM remembers him with a heavy heart and fondest of memories for being a long standing friend, colleague, and fellow comrade in the struggle for health for all.

At a personal level, I feel you are still around, just stepped out of town for a meeting and will be back in a few days. You will call any moment and ask in your typical style, "*Kya chal raha hai? (what's going on?) Let's meet*". Going through old mails, I think of you, your constant support, guidance and inspiration while working together, and our wonderful friendship. Adieu my dear friend, till our next meeting.

Collaborator

Nadimpally S (0000-0003-2494-616X)* is responsible for drafting the manuscript. ■

Reference

1. Sengupta A. Universal Health Coverage: Beyond Rhetoric. 2013. [access in 2020 Jan 14]. Available in: <http://www.municipalservicesproject.org/publication/universal-health-coverage-beyond-rhetoric>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

The Struggle for Health is the Struggle for a More Equitable, Just and Caring World

Declaration of the Fourth People's Health Assembly - PHA 4 Savar, Bangladesh, 15-19 November 2018

People's Health Movement¹

DOI: 10.1590/0103-11042020S125

THIS DECLARATION WAS WRITTEN INSPIRED BY THE MEMORY AND SPIRIT of Amit Sengupta, whose dedication to struggling for a fairer, healthier and more caring world was absolute and will continue to inspire future PHM activists.

Our Struggles

After months of mobilisation through national and regional assemblies we, over 1400 health activists from 73 countries across all regions, met in Savar, Bangladesh, six years after the assembly in Cape Town, to reaffirm our commitment to the struggle for health, which – in the words of Amit Sengupta – we see as the struggle for a more equitable, just and caring world.

The vision provided in the People's Charter for Health (2000) and the Cuenca Declaration (2005) is more relevant than ever before, as unfortunately the root causes of ill health and inequality persist and are yet to be reversed. These root causes are deeply embedded in patriarchy, caste-ism, racism, religious fundamentalism, able-ism, transphobia and hetero-normativity and reinforced by the current paradigm of development, which is characterised by individualism, anthropocentrism and neoliberal capitalism. Communities the world over are increasingly losing their access to land, water and livelihoods on the one hand, while facing heightened militarisation, violence and repression on the other.

This paradigm has significantly boosted the clout of the transnational corporations, leading to an enormous inflation in private profit and creation of a class of transnational executives and shareholders whose wealth and power are direct threats to equity, justice and the health of the planet. The controlling interests of corporate capitalism are systematically eroding the sovereignty of our governments thereby conceding the rights and privileges of the people to interests of profit. Corporations are indulging in rampant destruction of ecosystems and biodiversity, generating enormous volumes of toxic waste, while endangering cultural identities, diversity and ways of living. The complexities of emerging and chronic conflicts, migration, climate change, threat to privacy – to name a few – are presenting new challenges every day. All of this, aided by unjust global and national economic and trade policies, is promoting an unsustainable and inequitable development paradigm and creating a complex canvas of determinants that is seriously impeding the realisation of health for all.

¹People's Health Movement (PHM) – Savar, Bangladesh.



It is against this disturbing backdrop that we place our struggle for the right to health; for a new model of society, with more solidarity, empathy, equity and humanity, which safeguards human lives and ecosystems.

The Crisis of Health is a Crisis of the Capitalist Model

High income countries, working closely with transnational corporations, are promoting neo-liberal policies to manage the contemporary crisis of globalised capitalism in the interests of the transnational capitalist class. With help from a network of one-sided 'trade and investment' agreements, these policies are either being accepted by or being forced on the governments of low and middle income countries. The resulting national policies are having far reaching consequences for the social conditions that shape people's health, and also for the approach and funding of comprehensive health care. Such policies are worsening the fundamental determinants of health, and progressively crippling healthcare infrastructure and delivery of services. Such policies are encouraging national governments to abdicate their responsibilities to public health, while ushering in privatisation and insurance regimes.

PHM's Alternative Vision: Equity, Ecological Sustainability and Health for All

Our vision is of a world in which equity between and within countries is achieved and health for all is a reality. We reaffirm that health results from social, economic and environmental justice. We visualise a world where empathy, solidarity and respect for people and the environment are at the core of global, national and local communities; a world free of discrimination and oppression based on gender, race, caste, ethnicity, disability, sexuality, religion, occupation, citizenship; a world where human rights and the empowerment and health of all communities, together with

the dignity and rights of all natural beings, are respected and promoted.

We demand that governments, international financial institutions and the United Nations agencies including the World Health Organisation (WHO) be accountable to people, not to transnational corporations and their agents. We demand that they guarantee rights relating to health and the environment through enforceable laws and regulations. We demand that they protect those who struggle to defend their rights and end the impunity with which corporations threaten, harm and kill people and nature.

We want equitable public health systems that are universal, context-appropriate, integrated and comprehensive – not discriminatory, disempowering, private and for profit. Systems that provide a platform for appropriate action on the social determinants of health including a radical shift in existing power structures.

Our Commitment

As we affirmed in the Cape Town Call to Action (2012), no change is possible without the mobilisation of people through the building of social and political power amongst people and communities. PHM activists commit to creating bridges to connect all movements fighting for the right to health with other social movements defending people's lands, water, livelihoods, rights of indigenous communities and rights against the aggression of transnational corporations and governments that represent corporate interests.

We commit to strengthening the PHM by ensuring that our governance is transparent, democratic and gender just. We commit to building new country circles and strengthening the existing ones, through broadening linkages and solidarity with other likeminded organisations, networks and people's movements and by engaging new and especially young people at the country, regional and global levels. This will mean that the diversity of our movement is more represented.

Our work in the short term will be organised around six different thematic and action areas with specific objectives, but we remain open to new themes in the medium to long term. For instance, the importance of people's traditional knowledge on ecosystems and health, as forms of sustainable and empowering resistance to the dominant hegemonic biomedical approach to health.

GENDER JUSTICE AND HEALTH

PHM promotes an understanding and analysis of gender as a cross-cutting issue that informs all the thematic circles within PHM. PHM moves beyond male/female binary and includes LGBTQI (Lesbian, Gay, Bisexual, Queer and Intersex) and transgender communities by integrating a non-binary gendered analysis and understanding in all PHM discussions, events and assemblies.

PHM believes that gender oppression is intricately linked to other systems of oppression and that interactions between these further compromise wellbeing and access to health care. Although they manifest differently and to varying levels in diverse contexts, experience of gender inequity, discrimination and violence is universal. PHM recognizes that that besides women – other victims of gender based violence include children, persons with non-normative sexual orientations or gender identities, and that vulnerability to violence is exacerbated by disabilities, marital status, race, caste, religion, ethnicity, occupation, conflict situations, and social and economic status.

Gender justice and health are mutually reinforcing and are both central to the realisation of the goal of health for all. PHM critically examines the gendered implications of macroeconomic policies and the current developmental paradigm, that together with domestic policies and laws are discriminatory and unjust and continue to impede the realisation of health for all.

To advance towards gender justice, PHM commits to:

- Promote health services and reproductive and sexual health care with special emphasis for women, girls and LGBTQI and transgender communities, those belonging to racial and caste minorities and people with disability.
- Promote and sustain action against gender unequal and gender unjust social, economic and political systems that impact health and human rights at the local, regional as well as global levels.
- Consolidate evidence through research, testimonies, case studies and experiences from different regions for global advocacy and action on gender-just health policies and accountability.
- Forge and strengthen linkages and solidarity with women's groups, health groups, coalitions, networks, people's movements, campaigns and interest groups, on identified gender justice and health challenges and concerns.
- Monitor and resist global agendas that diminish sexual and reproductive health rights, for example the global gag rule.
- Mobilise and build understanding and capacities, especially of the youth, on gender justice and health through the International People's Health University (IPHU) and other processes.

ENVIRONMENT AND ECOSYSTEM HEALTH

The overarching focus of neoliberal policies on maximising profit with minimum accountability is encouraging over-consuming, unsustainable lifestyles and polluting technologies and industries. These are irreversibly affecting soil quality, ground water reserves, bio-diversity by over-extracting forest and fishery resources, proliferating

mining operations, and expanding modern agriculture for the global market, just to name a few. Such a developmental vision is evidently responsible for widespread environmental destruction and generation of immense quantities of waste – both nuclear as well as from toxic chemicals and pesticides – causing severe soil and water pollution, air pollution, depletion of the ozone layer and climate change, all of which have far reaching effects on people's health. In addition, the labour force working in these polluting industries often comes from the most under-privileged section of society. Laws and policies have been continuously flouted by industries in context of these vulnerable workers' health, exposing them to a highly hazardous workplace.

In order to promote ecosystem health, in the vision that our health is the health of nature as a whole, PHM commits to:

- Develop a global campaign against the impact of extractivist industries on health.
- Support organisations that oppose the global extractivist project and strengthen links between land rights, environmental rights, and human rights movements that are people's movements.
- Condemn the criminalisation, repression and extra-judicial killing of activists in the struggle for environmental justice.
- Promote healthcare systems that are not harmful to the environment and that support healthy ecosystems.
- Support models of work that promote safe, healthy work and systems of production.
- Support workers' rights groups who struggle for the health rights of organised and unorganised labourers and for a safe workplace.

FOOD AND FOOD SOVEREIGNTY

PHM believes that our unsustainable and inequitable food systems is a determinant of poor health, particularly manifesting in what is called the triple burden of malnutrition, as well as the pandemic of non-communicable diseases. The common roots underlying both under and over-nutrition in our globalised world pertain to the impact of current practices related to food production, processing, manufacture, distribution, trade and commerce on food systems, as well as to the power differentials between those who are most affected by and those who benefit most from the current food system. The unregulated penetration of food and beverage companies and the aggressive marketing of processed and ultra-processed foods have severely compounded the problem of malnutrition and the underlying food insecurity.

PHM proposes to:

- Create a food system that, 'from seed to plate', is equitable, fair, and based on the inalienable right to food and adequate nutrition.
- Appropriately politicise food and nutrition issues, i.e., increase understanding of the political economy of food and nutrition.
- Build awareness about the negative links between food and financial systems including about undue corporate influence, as well as about the flaws of current multi-stakeholder 'solutions', as for example the Scaling Up Nutrition (SUN) initiative adopted by UN agencies and selected NGOs.
- Resist the growing power of the transnational food industry.
- Resist the technical and individualised vision of nutrition by correcting misinformation fed to the public on how to make the food system more equitable. Create bridges

between PHM and the agroecologist movement to gain food sovereignty.

- Raise awareness on and prevent the massive use of agrototoxic products and pesticides in food, water and land, opposing the hegemonic discourse on agribusiness.

TRADE AND HEALTH

Almost all countries represented at this Assembly have concluded or are negotiating regional or bilateral trade and investment agreements, generally driven by the US or the EU, and directed to advancing the interests of transnational corporations. These are in effect economic integration agreements, going well beyond the liberalisation of trade in goods, to include the liberalisation of trade in services, extreme protection for intellectual property, regulatory harmonisation, and new provisions to protect transnational corporations from regulation by host governments. The regime thus put in place has far reaching consequences for access to comprehensive health care and to the social conditions which shape people's health.

In order to put health before profit, PHM commits to:

- Stop the negotiation of trade and investment agreements designed to further extend and strengthen the neoliberal regime and terminate (withdraw from) existing agreements which shore up this regime.
- Work towards a New International Economic Order which incorporates positive discrimination in favour of low and middle-income countries and which is oriented around an ecologically sustainable civilisation, based on living well rather than corporate profit.
- Reform medicines regulation ensuring that it is based on national sovereignty and

directed towards ensuring quality, safety, affordability and efficacious rational use.

EQUITABLE HEALTH SYSTEMS

PHM reiterates its commitment to primary health care (PHC) in the pursuit of health and well-being for all, aiming to achieve equity in health outcomes. This is critical as we are facing a global health crisis that is characterised by inequities related to a range of social, economic, commercial, environmental and political determinants of health, and in access to and quality of health services within and between countries. In many regions of the world, poorly designed, under-resourced, and poor quality health systems are causing unacceptable rates of morbidity and mortality. PHM also recognises that health systems are deeply gendered, caste-ist and racist institutions that reinforce inequalities, with discriminatory policies and practices being huge barriers to access to health information and care globally. Gender also plays a critical role in the health workforce and determines the location and experiences of health workers.

PHM also deplores the global trend towards privatisation of health care, the implementation of insurance schemes (especially in Asia and Africa) in the name of achieving universal health coverage, which reinforce privatisation and commercialisation of health. Public private partnerships and outsourcing of public services, including in health, are being promoted despite overwhelming evidence of failures and their adverse impact on health equity and conditions of health workers. These have evoked sharp resistance from people's movements.

PHM proposes to:

- Institute action to promote universal health systems that are publicly funded and publicly provided, equitable and of good quality, based on primary health care as defined in the Alma-Ata Declaration. Universal public health systems, free at the point of use and financed through taxation, centred on

primary health care, are the most effective and efficient path towards the promotion of equity and the realisation of the universal right to health.

- Provide evidence on the failure of publicly funded health insurance in low and middle-income countries, privatisation, public private partnerships in attaining better health for the people that will strengthen the campaign in exposing the neoliberal framework being used to justify the privatisation of health systems.
- Document struggles and resistance to health privatisation and build on positive experiences in organisation of health care services and primary health care.
- Establish a corporate watch initiative on healthcare across global regions, in partnership with other networks doing similar work.
- Build awareness about the importance of frontline workers as both agents of social change and extension workers for the health system and work towards strengthening their role in ensuring health for all, through better designed programmes, fair and decent work and adequate remuneration.
- Highlight the key role of health workers in the functioning of health systems, and build awareness about the effects of neoliberal policies on their working conditions.
- Promote decent work in health systems and for all health workers, including adequate remuneration, social protection and employment conditions. Highlight the linkages between informal and irregular forms of work and quality of health services.
- Support the right to organise and bargain collectively for health workers, and create linkages with progressive trade unions that struggle for the rights of health workers.

WAR AND CONFLICT, OCCUPATION AND FORCED MIGRATION

The insatiable thirst for profit, together with the imperialist aspirations of many countries including Europe and the US, are causing war and insecurity on a global scale but also poverty and environmental degradation. They are destabilising whole countries through economic policies, political intervention, arms trade, drug traffic and unbridled resource extraction. All of these are creating the conditions that are provoking massive movements of people across the world.

Forced migration due to armed conflicts, ethnic cleansing, development projects, land grabbing or climate change are realities of the day, the seeds of which often lie in inequities and policies of neoliberalism. Indeed, the globalised neoliberal economy undermines local economic initiatives and systems and this is probably an important root cause of expulsion and social dislocation.

Large populations lose their basic rights of citizenship when they are forced to migrate to an alien country. Even displacement within the country causes severe stress and uncertainty. Although displacement affects populations as a whole, experiences of affected peoples are multifaceted and often gendered with consequences for sexual and reproductive as well as mental health.

PHM denounces the direct and indirect impact on health of war, occupation and militarisation, and highlights the implications for health of migration and migration policies that are not respectful of human rights. PHM also denounces the military and security industry as a public health threat, as a continuous cause of conflict and therefore human suffering and also one of the world's worst environmental polluters and carbon emitters.

PHM proposes to:

- Pressure international organisations to advocate for equitable policies, conflict

resolution, peace building, disarmament, end of occupation, safe and free movement of people.

- Mobilise local and international civil society organisations, humanitarian groups, and health volunteers to provide immediate relief and medical attention to displaced people.
- Pressure the local governments involved to provide emergency nutrition, shelter, clothing and healthcare to such displaced people.
- In case of cross-border migration, mobilise world bodies like the UN and relevant organisations and networks to put multi-lateral pressure on the respective countries and recognise displaced people as refugees and fulfil all rights and privileges that they are entitled to.
- Ensure that migrants' and refugees' health rights are upheld.
- Campaign to stop military research and development with taxpayer's money.

Building our People's Health Movement

Towards achieving the goals set for ourselves through thematic areas, we must further build our People's Health Movement through our collective efforts to develop and apply a broad global vision and a strategy that is based on a correct assessment of our strategic partners at all levels – global, national and local. It is urgent that we build our capacity, for research, analysis and action through more training that will lead to social mobilisation; for campaigns and for strategising for action. We need to build alliances with trade unions, organisations, social movements, representing women, peasants, frontline workers, indigenous communities and youth.

Finally, if we are to build an alternative culture and alternative institutions, each of us needs to actively support our comrades in their struggles. Only this carries hope for the future of humanity and for mother earth. This further entails the defence of the members of our movement who are working in dangerous settings and who are too often the first to be targeted by the repressive organs of the state.

We, as PHM, commit ourselves to this Declaration. ■

La lucha por la salud es la lucha por un mundo más equitativo, justo y solidario

*Declaración de la Cuarta Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos - ASP 4
Savar, Bangladesh, 15-19 de noviembre de 2018*

Movimiento por la Salud de los Pueblos¹

DOI: 10.1590/0103-11042020S125

ESTA DECLARACIÓN SE INSPIRÓ EN LA MEMORIA Y EL ESPÍRITU de Amit Sengupta cuya dedicación absoluta a la lucha por un mundo más justo, más sano y más solidario seguirá inspirando a futuros activistas del MSP.

Nuestras luchas

Después de meses de movilización a través de asambleas nacionales y regionales, nosotros, más de 1,400 activistas de salud de 73 países de todas las regiones, nos reunimos en Savar, Bangladesh, seis años después de la asamblea en Ciudad del Cabo, para reafirmar nuestro compromiso con la lucha por la salud, que –según las palabras de Amit Sengupta– vemos como la lucha por un mundo más equitativo, justo y solidario.

La visión que ofrece la Declaración para la Salud de los Pueblos (2000) y la Declaración de Cuenca (2005) es más pertinente que nunca antes, ya que lamentablemente las causas fundamentales de la mala salud y la desigualdad aún persisten y no se han revertido. Sus raíces están incrustadas en profundidad en el patriarcado, sistema de castas, racismo, fundamentalismo religioso, discriminación contra las personas con capacidades diferentes, transfobia y heteronormatividad, y reforzadas por el paradigma actual de desarrollo, que se caracteriza por su individualismo, antropocentrismo y capitalismo neoliberal. Las comunidades de todo el mundo pierden cada vez más su acceso a la tierra, al agua y a los medios de vida, por un lado, y enfrentan, a la vez, un aumento del militarismo, la violencia y la represión, por el otro.

Este paradigma ha impulsado considerablemente la influencia de las corporaciones transnacionales, lo cual ha derivado en una enorme inflación de beneficios particulares y la creación de una clase de ejecutivos y accionistas transnacionales cuya riqueza y poder son amenazas directas a la equidad, la justicia y la salud del planeta. Los intereses que controlan el capitalismo corporativo erosionan sistemáticamente la soberanía de nuestros gobiernos, que de este modo ceden los derechos y privilegios de sus pueblos a los intereses de lucro. Las corporaciones se permiten la destrucción desenfrenada de los ecosistemas y la diversidad, generan grandes volúmenes de desechos tóxicos, al tiempo que ponen en peligro las identidades culturales, la diversidad y las formas de vida. Las complejidades de los conflictos emergentes y crónicos, el cambio climático, las amenazas a la privacidad, por citar algunos ejemplos, plantean nuevos

¹Movimiento por la Salud de los Pueblos (MSP) – Savar, Bangladesh.



retos todos los días. Todo esto, ayudado por políticas económicas y de comercio injustas, tanto nacionales como mundiales, promueve un paradigma de desarrollo insostenible y desigual, y crea un complejo tejido de determinantes que impide seriamente hacer realidad la salud para todos y todas.

Es en este contexto que ubicamos nuestra lucha por el derecho a la salud, por un nuevo modelo de sociedad, con más solidaridad, empatía, equidad y humanidad, que salvaguarda la vida humana y los ecosistemas.

La crisis de salud es una crisis del modelo capitalista

Los países de rentas altas, que trabajan de cerca con las corporaciones transnacionales promueven políticas neoliberales para atender la crisis contemporánea del capitalismo globalizado en el interés de la clase capitalista transnacional. Con la ayuda de una red de acuerdos unilaterales de ‘comercio e inversión’, estas políticas son aceptadas o impuestas a los gobiernos de países de rentas bajas y medianas. Las políticas nacionales resultantes tienen consecuencias de largo alcance para las condiciones sociales que influyen en la salud de la población y también para el enfoque y financiamiento de un sistema integral de salud. Estas políticas empeoran los determinantes fundamentales de la salud y progresivamente paralizan la infraestructura del sistema de salud y la prestación de servicios. Estas políticas promueven que los gobiernos nacionales renuncien a su responsabilidad de la salud pública, al mismo tiempo que marcan el inicio de regímenes de privatización y seguros.

Visión alternativa del MSP: equidad, sostenibilidad ecológica y salud para todos y todas

Nuestra visión es la de un mundo en el que se logra la equidad entre y en los países, y la salud para todos y todas es una realidad. Reafirmamos que la salud se deriva de

la justicia social, económica y ambiental. Visualizamos un mundo donde la empatía, la solidaridad y el respeto por las personas y el medio ambiente son fundamentales para la comunidad mundial, nacional y local; un mundo sin discriminación ni opresión por razones de género, raza, casta, origen étnico, capacidades diferentes, sexualidad, religión, ocupación y ciudadanía; un mundo donde se respetan y promueven los derechos humanos, el empoderamiento y la salud para todas las comunidades, junto con la dignidad y los derechos de todos los seres naturales.

Exigimos que los gobiernos, las instituciones financieras internacionales y las agencias del Sistema de las Naciones Unidas, incluyendo la Organización Mundial de la Salud (OMS), rindan cuentas a la población, no a las corporaciones transnacionales y a sus agentes. Exigimos que garanticen los derechos relacionados con la salud y el medio ambiente por medio de leyes y reglamentos ejecutables. Exigimos que protejan a quienes luchan para defender sus derechos y poner fin a la impunidad con la que las corporaciones amenazan, dañan y matan a las personas y la naturaleza.

Queremos sistemas equitativos de salud pública, que sean universales, apropiados al contexto, integrados e integrales, es decir, no discriminatorios, inhabilitantes, privados ni lucrativos. Sistemas que proporcionen una plataforma para acciones apropiadas sobre los determinantes de la salud, incluyendo un cambio radical en las estructuras de poder existentes.

Nuestro compromiso

Como afirmamos en el Llamamiento a la acción en Ciudad del Cabo (2012), ningún cambio es posible sin la movilización popular mediante la construcción del poder social y político entre la gente y las comunidades. Los y las activistas del MSP se comprometen a tender puentes para conectar todos los movimientos que luchan por el derecho a la salud con otros movimientos sociales que defienden las tierras,

el agua y los medios de vida de la gente, así como los derechos de las comunidades indígenas, y los derechos contra la agresión de las corporaciones transnacionales y gobiernos que representan los intereses corporativos.

Nos comprometemos a fortalecer el MSP al asegurarnos de que nuestra gobernanza sea transparente, democrática y justa en su perspectiva de género. Nos comprometemos a construir nuevos círculos de país, a fortalecer los ya establecidos al ampliar los vínculos y la solidaridad con otras organizaciones, redes y movimientos populares afines, y a fomentar la participación de nuevas personas, en especial a jóvenes, en el ámbito nacional, regional y global. Eso significará que la diversidad de nuestro movimiento estará más representada.

Nuestro trabajo a corto plazo se organizará en torno a seis áreas temáticas y de acción, con objetivos específicos, pero mantendremos apertura a nuevos temas a mediano y largo plazo. Por ejemplo, la importancia del conocimiento tradicional de la gente sobre ecosistemas y salud, como formas de resistencia sostenible y habilitante al enfoque biomédico, hegemónico y dominante de la salud

JUSTICIA DE GÉNERO Y SALUD

El MSP promueve la comprensión y el análisis de género como tema transversal que informa a todos los círculos temáticos en el MSP. El MSP va más allá de la lógica binaria hombre-mujer e incluye LGBQI (lesbianas, gays, bisexuales, queer e intersex) y comunidades transgénero mediante la integración de la comprensión y el análisis de la dimensión de género no binario en todas las discusiones, actividades y asambleas del MSP.

El MSP cree que la opresión de género está inextricablemente vinculada a otros sistemas de opresión y estas interseccionalidades comprometen aún más el bienestar y el acceso a servicios de salud. La experiencia de la desigualdad, discriminación y violencia de género es universal, aunque se manifiesta de distintas maneras, a diversos niveles y en contextos

diferentes. El MSP reconoce que además de las mujeres, otras víctimas de la violencia de género incluyen a niños, niñas, personas con orientaciones sexuales o identidades de género no normativas, y que las discapacidades, el estado civil, la raza, casta, religión, origen étnico, ocupación, situaciones de conflicto y posición social y económica exacerbaban la vulnerabilidad a la violencia.

La justicia de género y la salud se entrecruzan firmemente y son fundamentales para que el objetivo de salud para todos y todas pueda ser realidad. El MSP examina con espíritu crítico las implicaciones de género en la macroeconomía y las políticas, y el paradigma actual de desarrollo, que en conjunto con las políticas y leyes nacionales son discriminatorias e injustas, y continúan impidiendo la realización de la salud para todos y todas.

Con el objeto de avanzar hacia la justicia de género, el MSP se compromete a:

- Promover servicios de salud y atención de salud sexual y reproductiva con especial énfasis en mujeres, niñas, comunidades LGBTQI y transgénero, y personas con discapacidad.
- Promover y sostener acciones contra sistemas políticos, económicos y sociales injustos y desiguales por razones de género que impactan la salud y los derechos humanos en el ámbito local, regional y mundial.
- Consolidar la evidencia a través de investigaciones, testimonios, estudios de caso y experiencias de diferentes regiones para el activismo global y la acción sobre justicia de género en las políticas de salud, y rendición de cuentas.
- Forjar y fortalecer vínculos y solidaridad con grupos de mujeres, grupos de salud, coaliciones, redes, movimientos populares, campañas y grupos de interés en relación con los retos y preocupaciones identificadas en materia de justicia de género y salud.

- Monitorear y resistirse a las agendas globales que disminuyen los derechos de salud sexual y reproductiva, por ejemplo, la Ley Mordaza Global.
- Movilizar y construir conocimiento y capacidad, especialmente de los y las jóvenes, sobre justicia de género y salud a través de la Universidad Internacional de Salud de los Pueblos (Uisp) y otros procesos.

SALUD DEL MEDIO AMBIENTE Y EL ECOSISTEMA

El enfoque dominante de las políticas neoliberales de maximizar los beneficios con un mínimo de responsabilidad fomenta el consumo excesivo y estilos de vida insostenibles, y tecnologías e industrias contaminantes. Estas afectan irreversiblemente la calidad del suelo, las reservas de agua subterránea y la biodiversidad con la extracción excesiva de recursos forestales y de la pesca, la proliferación de operaciones mineras y la expansión de la agricultura moderna para el mercado global, por citar algunos ejemplos. Esta visión de desarrollo es evidentemente responsable de la destrucción generalizada del medio ambiente y la generación de inmensas cantidades de desechos –nucleares, de químicos tóxicos y pesticidas– que causan una fuerte contaminación del suelo y el agua, el agotamiento de la capa de ozono y el cambio climático, todo lo cual tiene efectos de gran alcance en la salud de los pueblos.

A fin de promover la salud del ecosistema, con la visión de que nuestra salud es la salud de la naturaleza en su totalidad, el MSP se compromete a:

- Desarrollar una campaña mundial contra el impacto de las industrias extractivas en la salud.
- Apoyar a organizaciones que se oponen al proyecto extractivista global y fortalecer los vínculos entre movimientos por los derechos

a la tierra, derechos ambientales, y derechos humanos que son movimientos populares.

- Condenar la criminalización, la represión y las ejecuciones extrajudiciales de activistas en la lucha por la justicia ambiental.
- Promover sistemas de salud que no sean perjudiciales para el medio ambiente y apoyen ecosistemas saludables
- Apoyar modelos de trabajo que promuevan trabajo y sistemas de producción seguros y saludables.

ALIMENTOS Y SOBERANÍA ALIMENTARIA

El MSP cree que nuestro sistema alimentario insostenible y desigual es un determinante de la mala salud, que se manifiesta en particular en lo que se llama la triple carga de la desnutrición, así como la pandemia de enfermedades no transmisibles. El origen común que subyace a la desnutrición y sobrenutrición en nuestro mundo globalizado pertenece al impacto de las prácticas actuales relacionadas con la producción de alimentos, el procesamiento, manufactura, distribución, y comercio en sistemas alimentarios, al igual que los diferenciales de poder entre quienes son los más afectados y aquellos que se benefician más del sistema alimentario actual. La penetración no regulada de empresas de alimentos y bebidas, y el agresivo mercado de alimentos procesados y ultra procesados han agravado enormemente el problema de la desnutrición y la inseguridad alimentaria subyacente.

El MSP propone:

- Crear un sistema alimentario, ‘de la semilla al tenedor’, que sea equitativo, justo y basado en el derecho inalienable a la alimentación y a una nutrición adecuada.
- Crear la politización apropiada de los problemas alimentarios y de nutrición, p.

ej. aumentar el conocimiento de la economía política de los alimentos y la nutrición.

- Crear conciencia de los vínculos negativos entre el sistema alimentario y el financiero, incluyendo la indebida influencia corporativa, así como los errores de las ‘soluciones’ de las múltiples partes interesadas; por ejemplo, la iniciativa de Scaling Up Nutrition (SUN) (Fomento de la nutrición) adoptada por las agencias del Sistema de la ONU y las ONG seleccionadas.

- Resistir el poder creciente de la industria alimentaria transnacional.

- Resistir la visión técnica e individualizada de la nutrición, al corregir la desinformación suministrada al público sobre cómo hacer que el sistema alimentario sea más equitativo. Tender puentes entre el MSP y el movimiento agroecologista para lograr soberanía alimentaria.

- Crear conciencia y prevenir el uso masivo de productos agrotóxicos y pesticidas en los alimentos, el agua y el suelo, en oposición al discurso hegemónico de la agroindustria.

COMERCIO Y SALUD

Casi todos los países representados en esta asamblea han concluido o están en negociaciones de tratados de inversión y comercio regional o bilateral, impulsados por lo general por EE. UU. o la UE, u orientados a impulsar los intereses de las corporaciones transnacionales. De hecho, estos son tratados de integración económica, que abarcan no solo la liberalización del comercio de bienes sino también la liberalización del comercio de servicios, la protección extrema a la propiedad intelectual, la armonización reguladora y nuevas disposiciones para proteger a las corporaciones transnacionales de las regulaciones de los gobiernos anfitriones. El régimen establecido de este

modo tiene consecuencias de largo alcance para el acceso a servicios de salud integrales y a condiciones sociales que influyen en la salud de los pueblos.

A fin de poner primero la salud que las utilidades, el MSP se compromete a:

- Poner fin a la negociación de los tratados de inversión y comercio, diseñados para ampliar y fortalecer aún más el régimen neoliberal y retirarse de los convenios vigentes que resguardan este régimen.

- Trabajar para crear un nuevo orden económico internacional que incorpore la discriminación positiva a favor de los países de ingresos bajos y medianos, y que se oriente en torno a una civilización ecológicamente sostenible, basándose en vivir bien más que en ganancias corporativas.

- Reformar la regulación de medicamentos con la garantía de que se base en la soberanía nacional y esté dirigida a asegurar calidad, seguridad, asequibilidad y un uso racional y eficaz.

SISTEMAS DE SALUD EQUITATIVOS

El MSP reitera su compromiso con la atención primaria de salud (PHC) para la consecución de salud y bienestar para todos y todas, a fin de lograr equidad en los resultados de salud. Esto es fundamental porque enfrentamos una crisis mundial de salud que se caracteriza por desigualdades relacionadas con una serie de determinantes sociales, económicos, comerciales, ambientales y políticos de la salud, y con el acceso y la calidad de los servicios de salud en y entre países. En muchas regiones del mundo, los sistemas de salud están mal diseñados, carecen de recursos suficientes, y ofrecen servicios de mala calidad, lo que provoca tasas inaceptables de mortalidad y morbilidad. El MSP también reconoce que los sistemas de salud son instituciones con

profundas diferencias de género, de castas, y racismo, que refuerzan las desigualdades, con políticas y prácticas discriminatorias que son enormes obstáculos para acceder a la información sobre la salud y la atención sanitaria globalmente. El género también desempeña un papel fundamental en la fuerza de trabajo de la salud y determina la ubicación y experiencias de trabajadores y trabajadoras sanitarias.

El MSP también deplora la tendencia global a la privatización de los servicios de salud, la implementación de planes de seguro (en especial en Asia y África) en nombre de la consecución de la cobertura universal de salud, que refuerza la privatización y comercialización de la salud. Se promueven asociaciones público-privadas, y la tercerización de los servicios públicos, incluyendo en la salud, pese a la evidencia abrumadora de fracasos y su impacto adverso en la equidad de la salud y las condiciones de trabajadores y trabajadoras sanitarias. Estas han provocado una marcada resistencia de los movimientos populares.

El MSP propone:

- Instituir acciones para promover sistemas de salud universales, financiados con fondos públicos y provistos a través de servicios públicos, equitativos y de buena calidad, basados en la atención primaria de salud como la define la Declaración de Alma-Ata. Los sistemas públicos de salud, gratuitos en el punto de servicios, financiados a través de impuestos, centrados en la atención primaria de salud, constituyen la vía más eficaz y eficiente para promover la equidad y la realización del derecho universal a la salud
- Proporcionar evidencia sobre el fracaso del seguro privado de salud, la privatización, y las asociaciones público-privadas en lograr mejor salud para la población, lo que fortalecerá la campaña al exponer el marco neoliberal que se utiliza para justificar la privatización de los sistemas de salud.
- Documentar las luchas y la resistencia a

la privatización de la salud, y construir experiencias positivas en la organización de los servicios de salud y la atención primaria de salud.

- Establecer una iniciativa de observatorio corporativo de los servicios de salud en todas las regiones del mundo, en alianza con otras redes que realizan un trabajo similar.
- Crear conciencia de la importancia de trabajadores y trabajadoras de primera línea como agentes de cambio social y extensionistas de los sistemas de salud, y fortalecer su papel en asegurar la salud para todos y todas a través de programas mejor diseñados, un trabajo justo y digno, y remuneración adecuada.
- Destacar el papel tan importante de trabajadores y trabajadoras de la salud para el funcionamiento de los sistemas sanitarios y la creación de conciencia sobre los efectos de las políticas neoliberales en sus condiciones de trabajo.
- Promover el trabajo digno en los sistemas sanitarios y para todos trabajadores y trabajadoras de la salud, incluyendo una remuneración adecuada, protección social y condiciones de empleo. Resaltar los vínculos entre el trabajo formal y las formas irregulares de trabajo, al igual que la calidad de los servicios de salud.
- Apoyar el derecho de trabajadores y trabajadoras de la salud a organizarse y a negociar colectivamente, y crear vínculos con sindicatos progresistas que luchen por los derechos de trabajadores y trabajadoras de la salud.

GUERRA Y CONFLICTO, OCUPACIÓN Y MIGRACIÓN FORZADA

La sed insaciable de lucro junto con las aspiraciones imperialistas de muchos países,

incluyendo Europa y EE. UU. causan no solo guerra e inseguridad a escala mundial sino también pobreza y degradación ambiental. Desestabilizan a países enteros a través de políticas económicas, intervenciones políticas, el comercio de armas, el tráfico de drogas y la extracción desenfrenada de recursos. Todo esto crea las condiciones que provocan movimientos masivos de población en todo el mundo. La migración forzada debido a conflictos armados, limpieza étnica, proyectos de desarrollo o el cambio climático son realidades del día, cuyas semillas germinan en desigualdades y políticas de neoliberalismo. Es más, la ‘modernización’ e inclusión forzosa de los mercados locales, tradicionales, en el mercado mundial representan con mucho la fuerza más poderosa que provoca la expulsión y la dislocación social en el mundo de hoy. Grandes poblaciones pierden su derecho básico de ciudadanía al verse obligadas a emigrar a un país extranjero. Incluso el desplazamiento en el país causa mucha tensión e incertidumbre. Las experiencias de las personas afectadas son heterogéneas y multifacéticas. Es importante reconocer estas diferencias y experiencias al planificar las intervenciones.

El MSP denuncia el impacto directo e indirecto de la guerra, la ocupación y la militarización en la salud; además, destaca las implicaciones para la salud de la migración y las políticas migratorias que no son respetuosas de los derechos humanos. El MSP también denuncia a la industria militar y de seguridad por ser una amenaza a la salud pública como una causa continua de conflicto y, por ende, de sufrimiento humano, además de ser uno de los peores contaminadores del medio ambiente y emisores de carbono del mundo.

El MSP propone:

- Presionar a organizaciones internacionales para abogar por políticas equitativas, la resolución de conflictos, la construcción de la paz, el desarme, el fin de la ocupación, la movilización segura y libre de las personas.

- Movilizar a organizaciones locales e internacionales de la sociedad civil, grupos humanitarios y voluntarios de la salud para proporcionar alivio inmediato y atención médica a las personas desplazadas.

- Presionar a los gobiernos locales correspondientes para que proporcionen alimento, refugio, ropa, y atención sanitaria a las personas desplazadas.

- Movilizar a organismos como la ONU y a organizaciones y redes pertinentes cuando se trate de migración transfronteriza para ejercer presión multilateral en los países respectivos, reconocer a las personas desplazadas como refugiadas, y velar por que se cumplan todos los derechos y privilegios a los que tienen derecho.

- Asegurarse de que se respeten los derechos a la salud de migrantes y refugiados.

- Hacer campaña para poner fin a la investigación y el desarrollo militar con dinero de los y las contribuyentes.

Fortalecimiento de nuestro Movimiento para la Salud de los Pueblos

A fin de alcanzar los objetivos que nos proponemos a través de áreas temáticas, debemos fortalecer nuestro Movimiento para la Salud de los Pueblos por medio de esfuerzos colectivos para desarrollar y aplicar una amplia visión global y una estrategia que se base en una evaluación correcta de nuestros socios estratégicos a todos los niveles, mundial, nacional y local. Es urgente que fortalezcamos nuestra capacidad de investigación, análisis y acción por medio de más capacitación que lleve a una movilización social, para campañas y para diseñar estrategias de acción. Necesitamos construir alianzas con sindicatos, organizaciones, movimientos sociales que representen

a las mujeres, campesinos y campesinas, trabajadores y trabajadoras de primera línea, las comunidades indígenas, los y las jóvenes.

Por último, cada uno de nosotros necesita apoyar activamente a nuestros compañeros y compañeras en sus luchas para que podamos construir una cultura e instituciones alternativas. Solo así puede haber esperanza para el

futuro de la humanidad y la madre tierra. Lo anterior implica, además, la defensa de las personas de nuestro movimiento que trabajan en entornos peligrosos y que con demasiada frecuencia son los primeros blancos de los órganos represivos del Estado.

Nosotros, como MSP, nos comprometemos con esta Declaración. ■

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADA EM MARÇO DE 2019

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares*

detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu login e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos

na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" será suficiente.

b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a

critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN MARCH 2019

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial

Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

- 1. Original article:** result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.
- 2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 3. Systematic or integrative review:** critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.
- 4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 5. Case study:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.
- 6. Critical review:** review of books on subjects of interest to

the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO

and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the material and methods section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three

lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

Complementary information (should be sent in a separate file)

a) Conflict of interest. The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement "*I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work*".

b) Contributors. Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

c) Acknowledgements. (Optional).

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document is-sued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN MARZO DE 2019

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

La revista cuenta con un Consejo Editorial que contribuye a la definición de su política editorial. Sus miembros integran el Comité Editorial y/o el banco de árbitros en sus áreas específicas.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por un software detector de plagio, Plagiarisma y Copyspider. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

1. Artículo original: resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.

2. Ensayo: un análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.

3. Revisión sistemática o integradora: revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

4. Artículo de opinión: exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.

5. Relato de experiencia: descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interesse histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas, sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los

mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella envuelva seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos arbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

Información complementaria (deben enviarse en un archivo separado)

a) Conflicto de intereses. Los trabajos encaminados para la publicación deben informar si tienen algún tipo de conflicto de intereses. Los conflictos de interés financiero, por ejemplo, no están relacionados solo con la financiación directa de la investigación, sino también con el propio vínculo de trabajo. Si no hay conflicto, será suficiente la información "*Declaro que no hubo conflictos de intereses en la concepción de este trabajo*" en la hoja de presentación del artículo.

b) Colaboradores. Deben estar especificadas las contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo. Según el criterio de autoría de ICMJE, los autores deben contemplar las siguientes condiciones: 1) contribuir substancialmente en la concepción y la planificación o en el análisis y la interpretación de los datos; 2) contribuir significativamente en la elaboración del borrador o la revisión crítica del contenido; y 3) participar de la aprobación de la versión final del manuscrito.

c) Agradecimientos. (Opcional).

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar las declaraciones según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br



DEMOCRACIA

SAÚDE

ASSOCIE-SE

<http://cebes.org.br/associados>

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

Rita Loureiro

www.apoioacultura.com.br

Design de Capa

Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização, revisão e tradução de texto

Normalization, proofreading and translation

Ana Karina Fuginelli (inglês/*english*)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/*english*)

Carina Munhoz (normalização/*normalization*)

Carla de Paula (português/*portuguese*)

Luiza Nunes (normalização/*normalization*)

Peter Lenny (inglês/*english*)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/*portuguese and english*)

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel couché matte LD 90 g/m²

Cover in ensocoat LD 250 g/m²

Core in couché matte LD 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2020.

v. 44. n. especial 1; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br