

Refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe : apuntes para repensar y descolonizar las teorías y políticas	Título
Basile, Gonzalo - Autor/a;	Autor(es)
Buenos Aires	Lugar
FLACSO República Dominicana IDEP Salud	Editorial/Editor
2021	Fecha
Dossier de salud internacional Sur Sur no. 7	Colección
Soberanía; Reforma del sistema de salud; Sistema de salud; Descolonialidad; América Latina; Caribe;	Temas
Doc. de trabajo / Informes	Tipo de documento
* http://biblioteca.clacso.org/clacso/gt/20210204054841/VII-Dossier-SISS.pdf	URL
Reconocimiento-No Comercial-Sin Derivadas CC BY-NC-ND http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es	Licencia

Segui buscando en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO
<http://biblioteca.clacso.org>

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO)
Latin American Council of Social Sciences (CLACSO)
www.clacso.org





CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales

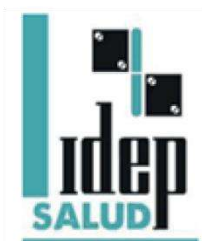
Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

GRUPO DE TRABAJO
SALUD INTERNACIONAL
Y SOBERANÍA SANITARIA

DOSSIER DE SALUD INTERNACIONAL SUR SUR

Refundación de los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Caribe: *Apuntes para repensar y descolonizar las Teorías y Políticas*

Autor: Gonzalo Basile



PROLOGO:

Como parte de las producciones y dinámicas de la agenda del Grupo de Trabajo regional de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), deseamos presentarles la edición de los Dossier de Salud Internacional Sur Sur CLACSO.

Este es un trabajo conjunto del Programa de Salud Internacional de FLACSO RD (Programa República Dominicana) y el Área de Salud de IDEP-Instituto de Estudios de Participación y Estado (Argentina).

Los Dossier buscan ser un aporte en la producción y difusión de conocimientos e innovación hacia una nueva *Salud Internacional Sur Sur*, contribuyendo a desarrollar esta perspectiva conceptual, metodológica y de política pública para incidencia a nivel regional como nacional.

Esperamos sea de interés para centros miembros CLACSO, universidades y comunidad científica del campo de estudio, movimientos sociales y organizaciones de sociedad civil, organismos regionales

como así en la gestión pública y Gobiernos de América Latina y el Caribe especialmente.

El objetivo central de estas ediciones de los Dossier es fortalecer un proceso descolonial, emancipatorio e intercultural en el desarrollo de una nueva Salud Internacional Sur Sur.

Editamos estos Dossier según una agenda de publicaciones de trabajos y artículos inéditos de destacados investigadores y equipos de trabajo referidos a la Geopolítica colonial del Sistema Internacional de Cooperación, la Salud Internacional Sur Sur y el Giro decolonial, Migraciones, Agenda global de Reformas a Sistemas y Políticas de Salud, Seguridad Social y Protección Social en el Siglo XXI, las Emergencias socioambientales y Capitalismo del Desastre, Militarización y Acción Humanitaria, Epidemiología del Ambiente y Extractivismo, Epidemiología Internacional, Complejo Médico Industrial Farmacológico y Medicamentos, entre otros temas que iremos incorporando con el desarrollo de producciones de este espacio abierto.

Esperamos sean de vuestro interés y difusión.

Ediciones Dossiers de Salud Internacional Sur Sur /Centros miembros CLACSO:

Director Daniel Godoy

* Área de Salud Instituto de Estudios de Participación y Estado (IDEP-ATE)

Director Gonzalo Basile

* Programa de Salud Internacional Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales -República Dominicana (FLACSO RD)

RESUMEN:

La especificidad en el estudio de los sistemas de salud y seguridad social desde el espacio geopolítico de América Latina y Caribe, en tanto lugar del capitalismo mundialmente periférico implica un conjunto de desafíos epistemológicos, teórico-conceptuales, metodológicos y de acción político-sanitaria. Los Sistemas de Salud y el Estado acumulan cambios institucionales y organizacionales en una matriz y lenguaje de reformas promovidos por organismos internacionales, actores económicos-financieros, el panamericanismo y el complejo político liberal, donde recolocan permanentemente a los sistemas sanitarios en una agenda política regional y mundial de corte eurocéntrica y liberal para la promoción de los intereses del desarrollo nacional del capitalismo en su relación

Centro-Periferia o la expansión de mercados de coberturas financieras y bienes privados. Así los sistemas de salud acumulan un entramado de dependencia sanitaria teórica-conceptual en una larga condensación institucional y material en Latinoamérica y el Caribe. Frente a este proceso considerado de colonialidad sanitaria, el presente artículo parte de la necesidad de redefinir el para qué y el por qué de los sistemas de salud en el siglo XXI según la especificidad de la determinación socioambiental regional, introduce claves del giro decolonial en las teorías y políticas sobre los sistemas sanitarios, y describe apuntes hacia una teorización sobre la refundación de los sistemas de salud en clave latinoamericana y caribeña.

Palabras claves: Sistemas de Salud – Reformas Sistemas de Salud – Refundación – Soberanía Sanitaria – Giro decolonial

Autor(es): Basile, Gonzalo.¹

Cita: Basile, Gonzalo. *Refundación de los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Caribe: Apuntes para repensar y descolonizar las Teorías y Políticas*. En VII Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Enero, 2021.

Fecha: Enero 2021

VII Dossier Salud Internacional Sur Sur

Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO

¹ Director e investigador del Programa de Salud Internacional de FLACSO República Dominicana. Coordinación del GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO.

Introducción:

La primera dimensión de especificidad en el estudio de los sistemas de salud y seguridad social es el espacio geopolítico de América Latina y Caribe, en tanto lugar del capitalismo mundialmente periférico.

En esta especificidad, aparecen escenarios regionales con diferencias profundas con el Norte global teórico que delimitó sus modelos de protección social y sistemas de salud según procesos *dados e instituidos* dentro del devenir de los engranajes del capitalismo (colonial, industrial y líquido-financiero-extractivo), la modernidad, el colonialismo y el patriarcado como sistema mundo contemporáneo.

Así la reflexión sobre los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe tendió a moverse a lo largo del siglo XX en un péndulo entre la reproducción de una constante colonialidad del poder y del conocimiento (Quijano, 1999) haciendo que los ciclos de procesos regionales en los sistemas sanitarios se muevan en clave de importación de teorías, políticas, o en el mejor de los casos en la adaptación de dichas proposiciones y lentes según el Norte global.

Un segundo movimiento, es aducir una especie de *folklorismo* nacional que se asienta en un dilemático relativismo cultural: nuestras realidades son tan singulares y diferentes unas de otras, son tan únicas (entendiendo las sociedades nacionales y Estados-Nación como unidad de análisis principal), que no pueden ser comparadas ni estudiadas incluso en clave latinoamericana y caribeña. Estos dos movimientos se dinamizan a decir de Theotonio Dos Santos (2000) en la producción de procesos de *dependencia* no tan sólo como un fenómeno externo, sino que construye cimientos que se manifiestan también en formas y estructuras internas en las sociedades y Estados (dependencias ideológicas, políticas, académicas o culturales). La agenda, geopolítica y acciones de la salud global liberal, de la doctrina panamericana regional y sus impactos nacionales y locales tienen implicancias en este carácter intrínseco de *dependencia* en el campo de las teorías y políticas sobre los sistemas de salud (Basile, 2018a).

Partiendo de esta especificidad conceptual, resulta quizás examinar en la presente etapa de la región:

- Los cambios en el capitalismo global y periférico en relación con la salud colectiva, y las dinámicas de impacto en las condiciones, modos y estilos de vida en las sociedades del Sur.
- La teorización y oleadas de reformas al Estado latinoamericano y caribeño como un determinante de la política sanitaria y los sistemas de salud. Lo que ocurre y se condensa en el Estado, termina repercutiendo y reproduciéndose en el sistema de salud.
- La necesidad de redefinir el para qué y el por qué de los sistemas de salud en el siglo XXI según la especificidad de la cuestión social latinoamericana y caribeña
- Las claves del giro decolonial en las teorías y políticas sobre los sistemas de salud
- Los apuntes hacia una teorización sobre Refundación de los sistemas de salud en clave latinoamericana y caribeña

Reconfiguración del Estado

Para dar una comprensión analítica-descriptiva totalizando el abordaje de los sistemas de salud y seguridad social regional, es necesario revisar las reconfiguraciones del Estado en el periodo de las últimas tres o cuatro décadas.

Aunque ya en los años 1960 y 1970, las iniciativas de reforma del Estado se consolidan y los gobiernos latinoamericanos ya cuentan con la asistencia técnica de la Agencia Internacional para el Desarrollo de Estados Unidos (USAID). Al mismo tiempo, comienzan a llegar las misiones de la ONU, con la intención de diagnosticar los problemas de la administración pública y realizar recomendaciones en términos de su cualificación. A ello se suma la acción de la CEPAL con su discurso planificador, planteando la necesidad de un aparato estatal eficiente, capaz de diseñar y ejecutar los planes de desarrollo.

Pero será en la década de 1980 donde entra en crisis el Estado intervencionista, *neocorporativo* y centralista

que, con diversos grados de éxito, habían intentado establecer los países latinoamericanos y caribeños durante medio siglo siguiendo el ejemplo de Europa. La crisis fiscal, administrativa-burocrática y de legitimidad política del Estado en la región fue la plataforma sobre la cual se perenniza la reconfiguración impulsada por el complejo político liberal.

Esta primera etapa plasmada en el denominado Consenso de Washington, gestado en 1989, cuando se lleva a cabo una reunión para discutir las políticas de ajuste estructural, con la presencia de funcionarios del Banco Mundial, del Banco Interamericano de Desarrollo, del gobierno de Estados Unidos, el comité de la Reserva Federal, y un selecto grupo de intelectuales y tecnócratas de diversas partes del mundo. Los resultados de esa reunión dan lugar a una publicación de John Williamson (2000) titulada “*What Washington Means by Policy Reform*”, donde se plantean diez temas de política económica con los cuales “Washington” estaría de acuerdo.

Este proceso de reforma fue principalmente en lo institucional en cuatro aspectos: a) las instituciones políticas y la organización del Estado, b) las instituciones fiscales, tributarias y de descentralización, c) las instituciones de las políticas económicas sectoriales, y d) las instituciones de las políticas sociales (salud, pensiones, sociales, etc.).

Según Boaventura de Sousa Santos (2010) mientras demandamos al Estado crear bienes públicos universales, *desmercantilizar* ciertos bienes colectivos y comunes para la vida que no pueden quedar a merced del capitalismo y garantizar soberanía política y territorial, fue ocurriendo todo lo contrario. Especialmente en las sociedades excluyentes, con las herencias coloniales e inequidades constitutivas de los cimientos de América Latina y Caribe.

El Estado en este proceso de reconfiguración se preocupa por producir bienes privados desde el gobierno de la esfera pública por ejemplo entregando las pensiones a la capitalización individual de los bancos (caso Chile, República Dominicana o El Salvador), la

salud al complejo médico industrial farmacéutico-financiero y las protecciones sociales a las aseguradoras de riesgo(Almeida, 2001) . Es una nueva arquitectura de Estado sin reflexión sobre la cuestión social y las necesidades para la vida en sociedad como salud, educación, trabajo digno, pensiones, otros.

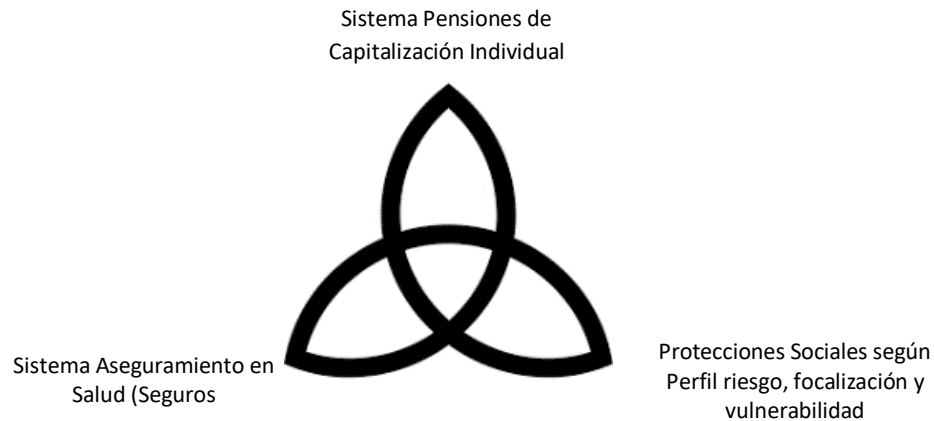
Un proceso de instrumentalización y funcionalización del Estado a la mercantilización y financierización de la vida. No es el Estado *ausente*, tesis quizás desacertada. El Estado nunca estuvo ausente, sino *funcionalizado* para privar. *Privatizar* es capturar por intereses particulares los bienes públicos, universales y comunes (Basile, 2020).

Estos cimientos de reformas fueron contruidos primordialmente a través de falacias. En lógica, una falacia (del latín: *fallacia*, ‘engaño’) según Hamblin (1970) es un argumento que parece válido, pero no lo es. Es decir, son sesgos cognitivos que desarrollan un patrón de razonamientos que llevan a argumentos y conclusiones falaces. La *hegemonía neoliberal* quizás sea uno de los grandes dispositivos simbólicos generadores permanentes de falacias lógicas donde se utilizan premisas que contienen las propias conclusiones, generalizaciones apresuradas y buenas justificaciones para sus objetivos. Otros autores simplemente lo califican de manipulación deliberada.

En esta reconfiguración del Estado se puede identificar lo que categorizamos como una *triqueta* de entrecruzamiento de dimensiones de las falacias que estructuraron y sustentaron la nueva protección social y la nueva gestión pública donde quedaron enmarcados los sistemas de salud y sus reformas (Almeida, 2002).

Este es el horizonte que se propone como sendero para las sociedades latinoamericanas y caribeñas implementar, sostener, profundizar, mejorar, corregir, expandir en el gobierno del Estado (Basile, 2020).

La triqueta de las tres falacias de la nueva Protección Social/Seguridad Social son:



Fuente: Elaboración propia

Esta dinámica de reconfiguración del Estado delimita una nueva institucionalidad y gobernanza donde no hay fronteras entre la esfera de lo público y lo privado. La esfera de lo público, que es mucho más allá de lo estatal, es el espacio de los asuntos comunes, colectivos y universales para la vida. Fue borrado. El Estado se transformó en un campo de depredación y reproducción de heterogeneidad y desigualdad (O'Donnell, 1999).

Esta gobernanza neoliberal instala la búsqueda de consensos y solucionar problemas como mandato de la administración y gestión pública. Se minimiza la existencia de diferentes intereses, trayectorias y conflictos societales, y se produce una aversión a la política, a lo público. La despolitización como premisa (Brown, 2017).

Estas reconfiguraciones fueron creando lo que algunos autores llamarán el Estado *Frankenstein*, en tanto un aparato con acumulados de arreglos institucionales, contradicciones, intereses particulares en la esfera de lo público y colectivo. Donde la arquitectura estatal sólo fue y es preparada para administrar la herencia colonial y la nueva dinámica de acumulación acelerada del capitalismo del siglo XXI.

Como se describe en varios autores y literatura especializada, este proceso de reconfiguración del Estado en el capitalismo del siglo XXI implica de hecho

una fusión del poder político y el poder económico. Produciendo un andamiaje jurídico-legal y administrativo de racionalidad (neo) liberal con cimientos en el Estado y en la sociedad. Es a través de las leyes, marcos regulatorios, estructuras, que expanden y diseminan esa racionalidad (Brown, 2017).

Wendy Brown (2017) dirá a través de esa razón jurídico institucional neoliberal se pone por encima de los intereses y necesidades colectivas, comunes y universales sociales, económicas y ciudadanas. Las corporaciones y los mercados con el derecho a decidir y tomar un protagonismo al igual que la sociedad (o más). Se iguala a los mercados o corporaciones con la sociedad. Una competencia donde prima el que más fuerza tiene.

Esta geopolítica de poder que reconfiguró al Estado y generó profundas huellas y cimientos subjetivos en las sociedades latinoamericanas y caribeñas se cristalizará en un ciclo de oleadas de reformas sociales al Estado.

Redefiniendo el para qué y por qué de los Sistemas de Salud

Las probabilidades que las personas y poblaciones sean sanas y saludables están condicionadas por las estructuras y sistemas sociales vigentes. La teoría de los factores de riesgo y la biomedicina tuvieron cierto impacto en el proceso de salud enfermedad a nivel

clínico-individual, pero siguen siendo insuficientes para la transformación de la salud de las poblaciones y grupos sociales, así como para abordar integralmente las desigualdades y la determinación socioambiental de la salud y la vida en la región de América Latina y Caribe (Breilh, 2010).

El moderado informe del 2008 de la Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud (WHO, 2009) presentó un conjunto significativo de evidencias basadas en la epidemiología social europea demostrando que los procesos sociales, económicos, las inequidades en el poder y el acceso a recursos comunes y bienes públicos impactan en los resultados de salud a nivel individual y a nivel colectivo. Es decir, como uno vive, se enferma y se muere (Bronfman, 2001). En esto, los sistemas de salud no sólo tienen impactos en la salud colectiva, sino que son en sí mismos condicionantes o determinantes sociales que reflejan, reproducen y cristalizan las desigualdades e inequidades imperantes en la sociedad, pero también pueden ser dispositivos exitosos de cómo enfrentar, reducir y transformar las condiciones sociales de vida (Benach, 2005).

Las condiciones socioeconómicas de vida interseccionalmente entrelazadas por inequidades de clase social, etnia y género determinan los patrones desiguales de enfermedades y muertes en las personas, familias, grupos sociales y poblaciones. Estas inequidades pueden ser reproducidas, profundizadas y potenciadas por los servicios y sistemas sanitarios como expresión de las opresiones e injusticias que se anidan en la sociedad.

El propio sistema de salud es en sí mismo un condicionante social que muchas veces es desatendido y olvidado como proceso mediador de la determinación de la salud de las sociedades. Por lo tanto, los sistemas de salud pueden desempeñar un papel clave en la construcción de ciudadanía social, ecología de saberes, distribución de la riqueza y poder popular, siendo un dinamizador para mejorar el bienestar, la calidad de vida y el vivir bien de las sociedades (Laurell, 2013).

En general la salud pública panamericana y la salud global liberal fueron construyendo enlatados de definiciones sobre los sistemas de salud. En su mayoría, la conceptualización de los sistemas sanitarios que disponemos giran alrededor de una teorización weberiana (Weber, 2015): se describen aparatos organizativos, instituciones y funciones.

Así la Organización Mundial de la Salud conceptualiza a los Sistemas de Salud como la *“suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal es mejorar la salud de la población”* (OMS, 2000).

En el caso del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud de la Unión Suramericana de Naciones (ISAGS-UNASUR), se lo define como *“una red de respuestas institucionales, estrategias, programas, actividades que construye la sociedad para promover, cuidar, proteger y restaurar la salud”* (Giovanella et al, 2012).

Para el departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el sistema sanitario *“articula las condiciones que permitirán a los países orientar y evaluar sus políticas y medir los progresos en torno a cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes - Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades, - Fortalecer la rectoría y la gobernanza- Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios, -Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud”*².

La salud pública panamericana y salud global liberal (Basile, 2018) ubican a los sistemas sanitarios en una concepción weberiana como aparato del Estado, bajo el gerenciamiento del salubrista, *externo* a la sociedad. Junto a las tesis de oferta y demanda neoclásica de

² OPS – Departamento de Sistemas y Servicios de Salud. Recuperado en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2560:health-services-access-unit&Itemid=2080&lang=es

servicios, y otras prerrogativas que fue sumando el credo liberal.

Para estas teorizaciones descritas, el sistema de salud sigue siendo una *tecnología positivista* manejada por el *Estado* que explica los riesgos, controla a la población para prevenir las enfermedades colectivas y organiza los servicios para la curación de las enfermedades. En estas tesis abrevan tanto el salubrismo panamericano como médico-social del siglo XX (Granda, 2004).

Como explica Edmundo Granda (2004), al igual que la biomedicina transforma al médico en el “mago” que explica la enfermedad y que al mismo tiempo la cura, así también la salud pública transforma al sistema de salud condensado en el Estado como el “mago” que *exorciza sobre el riesgo de la enfermedad pública*.

Así la salud pública convencional organiza los sistemas de salud, sobre la base de sustentos en el mencionado trípode constituido por el pensamiento centrado alrededor en la enfermedad y la muerte, el método positivista o naturalista para el cálculo del riesgo de ocurrencia de enfermedades en la población, y el estructural-funcionalismo como teoría de la realidad social y la preeminencia del aparato del Estado como asiento para la organización de las acciones preventivas y el apoyo a la gestión de los servicios de atención médica.

La institucionalidad y materialidad de los sistemas de salud como condensación del tipo de estatalidad construida socialmente reflejan sustentos ideológicos, concepciones y acciones técnico-políticas en su proyección sobre la sociedad. Esta capilarización del sistema de salud genera un complejo espiral -con momentos de *expansión o retracción*- de una maquinaria técnico-instrumental externa a la sociedad que la fragmenta ilusoriamente por niveles asistenciales-curativos, por lugares y establecimientos sanitarios, que produce control poblacional en y con la sociedad. Y que echa mano a esquemas preventivos-promocionales de riesgo, al conductismo individual, a la enfermología pública, al neohigienismo, a viejas y nuevas premisas de las funciones de la salud pública.

Foucault (1999), en el “Nacimiento de la Clínica”, ya nos hablaba de una medicina que se da como ciencia del individuo, tratamiento del cuerpo enfermo, basándose su éxito de positividad a través de su engarce con la enfermedad y la muerte. Una metáfora de la máquina corporal con desperfectos en su estructura y función por causas externas o internas, que hay que reparar. Ante el éxito de la biomedicina clínica sobre la enfermedad individual, también se considera a principios del siglo XX, que era posible construir una *enfermología pública* (Granda, 2004), que se denominará salud pública, supuestamente capaz de dar cuenta de la enfermedad colectiva o pública, como sumatoria de enfermedades particulares con acciones de control vertical desde los Estados sobre las poblaciones. Con el método científico positivista basado en la idea de la verdad universal. Este paradigma y maquinaria es la que en general gobierna y delimita los sistemas sanitarios.

“El salubrista del siglo XX está encomendado, entonces, a cuidar la salud del Estado y de la ciencia-técnica, actuando sobre el riesgo de enfermar de la población a su cargo; debe observar a la población pero a través de los cristales de la norma estatal y de la razón instrumental; y debe intervenir sobre la población transformada en objeto, la misma que no sólo debe ser intervenida con la ciencia y la técnica sino que tiene, además, que aprender a olvidar su cultura particular siempre riesgosa.”.

(Granda, 2004)

El complejo político sanitario liberal y sus nuevas tecnocracias aprovecharon esa conceptualización de aparato y cuerpo burocrático-administrativo de los sistemas de salud, para su funcionalización y apropiación bajo la teoría neoclásica y las escuelas de administración de negocios.

Así los sistemas de salud se mantuvieron como un *aparato externo* a la sociedad gobernado por el salubrismo estatal de los “*especialistas*”, pero al mismo

tiempo también aceptando que dentro de ese aparato pueden crearse con la nueva gerencia pública nichos de mercado de bienes y servicios privados bajo dinámicas de mercantilización (bienes y servicios) y financierización (coberturas y pólizas de riesgos).

Para la teoría crítica, los sistemas de atención en salud, en tanto instituciones colectivas en su carácter de construcción histórica y temporal, significan la respuesta socialcultural y material que un Estado y Sociedad dan a las necesidades, prioridades y demandas de salud colectiva de un pueblo (Basile, 2020).

Desde el pensamiento crítico latinoamericano en salud, trabajar una nueva teorización sobre los Sistemas de Salud implica en primer lugar asumir los límites y las aproximaciones epistemológicas como una opción necesaria. Por eso se trata de apuntes para una teoría y no de un intento de hacer esa teoría, porque sólo se desarrollan aquí algunos de los temas necesarios para una visión suficientemente completa y compleja de la problemática:

- Asumir que los sistemas de salud son construcciones históricas fruto de las relaciones sociales, culturales, políticas y económicas condensadas en la institucionalidad sanitaria de una esfera pública ampliada (estatal y no estatal). Es decir, no son simples aparatos ni cuerpos administrativos burocráticos estatales ni lucubraciones tecnocráticas de una *expertise* iluminada de las y los salubristas (burocracias) o de la grandeza de una autoridad gubernamental sanitaria (Ej.: ministro/a).
- Los sistemas de salud son bienes públicos, comunes y colectivos expresados en diversas esferas públicas de territorios, territorialidades y espacios sociales de la salud y la vida en sociedad. No son sólo materializaciones de servicios,

establecimientos (hospitales y centros sanitarios) y tecnología positiva.

- Configuran las relaciones de poder al interior de una sociedad, indicando según la hegemonía dominante en la relación Sociedad-Estado, el tipo de institucionalidad y materialidad de la política y sistema sanitario.
- Resultan de un nuevo saber-hacer fruto de una revisión crítica, donde la organización de los sistemas de salud nuclea tramas de institucionalidad y materialidad a partir de la cual se busca enfrentar la determinación social de la salud y la vida. Esto incluye una capilaridad institucional y social que se produce desde los modos de vida en los territorios y territorialidades.
- Los sistemas de salud son construcciones y decisiones de las sociedades a través del Estado y las institucionalidades no estatales. No una perspectiva político-médica de un instrumento para la atención y curación del daño social o para un mercado estructurado y desregulado de oferta-demanda.

La estructuración de mercados (des)regulados en el campo de los Sistemas de Salud

En el contexto antes descrito, las reformas de los sistemas sanitarios en Latinoamérica y Caribe tuvieron y tienen que ver con la expansión de una teoría dominante definida por sus autores como pluralismo estructurado (Lodoño y Frenk, 1997), que fue fundada en Chile con el desmantelamiento del Servicio Nacional de Salud en el año 1981 y la expansión del aseguramiento con la creación de las aseguradoras privadas de salud llamadas Isapres (Institutos de Salud Previsional) que pertenecen en su mayoría al sistema financiero y posteriormente mejorado en el caso de Colombia en 1993 como caso emblemático de aplicación (Almeida, 2002).

A través de la Ley 100 de reforma a la seguridad social del país, Colombia pondrá en el centro de su cambio estructural convertir a los agentes (públicos y privados) en un mercado de competencia con el Estado como regulador (Frenk y Londoño, 1997). Incluirá una triple reforma colombiana simultánea: a las Pensiones (creación fondos de capitalización individual), seguros privados por empresa de riesgos laborales para los trabajadores formalizados y un sistema general de salud con seguros por coberturas en régimen contributivo y régimen subsidiado para los pobres.

En el caso de la reforma del sector salud, Londoño y Frenk (1997) proponen un nuevo modelo que denominan “pluralismo estructurado”, a partir de la identificación de las siguientes separaciones de funciones:

- *modulación* — desarrollo del sistema; coordinación; diseño financiero; regulación; protección del consumidor;
- *financiamiento*;
- *articulación* — entre poblaciones y prestadores (representación, administración de riesgos y acceso); entre agencias financieras y prestadores de servicios (diseño de incentivos y beneficios, gestión de la calidad);
- *provisión* (público-privada).

El régimen contributivo en salud pagado per cápita por las contribuciones, incorpora a las EPS (Empresas Promotoras de Salud) como intermediación que aseguran y administran la cobertura a cambio de un paquete de servicios llamado POS (Plan Obligatorio Salud) actualmente también Plan de Beneficios en Salud a través de una UPC (Unidad de Pago por Capitación). En el caso del régimen subsidiado en salud cuenta con la base de una *prueba de medios* a través del empadronamiento del SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales) a través de un puntaje de calificación de “pobreza” para acceder a la cobertura. Las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) y las ESE (Empresa Social del Estado) son los proveedores de servicios de salud en

competencia por el pago de la capitación según prestación.

El presupuesto de los hospitales de autogestión fue transformado progresivamente en subsidio a la demanda (UPC para cada afiliado subsidiado para entrar al aseguramiento). La autogestión hospitalaria (Artaza, 2008) sólo convirtió a los establecimientos sanitario en empresas autosostenibles en competencia por venta de servicios a los aseguradores, perdiendo toda capacidad de cuidado integral de la salud. También los programas de salud pública territoriales -incluso del modelo de salud pública vertical- cada vez más débiles y fragilizados.

Lo que plantea centralmente este enfoque liderado por Frenk y Londoño (1997) es una dinámica donde la propia reforma al sistema de salud debe permitir estructurar mercados plurales con competencia regulada en la cobertura y acceso a la atención en salud. Traducción: construir coberturas sanitarias diferenciales a través de distintos seguros por estrato social, con paquetes de servicios diferenciales, y realizando una separación de funciones entre Estado y mercado abriendo la puerta a la intermediación y modulación financiera de aseguradoras, mercado de prestadores plural en competencia y asociaciones público-privadas. El caso de Colombia es el emblema que mejor lo ejemplifica (Hernández, 2010).

A partir de esta teorización que utiliza como ícono un “cubo” demostrando la estrategia de extensión de coberturas diferenciales, se fue generando una geopolítica de la dependencia sanitaria a una agenda del Norte global que instaló la hoja de ruta y las recetas *fast food* de políticas basadas en evidencias “a la carta” producidas por las propias tecnocracias sanitarias liberales del BM y el BID en la región.

Los que diseñaron las reformas, generaron las evidencias de los supuestos logros. Estas diplomacias tuvieron gran capacidad de injerencia tanto en

gobiernos de corte neoliberal pero también en gestiones progresistas y de izquierda, que terminaron reproduciendo la agenda de salud global liberal (Basile, 2018).



Fuente: OPS, 2014.

Realizar una breve revisión de casos, implica además del precursor Chile de Pinochet en el '81, la reforma neoliberal de Colombia con la Ley 100 en los '90, le siguieron otras reformas regresivas de cambio estructural (Mesa Lago, 2008):

- Se lanza en 2004 el Sistema de Protección Social en Salud con la creación del Seguro Popular de Salud (SPS) en México que daría cobertura a 48 millones de mexicanos. En la práctica debilitó y fragilizó la salud pública con subsidio a la demanda y fragmentación en paquetes mínimos de servicios, y buscó destruir el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad Social de México con un intento de unificación con el SPS que no era otra cosa que la pérdida de capacidades, calidad y financiamientos de los Institutos,
- La promulgación de la ley de aseguramiento universal en salud (AUS) del 2009 en Perú (Ley 29344, 2009), definió un plan "de beneficios" –Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), y el financiamiento del PEAS se daría a través de tres regímenes: el contributivo, el semicontributivo (pago voluntario parcial y con aporte del Estado) y subsidiado. Se crearon las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento de Salud (IAFAS), aseguradoras que dan cobertura de riesgos en salud a los grupos poblacionales

entre ellas la aseguradora pública que es el Seguro Integral de Salud (SIS) para *los pobres*. La provisión de servicios pasó a llamarse Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) con servicios privados y públicos autogestionados.

- La creación del sistema dominicano de seguridad social en 2001 en República Dominicana (Ley 87-01, 2001), llevando adelante una copia exacta del modelo colombiano con un mercado regulado de régimen contributivo, semicontributivo y subsidiado: creando aseguradoras de riesgos de salud (ARS) vinculadas al sistema financiero con cobertura de asegurados contributivos, y una aseguradora subsidiada por fondos públicos llamada Seguro Nacional de Salud (SENASA) con acceso a través de prueba de medio (SIUBEN, sistema de empadronamiento de "pobres") y un paquete mínimo de procedimientos y servicios (Plan Básico de Salud). Los asegurados privados de las ARS cuentan con PDSS (Plan de Servicios de Salud), con exclusiones y modalidades de cobertura según procedimiento y co-pagos, y el subsidio a la demanda será financiando las coberturas del SENASA. A partir del 2015 dan el paso de la descentralización autonomizando en proceso de autogestión a los servicios de salud pública (denominado "Servicio Nacional de Salud"), similar al ciclo de reformas en Colombia, Chile, y otros casos.
- En Honduras, Paraguay y Haití se les plantea exportar actualmente el modelo peruano llevando el ejemplo del seguro integral de salud para pobres, la expansión de coberturas para pobres con la atención primaria de salud (APS) que se encuentra actualmente en el corazón del planteamiento de los procesos de reforma sanitaria. Además de la detección y padrones de enfermedades crónicas no transmisibles (Ej: diabetes e hipertensos).
- El caso de Argentina es interesante por ser una reforma de baja intensidad donde durante décadas los convenios del Banco Mundial van ir generando un entramado de arreglos institucionales por *goteo* que serán la política de Estado de hecho: de la descentralización del sistema sanitario con pérdida rectoría pública nacional en salud en los años '90, la autogestión hospitalaria, las tercerizaciones, la expansión de seguros de cobertura primero con la

creación del Plan Nacer(materno infantil), luego SUMAR junto al convenio de seguros provinciales de salud en el periodo 2002-2015, resultando como resumen esquemático a partir de donde el Banco Mundial implantará el convenio CUS (Cobertura Universal de Salud) en el 2016 con la institucionalización de la gestión neoliberal en salud que plantea: 1. La ampliación de cobertura vía el desarrollo y fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud para los pobres, 2. La unificación de los subsectores del sistema sanitario en lo que llaman "Sistema Nacional Integrado de Salud- SNIS" (BM, 2016).

Según el propio BM (2016), la CUS viene a dar continuidad a experiencias exitosas como fueron el Plan Nacer y Sumar. (Banco Mundial, 2018). Del análisis del Report No: PAD2521 sobre CUS efectiva en Argentina, surgen 7 elementos centrales (Banco Mundial, 2018) que se destacan y repiten:

1. *El desarrollo de un Sistema Integrado de Salud (integrated delivery systems -IDS)*, incorporando los principios de integración del subsector público de salud, y las 24 Obras Sociales provinciales, el PAMI (*Instituto Nacional de Servicios Sociales para los Jubilados y Pensionados*, INSSJP); y los programas de salud pública.

La concepción de la *integración* de los subsectores de salud en Argentina (salud pública y seguro social contributivo provinciales con el PAMI), conjuga una perspectiva histórica que circula como idea-fuerza en el mundo sanitario argentino desde hace décadas. La respuesta aparece en la idea de mancomunar fondos públicos para garantizar la cobertura del aseguramiento y las garantías explícitas en el paquete de servicios. También sobrevuela en el mismo documento, los seguros sociales sindicales actualmente representados en aproximadamente 300 obras sociales (seguros sociales a través del empleo).

Esta concepción de integrar y mancomunar fondos públicos es justamente la concepción que asume hoy el pluralismo estructurado en el siglo XXI en la propuesta de CUS en Argentina. La integración aparece como el camino para disponer de fondos públicos para subsidiar la demanda y delimitar funciones esenciales al subsector de salud pública en el país restringiendo a intervenciones sanitarias generales (paquete).

Esta integración del sistema se la plantea como una hoja de ruta para "... especialmente útil para el manejo

efectivo de las ENT. En el sector público, a menudo los únicos servicios relacionados con ENT que se han definido son aquellos en un paquete limitado de servicios en su mayoría primarios y preventivos cubiertos por el programa Sumar...".

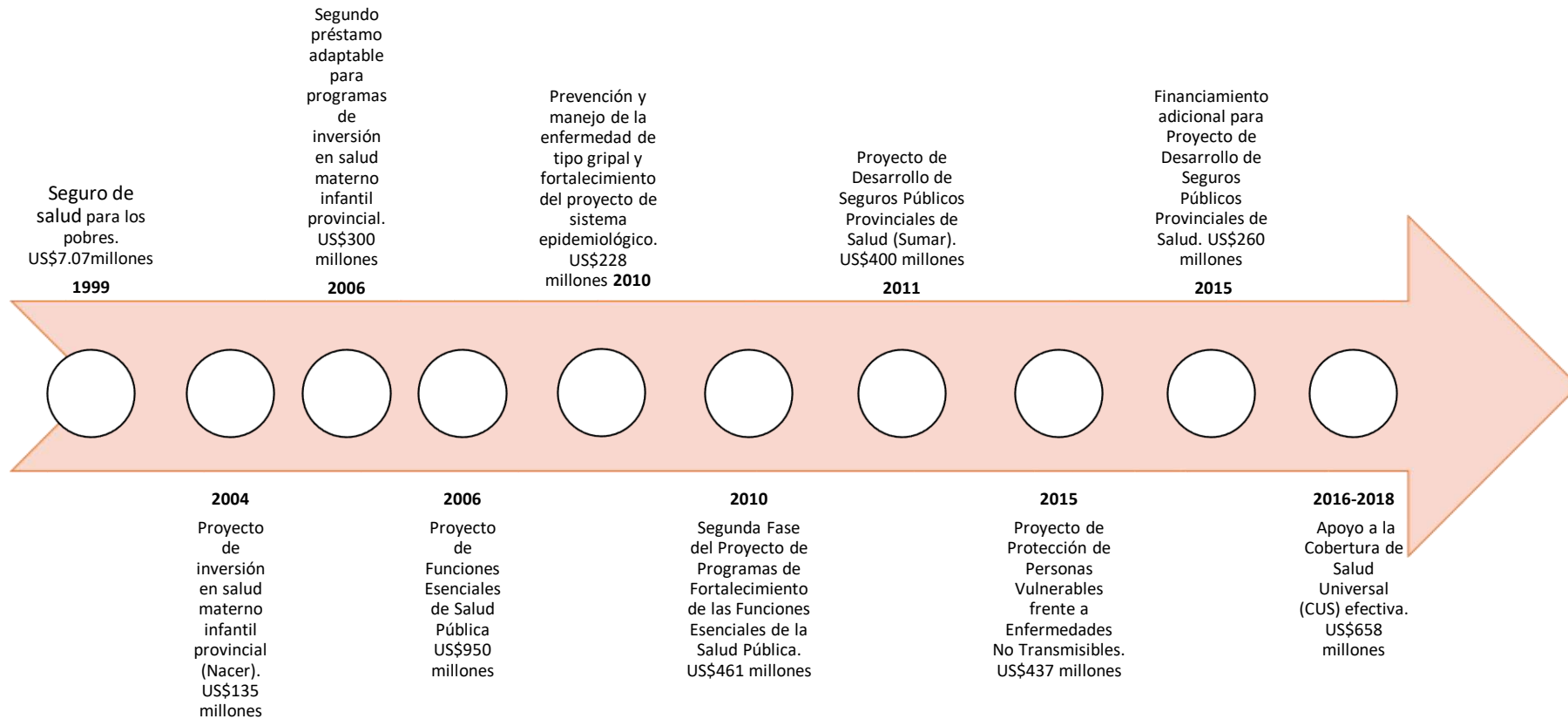
2. *La capitación de la población elegible e inscripta al Plan* (nominalización y empadronamiento) y asignación a un centro de atención primaria de salud(APS), donde los equipos de salud pública de esos centros son "incentivados" según "...el total de pagos por capitación se transferiría en dos pasos: (i) 50 por ciento del financiamiento después de verificar la cobertura efectiva para la población elegible; y (ii) la parte restante transferidos en función del logro de un conjunto de indicadores de salud provinciales específicos ("trazadores").

Estos incentivos para la captación de población elegible para aseguramiento y hacer su empadronamiento, implica el camino de subsidio a la demanda que la propuesta CUS se buscaba desarrollar en Argentina por el convenio del Banco Mundial (BM, 2016).

3. *Priorización de los Servicios de salud preventiva* especialmente APS, financiando servicios de atención primaria con un alto impacto en la carga de la enfermedad en particular Enfermedades No Transmisibles (ENT). Aunque en la práctica esto se restringe a: Diabetes Tipo2, HTA, control embarazo y cáncer. Estos tamizajes de detección reflejan la reconfiguración de la *biomedicalización* y *mercantilización* hegemónica a nivel global centrándose en padecimientos crónicos, detección de riesgos que pueden significar coberturas de medicamentos de la industria farmacéutica y de enfermedades de altos costo en su diagnóstico y de tratamiento con tecnologías sanitarias (cánceres y cardiovasculares).

Estos presupuestos enunciados de política sanitaria antes mencionados del convenio de la República Argentina es necesario revisarlos de forma sistemática y comparada ya que se pueden encontrar estos nuevos contenidos en recientes acuerdos del Banco Mundial, el BID y la OPS-OMS para Paraguay, Honduras, Guatemala, El Salvador, entre otros.

Gráfico - Acuerdos firmados entre Banco Mundial y la República Argentina en Sector Salud periodo 1999-2018



Fuente: Elaboración propia

Como vemos en el caso de Argentina, surgieron formas de reforma (dominación), basadas en lo que puede denominarse una *expansión molecular liberal del Estado*, en un redimensionamiento de reforma a través de diversos y constantes arreglos institucionales que acumulados en dos

décadas construyeron una nueva morfología del sistema de salud por una especie de *goteo* de convenio tras convenio.

Cuadro 2 – Comparación de Programas de Aseguramiento en Salud promovidos por el Banco Mundial según País

	País						
Países	<u>Argentina:</u> Plan NACER /SUMAR	<u>Bolivia:</u> Seguro Universal Materno Infantil (SUMMI)	<u>Ecuador:</u> Programa de Aseguramiento Universal en Salud	<u>Haití:</u> Servicios Obstétricos Gratuitos (SOG)	<u>Perú:</u> Seguro Integral de Salud (SIS)	<u>República Dominicana:</u> SENASA (Seguro Nacional Salud)	<u>México:</u> Seguro Popular de Salud (SPS)
Vía de acceso	Aseguramiento	Aseguramiento	Aseguramiento	Seguro materno-infantil.	Aseguramiento	Aseguramiento	Aseguramiento
Cobertura poblacional	Principio de focalización hacia las mujeres embarazadas y sus niños sin obras sociales. Ampliado a Jóvenes con SUMAR.	Focalización para mujeres embarazadas y niños pero sin discriminación de recursos.	Focalización hacia la población sin seguros de salud y de bajos ingresos. Focalización territorial	Principio de focalización hacia las mujeres embarazadas sin recursos. Focalización territorial	Población sin seguros de salud y de bajos ingresos. Focalización únicamente según los recursos.	Población pobre seleccionada por el SIUBEN	Población fuera del mercado formal de trabajo y sin protección en salud
Beneficios: (variaciones numerosas de la cobertura de servicios según los países, se destacan aquí las principales)	Servicios vinculados a la salud materno infantil Servicios vinculados a Jóvenes y adultos mayores sin cobertura pensionados	Servicios vinculados a la salud materno infantil	Solamente ciertas patologías cubiertas: Objetivo de ampliar el paquete de servicio.	Cobertura de servicios limitada a:- transporte hasta los centros de salud -consultas prenatal -Parto asistido y control postnatal -No cubre los medicamentos	Definido por el Plan Esencial de Aseguramiento con exclusiones explícitas importantes.	Paquete Básico de Salud no determinado por servicios explícitos pero con numerosas excepciones y sujeto a interpretaciones de los establecimientos de salud.	Paquete básico de salud

Fuente: Elaboración propia

Según Laurell (2013) la mayoría de los países en esta corriente de reformas desfinanciaron sistemáticamente sus sistemas y servicios de atención sanitaria y programas de salud pública, con un espiral de deterioro, ineficacia, ineficiencia, pérdida de capacidades que se transforma en una profecía autocumplida: el Estado proveedor no sirve ni responde a las necesidades colectivas de la población.

Un segundo elemento de este proceso es que ante la ausencia o falta de capacidades y/o de disponibilidad de

ciertos servicios (especializados) en el sector público, se realiza una operación de transferencia de fondos públicos a pagar una compleja trama de actores privados lucrativos y financieros. Con la excusa sistemática de no crear las condiciones de soberanía sanitaria (Basile, 2019), es decir, de maximizar capacidades incluso nuevas de los servicios públicos del sistema sanitario que se mantiene fragilizado en una fotografía estática e inmodificable.

En este escenario resultante del tsunami de reformas al Estado y los sistemas de salud, las familias y grupos sociales (incluso de bajos ingresos) al quedar expuestas a una salud pública vertical de baja calidad y resolución, migran a comprar seguros o servicios privados de pago de bolsillo muchas veces de baja calidad, pagan sus procedimientos y tratamientos a través de colectas familiares o ventas de sus bienes, compran la medicación e insumos, y otras cuestiones sociales en salud.

Las falacias de la cobertura universal y el mercado plural de seguros de salud

Ahora bien, las reformas actuales de Segunda Generación (Laurell y Ronquillo, 2010) incorporaron en su narrativa la palabra “universal”: cobertura universal o salud universal. *Lo universal* fue resignificado.

Como señaló el liberal Kutzin, la cobertura universal de salud es *“un conjunto de objetivos que persigue el sistema de salud”, y es “una dirección en vez de un destino”* (Kutzin, 2013).

Esa direccionalidad, implicará transformar a la CUS en la plataforma para relanzar las reformas de mercados (des)regulados en los sistemas de salud y construir una nueva gramática discursiva líquida con una narrativa sombrilla donde todo cabe: bajo esta denominación incluso la expansión de las aseguradoras financieras y el sector privado.

Una especie de mapa de actores y cronología permite contextualizar esta iniciativa. En el marco de la reunión del “Health Systems Global” que reunió al sector privado de salud en Beijing en octubre del 2012, con el lema de “Inclusión e Innovación por la Cobertura Universal de Salud”, el Banco Mundial presentó la experiencia de expansión del aseguramiento privado en China como un camino a la CUS. Ese mismo diciembre de 2012 en la ciudad de Bellagio (Italia) auspiciada por la Fundación Rockefeller, el simposio mundial del sector privado de salud tuvo como lema “El futuro del mercado de salud”, donde los expertos presentes expresaron la importancia del aseguramiento y la ampliación de la cobertura de salud para el mercado. En la Declaración de Bellagio³ dejaron en claro que es necesario *“considerar cómo los mercados pueden satisfacer mejor las necesidades de*

los pobres en los países de bajos y medianos ingresos...”. En esta misma cumbre de Bellagio, Allan Pamba, director de Iniciativas de Acceso y Compromiso Público de Glaxo Smith Kline, expresó que la *“región de África es de creciente interés para las empresas, más allá de la filantropía, ya que es un mercado de crecimiento futuro. Las compañías que se fueron temprano a China e India tienen una cuota de mercado establecida y dominante y es difícil cambiar eso, independientemente de la cantidad de dinero gastado tratando de cambiar esto”*. Pamba argumentó que *“se necesita un cambio cultural entre las partes interesadas para apreciar el papel del sector privado en los mercados de atención médica”*.

En enero del 2013, el Foro Económico Mundial de Davos que reúne a las corporaciones multinacionales, se presentó el informe “Sistemas de Salud Sustentables” elaborado por MacKinsey&Company⁴ que en sus conclusiones propone promover la CUS y que mientras *“las corporaciones ofrecen nuevos productos y servicios a medida que los mercados se liberalizan, los gobiernos reducen los servicios públicos y surge un nuevo sentido de solidaridad condicional...debemos estar atentos para incidir en los líderes de los países en vías de desarrollo...”*.

Bajo esta dinámica del complejo político de la salud global liberal (Basile, 2018), finalmente el 24 de septiembre del 2013 en la asamblea general de Naciones Unidas, la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) se une a la Fundación Rockefeller y al Banco Mundial para lanzar el reporte de “Cobertura Universal de Salud”.

En América Latina y Caribe, luego de una serie de consultas regionales junto al BM y Rockefeller, en la 53° asamblea regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en septiembre del 2014, todas las representaciones país, incluyendo Argentina, Brasil, Cuba, Ecuador, Uruguay, El Salvador, Bolivia y Venezuela, aprobaron sin observaciones la iniciativa CUS (OPS CD53/R14, 2014). Se le agregó “acceso universal” pero el dispositivo CUS fue impulsado y avalado en la región.

Recientemente en septiembre del 2019 en la Reunión de Alto Nivel sobre CUS organizado por la Universal Health Coverage Partnership (UHC2030), se volvió a relanzar un pacto global que refrendó la Asamblea de

³ Declaración Reunión de Bellagio(2012): <http://www.futurehealthsystems.org/publications/future-health-markets-a-meeting-statement-from-bellagio.html>

⁴ Foro Económico de Davos(2013) - <https://es.weforum.org/reports/sustainable-health-systems-visions-strategies-critical-uncertainties-and-scenarios>

Naciones Unidas con la declaración política: "*Cobertura sanitaria universal: avanzar juntos para construir un mundo más saludable*"⁵.

En esta declaratoria y proceso tuvo y tiene una participación protagónica el Core Action Group, constitución de un espacio institucional del sector privado sanitario dentro de la UHC2030 donde están las corporaciones farmacéuticas, los grupos proveedores de insumos y tecnologías médicas, las aseguradoras, y otras corporaciones privadas.

Esto explica porque el dispositivo CUS se implanta con una terminología híbrida desde sus inicios. Según la OMS "*implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos*" ..."*la CUS no implica la cobertura gratuita de todas las intervenciones sanitarias posibles, independientemente de su costo, ya que ningún país puede permitirse ofrecer todos los servicios gratuitamente de forma sostenible*". En cada uno de los documentos, declaratorias, resoluciones CUS hay un gran ausente: la palabra "público". Sistemas de salud pública y bien públicos aparecen fuera de la gramática global.

En resumen, esta dinámica geopolítica de poder de los actores, corporaciones y organismos internacionales del Norte global lograron transformar la histórica universalización de derechos sociales y bienes públicos universales como componente sustancial de igualdad, equidad e integralidad en las respuestas, por una universalización de "tipos" de cobertura sanitaria que por principio tiene la diferenciación (desigualdad) y la expansión de mercados de coberturas en la direccionalidad de la financierización y creación de nichos de privatización en los sistemas de salud.

En este análisis de contenidos y enunciados de los actores de la hegemonía neoliberal en el campo de la salud se constata que lograron generar falacias lógicas donde se utilizaron premisas que contienen las propias conclusiones, generalizaciones híbridas y buenas justificaciones para sus objetivos. Otros autores lo llamarán *coartada del engaño*.

En el análisis de contenidos y revisión documental de la política de aseguramiento y sus entramados con la CUS, se identifican 7 falacias que reproducen la política de

expansión de seguros de salud en América Latina y Caribe:

Falacia 1: "*El Aseguramiento es un camino al Derecho Universal a la Salud*": La experiencia ejemplar de Chile (Almeida, 2001) demuestra que más 35 años de la primera reforma latinoamericana aseguradora existe aún hoy porcentajes significativos de la población sin ningún tipo de cobertura y se ampliaron las desigualdades en salud. Como lo explican Hernández Alvarez y Torres-Tovar(2010), el caso de Colombia con 28 años de reforma a partir de la Ley 100 deja en evidencia que expandir la cobertura casi al 98% poblacional, fue simplemente acceder a una credencial o identificación, pero con las penurias de no tener acceso a casi nada de un paquete mínimo de servicios. Podríamos tomar los casos de Perú, México u República Dominicana evidenciando el *estancamiento* en las tasas de aseguramiento que de *universal* tuvieron poco y mucho de debilitamiento del sector público.

Falacia 2: "*¿Los seguros de salud pueden ser integrales?*": Los seguros no lograron ser integrales ni cubrir todas las necesidades porque su cobertura se vincula a un listado de enfermedades y prestaciones mínimas (garantías explícitas). Construyeron coberturas individuales asistenciales-curativas ya que su facturación depende de vender cobertura y contratar asistencia-servicios a enfermedades. Con lo cual *los seguros* no son capaces ni tuvieron interés en aspectos epidemiológicos, preventivos y promocionales a nivel poblacional. Así las emergencias de salud pública, las epidemias/endemias, campañas masivas de información y promoción sanitaria, entre otras dimensiones llamadas de "altas externalidades" quedaron como responsabilidad de las 11 funciones esenciales de *salud pública (FESP)* ya que no hay ingresos o rentabilidad en ello. Como explica Oscar Feo (2008), las FESP son la funcionalización de la salud pública residual a los mandatos del mercado sanitario desregulado.

Falacia 3: "*La Libre competencia entre seguros mejora la eficacia-eficiencia de la cobertura de los asegurados*". "*La Libre elección del usuario mejora la calidad del servicio*". En la práctica la supuesta libre competencia generó un mercado de prestadores a los seguros de salud con posibilidades de elección público-privado y búsqueda de rentabilidad por prestaciones que claramente como se constata benefició la mercantilización. Lo cual en la práctica implicó una

⁵ ONU (2019). Líderes mundiales aprueban declaración de salud para alcanzar la cobertura universal de salud. [En Internet] <https://news.un.org/es/story/2019/09/1462542>

progresiva transferencia de recursos públicos al privado, además que al convertirse en *prestadores en competencia* los establecimientos de salud pública incorporaron lógicas de gestión-funcionamiento mercantil (Ej.: Hospitales de Autogestión, o gerenciamiento de áreas, tercerizaciones, y toda clase de procesos de micro privatización de la institucionalidad pública).

Falacia 4: “*Los seguros de salud pueden incorporar la estrategia de Atención Primaria de la Salud*”: Lo primero que se constata que *atención primaria de salud* en contextos de aseguramiento en realidad funciona como una *atención* asistencial de paquetes básicos/mínimos para los más pobres, es decir, salud para pobres con pobres recursos. Los proveedores privados de los seguros tienen adicción a la enfermedad y a los servicios curativos, porque este modelo vende y factura prestaciones al pagador con lo cual crea un mercado de “*enfermos*” de hecho. Además, a esto se le debe sumar la lógica de distribución de cuotas de mercado con instalación de la asistencia primaria de bajo costo (no rentable) -*llamada APS*- para los sectores empobrecidos como función del sector público, y la asistencia diagnóstica, tratamiento y rehabilitación de mediano y alto costo sea exclusiva del sector privado. Por último, las aseguradoras y proveedores de coberturas si desean y tienen como prioridad junto al Banco Mundial hoy expandir una APS de mercado que sea la *puerta de entrada* para que los asegurados contributivos y subsidiados no consuman ni gasten la cápita de su cobertura financiera.

Falacia 5: “*Las barreras financieras a la protección de salud*”: Desde hace décadas los economistas neoclásicos del BM, la OMS y el BID como de centros de estudios neoliberales tomaron cierta primacía en el análisis de la economía política de los sistemas de salud. Cuando se enuncia *economía de la salud*, en realidad se está hablando de economía neoclásica de la salud. Esto implica que progresivamente se instaló una concepción “*economicista*” liberal sobre el Sector Salud interpuesta por estos *think thank* de los bancos. Recursos escasos, priorización y exclusiones, DALY y QUALY, subsidio a la demanda, o financiamiento público sin importar la provisión de servicios sea privada o pública, entre otras premisas. Dicho esto, vale decir que la idea que la principal barrera de acceso a la salud es la *económica* se justifica con argumentaciones en parte obvias, o sea que la *población empobrecida* es la que más “*gasta*” en salud de su disminuido presupuesto familiar cotidiano y

los que más enferman por sus precarias condiciones de vida. El problema no son estas constataciones casi “*obviedades*” que expresa dicha corriente, sino en las propuestas que se postulan para resolver esto. Se plantea: 1- *Subsidio a la demanda con manejo del riesgo social*, es decir, no financiar el desarrollo de más y mejor oferta de servicios de salud pública integrales, sino subsidiar a los propios “*beneficiarios*” -la demanda- (que demuestren ser pobres) para que ellos puedan atenderse con un paquete de servicios básicos según prestadores de su seguro (Ej.: asociaciones público-privadas). 2- Además busca *abrir la competencia entre lo público y lo privado*, lo cual no mejoro ni la calidad ni el acceso.

Falacia 6: “*El aseguramiento debe ir de la mano de la descentralización*”: en la práctica los procesos de reforma liderados por los organismos financieros internacionales y la expansión de cobertura de seguros instalaron la descentralización como objetivo final de 1. Desresponsabilización: quitarle una carga fiscal al Estado nacional para ajuste de las cuentas públicas (en perspectiva de liberar desembolsos de deuda externa) y ruptura con un modelo rector y proveedor unificado público; 2- En la práctica un camino que permitió disminuir la resistencia a los procesos de privatización y aseguramiento deteriorando la presencia del Estado en contexto locales donde los gobiernos locales no tenían capacidades ni trabajadores de salud pública con experiencia de las privatizaciones.

Falacia 7: “*Los modelos de aseguramiento gradual a la europea fueron un camino a la universalidad de la salud que debemos copiar en América Latina y Caribe*”: Este enfoque eurocéntrico no contempla la realidad de las sociedades excluyentes heredadas del acumulado del colonialismo sanitario, desarrollismo periférico y neoliberalismo reciente en América Latina y Caribe. Aunque no es cuestión de este artículo, el camino de aseguramiento progresivo en Europa fue de la mano de un clima de época de post-guerra con expansión de Estados sociales de Bienestar con concepción de derechos de ciudadanía y acceso a bienes públicos, sociedades industriales y pleno empleo, entre otras razones.

En resumen, la CUS con expansión de sistemas de aseguramiento o seguros:

- Buscaron la fragmentación, no por un error de diseño, sino para dividir a prestadores de servicios, aseguradoras e intermediarios, a los

usuarios/poblaciones, para crear competencia y nichos de mercados.

- Segmentación de las sociedades. Entre asegurados “pobres”, asegurados “medios-ricos”.
- El sector privado y financiero en la región (bancos y aseguradoras) comprendieron que la expansión de las coberturas financieras tenía un límite para su crecimiento: un máximo del 15 al 20% de la población total en la región. Por obvias razones de ingresos y desigualdad distributiva más no podría crecer un mercado de seguros privados de pago de bolsillo. Para expandir los mercados de coberturas necesitaban desregular y administrar fondos del Estado (financiamiento público y coberturas diferenciales público-privadas), incluso para quedarse con coberturas mixtas para el mercado de trabajo informal.
- Produjeron el debilitamiento de la soberanía sanitaria pública (Basile, 2019), implosionando cualquier fortalecimiento de la capacidad estatal y pública como garante de derechos y proveedor de bienes públicos. En América Latina y el Caribe con el rol clave del Banco Mundial, en África luego de décadas de cooperación “*al desarrollo*”, lo único que desarrollo fue más dependencia a una industria de la ayuda al “desarrollo” y sistemas sanitarios altamente privatizados con rol crucial en este sentido de las Organizaciones No Gubernamentales del Norte-ONGN (De la Flor, 2008).

Retrotopía del salubrismo panamericano y médico-social desarrollista del siglo XX

El intelectual polaco Zygmunt Bauman (2019) antes de su muerte en 2017 acuña una nueva conceptualización que denomina: *retrotopía*.

La *retrotopía* es la idea creciente de mirar al futuro con el espejo retrovisor de un pasado idealizado. Bauman (2019) plantea que, de la vieja utopía de la cultura moderna, se pasó a una cultura distópica en el siglo XXI que la llama la *era de la nostalgia*. Esta es una inversión

donde se le da la espalda al futuro, y toda utopía está en volver a las premisas del pasado.

Bauman (2019) caracteriza este proceso como una *epidemia de la nostalgia*, un mecanismo de defensa frente a la incertidumbre de la aceleración deshumanizante del capitalismo global colonial moderno. Esta exaltación de la nostalgia convive con una epidemia anterior que sigue presente en la idealización de la teoría del *desarrollo* que es la deteriorada exaltación del *progreso* (Escobar, 2008).

Este proceso de *retrotopía* plantea en el campo de la salud que el pensamiento crítico latinoamericano en salud en el siglo XXI simplemente debe volver a sus mitologías fundantes del siglo XX, o incluso a las premisas panamericanas del *desarrollismo cepalino* de mediados de siglo (Basile, 2020).

Pero esta vuelta al pasado que en América Latina y el Caribe implica volver a un Estado basado en los horizontes desarrollistas especialmente expresados por las enunciaciones de la CEPAL (Comisión Económica y Social de Latinoamericana) o de ciertos organismos de Naciones Unidas (ONU) en especial de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS), no es una vuelta al pasado tal cual fue sino hacia un pasado idealizado y romantizado. Una especie de reescritura del pasado de la fase desarrollista de los Estados y sociedades nacionales para readaptarlo a las necesidades políticas del presente. La política colectiva y pública pierde capacidad de construir y proyectar futuro, sino de reinventar el pasado como horizonte.

Así frente al proceso acelerado y radical de reforma neoliberal de los sistemas de salud antes descrito, las principales respuestas aparecen desde un movimiento de *retrotopía* que se hace presente en la teorización y problematización en los desafíos de los sistemas y políticas de salud en el siglo XXI. Podríamos decir que -simplificando- actualmente se cuenta con dos grandes enunciaciones en este sentido en Latinoamérica y el Caribe:

1. La enunciación de los nostálgicos de la doctrina panamericana de la salud pública (Granda, 2004). Esta enunciación plantea como tesis y premisas sustanciales que es necesario simplemente retomar los postulados de los sistemas sanitarios verticales de la salud pública convencional del siglo XX especialmente en su matriz *cepalina* del ideario del progreso y el desarrollo.
2. La enunciación de un resultado final: Sistemas Únicos de Salud (SUS) totalizantes en clave del siglo XX. Retorno a una centralización con estatización idealizada con el presupuesto de una expansión totalizante de un gran aparato del Estado (actualmente *neoliberalizado, fragmentado y estratificado*) para universalización de atención médica universal, gratuidad en el punto de atención curativo-asistencial, redes de servicios por niveles y capacidad resolutive. Parte de la idealización de la tecnología positiva del Estado *todopoderoso* como único agente para controlar riesgos y prevenir enfermedades colectivas (Granda, 2004).

Para estas tesis del ciclo desarrollista panamericano, la unidad de análisis son los Estados-Nación y las sociedades nacionales, control de fronteras y enfermedades (Basile, 2018). Así para la planificación del desarrollo en salud y la transición epidemiológica implica reestructurar sistemas nacionales de salud pública integrando subsistemas que controlen mejor los riesgos, el *trabajo asalariado* como mecanismo para la protección social y acceso a la salud, la prioridad es nuevamente la atención de enfermedades y maximizar la expansión del control poblacional *perdido* como respuesta a los nudos críticos de las sociedades inequitativas, malsanas y complejas del siglo XXI.

En esta enunciación se encuentra presente la *esloganización* de los presupuestos ideales de Alma Ata de 1978 nunca materializados, pero con una repetida *retrotopía* de la estrategia de Atención Primaria de la Salud que todo lo resolvería por cierto arte de magia, siendo esta la llave de una hoja de ruta para abordar la complejidad de la institucionalidad y materialidad de los sistemas de salud *neoliberalizados* en América Latina y el Caribe.

En esta línea de acción político sanitaria, también se puede identificar actores nacionales que enuncian los postulados de fondos unificados y/o mancomunados de salud en línea con los presupuestos actuales de la OPS y OMS en arreglos de economía clásica en la región conjuntamente con la premisa de Sistemas Nacionales Integrados de Salud (SNIS), esta última una premisa política que la adoptan actualmente todos los convenios del Banco Mundial en los últimos cinco años en países de América Latina y el Caribe.

Aunque estas condiciones solo tuvieron cierta materialidad a partir de la revolución cubana y la construcción del Sistema Nacional de Salud pública en Cuba. El caso de Brasil tiene otras implicancias en lo que fue un proceso de Sistema Único sobre servicios y establecimientos privados de salud y con un constante alto gasto privado. En el caso de Costa Rica, un sistema nacional de salud basado a la universalización de un modelo seguro social desde la Caja Costarricense del Seguro Social.

En resumen, esta corriente de enunciación política sanitaria en general asume la consigna de SUS con propuestas de grandes estructuraciones orwellianas basadas en universalización de la atención médica biomédica, redes de servicios curativos-asistenciales, una especie de mega panel de control central, entre otras. Aunque válida y loable, por momentos es la enunciación de un resultado final.

De la revisión de contenidos en esta publicación, se realiza una sistematización en una matriz de tres corrientes actuales de enunciación de contenidos de políticas públicas sobre Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Caribe.

Tabla - Contenidos de Corrientes de pensamiento sobre los Sistemas de Salud

Reforma Regresiva <i>Reforma Regresiva Siglo XXI</i>	Reforma Retrotopía <i>Reforma Retrotopía Siglo XX</i>	Refundación <i>Transformación Siglo XXI</i>
Proceso de institucionalización de la Financierización y Mercantilización del Sistema de Salud	Proceso de Reforma del Reformismo acumulado. Impulsa arreglos institucionales al Sistema. No reemplaza la Reforma estructurante anterior.	Proceso constituyente de refundación de la materialidad e institucionalidad sanitaria.
Mercado (des)regulado de coberturas - Asociación Público-Privada	Recuperación de Rectoría y Regulación	Democratización y colectivización de procesos de cambio Ciudadanización Subjetivación
APS Selectiva Pluralismo estructurado /Aseguramiento	Ampliación de coberturas Narrativa de Estrategia de APS y Participación comunitaria como centro.	Constitucionalismo social
Salud global liberal – Funcionalismo de la Salud Pública del Siglo XXI	Sistemas de salud que buscan universalizar atención biomédica sanitaria	Territorialidad y Territorios
	Salud Pública y Médico-social desarrollista del siglo XX	Salud Colectiva/MS en encuentro con Pensamiento crítico latinoamericano en Salud

Fuente: Elaboración propia

Ahora bien, enunciar algunos apuntes para la elaboración de una matriz de nuevo pensamiento crítico sobre Sistemas de Salud en el siglo XXI para enfrentar la cuestión social en el Sur requiere asumir y (re)elaborar puntos de partida sobre tres adversidades estructurantes de la inacción (y a veces de nuestros propios fracasos):

Adversidad material: en general en instancias de gobierno del Estado, se asume que esa institucionalidad pública resultante de los ciclos de reforma no tiene capacidad para universalizar bienes públicos y refundar su matriz con la sociedad. “*Con este Estado no se puede, “Hacemos lo posible en este Estado”*”. Entonces se termina construyendo un ciclo de ampliación de coberturas con sectorialización (niñez, salud, educación discapacidad, mujer, etc.), programas de asistencialismo focalizado y transferencias condicionadas, y medidas paliativas de políticas sociales para la pobreza y los grupos vulnerables. Muchas veces la teorización sobre el Estado (Poulantzas, 1982) y la gestión de gobierno está poco desarrollada especialmente en el campo de la salud colectiva y medicina social.

Adversidad económica: Lo primero que aparecerá en un intento de matriz fundante de nuevos sistemas de salud basados en universalismo del siglo XXI y ciudadanía es la restricción económica. ¿Cómo se financia?: “*Ese*

universalismo de los sistemas de salud del que hablan es imposible de financiar en Latinoamérica y el Caribe”. Este enunciado luego determinará la política pública social y sanitaria “posible”, en general partiendo de un sesgo de obviar pensar y problematizar la economía política del campo de la salud y los sistemas impositivos, las cargas tributarias y la justicia fiscal como un horizonte distributivo que en general se proclama, pero se cuenta con poca materialidad en las últimas décadas. Tampoco como un horizonte de “todavía-no” (De Sousa Santos, 2010).

Adversidad política: la oposición de los actores del Norte global (OCDE, EE.UU., otros), corporaciones, organismos internacionales (FMI, BM, OMS, etc.), el complejo médico industrial financiero nacional/multinacional y del propio colonialismo interno que quieren ser trazadores de la direccionalidad de las opciones del “desarrollo” de los países del Sur. Pero también aparecen en el escenario a veces incomprendimientos en lo nacional, otras veces intereses económicos en el sistema político latinoamericano y caribeño que quiere cambiar electoralmente de manos el gobierno, sin que nada cambie de los procesos estructurantes de la sociedad y el Estado. Sumado a esto están las situaciones de lo que la teoría política llama “*empates catastróficos*” donde bloques de poder nacionales antagonizados sólo hegemonizan de forma contingente los procesos sociales, políticas, económicos

y culturales lo cual pareciera que siempre se vuelve al mismo lugar.

Este trabajo comprende que un proyecto emancipatorio y alterno no puede ser enunciado sólo como sería su resultado final. Requiere de una compleja trama de rediseñar, revitalizar y reconstruir un proceso de etapas para la efectiva decolonialidad y emancipación tanto del Estado como de la sociedad en los sistemas de salud.

Refundación de los Sistemas de Salud

La gran capacidad de innovación y transformación en el rediseño de las relaciones entre Sociedad y Estado es donde se ubica el punto de partida para repensar los Sistemas de Salud en el siglo XXI.

La necesidad de transformación del aparato administrativo del Estado (Poulantzas, 1982) para tornarlo más democrático, intercultural, eficiente, eficaz y orientado a la sociedad es una demanda universal. Ahora la respuesta a esta demanda está condicionada tanto por el enfoque teórico que guía este cambio, como por las opciones de acción política adoptadas y por la capacidad técnica de los gobiernos para implementar las estrategias enunciadas y/o elaboradas.

El primer cambio entonces que se proponen estos apuntes es dejar atrás el concepto *reforma* como concepto para los sistemas de salud en el siglo XXI.

Es momento de eliminar la palabra *reforma*. Es un concepto funcionalizado, desgastado, obsoleto, pero especialmente instrumentalizado por la agenda sanitaria del complejo político liberal en América Latina y el Caribe. No “reforma”, no “modernización”, no “Estado presente”, no “Estado inteligente”. *Refundación*.

Conocer desde el Sur, para refundar desde el Sur. Conocer las especificidades e implicaciones geopolíticas de poder y conocimiento sobre los Sistemas de Salud desde nuestro Sur demarca la necesidad de un horizonte epistémico y de acción política nuevo. Las enunciaciones no pueden continuar girando en tesis de la retrotopía o la reforma regresiva.

Refundación configura un nuevo punto de partida. Asumiendo que los procesos de gobierno de la esfera

pública incluyendo a los Sistemas de Salud, son procesos transicionales. Comenzar a construir procesos nuevos, implica la potencialidad y posibilidad de procesos inacabados, complejos, en permanente transición, movimiento y cambio. Asumir el *carácter transicional* de las políticas, estrategias y cambios para una *refundación* implica todo un desafío en la cuestión canónica de correnos de los idearios que la transformación sólo comienza cuando uno “llega” o cuando uno la “enuncia” o simplemente que lo hará una persona o líder (Santos, 2010).

Más que asumir la centralidad en una enunciación de resultado final o en arreglos instrumentales institucionales, es el ejercicio teórico-metodológico para articular un proceso refundacional:



Fuente: Elaboración propia

Aparentemente nuestros Sistemas de Salud y el Estado acumulan cambios institucionales y organizacionales promovidos por organismos internacionales, actores económicos-financieros y el complejo político liberal, donde recolocan a los sistemas sanitarios en la agenda política regional y mundial, pero ¿qué tipo de institucionalidad y organización es la que nos están proponiendo? Este artículo y otros autores dejan claro las propuestas dominantes y lógicas.

Boaventura de Sousa Santos (2010) asume que la refundación del Estado moderno capitalista colonial patriarcal, implica correr los límites de la imaginación en política pública.

En esta tesis es que pueden ser resignificadas las teorías y políticas sobre los Sistemas de Salud para América Latina y el Caribe. La refundación no significa la

eliminación de los sistemas de salud vigentes. Presupone reconocer capacidades de reingeniería y arquitectura institucional-organizacional que fundamenten la refundación de la esfera pública, y en este caso la (re)construcción de sistemas sanitarios para los desafíos del siglo XXI.

Claro que reemplazar *reformas, reformismos*, la dinámica de arreglos institucionales como tesis fundantes, donde nuevamente citando a De Sousa Santos (2010) “*la lucha por la refundación del Estado no sea una lucha política en sentido estricto, sino también una lucha social, cultural, por símbolos, mentalidades, habitus y subjetividades. Es la lucha por una nueva hegemonía*”.

No es tan fácil analizar y dinamizar reflexiones nuevas y creativas, porque el gran riesgo siempre es someterlas a matrices analíticas y conceptuales viejas, incapaces de captar la innovación y novedad en clave emancipatoria, o bien porque rápidamente aparecen tendencias para desvalorizar, ignorar o demonizar estos ejercicios. Es evidente que durante mucho tiempo habrá una distancia entre las formulaciones, aproximaciones, enunciaciones de *refundación* y las prácticas de transformación de la materialidad de los sistemas sanitarios. Un camino a recorrer con dudas, preguntas y constantes ejercicios de balances críticos.

Ahora bien, la conceptualización de *refundación de los Sistemas de Salud* parte del malestar, del inconformismo, de la autocrítica y revisión de los procesos precedentes en el campo de la teoría crítica en salud (Basile, 2020). Aunque también (re)imaginar significa afrontar diversas resistencias a lo nuevo. Concebido no sólo como una amenaza conceptual o teórica sino también política y cultural para determinados actores, organismos, tecnocracias e intereses económico-políticos que colonizaron las reformas. También a las propias resistencias (inter)generacionales.

Descolonizar para repensar los Sistemas de Salud

Desde su conformación hasta el presente, los sistemas de salud de América Latina y el Caribe hicieron su base de estructuración en una pretendida homogeneidad para mantener y alentar los intereses del desarrollo y/o promover la expansión de bienes de mercado.

En general, ambas tesis responden a la tipología de estudio y clasificación de los modelos de protección social y sistemas de salud que continúa siendo eurocéntrica y liberal en las universidades, escuelas de salud pública y centros de estudios regionales (Basile, 2020). Se continúa repitiendo una tipología de: modelo liberal residual anglosajón, modelo bismarkiano de seguro social atado al empleo y modelo Beveridge de acceso universal, tres modelos teóricos desarrollados por el Norte global para categorizar los procesos de reforma en la región. O bien, atravesadas actualmente con las tesis del gerenciamiento del riesgo social (Holzmann y Jørgensen, 2001) y el pluralismo estructurado sanitario (Londoño y Frenk, 1997).

Abrir un giro decolonial (Maldonado Torres, 2008) de las teorías y políticas sobre sistemas de salud es aún un trabajo académico y popular en progreso (pendiente) para el Sur global.

Lo decolonial –y la decolonialidad– no son planteamientos nuevos ni tampoco categorías teórico-abstractas. Son desde la colonialización y esclavización, ejes de lucha de los pueblos sujetos a la modernidad colonial, a la colonización incluso de la agenda de política sanitaria y los modos que entendemos y abordamos el campo de la salud. Descolonizar la teoría y políticas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe tomando a Catherine Walsh (2008) en gran medida significa *interculturalizar, plurinacionalizar y descolonizar* sus estructuras, concepciones e instituciones.

Silvia Rivera Cusicanqui (1993) llama la matriz o el horizonte colonial del mestizaje, como categoría de la herencia interna reproductora de estratificación, segregación racial y jerarquización social con una dependencia de lo superior-inferior. Podríamos preguntarnos cuánto de este horizonte colonial del mestizaje tiene y reproducen el *salubrismo desarrollista* latinoamericano y caribeño del siglo XX hasta la actualidad pensando y actuando como agente estatal implementador de las tesis del capitalismo global en la periferia. En general esta dinámica de colonialidad en la formación académica y en políticas sanitarias se ejerce por medio de la inferiorización, subalternización y la deshumanización de quienes son “minorías” o simplemente grupos “especiales”(étnicos) o “grupos sociales” o de la “comunidad”. Negación de subjetividad para ser considerados como hacedores y creadores de

conocimientos en el horizonte de repensar y refundar los sistemas de salud para vivir bien.

En definitiva, trabajar en la región el para qué, por qué y cómo ir produciendo un conocimiento descolonizado e innovador sobre los Sistemas de Salud en el siglo XXI. El riesgo siempre está que sin ciudadanización, colectivización y subjetivación (Fleury, 2009), en una estrategia con horizontes de transformación, de convertir esto en agenda política y social de mayorías (o minorías intensas), también puede terminar siendo sólo loables enunciados.

El aporte de Bourdieu y Wacquant (1995) que denominan *reflexibilidad*, capacidad de los agentes o actores sociales de pensar su acción y las propias estructuras en que ella se enmarca, capacidad de comprensión de su realidad, y por tanto, capacidad para incidir en ella de forma intencional cuando se produce la amenaza de sustitución de su coherencia interna, tanto cultural como identitaria, por nuevas formas de organización socio-política más acorde a los intereses de sectores dominantes (dicotomía *dominación/liberación*). La reflexibilidad es una dimensión imprescindible para las y los sujetos subalternos (individuos y pueblos) a la hora de construir los términos y estructuración de la liberación (comprensión-acción), de una emancipación político-sanitaria.

Apuntes metodológicos: *multiplicidad de puntos de partida*

En este sentido, imaginar la necesidad de un manifiesto o pacto regional como horizonte para la refundación de los Sistemas de Salud latinoamericanos y caribeños implicaría esbozar seis apuntes desde donde intentar hilvanar tramas de partida:

1. *Nueva Democratización*: la refundación significa la democratización del sector Salud y del propio Estado en su esfera de estatalidad sanitaria. La democratización parte de la necesidad de democratizar el sistema sanitario y adecuar la gestión pública a una realidad social cada vez más compleja, deshumanizante y cambiante epidemiológicamente. Poner en el centro al rediseño de la arquitectura institucional, organizacional y territorial de los Sistemas de Salud en el siglo XXI es democratizar sus estructuras, sus bases teórico-metodológicas y

dinámicas sociopolíticas de toma de decisiones, diseño, gestión y evaluación de la política sanitaria. Es decir, no implica cambiar solamente las instituciones y cultura organizacional, de asumir *arreglos institucionales* como fórmulas mágicas de quienes los producen, sino transformar las relaciones sociales, culturales, políticas y económicas que dan fundamento y sustento a los modos tal cual conocemos y pensamos los sistemas de salud en el siglo XXI. Sin decirlo, es un proceso constituyente, instituyente, que busca democratizar los tejidos y redes institucionales en y con la sociedad. Aclaración: democratización en este trabajo no se define como la institucionalización de procesos de participación social en el seno de los sistemas de salud, de incorporar las teorías del *comunitarismo* híbrido asociado simplemente a espacios de control y rendición de cuentas de la sociedad organizada, de extensión de cobertura de las instituciones sanitarias a través de la participación de la comunidad, entre otras.

La necesidad de pensar la estructura del Sistema de Salud como una red, con un funcionamiento flexible y una geometría política variable, capaz de procesar informaciones y asegurar el proceso de decisiones compartidas. Para la construcción del Sistema-red, es necesaria la combinación de principios nuevos en la institucionalidad y organización del sistema sanitario. Esta democratización parte de la profunda necesidad en América Latina y el Caribe de cambiar la relación Estado-sociedad, de manera que se rompan los monopolios de poder (Cunill, 1997) incluyendo los de la biomedicalización y salud pública convencional, por medio de una ciudadanización plural, intercultural, igualitaria y deliberativa. La despatrimonialización del poder público y la subordinación de las políticas sanitarias a criterios de justicia social, ambiental, de género, étnico-racial y distributiva es una radical democratización de los Sistemas de Salud. Esto no puede ocurrir sin que se busquen formas de refinanciamiento con una economía política al servicio de la calidad de vida y sin obviamente de la recalificación y revalorización de los equipos y trabajadores sanitarios (Nogueira, 1998).

2. *Univerzalización de bienes públicos, comunes y colectivos*: La teorización sobre *sistemas universales de salud* significó una revisión crítica de la propia medicina social/salud colectiva latinoamericana (Granda, 2004) en la construcción de un nuevo saber que tratará a la determinación social de la salud y la vida (Breilh, 2013) como fundante de las bases del universalismo en el Sur.

En el universalismo eurocéntrico las bases fueron pensadas desde la necesidad de reparación del daño social en la fuerza del trabajo (sociedad) en el tránsito de colonialismo de mercado al capitalismo industrial de mercado, la distribución universal y vertical de atención médica y producir paz social evitando conflictos inherentes al capitalismo ante los peligros que significaba el socialismo real en el siglo XX.

Para América Latina y el Caribe la organización de sistemas universales más que un resultado final, es una estrategia de afrontamiento de la determinación y las inequidades estructurantes de desigualdad por clase social, etnia y género (Breilh, 2010). Esto parte de la revisión y comprensión que no es una simple perspectiva médica de universalizar biomedicina y salud pública vertical de control poblacional, de “erradicar”, “eliminar”, “vigilar”, “combatir” enfermedades en las poblaciones y personas. Una nueva universalidad que no se presume así misma como verdad única y lógica totalizante, sino intercultural y democrática. La *diversalidad*.

El marco teórico explicativo de la teoría crítica latinoamericana sanitaria (Basile, 2020) asumió que un modelo de organización, redes y gestión de salud que se construyera a partir de la *universalidad/diversalidad*, integralidad e interdependencia de los bienes públicos, colectivos y comunes es desde donde más eficazmente se desmercantiliza la salud y la vida, y se responde de forma más eficiente a las necesidades de las sociedades complejas e inequitativas que aún reproduce Latinoamérica y el Caribe. La premisa que se mantiene hasta nuestros días es que un sistema integral y

universal como bien público y común es lo más “seguro” para la salud colectiva de la sociedad.

La compleja y heterogénea amalgama de instituciones médicas, servicios sanitarios, capacidades institucionales que generó el proceso de descentralización (para desconcentración y desresponsabilidad neoliberal), hoy quizás sea un punto de partida de fragilidad pero también un posible desafío para repensar la teorización de sistemas universales en el siglo XXI a través de sistemas locales de salud colectiva.

Ahora las trayectorias particulares de abordaje fueron y son múltiples. Con avances y retrocesos de acuerdo a escenarios y campos de fuerzas en la sociedad y el Estado: eliminar barreras de acceso, shock de fondos en servicios públicos generadores de ciudadanía y distribución del ingreso, potenciar capacidad de atención y respuesta sobre los perfiles epidemiológicos desiguales, priorizar diálogo intercultural, participación popular y equidad de género, reformar el Estado para transformar el Sistema de Salud, entre otras.

Pero sin duda, la región tiene una historia y tejidos de aprendizajes desde dónde pensar la refundación.

Las experiencias históricas en su contexto particular permiten pensar otras direccionalidades de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI. Las particularidades emblemáticas de Cuba y su revolución con la creación del sistema nacional de salud pública totalmente estatal con todos los niveles de complejidad, universalización de atención médica básica y gran capacidad resolutive evidencia los indicadores de resultados más efectivos de la región en un momento histórico determinado y población particular. Brasil con la reforma sanitaria de los '80 incorporó la participación ciudadana en la toma de decisiones y gestión de un Sistema Único de Salud (SUS), con grandes dificultades hoy, pero que responde al 75% de la población brasileña. Los antecedentes de Argentina y Chile, con la creación de sus sistemas y servicios nacionales de salud pública entre las gestiones

de Ramón Carrillo y Juan Perón en los '50, y Salvador Allende en el caso chileno en los '60 dejaron sus aprendizajes. Costa Rica con la universalización de la Caja Costarricense del Seguro Social pero basada en la construcción de un sistema nacional de salud que tuvo importantes logros en Centroamérica.

Bolivia, luego de largos debates nacionales, finalmente llegó a crear un incipiente Sistema Único Público de Salud con la interculturalidad como dimensión central, con un primer paso progresivo de implementación que fue la garantía de gratuidad en el punto de atención, una revolución sanitaria para un país que aún se pagaba en el acceso a los servicios públicos. El golpe de Estado sobre la gestión de Evo Morales Ayma pulverizó este proceso.

México en abril del 2019, eliminó el Seguro Popular de Salud: el seguro focal para pobres creado por Julio Frenk uno de los ideólogos de las reformas neoliberales junto al Banco Mundial. El camino emprendido fue crear el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) como forma de dejar de subsidiar la demanda, y pasar a financiar de forma prioritaria los servicios de salud pública para la recuperación y refundación sanitaria, con una mayor articulación con el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Este es un proceso abierto actualmente, con tensiones y potencialidades.

3. *Nuevo andamiaje jurídico-legal:* el neoliberalismo con sus ciclos de *tsunamis* de reformas galvanizó un entramado jurídico-legal que se asume como *lo instituido*, una estructura que transmite imposibilidad de (re)imaginar nuevos sistemas de salud, porque el salubrismo estatal continúa reproduciendo estos marcos jurídico-legales normativos existentes como lo dado. Asumir un constitucionalismo social y justicia restaurativa para la revisión y reconstrucción de nuevos andamiajes jurídicos en base a una diversidad intercultural y democrática puede además generar una ventana de oportunidad: mientras se remueven los residuos liberales, mercantiles y tecnocráticos del constitucionalismo y marcos

jurídicos de las capas geológicas de las reformas, implica en ese mismo ejercicio una subjetivación, ciudadanización y (re)conceptualización de los sistemas de salud con la Sociedad.

4. *Nueva Territorialidad, Sistema-Red:* la arquitectura territorial de los Sistemas de Salud se construyó sobre la base de la lógica piramidal jerárquica con un lugar central de los establecimientos sanitarios (Hospital, Centro de Salud, otros), población como *objeto*, distribución de enfermedad y muerte, homogeneidad universal de la atención médica. De hecho, las tesis que sustentan las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) implica un *funcionalismo* de los servicios de atención sanitaria como centro y amalgama institucional homogénea de redes articuladas y por niveles de resolución. Estas lógicas imbrican los enfoques del *salubrismo* del siglo XX como agente del Estado controlando el espacio social con el ideal de estatalidad sanitaria resolutoria asistencial-curativa y de prevención de riesgos y control de enfermedades colectivas. La nueva teoría de refundación de Sistemas de Salud es desplazar esa geografía institucional-burocrática asistencial y de control poblacional como aparato externo a la sociedad, a una geografía social donde los sistemas sanitarios se producen y construyen como una trama de territorialidad, territorios y dinámicas sociales locales con *diversidad*. Expresados en redes de salud abiertas, heterogéneas, simétricas, con tramas de institucionalidad y territorialidades de cuidado y protección colectiva no sólo articuladas, sino mancomunadas en estrategias de vivir bien y calidad de vida saludable.

La expansión *molecularmente* de una nueva institucionalidad y territorialidad poniendo en el centro la vida y la salud colectiva, redimensiona las morfologías requeridas y posibles formas que adquieran los Sistemas de Salud en cada país, territorio, localidad. Sin recetas únicas, reproducibles y enlatadas.

En esta territorialidad y territorios para la vida y la salud colectiva, el feminismo, en general, es una contribución decisiva no sólo a la crítica biomédica salubrista patriarcal dominante y la

expresión de una violencia institucional desde los propios servicios de salud sobre los cuerpos y territorios, sino que el feminismo poscolonial o decolonial incorpora una construcción de interseccionalidad integrando la discriminación sexista patriarcal en el marco más amplio del sistema de dominación colonial y de desigualdad en las sociedades contemporáneas en que sobresalen el racismo y el clasismo como opresiones e injusticias que se entrelazan y operan sobre la vida y salud de las mujeres y las sociedades. Esta interseccionalidad también aporta en la integración e integralidad entre sistemas de cuidados y sistemas de salud, en una reflexión-praxis de *universalismo* del siglo XXI como estrategia para proteger la vida.

5. *Nuevo Diálogo Intercultural*: Refundar sistemas de salud en el siglo XXI es asumir diferentes universos socioculturales. La estrategia de interculturalidad como dimensión política implica el fin de la homogeneidad monocultural institucional de los Sistemas de Salud, es decir distribución de poder sanitario simbólico, práctico, institucional y económico. Hay dos tipos de diferencias derivadas del reconocimiento de la interculturalidad que pueden ser plasmadas en el seno de las mismas instituciones sanitarias (compartidas por toda la población) y las que exigen instituciones nuevas y distintas (propias de los territorios, pueblos, colectivos, cooperativas, otros). Los modelos de *coexistencia* de las instituciones biomédico sanitaria que adecuan sus lenguajes, idiomas e infraestructuras a un cierto multiculturalismo, mantienen y reproducen las jerarquías y asimetrías de poder biomédico y salubrista vertical. La interculturalidad de la que hablamos es donde el Estado deba (re)conocer en los sistemas sanitarios una ecología de saberes y diversos tipos de medicinas cooperantes y asociadas en el abordaje de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

(Re)conocer significa legitimidad, financiamiento y legalidad.

Boaventura de Sousa Santos (2010) realiza un aporte clave en este sentido expresando *“lo que hoy es un absurdo desde el punto de vista de la cultura política liberal, puede mañana ser aceptado como una práctica de igualdad en la*

diferencia. La evaluación política de estos procesos de hibridación debe ser hecha sobre la base de los niveles y cualidad de inclusión y de participación que producen”. Lo que en este trabajo llamamos subjetivación, colectivización y ciudadanía del proceso de refundación.

Criticando la multi y pluriculturalidad, Catherine Walsh (2008) plantea claramente que *“interculturalidad, en cambio, aún no existe. Es algo por construir. Va mucho más allá del respeto, la tolerancia y el reconocimiento de la diversidad; señala y alienta, más bien, un proceso y proyecto social político dirigido a la construcción de sociedades, relaciones y condiciones de vida nuevas y distintas”*.

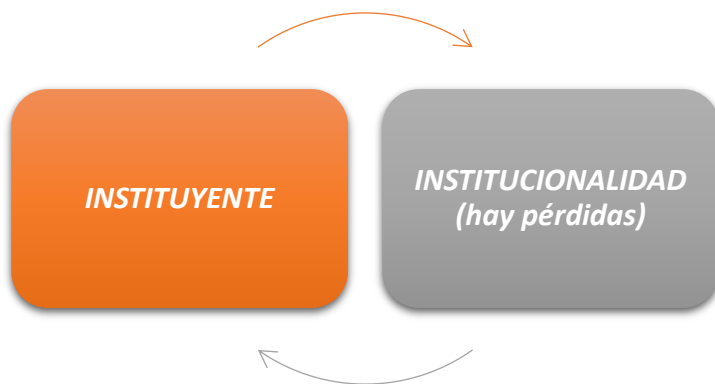
6. *Nueva Agenda Político-Sanitaria y planificación*: La construcción de una agenda político-sanitaria de transformación en clave de *“refundación”* entrelaza una lucha política y social que no sólo los actores históricamente oprimidos y excluidos de los sistemas sanitarios como de la sociedad en general podrán lograr solos (Ej: campesinos, indígenas, mujeres, clases populares, otros). O en otro sentido, que solamente sea diseñada o lograda la refundación por las y los profesionales médicos y trabajadores de la salud pública sin la Sociedad. Son actores y tramas sociales necesarias, pero no suficientes.

Enfrentar las adversidades políticas y también sociales ya que aún hoy en día actores políticos, sociales (ONGs, etc) y académicos del campo de salud pública continúan abrevando a las tesis eurocéntricas de cambios en los Sistemas de Salud al estilo Beveridge o esquemas de la socialdemocracia liberal europea. O bien, articulando arreglos institucionales con una *autocensura* marcada de imposibilidad de planteamiento de otros horizontes.

La refundación de los sistemas de salud como proceso transicional busca intentar articular dinámicas instituyentes político-sociales, populares, territoriales e interculturales sanitarias con entramados de institucionalización (condensación institucional). Asumiendo que en esa relación dialéctica de lo *“instituyente-institucionalidad”*, es un tránsito donde siempre habrá pérdidas y acumulados institucionales.

Pérdidas que pueden ser nuevos puntos de partida, que también pueden ser derrotas momentáneas, o bien, que permiten pensar la práctica de la acción político-sanitaria como un proceso permanente e incesante en la articulación: conocimiento-acción política/acción política-conocimiento.

Gráfico - Proceso relacional entre lo instituyente e institucionalidad



Fuente: Elaboración propia

En definitiva, las fracciones sociales dominantes (dominación) cuentan con un legado teórico que es permanentemente actualizado por sus centros de estudios, universidades y tecnocracias de organismos internacionales que (re)producen una concepción cultural y política instituida de los Sistemas de Salud para Latinoamérica y el Caribe.

En el plano de la especificidad histórica y geopolítica, los estudios de Sistema de Salud-Red, o Sistema de Salud-Emancipación, y los apuntes teóricos que se introducen en esta publicación fueron y son elaborados precisamente a partir de, y para avanzar en, un estudio comparado colocando en un plano regional latinoamericano y caribeño de aprendizaje, de articulación de procesos de conocimiento-acción, con la ilusión que pueda contribuir al engarce dialéctico entre la acción política-sanitaria transformadora y la teoría crítica latinoamericana en salud.

No sólo como pura conveniencia de divulgación académica y hallazgo intelectual; sino como síntesis y opción epistémico-política transformadora necesaria para el vivir bien de los pueblos del Sur.

Bibliografía:

- Almeida, C. (2001). "Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud." *Cuadernos Médico-Sociales* 79 (2001): 27-58.
- Almeida, C. (2002). "Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90 Health systems reform and equity in Latin America and the Caribbean: lessons from." *Cad. Saúde Pública* 18.4 (2002): 905-925.
- Artaza, O. (2008). Los desafíos de la autogestión hospitalaria. *Revista chilena de pediatría*, 79(2), 127-130.
- Banco Mundial. (2016). "Soporte efectivo a la Cobertura Universal de Salud". Ver: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/843111526873422318/Argentina-Supporting-Effective-Universal-Health-Coverage-Project> [En Internet]
- Banco Mundial. (2018). "Supporting Effective Universal Health Care Coverage in Argentina". Aprobado el 28 de abril de 2018.
- Basile, G. (2018). *Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro descolonial y epistemológico*. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones Biblioteca CLACSO. Diciembre.
- Basile, G. (2019). "La salud del proceso de integración regional: el caso UNASUR SALUD. ¿Soberanía o dependencia sanitaria? Ediciones Biblioteca CLACSO. Publicado en Diciembre, 2019.
- Basile, G. (2020). "Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre Sistemas de Salud en Latinoamérica y Caribe. Colección de los "Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano", N73, Abril, Buenos Aires.
- Bauman, Z. (2019). *Retrotopia*. Premier Parallèle.
- Benach, J., & Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. Editorial El Viejo Topo.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995). *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. Ed. Grijalbo. México.
- Breilh, J. (2010). *Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud* Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.
- Breilh, J. (2015). Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18, 972-982.
- Bronfman, M. (2001). *Como se vive se muere: familia, redes sociales y muerte infantil* (No. 233). Lugar.
- Brown, W. (2017). *El pueblo sin atributos: La secreta revolución del neoliberalismo*. Malpaso Ediciones SL.
- Castells, M. (1998). ¿Hacia el Estado red? Globalización económica e instituciones políticas en la era de la información. In: Seminario Internacional sobre Sociedade e Reforma do Estado. *Anais*, Brasília, Mare.
- Cunill, N. G. (1997). Repensando lo público a través de la sociedad. *Nueva Sociedad*. Caracas, Clad.
- Fleury, S. (1997). Estado sin ciudadanos. *Buenos Aires: Lugar Editorial*.

- Fleury, S. (2009) "Democracia y Socialismo: el lugar del Sujeto" en CEBES – Sonia Fleury y Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato. "Participación, Democracia y Salud". www.cebes.org.br, 2009 – 1ra Edición Buenos Aires/ Lugar
- Giovanella, L., Feo, O., Faria, M., & Tobar, S. (2012). *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad*. ISAGS.
- Granda, E. (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista cubana de salud pública*, 30(2), 0-0.
- Hamblin, C. L. (1970). "Fallacies, Methuen." *London, UK* (1970).
- Hernández, M., & Torres-Tovar, M. (2010). Nueva reforma en el sector salud en Colombia: portarse bien para la salud financiera del sistema. *Medicina Social*, 5(4), 241-245.
- Holzmann, R. y Jørgensen, S. (2001). "Social Risk Management: A new conceptual framework for Social Protection, and beyond." *International Tax and Public Finance* 8.4 (2001): 529-556.
- Hsiao William C. y Shaw, P. (2007). *Social Health Insurance for Developing Nations*, Harvard Institute and World Bank Institute. 2007 Washington DC.
- Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ* 2013; 91: 602–11. Inglés
- Laurell, A. C. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. CLACSO.
- Londoño, J. L., y Frenk, J.(1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Washington^ eDC DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 1997
- Maldonado-Torres, N. (2008). La descolonización y el giro des-colonial. *Tabula rasa*, (9), 61-72.
- Nogueira, M. A. (1998) As possibilidades da política. Idéias para a reforma democrática do Estado. São Paulo, Paz e Terra.
- O'Donnell, G. (1999). Teoría democrática e política comparada. *Dados*, 42(4), 655-690.
- OMS. (2009). *Subsanar Las Desigualdades En Una Generación: Alcanzar La Equidad Sanitaria Actuando Sobre Los Determinantes Sociales De La Salud*. World Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud(OPS-OMS). (2014). CD53/5, Rev. 2. Octubre. Recuperado en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=27632&Itemid=270&lang=es
- Poulantzas, N. A. (1982). *Hegemonía y dominación en el Estado moderno*. Ediciones Pasado y Presente.
- República Dominicana. (2001). Ley 87-01 sobre Sistema Seguridad Social. Recuperado en: <http://www.cnss.gob.do>
- Rivera Cusicanqui, S. (1993). «La raíz: colonizadores y colonizados», en Xavier Albó y Raúl Barrios (coords.), *Violencias encubiertas en Bolivia*. La Paz, CIPCA – ARUWIYIRI.
- Santos, B. S. (2010). *Refundación del estado en América Latina: Perspectivas desde una epistemología del sur*. México: Siglo XXI Editores.
- Walsh, C. (2008). Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. *Tabula rasa*, (9), 131-152.

Weber, M. (2015). Bureaucracy. In *Working in America* (pp. 29-34). Routledge.

Williamson, J. (2000). A short History of the Washington Consensus. Recuperado en: <http://www.iie.com/publications/papers/williamson0904-2.pdf>

Wilson, L. A., y Ponce, C. (2009). "La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación." *Rev. perú. med. exp. salud publica* 26.2 (2009): 207-217.



CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales

Grupo de Trabajo regional GT "Salud Internacional y Soberanía Sanitaria"
Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)
gtsaludinternacionalclacso@gmail.com

<https://web.facebook.com/gtsaludinternacionalclacso>
www.clacso.org.ar