



REPENSAR Y DESCOLONIZAR LA TEORÍA Y POLÍTICAS SOBRE SISTEMAS DE SALUD EN LATINOAMÉRICA Y CARIBE

GONZALO BASILE*

INTRODUCCIÓN:

La probabilidad 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 demostrando que los procesos sociales, económicos, y 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 impacto en la salud colectiva (Granda, 2001), sino que son en sí mismos sistemas 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).

Es decir, los sistemas de atención en salud, en tanto instituciones colectivas en su carácter de construcción histórica y temporal, significan la respuesta social y material que un Estado y Sociedad dan a las necesidades, prioridades y demandas de salud colectiva de un pueblo.

El desempeño de las condiciones socioeconómicas de clase (clases sociales), étnicas y de género que determinan los patrones desiguales de enfermedades y muertes de las personas, familias, grupos sociales y poblaciones, pueden ser reproducidos, profundizados y potenciados por los servicios y sistemas sanitarios. El propio sistema de salud es en sí mismo un determinante 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, 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).

Ahora bien, las radicales transformaciones producidas por las consignas del fin de la historia (Fukuyama, 1992) y profecías del Consenso de Washington (Lechini, 2008) que muchos de los gobiernos y países acompañaron sacramente durante la década de los '80 y '90 y vuelven a reintroducirse en este siglo en América Latina y Caribe con la oficiosa intervención de los organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID); no sólo tuvieron consecuencias directas sobre la financierización de la economía, la mercantilización de la vida, la destrucción de derechos sociales y de la naturaleza, la profundización de condiciones de vida malsanas e inequitativas (Breilh, 2009), la afectación a la soberanía económica y política entre otras dimensiones, sino que también trabajaron fervientemente en la construcción de una nueva reconfiguración del Estado basados en la racionalidad liberal y economía neoclásica para que produzcan bienes privados, donde una de las dimensiones centrales fueron y son las regresivas reformas sobre los sistemas de salud y seguridad social.

Este artículo tiene por objetivo revisar, describir y analizar los contenidos de esa corriente dominante de reformas a los sistemas de salud vigente en la región latinoamericana y caribeña, especialmente utilizando los casos de Chile (1982) y Co-

* gbasile@flacso.org.do Director e investigador asociado Programa de Salud Internacional Sur Sur FLACSO República Dominicana/ Coordinación GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales). Red Latinoamericana de Sistemas y Políticas de Salud ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social)

lombia(1991) pasando por Perú, República Dominicana, Argentina y entre otros países. En una segunda parte de este trabajo, analizaremos el contexto en el cual los actores y dinámicas socio-políticas regionales y globales dan lugar al lanzamiento de lo que actualmente se conoce como Cobertura Universal de Salud(-CUS) y/o Salud Universal(SU). En este apartado, se revisan siete premisas y postulados identificados en la reforma CUS y que el pluralismo estructurado desarrolló a nivel regional. Para, por último, enunciar aproximaciones de caminos emancipatorios alternativos en la agenda de políticas y sistemas de salud afrontados actualmente por Bolivia y México y las bases aún vigentes de la revolución de Cuba en salud pública y los contenidos innovados e históricos de la reforma sanitaria brasileña.

ESTADO, SOCIEDAD Y SALUD

Una breve caracterización de los ciclos de reformas al Estado resulta clave para la primera tesis que asume este trabajo. Las reformas y cambios radicales al Estado fueron un determinante de la política sanitaria y los resultantes sistemas de salud y seguridad social en el devenir histórico de cada sociedad latinoamericana. Es decir, más que observar y analizar las reformas sectoriales en este caso del campo sanitario como exclusivas imperfecciones y/o debates técnico-sanitarios, es necesario comprender y estudiar las transformaciones en la maquinaria jurídico-administrativa de lo que fue ocurriendo en la esfera pública y el Estado que tuvieron impactos directos en la sociedad.

La geopolítica del ciclo de reformas sociales reconfiguró al Estado y generó profundas huellas y cimientos subjetivos en las sociedades latinoamericanas y caribeñas. Según Boaventura de Sousa Santos(2010) mientras demandamos al Estado crear bienes públicos universales, desmercantilizar ciertos bienes colectivos y comunes que no pueden quedar a merced del capitalismo y garantizar soberanía política y territorial, fue ocurriendo todo lo contrario. El Estado se preocupó cada vez más 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. A decir de Laurell (2013) “se destruyó el tejido institucional público cuestión que hace muy difícil la reconstrucción de una política social universal a la hora de gobernar y se legitimó el uso del Estado para su propio debilitamiento”.

Si en la primera oleada de los '80 y '90 tuvo que ver con el ajuste y cambio estructural de minimización del Estado social, privatización de los bienes públicos en el clima del Consenso de Washington con transferencia de responsabilidades incluso a la sociedad(expansión de ONGs con funciones antes a cargo del Estado), en el sector salud el correlato partirá de las bases del documento “Invertir en Salud” (BM, 1993) promoviendo asistencialismo focalizado, autogestión hospitalaria, *management care*, desfinanciamiento de la salud pública por ajuste estructural, pérdida de capacidades de los servicios públicos y mayor fragilización de los sistemas sanitarios.

Este ciclo de reformas estructurales entrará en un *stand by* a finales del siglo XX por las crisis sociales y económicas resultantes que implicaron cambios políticos con aspiraciones transformadoras. A partir del siglo XXI la legitimidad perdida de los organismos internacionales multilaterales “padres” de la primera reforma, desarrollarán una segunda oleada con una agenda reciclada hacia la modernización del Estado, la centralidad sobre la vulnerabilidad y el manejo del riesgo en el marco de los fundamentos de la teoría del gerenciamiento del riesgo social que atravesarán las políticas públicas (Holzmann y Jørgensen, 2001). Con un cambio también en la terminología utilizada: estos mismos organismos y sus tecno-burocracias hablarán del rol del “Estado”, “derechos”, “equidad”, “género”, “rendición de cuentas”, “pertinencia cultural”, “participación ciudadana”, otras. Es en esta segunda oleada que tomará fuerza el programa de extensión de coberturas sanitarias con sistemas de aseguramiento en salud (Hsiao y Shaw, 2007) y a partir del 2012 el nacimiento del dispositivo global de Cobertura Universal de Salud(CUS) que analizaremos.

DESCIUDADANIZACIÓN, SALUD Y SOCIEDAD

Es evidente que el modelo de protección social liberal residual y el de meritocracia no resolvieron la cuestión social de la desigualdad en América Latina y Caribe. Pero los procesos de reformas al Estado y los sistemas de salud, generaron lo que llamamos “desciudadanización” de grandes conjuntos sociales de la sociedad latinoamericana y caribeña, que se desvincularon en la materialidad de su vida de la esfera pública, de la trama de los asuntos comunes y colectivos de la sociedad. Identificamos en este trabajo dos tipos de desciudadanización (Fleury, 1997):

- *Desciudadanización por mercantilización*: importantes sectores auto-percibidos como clases medias y altas de la sociedad a medida que el Estado no respondía a sus necesidades materiales de vida, resolvieron sus vidas en el mercado: enviando sus hijos a educación privada, pagando seguros privados de salud, trasladándose con vehículos particulares propios y viviendo en barrios y/o torres privadas cerradas y segregadas espacialmente de la ciudad. Y consideran que esto es fruto de su esfuerzo y devenir individual.

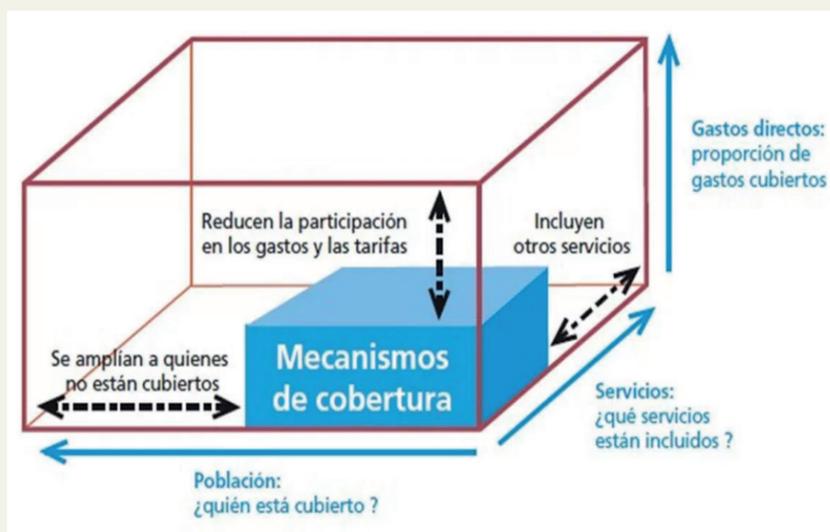
- *Desciudadanización por desposesión*: grandes conjuntos y grupos sociales subalternos de las sociedades excluyentes latinoamericanas nunca tuvieron acceso efectivo a bienes públicos y sociales para la vida como derechos de ciudadanía y mejora intergeneracional. Su vínculo con bienes sociales necesarios para la vida es a través del clientelismo político partidario, y/o de la demostración de ser “pobre” para tener el “beneficio”. Este lenguaje y prerrogativas de las tecnocracias de la *pobretología* produjeron una desposesión subjetiva en la vinculación, apropiación y colectivización del Estado en sectores excluidos de la sociedad.

En ambos conjuntos sociales, podríamos decir que su relación con la esfera pública como espacio de los asuntos comunes compartidos, colectivos y los bienes sociales universales para la vida(Educación, Salud, Vivienda, Trabajo, Alimentación, etc), es cercana a cero.

LA ESTRUCTURACIÓN DE MERCADOS (DES)REGULADOS EN EL CAMPO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

En este contexto antes descripto, 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 1991 como caso emblemático de aplicación (Almeida, 2002). Lo que plantea centralmente este enfoque 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 en competencia y asociaciones público-privadas. El caso de Colombia es el emblema de esto 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: OMS, 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 de 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 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.
- En Honduras, Paraguay y Haití se les plantea exportar actualmente el modelo peruano llevando el ejemplo del seguro integral de salud para pobres.

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 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, tercerizaciones, la expansión de seguros primero el 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 la CUS en el convenio 2016 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 Laurell (2013) la mayoría de los países en esta corriente de reformas desfinanciaron sistemáticamente sus sistemas y servicios de atención y 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, 2018), es decir, de maximizar capacidades incluso nuevas de los servicios públicos del sistema sanitario que se mantiene fragilizado. 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 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 Bellagio¹ 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 McKinsey & Company² 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...".

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

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

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 53ª 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 Naciones Unidas con la declaración política: “Cobertura sanitaria universal: avanzar juntos para construir un mundo más saludable”³.

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 un “tipo” 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 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.

En el análisis de contenidos y revisión documental de la política de aseguramiento y sus entramados con la CUS, se identifican falacias que reproducen la política de expansión de seguros de salud en América Latina y Caribe. Si uno estudia estas experiencias identifica rápidamente que: 1- El Aseguramiento (CUS hoy) no fue un camino efectivo para la universalidad del derecho a la salud (caso Chile a 38 años), 2- Los seguros no lograron ser integrales ni cubrir todas las necesidades (su cobertura se vincula a un listado de enfermedades y prestaciones mínimas), 3- Son ineficaces e ineficientes para desarrollar estrategias de APS y abordar las dimensiones preventivas-epidemiológicas frente a nuestras endemias y epidemias regionales prevalentes, 4- El subsidio a la demanda con enfoque de riesgo social y apertura de competencia público-privada no mejoró el acceso ni la calidad

3 ONU (2019). “Líderes mundiales aprueban la declaración de salud para alcanzar la cobertura sanitaria universal”

<https://news.un.org/es/story/2019/09/1462542>

de atención en salud y acrecentó transferencia pública a sector privado, 5- la descentralización fue para desresponsabilización y cortar carga fiscal al Estado nacional, 6- Se intentó relacionar CUS latinoamericana con la gradualidad del aseguramiento universal europeo u el modelo Costa Rica, cuando ambos casos fueron fenómenos de pos-guerra en contextos de Estados Sociales expansivos. Es importante comprender que estos antecedentes fueron reformulados con la nueva matriz conceptual del gerenciamiento del riesgo social (SRM), donde las bases de reforma ya no son las mismas que en la década de los '90 o primera parte de este siglo. Es decir, la CUS no usa como ejemplos actuales a Colombia, EE.UU. o Chile, sino a Uruguay, Costa Rica o Europa para legitimar la sombra conceptual y política del reformismo de segunda oleada.

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, implosionando cualquier fortalecimiento de la capacidad estatal como garante de derechos y proveedor de bienes públicos. África luego de décadas de cooperación “al desarrollo”, lo único que desarrollo fue más dependencia a una industria de la ayuda al “desarrollo” (De la Flor, 2008).

DESCOLONIZANDO LAS TEORÍAS Y POLÍTICAS SOBRE SISTEMAS DE SALUD

En general aún hoy la tipología de estudio y clasificación de los modelos de protección social y sistemas de salud continúa siendo eurocéntrica en las universidades, escuelas de salud pública y centros de estudios regionales. Se continúa repitiendo una tipología de: modelo liberal residual anglosajón, modelo bismarkiano de seguro social atado al empleo y modelo Beveridge universal, tres modelos teóricos desarrollados por el Norte global para categorizar sus reformas y procesos. 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.

En general la teorización sobre sistemas universales de salud significó una revisión crítica de la propia medicina social/salud colectiva latinoamericana en la construcción de un nuevo saber que tratará a la determinación social de la salud y la vida como fundante de las bases del universalismo en el Sur. La organización de sistemas universales como estrategia de afrontamiento de los determinantes y la determinación (Breilh, 2010). Esto partió de la revisión y comprensión que no era 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.

El marco teórico explicativo de la teoría crítica latinoamericana sanitaria asumió que un modelo de organización, redes y gestión de salud que se construyera a partir de la universalidad, integralidad e interdependencia 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 mantiene Latinoamérica y Caribe. La premisa fue que un sistema integral y universal público es lo más “seguro” para la salud colectiva de la sociedad.

Las trayectorias 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, otras.

Pero sin duda, las experiencias históricas permiten pensar otras direccionalidades de los sistemas de salud en América Latina y Caribe. Las particularidades 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 resolutoria evidencia los indicadores de resultados más efectivos de la región. 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, 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.

Actualmente Bolivia, luego de largos debates nacionales, creó su Sistema Único Público de Salud con la interculturalidad como dimensión central, con un primer paso de implementación que es 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.

México recientemente, en abril del 2019, acaba de eliminar el Seguro Popular de Salud: el seguro focal para pobres creado por Julio Frenk uno de los ideólogos de las reformas neoliberales. Su camino 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 IMSS y el ISSM.

Ahora bien, una matriz de un nuevo universalismo para enfrentar la cuestión social en el Sur requiere asumir y elaborar puntos de partida sobre tres adversidades estructurantes de la inacción (y a veces de nuestros 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 este Estado no se puede". 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. Muchas veces la teorización sobre el Estado 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 universalismo y ciudadanía es la restricción económica. ¿Cómo se financia?: "Ese universalismo del que hablan es imposible de financiar en Latinoamérica". Este enunciado luego determinará la política pública social y sanitaria "posible", en general partiendo de un sesgo de obviar pensar y problematizar 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.

Adversidad política: la oposición de los actores del Norte global (OCDE, EE.UU., otros), corporaciones, organismos internacionales (FMI, BM, OMS, etc) y del propio colonialismo interno que quieren ser trazadores de la direccionalidad del "desarrollo" de los países del Sur. Pero también aparecen en el escenario a veces incomprensiones 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.

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.

Con el riesgo que sin ciudadanía y subjetivación (Fleury, 2010), 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.

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.

Alvarez Estrada, J. (2005). *Intelectuales, tecnócratas y reformas neoliberales en América Latina*. Univ. Nacional de Colombia, 2005.

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>

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, 2018.

Benach, J., & Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. Editorial El Viejo Topo.

Breilh Paz y Miño, J. y Tillería Muñoz, Y. (2009). *Aceleración Global y Despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal*. Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Ediciones Abya-Yala. Año: 2009.

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. Año: 2010.

Bronfman, M. (2001). *Como se vive se muere: familia, redes sociales y muerte infantil* (No. 233). Lugar.

Filgueira, F. (1999). "Tipos de welfare y reformas sociales en América Latina: Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada." *Reforma do Estado e mudanca institucional no Brasil* (1999): 123-158.

Fleury, S. (1997). *Estado sin ciudadanos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Fleury S. y Molina C. (2000). "Modelos de protección social" INDES 2000

Fleury, S. (2009) "Democracia y Socialismo: el lugar del Sujeto" en CE-BES – Sonia Fleury y Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato. "Participación, Democracia y Salud". www.cebes.org.br - 2009 – 1ra Edición Buenos Aires/ Lugar

Fukuyama, F. (1992). *El fin de la historia y el último hombre*. Barcelona: Planeta, 1992.

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.

Iriart, C., Merhy, E. y Waitzkin, H. (2000). "La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma Managed care in Latin America: transnationalization of the health sector." *Cad. Saude Publica* 16.1 (2000): 95-105.

Knaut, F. M., Arreola-Ornelas, H. y Méndez, O. (2005). "Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004." *salud pública de méxico* 47.6 (2005): 430-439.

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.

Laurell, A.C., y Herrera Ronquillo, J. (2010). "La segunda reforma de salud. Aseguramiento y compra venta de servicios". *Revista Salud colectiva* vol.6 no.2 Lanús mayo/ago. 2010.

Lechini, G. (2008): "La globalización y el Consenso de Washington: sus influencias sobre la democracia y el desarrollo en el sur". Buenos Aires, CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (2008).

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.

Meléndez, E. (2002). "El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad": 309-396." *Eduardo L. Menéndez, La parte negada de la cultura*. Barcelona (España), Bellaterra (2002).

Organización Panamericana de la Salud(OPS-OMS). CD53/5, Rev. 2. Octubre 2014. Ver en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=27632&Itemid=270&lang=es

República Dominicana, Ley 87-01 sobre Sistema Seguridad Social (2001). <http://www.cnss.gob.do>

Roig, A. A. (1981). *Teoría y crítica del pensamiento latinoamericano* (No. 04; B1001, R6.). México: Fondo de cultura económica.

Sousa Santos, B.(2010). *Refundación del estado en América Latina: Perspectivas desde una epistemología del sur*. México: Siglo XXI Editores. 2010.

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.

World Health Organization. (2009). *Subsanar Las Desigualdades En Una Generación: Alcanzar La Equidad Sanitaria Actuando Sobre Los Determinantes Sociales De La Salud*. World Health Organization.



LIBROS
REVISTAS
ENCICLOPEDIAS
COLECCIONES



LIBRERÍA
LATINOAMERICANA
y CARIBEÑA de
CIENCIAS SOCIALES