

REFUNDACIÓN DE SISTEMAS DE SALUD EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE: DESCOLONIZAR LAS TEORÍAS Y LAS POLÍTICAS

COORDINADORES - AUTORES

Gonzalo Basile - Antonio Hernández Reyes



AUTORES PRINCIPALES

Argentina: Daniel Godoy

Brasil: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, Ana María Costa y María Lucia Frizon Rizzoto

Chile: Camilo Bass del Campo

Cuba: Francisco Rojas Ochoa y Zoe Díaz Bernal

El Salvador: Antonio Hernández Reyes

Haití: Tania Pierre Charles

Perú: Eduardo Quiquia y Edgar Ramos

Puerto Rico: Marinilda Rivera, Nylca Muñoz y Juan Correa Luna

Venezuela: Oscar Feo y José León Uzcategui

PRIMERA EDICIÓN

**REFUNDACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE:**

DESCOLONIZAR LAS TEORÍAS Y POLÍTICAS

Refundación de los sistemas de salud en América Latina y El Caribe : descolonizar las teorías y políticas / Daniel Godoy ... [et al.] ; coordinación general de Gonzalo Basile ; Antonio Hernández Reyes. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2021.

Libro digital, PDF - (Grupos de trabajo de CLACSO)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-813-016-3

1. Sistemas de Salud. 2. América Latina. 3. Caribe. I. Godoy, Daniel. II. Basile, Gonzalo, coord. III. Hernández Reyes, Antonio, coord.

CDD 362.98

**Publicación del GT de Salud Internacional y
Soberanía Sanitaria de CLACSO**

Diseño y Diagramación

Sofía Goñi

Cecilia Fernández Lisso

Edición y Revisión

Christie Capetta Suro (CIS, Universidad de Puerto Rico)

En memoria del profesor Francisco Rojas Ochoa, nuestro maestro. Ejemplo de trayectoria, de una academia basada en la generosidad, humildad y coherencia con el pensamiento crítico latinoamericano en salud.

ÍNDICE



INTRODUCCIÓN | Antonio Hernández Reyes y Gonzalo Basile 7

Capítulo I: Teoría crítica y Sistemas de salud

Primer Parte: Especificidad de los Sistemas de Salud desde la geopolítica de Latinoamérica y el Caribe | Gonzalo Basile 19

Segunda Parte: Especificidad del Estado como determinante de los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Caribe | Gonzalo Basile 36

Tercera Parte: Refundación de los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Caribe: Apuntes para repensar y descolonizar las Teorías y Políticas | Gonzalo Basile 64

Capítulo II: Chile, Brasil, Perú, Argentina y Venezuela

Chile: La crisis neoliberal del Sistemas de Salud de Chile | Camilo Bass del Campo 99

Brasil: O Sistema de Saúde Brasileiro: avanços e dilemas do direito à saúde universal e pública | Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, Maria Lucia Frizon Rizzotto y Ana Maria Costa 122

Perú: Reforma regresiva del sistema salud peruano bajo la Ley de Aseguramiento Universal | Eduardo Quiquia Huarcaya, Edgar Ramos y Antonio Hernández Reyes 144

Argentina: Derecho a la salud y el proceso de Reforma del Sistema de Salud Argentino de 1990 a 2018 | Daniel Godoy, Luis Migueles, Irina Dozo y Pedro Orden 170

Venezuela: Avances y contradicciones en Salud Pública en la Venezuela Bolivariana Oscar Feo Istúriz y José León Uzcátegui 212

Capítulo III: Cuba, El Salvador, Haití y Puerto Rico

Cuba: Cuba 1959-2018: De un modelo de servicios de salud capitalista a un modelo socialista | Francisco Raúl Rojas Ochoa y Zoe Díaz Bernal 239

El Salvador: Avances y retrocesos entre reformas regresivas y procesos emancipatorios en el sistema de salud de El Salvador | Antonio Hernández Reyes 307

Haití: Mecanismos de implementación de la reforma neoliberal en el sistema de sanitario en Haití de 1986 a 2020 | Tania Pierre-Charles 333

Puerto Rico: Apuntes históricos de la colonialidad neoliberal en el sistema de salud de Puerto Rico | Marinilda Rivera Díaz, Nylca J. Muñoz Sosa y Juan F. Correa Luna, JD 348

● INTRODUCCIÓN

Antonio Hernández Reyes¹ y Gonzalo Basile²

Determinados sectores de nuestras sociedades latinoamericanas y caribeñas construyeron por décadas un conjunto de falacias, trampas simbólicas, culturales y políticas que, en tanto *hegemónicas*, produjeron y reprodujeron narrativas totalizantes de un clima de época que solemos denominar neoliberal. Logrando instalar un conjunto de ideas, creencias, valores e intereses que fueron internalizados y naturalizados como supuestas grandes verdades por amplios conjuntos sociales y políticos en nuestros países de América Latina y Caribe.

El campo del Estado, la Sociedad y los Sistemas de Salud justamente fueron capturados por esa dinámica. Nunca fueron un campo neutral ni existe un único modelo de comprensión histórica, conceptual y metodológica. Pero una de las grandes *expertises* de la hegemonía del complejo político liberal moderno fue y es su capacidad de generar constantemente producción de trampas políticas y gramáticas culturales desde sus centros de formación y tanques de pensamiento con generación de políticas basadas en “sus” evidencias hacia nuestras sociedades del Sur, como también hacia el Estado, el sistema político y en general enfocadas en la esfera de lo público.

Si nuestras sociedades son reproductoras y fueron organizadas para mantener los grupos y estas ideas dominantes ¿Cómo salir de esta trampa? Al decir de Gramsci (1978): “*con conocimiento*”.

Los procesos políticos abiertos en la década pasada en la región, sin duda, intentaron con sumas dificultades, errores y limitaciones poner al descubierto la necesidad de desmantelar y desnaturalizar esas falacias como un ejercicio colectivo estratégico para darle centralidad al debate clave sobre las alternativas de construcción de una nueva democracia y Estado en Latinoamérica y el Caribe.

Es desde esta trayectoria que se instala la necesidad de impulsar procesos de olonias y espacios de construcción de conocimiento crítico que resultan sustancial para fortalecer capacidades de actores claves tanto en el Estado como en los movimientos sociales (sindicatos, organizaciones sociedad civil, organizaciones sociales, otros) e

1 antoniohernandezreyes@gmail.com - (El Salvador). Equipo de Coordinación Red Latinoamericana de Sistemas y Políticas de Salud y responsable núcleo centroamericano del GT de Salud internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO. Gestor en políticas públicas en salud en El Salvador.

2 gbasile@flacso.org.do - (Argentina). Coordinador regional GT Salud Internacional CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales) y director del Programa de Salud Internacional FLACSO República Dominicana.

instituciones académicas y universidades capaces de generar otra epistemología y hegemonía popular, democrática y transformadora trastocando las coordenadas del debate en la lucha de ideas y conocimientos para una acción política transformadora desde el Sur global.

En esta publicación enmarcamos, el estudio y teorización sobre los sistemas de salud en el siglo XXI impulsando un ejercicio capaz de articular pensamiento crítico latinoamericano en salud como base fundante de una nueva acción política emancipatoria para los sistemas y políticas de salud en la región latinoamericana y caribeña.

Obviamente que, frente a estas complejidades, no alcanza con repetir consignas, ideas-fuerza, dilemas y relatos de *rechazar* las propuestas de la hegemonía del complejo político neoliberal colonial como único camino alternativo. *Enunciar sólo resultados finales* genera *certezas*, pero en forma de monólogos dilemáticos. Los problemas de investigación y estudio tampoco se resuelven siempre de la misma manera, con los mismos abordajes y fundamentos teóricos metodológicos. Es necesario abrir nuevas preguntas, nuevas dudas y aproximaciones teóricas revisando nuestras epistemologías desde el Sur.

Justamente, este trabajo desde el Grupo regional de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) busca ser un aporte para problematizar las debilidades y nudos críticos de los sistemas de salud de forma comparada, desarrollar una comprensión y explicación conceptual-metodológica que permita desmontar cuáles son las falacias de la propuesta hegemónica y, especialmente, comenzar a pensar cuáles podrían ser propuestas alternativas de refundación de los sistemas de salud para la calidad de vida saludable y el vivir bien en nuestras sociedades del Sur.

El contexto de la pandemia global y epidemias particulares de SARS-CoV-2 pusieron en la superficie los cimientos de los procesos de reformas regresivas a los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe.

El neoliberalismo es un campo profundamente doctrinario y fundamentalista, casi *un acto de fe*. Las reformas neoliberales de los '80 y '90 dejaron una profunda marca en nuestras sociedades, instalando un sentido común individualista y de mercantilización meritocrática de la vida que encuentra asidero histórico en sociedades post coloniales marcadas por la esclavitud, democracias de baja intensidad procedimentales y la naturalización de la explotación y la ausencia de derechos colectivos de igualdad y ciudadanía por género, étnia y clase.

En ese sentido, uno de los grandes legados, quizás menos problematizados de la hegemonía neoliberal y conservadurismo político en la década de los '80 y '90, fue la imposición de un cuerpo teórico-práctico sobre el análisis de las condiciones de vida de

nuestros pueblos, las políticas sanitarias y de seguridad social que requiere la región en una nueva colonialidad reproductora y administradora de matrices de conocimiento.

Este marco político-conceptual se entrelazó con los cimientos de la colonialidad que reproducen aún hoy las tesis de los modelos eurocéntricos de protección social repetidos como mantra académico universalizante en la región latinoamericana y caribeña. Estos modelos basados en la teorización del Desarrollo son: *Liberal residual*, *Bismarckiano de seguros sociales* y *Universal Beveridge*.

Esta teorización, bajo fundamentos del Norte global, generó una homogeneización de caminos posibles y de limitada comprensión de las desigualdades e inequidades latinoamericanas y caribeñas, constitutivas de una especificidad situada del capitalismo mundialmente periférico. Los resabios de esa colonialidad del poder y conocimiento sanitario, permitieron generar un fenómeno de proliferación de *expertos* de la seguridad social, de las protecciones sociales, de las políticas para “pobres” donde quedaron capturados las reflexiones de los sistemas de salud y cuidados en Latinoamérica y el Caribe.

Esta proliferación de sujetos profesionales rentados como consultores de usinas de estudios anclados en paradigmas del Norte global, por organismos multilaterales como el Banco Mundial (BM), Banco Interamericano de Desarrollo (BID) o la propia Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) dependiendo el país o las agencias de cooperación internacional tradicional, el *ONGeismo*, o las propias representaciones del conservadurismo político-liberal. Estos actores lograron notoriedad mediática y académica por el sólo efecto de estar dispuestos a reproducir una y otra vez las recetas, los enlatados y postulados, la banalización o espectacularización de ciertas suposiciones sobre los sistemas de salud y seguridad social en el siglo XXI. En su mayoría generalizaciones inconsistentes, limitadas, reduccionistas, sin ningún tipo de rigurosidad ni complejidad.

Una de esas capturas fue y es el debate y reflexiones sobre cómo se construye ciudadanía social y sanitaria justa y digna en las sociedades excluyentes periféricas de América Latina y Caribe.

Pensar desde América Latina y el Caribe el campo de la salud colectiva y seguridad social desde una perspectiva de construcción de ciudadanía social integral; resulta imprescindible sea desde un ejercicio que no implique simplemente enunciar principios, objetivos y modelos ideales (neoliberales o desarrollistas), o bien citar resultados finales a veces totalizantes, sino comprender históricamente cuáles fueron y siguen siendo los nudos críticos en las dimensiones políticas, económicas, sociales como culturales de las relaciones de poder y dependencias en nuestras sociedades del Sur que impactan directamente en la matriz del Estado, democracia y en la especificidad de los sistemas de salud como construcciones y condensaciones institucionales históricas.

En América Latina y el Caribe la construcción de ciclos expansivos de seguridad y protección social no fueron procesos evolutivos lineales ni sencillos, sino de muy heterogéneas raíces, contradictorios, modelos de implementación efectiva e impactos disímiles. La preeminencia de los modelos llamados “liberales” delegaron en el mercado el rol central del cuidado y protección social, y sólo asumieron el problema de la cuestión social de la desigualdad e inequidad como asunto de instrumentos residuales, asistenciales, parciales y restrictivos de la ciudadanía social. En este marco, nuestros países en tendencia general se abocaron a construir regímenes de ciudadanía política y civil moderna occidental del desarrollo, pero de forma estratificada, dual o excluyente. Cada grupo de países se abocaron a abordar la cuestión de la ciudadanía social y sanitaria de forma incompleta, estratificada, segmentada y desigual pero especialmente eurocéntrica panamericana moderna.

Las tempranas instituciones y políticas de seguridad social en la región tuvieron un claro sesgo corporativo articulado a la segmentación social y al tipo de inserción al mercado laboral formal. No casualmente será un organismo internacional como OIT (Organización Internacional del Trabajo) la que ya en la década de los ´40 comienza a promover en la región la importación del modelo de seguro social (Bismarck) que luego se consolida como premisa universal del Convenio 102 de 1952. Algunos autores y líneas de estudio plantean que estos dispositivos de Estado fueron desarrollados para fragmentar a las coaliciones obreras y clases sociales populares, cooptando o neutralizando sus potenciales revolucionarios transformadores del *statu quo*. Aunque en otros países de la región en distintos momentos históricos existieron intentos y materializaciones de distribución de la riqueza, democratización política y ampliación de ciudadanía social efectiva y digna.

Nuestras democracias de baja intensidad y delegativas (O’Donell, 1978), como nuestros Estados en los periodos expansivos se encontraron fuertemente vinculados (y entrampados) a los ciclos económicos mundiales y regionales del sistema mundo contemporáneo. Mientras tanto, sólo algunos países con fuerte sesgo exportador que generaron industrias centralizadas y a gran escala, incentivaron y facilitaron un desarrollo vigoroso de las organizaciones de trabajadores impactando en la representación política y las relaciones capital-trabajo.

Obviamente, no son comparables históricamente el periodo de primarización de la economía y sustitución de importaciones como industrialización temprana de las décadas del ‘50 o ‘60, con la apertura comercial y capitalismo financiarizado y acelerado de los años ‘90, o las recientes tendencias neodesarrollistas o de horizontes progresistas en periodo 2002-2015; o la apertura del 2016-2020 con una segunda etapa del capitalismo acelerado financiero con una nueva protección social, ya que hubo diferenciales en el contexto geopolítico, en el crecimiento del empleo, políticas públicas y seguridad social, entre otros.

Sin embargo, algunos de esos períodos coinciden con escenarios de ciclos económicos de corte desarrollistas, nacionalistas, socialistas o nacional-populares y con

momentos de mayor dinamización de la ciudadanía social regional. No así en las reversiones de apertura comercial a la economía mundo o mercado mundial, financiarización e inserción exportadora liberal. Debemos buscar coordenadas entonces que nos permitan comprender los procesos políticos, desde dónde emergieron tramas de sistemas de salud y seguridad social de distinto corte y su expansión o retracción en comparaciones en clave latinoamericana y caribeña.

Las propuestas y tendencias actuales deambulan pendularmente entre modificar el modelo y las políticas de protección social de la tradición eurocéntrica reactualizada en una visión más compleja y polisémica del gerenciamiento del riesgo social con sus bases en el pluralismo estructurado con la ampliación de coberturas desde la lógica de reformas de segunda generación, o corrientes que asuman alternativas de universalización de bienes públicos como derechos sociales e intentos (a veces confusos y errantes) de sistemas universales de salud y cuidados; o bien, los planteamientos de sistemas únicos de salud pública para universalizar la atención médica curativa en clave de la tradición del siglo XX.

Estos son los estudios y reflexividad que busca abrir esta primera publicación sobre teoría crítica sobre sistemas de salud desde el Sur.

Este trabajo fue producido entre los años 2019 y 2020, con lo cual los artículos compilados no buscan analizar ni responder a la situación de los sistemas sanitarios en América Latina y el Caribe durante la pandemia global y epidemias particulares de SARS-CoV-2, sino todo lo contrario, volver a situar una reflexión regional crítica recolocando la especificidad de estudiar, analizar, problematizar y caracterizar en profundidad los procesos estructurantes de fragilización, precarización y financierización de los sistemas de salud desde Latinoamérica y el Caribe que tomaron diversas visibilidades en nuestras sociedades en el contexto epidémico de Covid-19.

El presente proyecto de investigación busca entonces analizar, pensar y problematizar los procesos de reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe actualmente en curso. Se detalla cómo operaron la primacía de la concepción del aseguramiento y pluralismo estructurado, la denominada Cobertura Universal de Salud (CUS) bajo la nueva perspectiva del gerenciamiento del riesgo social conocida como Nueva Protección Social; como también analizar los procesos de Refundación de los Sistemas de Salud con sus tensiones, desafíos, hojas de ruta de avances y retrocesos. Dicho análisis es en el marco de las reformas al Estado impulsadas principalmente por los organismos multilaterales de crédito con especial énfasis en la distinción del rol y estrategias impulsadas por el propio Banco Mundial, el BID y la complementariedad funcional de la OPS-OMS en nuestro continente a estos mandatos.

Asimismo, también se pretende estudiar y problematizar los aprendizajes, caminos, errores y limitaciones de las teorías y políticas públicas sobre sistemas de salud de las últimas décadas como objeto central de esta publicación.

En una primera parte, se encuentra un análisis y revisión crítica sobre el proceso de reformas sociales al Estado en Latinoamérica y Caribe como determinante de las políticas reformistas en los sistemas salud. De igual forma, en este mismo apartado se introduce una revisión y conceptualización sobre las bases de colonialidad en los modelos de teorización y políticas sobre sistemas sanitarios en la región. Actualizando, por último, posibles caminos emancipatorios para la refundación de los sistemas de salud como estrategia de soberanía sanitaria regional.

En una segunda parte, se encontrarán con estudios de casos abordados desde las dimensiones y categorías de análisis comparado que se describen en el apartado de Objetivos y Metodología. Los estudios de casos tienen la complejidad, particularidad y singularidad de cada proceso país y la riqueza de la trayectoria de destacadas autoras y autores latinoamericanos y caribeños.

Teniendo el privilegio de contar con un artículo del recientemente fallecido profesor Francisco Rojas Ochoa junto a Zoe Bernal sobre el devenir del sistema de salud en Cuba desde la revolución hasta nuestros días.

Para el caso Chile, el autor es Camilo Bass Campos quien caracteriza la reforma chilena y sus diversas actualizaciones neoliberales a lo largo de las últimas tres décadas.

Eduardo Quiquia y Edgar Ramos abordan el caso del sistema sanitario en Perú y las dinámicas que se produjeron desde la aprobación de la reforma de aseguramiento universal en salud en el año 2009.

Oscar Feo Istúriz y José León Uzcátegui hacen una revisión crítica sobre el ciclo de avances y retrocesos en el sistema de salud de la República Bolivariana de Venezuela.

Para Argentina, Daniel Godoy, Luis Migueles, Irina Dozo y Pedro Orden del equipo de investigación del IDEPSalud-ATEArgentina realizan un pormenorizado estudio de caso del sistema de salud argentino incluyendo la última reforma introducida con la aprobación de la cobertura universal de salud en el año 2016.

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, María Lucia Frizon Rizzotto y Ana María Costa en su estudio de caso abordan los avances y dilemas del Sistema Único de Salud en Brasil.

En Centroamérica, el estudio de caso de El Salvador sobre la reforma de salud con sus avances y nudos críticos es desarrollado por Antonio Hernández Reyes.

Para el Caribe, que de forma comparada se pueden pensar con respecto a Cuba, se abordan dos estudios de caso: Haití y Puerto Rico. Marinilda Rivera Díaz y Nylca Muñoz abordan las bases coloniales y de reproducción de una matriz de reforma sanitaria en Puerto Rico tomando la mercantilización del proceso de Estados Unidos y las crisis sistémicas que implicó para la salud pública.

Por otro lado, Tania Pierre Charles estudia los mecanismos y arreglos institucionales regresivos que fueron produciendo “de hecho” una reforma al precario sistema de salud en Haití.

Objetivos del Estudio

Esta investigación colectiva regional tuvo como objetivos:

Objetivo General:

Desarrollar un estudio comparado sobre los procesos de reforma de los sistemas de salud de América Latina y Caribe desde una perspectiva de pensamiento crítico latinoamericano en salud

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar, desde la aplicación de la matriz de análisis, los fundamentos y objetivos globales de las reformas a los sistemas de salud en América Latina y el Caribe periodizado en las últimas dos décadas.
2. Describir estudios de caso de los países priorizados que introdujeron reformas a sus sistemas de salud.
3. Analizar las promesas globales enunciadas en las reformas a los sistemas de salud con la base en el impulso de políticas del Banco Mundial/BID/OPS-OMS a nivel global en América Latina y el Caribe.
4. Describir los procesos políticos y luchas sociales a nivel regional y por país en la perspectiva de construcción de sistemas universales de salud y seguridad social.

Estrategia metodológica:

La presente publicación es fruto de un proceso de investigación – acción que nació en el año 2016 en el Taller regional de la Red de Sistemas y Políticas de Salud de ALAMES, y que posteriormente se articuló en un proceso de estudios comparados desde el GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO.

Así, se trabajaron las dimensiones y categorías de estudio comparado para la producción de la presente publicación en dos talleres regionales con representación de 14 países y la asistencia de más de 80 investigadorxs del campo sanitario y activistas de movimientos sociales por la salud colectiva de Latinoamérica y Caribe.

Una vez diseñada la estrategia metodológica global y la matriz de estudio comparado, cada estudio de caso país contó con un equipo conformado por un núcleo de investigadores/as pertenecientes al GT SISS de CLACSO y núcleos país vinculados, que siguieron la matriz de análisis como guía metodológica.

La matriz se inscribió en el marco de una estrategia cualitativa para analizar cómo la política regional de reformas a los sistemas de salud se instaló en las agendas de gobierno; además, se evaluó de forma sistemática, comprensiva y comparativa su construcción en cada país donde se instaló según las dimensiones y categorías de análisis establecidas.

A través de un estudio exploratorio se detectaron cuatro actores que jugaron un rol significativo en la construcción de la tendencia hegemónica en las reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe en las últimas décadas: los organismos multilaterales de crédito (BM y BID), la autoridad médica regional e internacional (OMS y OPS), las agencias de cooperación internacional y los Estados. En la publicación se hace especial énfasis sobre el rol de los Estados, el Banco Mundial/BID y la OPS-OMS.

Para analizar las definiciones, fundamentos, objetivos explícitos (e implícitos) del Banco Mundial en interrelación con otros actores internacionales y regionales, sus modalidades de definición de las propuestas de política pública para enfrentar el desafío de garantizar el derecho a la salud en la región utilizamos dos técnicas para la recolección de datos siguiendo los objetivos antes propuestos (Souza, 2003).

La recolección de material documental y bibliográfico se basó en búsqueda, sistematización y análisis de:

- A. Estudios, informes, documentos e investigaciones del Banco Mundial desde el documento Invertir en Salud del año 1993 hasta el 2018 a nivel regional y por país.

- B. Literatura científica nacional e internacional (artículos, estudios, informes, documentos, investigaciones) sobre las políticas de aseguramiento y sistemas de salud en América Latina y el Caribe.
- C. Estudios, informes, documentos e investigaciones de OPS-OMS del año 1993 hasta el 2018 sobre reformas y sistemas de salud.
- D. Documentos oficiales, leyes, decretos y resoluciones ministeriales de los países que impulsaron reformas de sistemas de salud bajo el ideario del aseguramiento y/o en el desarrollo de sistemas de salud/universalización del derecho a la salud.
- E. Artículos de opinión sobre los casos-países seleccionados en América Latina y el Caribe.
- F. Indicadores de cobertura poblacional, cobertura de servicios, modelo de financiamiento, otras informaciones claves según la guía de análisis.

Se tomaron 5 dimensiones de análisis de cada país:

1. Derechos sociales y salud (bases jurídico-normativas y participación social estructurante).
2. Estructura y organización del sistema de salud (componentes del sistema de salud, modelo de atención, modelo de organización y provisión de servicios, actores sociales).
3. Situación con relación a la universalidad, la integralidad y la igualdad (modelos para la cobertura poblacional, cobertura de servicios, brechas de equidad).
4. Financiamiento del sistema de salud (fuentes de financiamiento, gastos públicos y privados en salud).
5. Reforma, Macrogestión y rol del mercado y Estado (rectoría, formulación de políticas, atribuciones de las esferas gubernamentales y coordinación interinstitucional, modelos de gestión de servicios y redes, regulación de servicios y seguros privados).

Tabla 1. Matriz de análisis de procesos de reforma de salud. Dimensiones, Categorías y preguntas Guía

Dimensión	Categorías	Preguntas guía
Proceso de reforma estructural del Sistema de Salud	Derecho universal a la salud como epistemología occidental de derechos humanos	-¿Cómo se concibe y cómo se operacionaliza la idea de derecho, su fundamentación y su expresión en el campo de la salud?
	Relación Estado-Mercado estructurada por la reforma	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué le corresponde al Estado? • ¿Qué le corresponde al mercado? • ¿Cuáles son las magnitudes y las relaciones entre instituciones públicas y privadas? • ¿Cuál es el predominio en la lógica de organización del sistema?
	Estructura del financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la estructura del financiamiento del sistema? • ¿Qué tipo de regulación existe (público-privado)? • ¿Qué preeminencia existe en el financiamiento y su direccionalidad: pública, privada? ¿Rol de la intermediación financiera?
	Formas de participación social instituidas en el Sistema de Salud y en Sector Salud	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Existen mecanismos y procesos de incidencia de la Sociedad en las decisiones políticas del sector salud y sistema de salud? - ¿Qué tipo de participación social se institucionaliza en el Sistema de Salud?
Dinámica sociopolítica del proceso de reforma	El proceso sociopolítico de la formulación de la Reforma	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Quiénes participaron en el proceso de reforma (actores sociales: clases, sectores, grupos, corporaciones, movimientos)? • ¿Cómo fue el rol y cuáles las estrategias de organismos internacionales y nacionales? • ¿Cómo se constituyeron los bloques de poder en el proceso de reforma del sistema de salud (estrategias, alianzas y confrontaciones)? • ¿Cuáles fueron las coordenadas del debate? • ¿Cuál fue el resultado de la reforma?
	El proceso sociopolítico de implementación de la Reforma	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo se desarrollan las estrategias de implementación? - ¿Cuál fue el mapa de resistencias, conflictos y configuración de alianzas para la implementación? - ¿Qué resultados se pueden valorar respecto de las promesas de la reforma? - ¿Cómo se puede caracterizar la hegemonía actual en sistema de salud?
Dinámica e impactos en servicios de salud e infraestructura de establecimientos sanitarios	El proceso institucional y los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Condiciones de los Establecimientos de Salud pública (Hospitales, centros, otros)? • ¿Condiciones de bioseguridad de establecimientos? • ¿Condiciones de trabajo de los profesionales y trabajadores de la salud pública? • Nudos críticos y problemas de los equipos de salud dentro del sistema de salud. • Modelo de atención y modelo de organización/Redes de salud. ¿Lógica de redes integradas e integrales o estructuras piramidales y jerarquizadas?

Bibliografía

Gramsci, Antonio (1978). Cartas do cárcere. Rio de Janeiro, Brasil: Civilização Brasileira.

O'Donnell, Guillermo (1978). Apuntes para una teoría del Estado. Revista Mexicana de Sociología, 40(4), 1157-99.

Souza Minayo, María Celia (2003). Investigación Social. Teoría, método y creatividad. Salud Colectiva. Buenos Aires, Argentina: Serie didáctica.

CAPÍTULO 1

Teoría crítica
y Sistemas de salud



● Primera Parte: Especificidad de los Sistemas de Salud desde la geopolítica de Latinoamérica y el Caribe

Gonzalo Basile³

Introducción

La primera dimensión de especificidad en el estudio de los sistemas de salud y seguridad social es hacerlo desde 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* dentro del devenir de los engranajes del capitalismo, la modernidad, el colonialismo y el patriarcado como sistema mundo contemporáneo.

Así la reflexión sobre los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe tiende a moverse 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 como principal unidad de análisis), 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).

3 gbasile@flacso.org.do / Epidemiólogo y cientista social argentino. Coordinador regional del Grupo de Trabajo (GT) Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO. Director e investigador del Programa de Salud Internacional de FLACSO República Dominicana.

Pensar los Sistemas de Salud no basta con mirar solo hacia y desde Latinoamérica y el Caribe, sino que hace falta trascender el pensamiento, teorías y las bases eurocéntricas panamericanas, porque en ese marco categorial se esconde y se oculta aquello que justifica las razones de la inferiorización, de la dependencia, de marcos de análisis basados en considerar como horizontes de transformación a través de lentes epistémicos del Norte global.

Dicho de otro modo, para comprender la especificidad de nuestros problemas en los sistemas sanitarios y el Estado este artículo parte de deconstruir o destruir -o sea desmontar, desarmar, paso a paso, lógico-conceptualmente- el marco categorial moderno eurocéntrico panamericano y buscar promover construir otros marcos categoriales «desde» el que se pueda repensarse con rigor y en profundidad nuestros problemas sobre los Sistemas de Salud.

Partiendo de esta especificidad conceptual, en este primer parte del capítulo se buscará examinar:

1. 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.
2. La teorización y oleadas de reformas al Estado latinoamericano y caribeño como 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.

Capitalismo, Sociedad y Salud Colectiva

El proceso crítico de aceleración inédita de acumulación económica, mercantilización y financierización de la vida, producción de inequidades por género, clase social y étnico-racial, con deshumanizante exclusión social y destrucción ecológica ecosistémica es quizás la marca característica del capitalismo del siglo XXI (Breilh, 2009).

Aunque el capitalismo como sistema social hegemónico imperante colonizó al ser humano, las sociedades y las democracias, produjo cambios radicales en sus mecanismos y lógicas de acumulación de capital entre mediados del siglo XX y el siglo XXI con impactos en la sociedad y a su vez en el Estado.

Sobre esta cuestión, ya Max Weber (2001) en *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*, explicó de forma brillante como la expansión durante los siglos XVI y XVII del protestantismo ascético de impronta calvinista-puritana, el cual anclaba su ética en la "teoría de la predestinación", permitió a la burguesía -el mapa viene a coincidir con las áreas del mundo donde existe mayor desarrollo comercial- empezar a desarrollar en

la población, una “mentalidad capitalista” ya antes de las revoluciones con las que más tarde conquistarían el poder. Algo similar ocurre en la aceleración del capitalismo del siglo XX y XXI con respecto a la cuestión social y el Estado.

Aunque no es objeto de este trabajo, a modo de pensar las relaciones sociales y la protección de la vida en el capitalismo del siglo XX, es interesante revisar la obra de Karl Polanyi (1989) de la “La Gran Transformación”.

Polanyi (1989) revisa los supuestos del credo liberal, los cambios y rupturas que se producen en el traspaso del colonialismo de mercado a la sociedad de mercado en la ya expansiva revolución industrial capitalista con sus indisimulables impactos en el empleo, en los salarios, la mercantilización de la vida, las migraciones del campo a las ciudades, el hambre, la pobreza, el fascismo, la tierra, entre otros. En esta dinámica que describe agudamente sobre los supuestos de esa racionalidad del liberalismo económico, Polanyi(1989) explica que se producen dos movimientos dentro de las propias sociedades del Norte global:

- I. Un movimiento de temor y peligro frente a la subordinación que el credo liberal produce de lo social a lo económico, de la subsunción de la sociedad al mercado. Poniendo en entredicho la *autoregulación* de la economía de mercado como credo indiscutible.
- II. Un movimiento de reacción y demanda de protección al Estado ante esos peligros, que terminan desarrollando toda una reflexión teórica y de política pública de la “cuestión social” en el Norte global.

Las tensiones subyacentes, de mentalidades y antecedentes históricos, le confirió un acento específico al capitalismo industrial del Norte global que hasta por una cuestión de tasa de ganancia necesitaba proteger en algo a la sociedad, de ahí su relación entre capital-trabajo para proteger a la fuerza de trabajo en esa reproducción.

Por ello, la clave del marco de interpretación del capitalismo del siglo XX del Norte global está en determinar cómo los procesos económicos se institucionalizan en diversos tiempos y lugares, logrando acumulados tanto en la sociedad como en el Estado.

Orígenes y factores de creación de los eurocéntricos modelos de protección social

Si bien como lo señala Robert Castel (1995) podemos hallar los primeros rasgos de un Estado de bienestar eurocentrado, entendido como la intervención del poder público para reducir o mitigar los daños sociales del sistema social capitalista imperante, que algunos denominarán *pobreza o cuestión social*, en la época de la crisis de la Edad Media, tomaremos como punto de partida de estos procesos históricos el siglo XIX.

Es a partir de esta época caracterizada por *"transformaciones sociales, políticas y económicas generadas por la revolución industrial"* (Fleury, 1997) que se empieza a aceptar la pobreza como una cuestión social que no resulta de fallas individuales sino de cambios estructurales: industrialización del Norte global, extensión de los mercados y pauperismo de las masas obreras. Durante este periodo las elites económico-políticas van tomando conciencia de la necesidad de tomar en cuenta esta problemática, no por una cuestión moral sino más bien con el fin de garantizar la paz social en un contexto de crecimiento de los movimientos socialistas y conflictos societales.

La pobreza pasa entonces a ser un problema *político, institucional y conceptual*, ya no moral o individual en la concepción anglosajona. La emergencia de esta cuestión social forma parte del proceso más general de desarrollo del capitalismo central y de cambios profundos en las relaciones sociales y económicas: división del trabajo, pérdida de las funciones tradicionales de seguridad como la familia, la comunidad, la iglesia y la caridad, otros.

Es en este contexto histórico y con la emergencia de esta cuestión social que se generan distintas respuestas según los países. Así, Rimlinger (Fleury, 2001) identifica tres tipos de respuestas frente a esta problemática: *"negar la protección social como incompatible con el orden social capitalista, incorporar las nuevas demandas al antiguo patrón de relaciones de autoridad vía una modernización conservadora, incorporar las nuevas demandas como forma de promover la instauración de un nuevo orden socioeconómico"*.

Tanto estas respuestas como las consecuencias concretas que tuvieron sobre la naturaleza de los distintos sistemas de protección social y salud son el resultado de la combinación de procesos históricos, económicos, políticos y sociales que se están produciendo en ese devenir capitalista y eurocentrado especialmente del Norte global.

Esta combinación, siempre particular, hace que cada sistema tenga sus propias especificidades, naturalezas, genealogía y desarrollo. Sin embargo, a partir de las similitudes y diferencias observadas se pueden distinguir tipos ideales eurocéntricos como lo hace Fleury (2000) a saber: *el modelo de asistencia social proveniente de países con una fuerte tradición liberal, el modelo del seguro social proveniente de las reformas de Bismarck en Alemania el fin del siglo XIX y el modelo de la seguridad social cuya referencia es el Plan Beveridge de 1942.*

Así, si estos tres modelos siguen coexistiendo hoy en la realidad también corresponden a momentos históricos concretos. Analizar brevemente estos distintos momentos históricos nos permite distinguir los orígenes y factores de creación de estos modelos de protección social pero también subrayar sus formas de universalización y reproducción en el Sur global como teorización dominante.

También identificar las fuertes y profundas diferencias de estas teorizaciones del Centro, con la especificidad del capitalismo mundialmente periférico en sociedades excluyentes que no reconocen al Otro. En contextos actuales donde además se producen oleadas de reformas de primera y segunda generación en la salud y seguridad social que cimentan nuevos entramados institucionales en el continente latinoamericano y caribeño.

Xavier Merrien (1997) distingue varios momentos claves del desarrollo y de la transformación de los sistemas de protección social en las particularidades del capitalismo central en el Norte.

Los países del continente latinoamericano a pesar de haber desarrollado modelos de protección social altamente institucionalizados no llegaron a concretar esos modelos de Estados de Bienestar plenos con dimensiones universales e integrales, según Sonia Fleury (2000) porque *“la seguridad social se conformó como un sistema de privilegios estratificados, sin universalizar la condición de igualdad y sin asegurar los derechos ciudadanos”*.

Esta situación se explica por la *dinámica estructural del poder*: procesos de negociación entre grupos sociales y sectores de la burocracia del Estado, corporativismo para generación de uso de privilegios diferenciales y cooptación y legitimación del *uso patrimonial del poder, con el uso clientelar y corporativo*. A finales del siglo XX además con la irrupción de las ONGs y la diversidad neoliberal sectorializada (De Sousa Santos, 2010).

Los modelos de Protección Social y Sistemas de Salud desde los enfoques eurocéntricos

Los tres modelos de protección social teóricos según la literatura eurocéntrica tendrán trayectorias históricas, paradigmas, concepciones y presupuestos del tipo de ciudadanía que buscan construir y los contextos, poblaciones y momentos desde donde fueron pensados y diseñados. Aquí describiremos brevemente algunos de sus fundamentos:

- a. *Asistencia Social*: Inspirado de la tradición liberal y caritativa anglosajona del siglo XIX, el modelo residual de protección social se desarrolla bajo una ideología liberal en un contexto donde se otorga al mercado un rol determinante en la organización de la sociedad y del Estado. Predominan los valores que *“enfatan la libertad, el individualismo y la igualdad de oportunidad”*. Uno de los principios que rige este modelo es la caridad-beneficencia. La protección social en este modelo tiene un carácter de ayuda social focalizada y discriminatoria: se destina a los que se quedaron afuera del mercado, y entonces de la sociedad capitalista. Se accede a esta mediante una prueba de medio que demuestra su situación de ingresos o condición social, o sea de probar el fracaso social individual. La organización de los sistemas residuales se caracteriza principalmente por:

- Ser fragmentada y local;
- La falta de diferenciación entre acción pública y privada;
- Una fuerte presencia del sector privado y caritativo;
- Su carácter muy a menudo temporario y parcial;
- Su diseño en función de mirada minimalista de la respuesta, no de las necesidades sociales de la vida

Es sobre esta base institucional-conceptual eurocéntrica, que los Estados en la región latinoamericana y caribeña en los años '90 van a implementar el *asistencialismo focalizado* a partir de las políticas promovidas por los Bancos (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo) que luego se consolida con la Nueva Protección Social del gerenciamiento del riesgo.

b. Seguros Sociales: Este modelo proviene de las reformas alemanas *bismarckianas* operadas al final del siglo XIX.

Al contrario del modelo residual se accede a la protección social a través de una relación laboral contractual.

Tiene entonces como objetivo la cobertura de los grupos ocupacionales de trabajadores.

Alemania, en particular, había sido pionera y líder en este cambio conceptual sobre la seguridad social. Bajo la presidencia de Bismarck, los funcionarios públicos socialcatólicos desarrollaron la primera legislación a gran escala de seguro social. En menos de siete años, entre 1883 y 1889, se estableció un régimen nacional de seguro contra la enfermedad, la vejez, la invalidez y los accidentes laborales. La tendencia del Gobierno alemán era utilizar la legislación social como medio de «imperialismo social». Proporcionando seguridad económica para cubrir los riesgos y pérdidas de ingresos más graves, las autoridades esperaban que la clase trabajadora se integrara y vinculara al Estado-nación alemán, unificado en 1871. En última instancia, el seguro social se concibió para garantizar la estabilidad política de una joven nación en medio de la comuna de París y un contexto revolucionario.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) no inventó el modelo de seguro social contributivo y obligatorio en el período de entreguerras, pero al promoverlo reforzó y difundió a escala internacional unos principios básicos que habían sido concebidos y consolidados en prácticas nacionales de los problemas del capitalismo central y la cuestión social.

La Oficina de OIT emprendió cada vez más iniciativas de asistencia técnica sobre seguridad social en el continente latinoamericano y caribeño a partir de 1940. Esto no era nuevo, pues la OIT ya había organizado conferencias regionales y misiones técnicas

en esta región en el decenio de 1930. Sin embargo, durante la guerra, estas actividades se intensificaron. Con su sede en el Canadá, la Oficina estaba mucho más en contacto con América Latina y el Caribe. Sus tecnocracias europeas de expertos en seguro social viajaron a la Argentina, Bolivia, Brasil y Uruguay con el objetivo de ampliar.

La política pública estuvo directamente asociada a la inserción laboral. Si tiene algunos rasgos comunes con el seguro privado se diferencia por ser sancionado y garantizado por el Estado y por la presencia de una *burocracia fuerte* en su gestión y administración. El Estado impone este seguro que ya no es solo voluntario, impone igualmente el modo de financiamiento que a menudo es tripartito: *Empleadores/Trabajadores/Estado*.

Esta lógica y condensación institucional tripartita primará en todo el diseño de la administración pública estatal, de las políticas públicas y del consenso en lo referido a la ciudadanía social en Europa primordialmente.

Combina a su vez principios de solidaridad dentro de la clase trabajadora, o mejor dicho dentro de los distintos grupos de trabajadores organizados y reconocidos legalmente dado el carácter corporativo de este sistema, que permiten a las y los afiliados mantener su nivel de vida en caso de accidente, desempleo, enfermedad o muerte con principios de meritocracia dado que las prestaciones se efectúan en función del nivel de los aportes (contribuciones).

Este sistema es asumido, apropiado y considerado como un bastión representativo de los logros y luchas del movimiento obrero dentro de sistemas capitalistas centrales y periféricos, aunque a veces esa comprensión lo limite a un comportamiento de corporativismo como privilegio.

La organización de este sistema es altamente fragmentada debido a su carácter corporativo que también tiene como consecuencia la diferenciación de las prestaciones según los distintos grupos laborales y sus capacidades de presión, negociación y conflicto. El financiamiento se desarrolló a partir de una modalidad de un porcentaje sobre los salarios, aportes de los trabajadores y contribuciones de las patronales.

La OIT, creada en 1919 luego de la Primer Guerra Mundial, incorpora la estrategia de seguro social como instrumento fundamental de la protección de las y los trabajadores y sus familias. Esto se verá plasmado y consolidado en las normas mínimas de seguridad social de la propia OIT en el conocido Convenio 102, que seguirá en vigencia y promovido como instrumento de política pública de protección social como horizonte para el Sur global desde 1952 hasta nuestros días.

Esta cosmovisión de protección a la fuerza del trabajo en el capitalismo industrial de mercado, dinamizó una concepción, estructuración y materialización en los propios

sistemas sanitarios como mecanismos de reparación fisio-patológicos a “cuerpos” productivos que lo antes posible debían ser *reparados* para reingresar al proceso productivo. Esto delimito en gran medida que los sistemas de salud construidos bajo estos presupuestos se fueran centrandos en la provisión de *atención curativa-asistencial* (con diversas formas de acceso e institucionalidad), y desvincularse del cuidado integral de la vida colectiva. De ahí el lenguaje de la atención, más que del cuidado.

Fleury (1999) remarca que esa vinculación *meritocrática* de necesariamente tener *empleo formal* para acceder a la protección social y a la salud, los derechos sociales son condicionados por la inserción laboral de la persona en una estructura productiva. Con un conjunto de hipótesis asumidas en el tiempo desde las características de supuesta industrialización temprana y condiciones progresivas del ideario del *pleno empleo* (masculino).

- c. *Seguridad Social Universal*: Este modelo de seguridad social tiene como particularidad de desvincular el acceso a la protección social de *la relación contractual establecida para los asalariados* tanto como de las condiciones económicas y sociales de los grupos o poblaciones beneficiarias. Es inspirado en las reformas operadas por gobiernos socialdemócratas en Europa y de Roosevelt en Estados Unidos durante los años 1930, el plan Beveridge de 1942 en Gran Bretaña es su principal referencia. El Informe de Sir William Beveridge en noviembre de 1942, uno de sus aportes es que quizás le da un alcance universal al concepto Seguridad Social al definir:

“...asegurar un ingreso que sustituya a las retribuciones normales del trabajo cuando estas queden interrumpidas por paro, enfermedad o accidente; que permita retirarse del trabajo al llegar a determinada edad; que supla la pérdida de recursos para vivir motivada por el fallecimiento de la persona que trabaja para proporcionarlos; y que atienda a los gastos extraordinarios en las circunstancias extraordinarias; tales como boda, parto y defunción. Ante todo, Seguridad Social significa seguridad de un ingreso superior a un ingreso mínimo determinado, pero su concesión debe estar combinada con el procedimiento que se siga para lograr que la interrupción de los ingresos normales sea lo más breve posible...”

Plan Beveridge (1942)

Este tercer modelo teórico tomo sus bases en los principios de las declaraciones internacionales como el Informe Dawson (MS-GB, 1920) y el Informe Beveridge (Perrin, 1992), implica que la persona por el sólo hecho de serlo en tanto ciudadano/a, el Estado debe garantizarle un conjunto de derechos sociales. Así la cobertura y acceso a la seguridad social y la salud se transforma en un derecho universal de ciudadanía, sin importar el tipo de empleo, la situación social por ingresos o el status migratorio que tenga.

Según Mesa Lago (2004), la importación de estos modelos de protección social en América Latina y el Caribe terminaron transformando estos tres postulados o modelos

eurocéntricos ideales antes descriptos de forma heterogénea y parcial, construyendo tres tipos de procesos que se ejecutaron en la región: 1-*universalismo estratificado*, 2-*modelos duales* y 3-*modelos excluyentes*. Mesa Lago (2004) analiza los países latinoamericanos y caribeños según esta tipología y tres categorías, y ubica a cada país según estos tres procesos en la región.

El peso de la teorización del desarrollo del Norte global en los Sistemas de Salud

El cuerpo epistémico y operativo del *desarrollo* desde la segunda mitad del siglo XX estuvo presente en el campo de la salud pública (Prats, 2006). En concreto, en América Latina y el caribe, tomando como hito la Alianza para el Progreso en la década de los 60, el campo de los sistemas de salud también reproducirá el ideario del desarrollo.

La irrupción del *desarrollo* como concepto estructurante de la geopolítica del poder y del conocimiento sanitario (Basile, 2019), resultará primordial para comprender cómo, en el caso latinoamericano y caribeño, la relación entre salud y desarrollo tuvo gran impacto en: *la epidemiología de la clasificación de enfermedades; la transnacionalización de modelos de atención médica y hospitalaria; el diseño de políticas y sistemas de salud; el diseño y reflexión sobre los modelos de protección, la importación de tecnologías sanitarias; el uso de medicamentos; la economía del sector salud; la respuesta a epidemias y emergencias de salud pública, entre otras.*

Los sistemas de salud y el sector salud no escaparon a la impronta de los debates dominantes del desarrollo ni a su patrón de poder y conocimiento (Quijano, 1999) eurocéntrico y panamericano en la región.

Desde su nacimiento el *desarrollo* será asimilado con una analogía biomédica al ciclo de la vida del ser humano, con una visión lineal de la evolución económica de las sociedades con las etapas naturales que Occidente se encargó de exportar y promover a modo de una cultura universal a seguir y cumplir como receta (Rist, 2002).

En las nomenclaturas de la teorización del desarrollo también ingresará el campo y sector salud. La planificación del desarrollo incluirá a las políticas sanitarias, sus servicios y sistemas de salud, las enfermedades a erradicar, la esperanza de vida a administrar, los años de vida ganados o perdidos, y las DALYs y QALYs como unidades de medición de la salud. Se instalará así la adopción de normas de comportamiento, actitudes, medidas y valores identificados con la sociedad occidental y la racionalidad económica moderna como ideal a alcanzar y una meta sociopolítica a conquistar (Dos Santos, 2000).

El concepto de desarrollo que prima en el campo de la salud evitará sistemáticamente describir las relaciones de poder del sistema mundo contemporáneo plasmados en los

modos vivir, enfermar y morir desiguales a partir del metabolismo entre la sociedad y la naturaleza (Breilh, 2013).

El esfuerzo por generar premisas en el carácter científico del desarrollo supuso también la conceptualización donde el progreso se podría medir cuantitativa y sincrónicamente. Esta noción que comienza a universalizarse en 1945 estará asociada a la teoría de los estadios. Presupone que las unidades individuales, las sociedades nacionales, se desarrollan todas de la misma manera, pero a ritmo distinto. Tarde o temprano, todos los Estados terminarán siendo más o menos lo mismo. Como Wallerstein (2006) plantea: “este truco de ilusionismo implicaba que el Estado más desarrollado podía ser modelo para los Estados menos desarrollados”.

La *doctrina del panamericanismo* en América Latina y el Caribe será el engranaje sustancial para el desarrollo capitalista periférico en el devenir de la salud de la región. Esta geopolítica panamericana tendrá incidencia directa sobre el nacimiento y crecimiento del regionalismo desarrollista sanitario y especialmente en la estructuración de los sistemas de salud. El campo de la salud no puede comprenderse sin su matriz panamericana (Basile, 2019). Desde un punto de vista decolonial es importante describir al panamericanismo como la corriente que hegemonizó la salud pública en América Latina y el Caribe desde fines del siglo XIX y durante todo el XX (Godue, 1999).

Desde la creación de los primeros ministerios de salud pública, pasando, a posterior, por una progresiva expansión de servicios públicos de salud, varias premisas planteadas en el siglo XX asociaron los sistemas de salud al desarrollo y la modernidad.

En la actualidad, la tipología de estudio y clasificación antes descritas de los modelos de protección social y sistemas de salud continúa siendo eurocéntrica en los centros de enseñanza, escuelas de salud pública o universidades. Repitiendo una y otra vez los tres modelos teóricos que fueron desarrollados para categorizar las reformas y procesos de protección que respondían a la cuestión social del capitalismo central. Dichos modelos fueron replicados por los países de América Latina y el Caribe, a modo de copia y pega en el capitalismo periférico.

Así se podría decir que se institucionalizó desde una perspectiva eurocentrada la desigualdad sanitaria en la región, estableciendo la segmentación, la estratificación y la fragmentación de los sistemas y servicios de salud que naturalizará las inequidades sociales por género, clase social y territorio en la salud colectiva (Granda, 2004).

En definitiva, se termina construyendo una hoja de ruta de políticas públicas posibles en salud como horizonte regional, junto a un tipo de inserción internacional y de valores socioculturales identificados con la sociedad occidental a perseguir como metas asumidas para la institucionalización de los sistemas sanitarios y sus servicios.

Capitalismo del Siglo XXI y Salud Global: sociedad líquida y financierización de la vida

En la primera parte de este capítulo, buscamos describir los fundamentos del capitalismo del centro global y sus procesos de reflexión sobre la cuestión de la protección social y la salud colectiva.

Si el capitalismo industrial de mercado hasta por tasa de ganancias necesitaba en algo proteger a la sociedad como fuerza de trabajo y fuerza de consumo en clave de expansión de mercado interno e industrialismo sustitutivo en las fases desarrollistas que América Latina y el Caribe recurrentemente retoma como hipótesis; al capitalismo financiero global característico de fines de siglo pasado e inicios del XXI con la globalización liberalizante como instrumento expansivo a decir de Wendy Brown (2017) no le interesa proteger en nada a las sociedades.

Su acelerada reproducción y dinámica está basada en la financierización, el extractivismo, y una sociedad líquida que estructura una nueva subjetividad del siglo XXI (Bauman, 2015): la neoliberalización ciudadana.

Wendy Brown (2017) en una reciente obra realiza una descripción pormenorizada del capitalismo neoliberal y sus impactos en las sociedades y Estados en el Norte global. Denomina la nueva reproducción acelerada del capital como una revolución silenciosa del neoliberalismo que *“se asemeja más a una termita, que a un león”*. Está en la sofisticación de los detalles de la vida que se suman y encadenan en la cotidianidad, en la captura de subjetividades, que producen huellas y cimientos profundos especialmente en la sociedad (Brown, 2017):

- *Es un nuevo orden normativo y social. Es el ser humano convertido en capital humano, en valor de cambio a decir de Marx. Las personas se transforman en unidad de capital empresario y de auto-inversión, de ahí el éxito de los libros de auto-ayuda. Cuando las personas se nos imaginan como capital humano en competencia, la igualdad deja de ser un valor deseable y la desigualdad se normaliza y naturaliza.*
- *Las personas y el Estado se transforman en proyectos gerenciales económicos, más que de gobierno por el bien común y colectivo. Donde la premisa es convertir cada necesidad o problemas del ser humano en una empresa rentable.*
- *El Estado debe ser gobernado como una empresa, trasladando modelos exitosos del sector privado de mercado a la esfera de lo público. Empresarizar “soluciones”, con el famoso benchmarking (buenas prácticas) donde unas empresas aprenden de otras. El gobierno del Estado copiando y pegando enlatados de buenas prácticas del sector privado a la nueva gestión pública.*

- *Esta nueva doctrina del neoliberalismo tiene gran capacidad de perenización y reproducción en la sociedad. Con una premisa que instalaron los académicos neoliberales: "el mercado decide mejor que la sociedad"*

A decir de Margaret Thatcher *"la economía es el método, el objetivo es el alma"*⁴

Este paradigma produce radicales transformaciones a partir de las consignas del fin de la historia (Fukuyama, 1992) y la instalación de profecías reformistas del Consenso de Washington (Lechini, 2008) que muchos de los gobiernos y países acompañaron sacramente durante la década de los '80 y '90 en América Latina y Caribe.

Con la oficiosa intervención de los organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) (Girón, 2008), Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID); no sólo tuvieron consecuencias directas sobre la financierización de la economía (Vilas, 1994), la mercantilización de la vida, la destrucción de derechos y de la naturaleza, la profundización de condiciones de vida malsanas e inequitativas (Breilh, 2010), la afectación a la soberanía económica y política entre otras dimensiones, sino que también trabajaron fervientemente en la construcción del nacimiento de una nueva conceptualización en el campo de la salud desde una racionalidad liberal y economía mundo neoclásica (Navarro, 2009).

Es en este contexto, como lo describe Antonio Ugalde (2007), que las fundaciones filantrópicas, los grupos farmacéuticos y organizaciones financieras y de comercio como el BM, Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), Organización Mundial del Comercio (OMC) o el FMI pasarán a ser actores centrales de la agenda sanitaria global y en especial en las reformas en políticas y sistemas de salud (Ugalde y Homedes, 2007). A medida que el ciclo desarrollista entraba en declive en la región latinoamericana y caribeña, la doctrina panamericana perderá centralidad y poder global y regional a manos de un complejo político liberal donde los Estados pierden su injerencia como actores y se incorporan agentes extra-sanitarios tanto en el financiamiento como en la definición de la orientación de las políticas sanitarias y el gobierno de sus sistemas de salud. Esta centralidad radicará en la mundialización líquida y la mercantilización sanitaria.

El desequilibrio internacional en la distribución de la riqueza, el poder y los recursos, se agravó a partir de lo que diversos autores llamaron globalización neoliberal (Guillén, 2007), con la intensificación acelerada de procesos económicos y sociales que afectaron (y afectan) gravemente la salud colectiva de las sociedades debido a las condiciones de generación de desigualdades que la acompañan hasta nuestros días (Breilh y Muñoz, 2009).

4 Página 12. (2016). Entrevista a Jorge Alemán. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/12-53326-2016-02-18.html>

A la luz de este contexto globalizante y de una modernidad líquida disparada en el seno de la sociedad (Bauman, 2015), se consolida una nueva vertiente de interpretación de los problemas de salud en las relaciones internacionales y la geopolítica, basada en la primacía de las reglas impuestas por la globalización neoliberal: la denominada *salud global* (Birn, 2011). Es así que el término salud global comienza a dominar el discurso político mundial en la salud articulando una supuesta nueva agenda y readecuación epistémica.

Así cabe destacar tres procesos centrales que se consolidan con el nacimiento y apogeo de esta salud global liberal que se definen no desde sus loables enunciados sino de las agendas, políticas y acciones mundiales que operacionalizan (Basile, 2018):

1. Las reformas sociales al Estado y reformas sectoriales a los sistemas de salud de corte neoliberal.
2. La funcionalización de la salud pública a los mandatos del mercado, es decir a la mercantilización de la salud y la vida y el rol residual del Estado. A esto lo denominan Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) con las confluencias de agenda complementaria entre Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Banco Mundial y las corporaciones.
3. La consolidación como actores hegemónicos del complejo médico industrial farmacéutico financiero y las corporaciones transnacionales (incluyendo filantropocapitalismo) con un rol estructurante de la agenda global de la salud (Basile, 2018). *Financierización* apoyada por la tecnología de la Guerra Fría y las transnacionales (informática, telemática, otras) articuladas al complejo médico industrial y financiero junto a las reformas de los bienes públicos producen un capitalismo cognitivo de captura y subsunción. Jaime Breilh (2015) lo describe como una determinación de ciberpoder de las grandes corporaciones sobre el ciberespacio como un proceso histórico novedoso que marca el orden social y expande las posibilidades tecnológicas de subordinación de los modos de vivir, amplificando el sometimiento de las colectividades a patrones de conducta masiva.

Desciudadanización, Salud y Sociedad

Es evidente que los ciclos del capitalismo asociados a la expansión de modelos de protección social liberal residual y el de meritocracia no resolvieron la cuestión social de la desigualdad en América Latina y el Caribe.

Aunque los pliegues de acumulación de inequidades y desigualdades en la aceleración del capitalismo mundialmente periférico generaron lo que conceptualizamos como procesos de "*desciudadanización*" creciente 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 del vivir en sociedad.

Identificamos en este trabajo dos tipos de desciudadanización (Fleury, 1997; Basile, 2020):

-Desciudadanización por mercantilización: importantes sectores auto-percibidos como clases medias y altas de las sociedades a medida que el capitalismo perifético líquido y el Estado latinoamericano y caribeño no respondía a sus necesidades materiales de vida, resolvieron sus necesidades en el mercado: envían sus hijos a la educación privada, pagan de su bolsillo seguros privados de salud y atención sanitaria mercantil, se movilizan en vehículos particulares propios y viven en barrios y/o residencias privadas cerradas y segregadas espacialmente de las ciudades que habitan. Y consideran que este proceso es fruto de su esfuerzo personal y devenir individual.

-Desciudadanización por desposesión: grandes conjuntos y clases sociales subalternas de las sociedades excluyentes latinoamericanas y caribeñas nunca tuvieron acceso efectivo a bienes públicos y sociales para la vida considerados en una subjetividad de ciudadanía y vivir bien intergeneracional. Su vínculo con bienes sociales necesarios para la vida es a través o bien del clientelismo político partidario patrimonializado en el gobierno del Estado, la caridad y/o beneficiencia de *los incluidos* de la sociedad y/o de la demostración de ser *pobre* para conseguir el *beneficio social* del gerenciamiento del riesgo. Esta dinámica histórica se refleja en la naturalización y normalización de la desigualdad, creando un lenguaje y prerrogativas en manos de las tecnocracias de la *pobretología*. A sí este proceso determinó una desposesión subjetiva en la vinculación, apropiación y colectivización del Estado y los bienes comunes para la vida en los sectores excluidos y subalternos 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 necesarios para la vida (Educación, Salud, Vivienda, Trabajo, Alimentación, Ambiente saludable), es cercana a cero.

Es un movimiento de *reindividualización*, donde la idea de progreso del capitalismo desarrollista se privatiza e individualiza hasta borrar a la sociedad, y poner en el centro al individuo. La idea de mejora personal por sobre la sociedad. Este proceso acumula desprotección, criminalización e inseguridad en la vida en sociedad (Bauman, 2019). Es una inclusión al consumo dentro de la precariedad y la marginalización, donde crecientes grupos sociales son consumidores imperfectos que chocan todo el tiempo con el impulso de consumir sin poder hacerlo. Pérdida de dignidad, pérdida de sentido de la vida colectiva, cada vez acrecienta la violencia social.

Enunciar este nudo crítico de la desciudadanización implica comparar sus bases de reproducción con las propuestas, proyectos y estrategias de políticas públicas que

emanan del Estado como espacio de los asuntos comunes y colectivos para abordarlas de forma integral e interdependiente, y no fragmentarlas y subdividir las.

Así el creciente desempleo, precarización laboral y pérdida de poder adquisitivo en los salarios como en los derechos de los trabajadores/as y las negociaciones colectivas, potenciaron aún más la estratificación y segmentación de la población ya vigente en Latinoamérica y el Caribe. Grandes conjuntos poblacionales, quedaron absolutamente fuera del derecho a protecciones sociales tanto en lo referido a la salud, la previsión social como de políticas sociales.

A pesar de grandes diferencias de *desciudadanización* y desempeños muy distintos como por ejemplo la clasificación de Mesa Lago (2004) sobre países pioneros, intermedios y tardíos, se pueden encontrar características comunes y propias a los sistemas de salud y protección social en Latinoamérica y el Caribe:

- Su dualidad con la sobreposición de los ministerios y servicios públicos con instituciones de las seguridades sociales del Siglo XX (seguro social), con las desigualdades constitutivas y naturalizadas en el acceso a la salud.
- Una cobertura inferior al 50% en la mayoría de los casos debido a la vinculación entre protección social, acceso a la salud e integración al mercado laboral formal.
- La estratificación de los sistemas y de los "beneficios" que se asimilan a esto.
- Un fuerte nivel de fragmentación al nivel de la gestión, financiamiento y de la estructuración de servicios.
- Un financiamiento pro-cíclico y en la mayoría de los casos fuertemente vinculado a la contribución de los empleadores y empleados (trabajadores).

Los seguros sociales en América Latina y el Caribe en el campo de salud según Belmartino (2005) en realidad se transformaron en seguros de la enfermedad de heterogénea cobertura y calidad, que por la propia dinámica poblacional y socio-demográfica representaron en promedio la cobertura de sólo entre el 15% y 30 % de la población económicamente activa de las sociedades latinoamericanas y caribeñas, con diferencias marcadas entre países de Sudamérica, México, Centroamérica y el Caribe (diferencias de Cuba y Costa Rica con el resto).

En muchos casos estos seguros sociales ligados al empleo crearon instituciones de salud para la fuerza del trabajo (ejemplo: *hospitales, centros, institutos*) que como lo explica Susana Belmartino(2005) quedaron atrapados en la lógica mercantil privada del complejo industrial médico-farmacológico de alto costo comprando servicios privados de salud, basando sus perspectivas de intervención en un enfoque biomédico asistencial-curativo con respuestas medicamentosas /tecnológicas alejado de cualquier concepción promocional, preventiva y de cuidado integral de la salud de los trabajadores. Este proceso produjo un mercado asistencial-curativo medicamentoso tecnológico entre proveedores de servicios, aseguradoras de coberturas y biomedicalización de la salud y la vida.

Bibliografía

Basile, Gonzalo (2018). Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro descolonial y epistemológico. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones Biblioteca CLACSO. Diciembre.

Basile, Gonzalo (2019). La salud del proceso de integración regional: el caso UNASUR salud ¿soberanía o dependencia sanitaria?, en III Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO.

Bauman, Zygmunt (2015). Modernidad líquida. Fondo de cultura económica.

Belmartino, Susana (2005). Una década de reforma de la atención médica en Argentina. Salud colectiva, 1, 155-171.

Birn, Anne-Emanuelle (2011). Rehacer internacionales de salud: Perspectivas refrescante de América Latina, Revista Panamericana de Salud Pública 30, no. 2: 101-105.

Breilh, Jaime (2010). Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional.

Breilh, Jaime (2013). Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud.

Breilh, Jaime y Tillería Muñoz, Yloka (2009). Aceleración global y despojo en Ecuador: el retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal. Universidad Andina Simón Bolívar.

Brown, Wendy (2017). El pueblo sin atributos: La secreta revolución del neoliberalismo. Malpaso Ediciones SL.

Castel, Robert (1995). Les métamorphoses de la question sociale, Paris, Fayard.

Dos Santos, Theotonio (2000). La teoría de la dependencia. Balance y perspectivas. Recuperado de: <http://ru.iiec.unam.mx/3099/1/TeoDep.pdf>.

Fleury, Soniy Molina Carlos (2000). Modelos de protección social. Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. Washington: INDES: 3-6.

Fleury, Sonia (1997). Un Estado sin ciudadanos, Seguridad Social en América Latina. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Fleury, Sonia (1999). Construcción de ciudadanía en entornos de desigualdad. Escuela Brasileña de Administración Pública y Empresas - Ebape. Fundación Getúlio Vargas.

Girón, Alicia (2008). Fondo Monetario Internacional: de la estabilidad a la inestabilidad. El Consenso de Washington y las reformas estructurales en América Latina." En Lechini, G.: "La globalización y el Consenso de Washington: sus influencias sobre la democracia y el desarrollo en el sur". Buenos Aires, CLACSO.

Godue, Charles (1990): La salud internacional. Un concepto en formación. Documento de Trabajo. Montreal.

Gramsci, Antonio (1978). El concepto de Hegemonía en Gramsci. México: Ediciones de Cultura Popular (1978).

Granda, Edmundo (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. Revista cubana de salud pública, 30(2), 0-0.

Guillén, Arturo (2007). Mito y realidad de la globalización neoliberal. Universidad Autónoma Metropolitana; Miguel Ángel Porrúa.

Lechini, Gladys (2008). La globalización y el Consenso de Washington: sus influencias sobre la democracia y el desarrollo en el sur. Buenos Aires, CLACSO.

Merrien, François (1997). L'État-providence, Presse Universitaire de France, 1997, Paris.

Mesa-Lago, Carmelo (2004). Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social. United Nations Publications.

Ministerio de Salud de la Gran Bretaña. (1920). Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines.

O'Donnell, Guillermo (1991). Democracia delegativa. *Novos estudios* 31: 25-40.

Perrin, Guy (1992). El Plan Beveridge: Los principios principales. *Revista Internacional de Seguridad Social*, 45 (102), 39-52.

Polanyi, Karl (1989). *The Great Transformation*. Ediciones de La Piqueta. Ediciones Endymion C/ Cruz Verde, 22 28004 Madrid. ISBN: 84-7731-047-5 Depósito legal: M-38870.

Prats Cabrera, Joan (2006). Teoría y práctica del desarrollo: cambios en las variables de la 'ecuación del desarrollo' en los últimos 50 años. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, n.36.

Quijano, Aníbal (1999). Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina. *Dispositivo* 24.51: 137-148.

Ugalde, Antonio y Homedes, Nuria (2007). América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. *Salud colectiva*, 3(1), 33-48.

Vilas, Carlos (1994). Estado y mercado después de la crisis. *Revista Nueva Sociedad* (Caracas) (133): 118-135.

Wallerstein, Immanuel (1995). *La reestructuración capitalista y el sistema-mundo*. Fernand Braudel Center for the Study of Economies, Historical Systems, and Civilizations, State University of New York at Binghamton.

Weber, Max (2001). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Ed. Alianza. Madrid.

● Segunda Parte: Especificidad del Estado como determinante de los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Caribe

Gonzalo Basile⁵

La especificidad del Estado en Latinoamérica y el Caribe

La segunda dimensión de especificidad para el estudio y análisis de los sistemas de salud es la revisión de la teorización y condensación institucional del Estado como expresión del acumulado de las relaciones de poder en el capitalismo periférico de las sociedades latinoamericanas y caribeñas.

Pensar al Estado como expresión de las relaciones de poder en la sociedad, es reconocer a un Estado capitalista que reproduce desigualdad. No es un orden neutral, es un Estado con una paradoja constitutiva: asiste con algunos bienes públicos, pero respalda y reproduce relaciones sociales desiguales en la región (O'Donnell, 1999).

Es importante recordar que históricamente la especificidad del intervencionismo estatal en América Latina y Caribe estuvo marcada explícitamente por la ejecución de un modelo de desarrollo, por el deseo de implantar una sociedad moderna y ello produjo consecuencias decisivas en la configuración del orden social y económico.

Una breve caracterización de los ciclos de reformas al Estado resulta clave para la segunda tesis que asume este capítulo. 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 y caribeña. Es decir, más que observar y analizar las reformas sectoriales en este caso del campo sanitario como exclusivas imperfecciones y/o debates técnico-sanitarios endógenos, 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 y en sus tejidos institucionales (Basile, 2020).

El Estado como aparato burocrático externo a la sociedad: revisando teorías

Es especialmente relevante reflexionar sobre la comprensión de las interacciones entre el Estado y la sociedad, porque las dinámicas sociopolíticas en el Estado toman cuerpo e institucionalización en los sistemas de salud (Basile, 2020).

5 gbasile@flacso.org.do - (Argentina). Coordinador regional GT Salud Internacional CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales) y director del Programa de Salud Internacional FLACSO República Dominicana.

La forma de intervención del Estado en la sociedad, su capacidad de infiltrarse en ella en general describe las características y lógicas subyacentes en ese accionar. Foucault (1991) en este sentido creó el término *gubernamentalidad*, como el control del Estado no solo con cuestiones legales, sino también con la atención al nuevo objeto a observar: la población, biológicamente tratada, con sus tasas de natalidad y mortalidad. Una especie de capilarización del Estado a través de la salud que empíricamente excede la intervención en las enfermedades para transformarse en una mentalidad de control en y con la sociedad.

El Estado sin duda es un concepto confuso, tensionado, polisémico. El principal problema es que la mayoría de las definiciones contienen dos niveles diferentes de análisis: *el funcional y el institucional*. Esto implica que muchos autores definen al Estado *por lo que parece* institucionalmente, o bien, *por lo que hace*, sus funciones. Lo que prevalece es una visión mixta, pero en buena medida institucional e instrumental (Weber, 2015).

Para Weber (2015) en sus estudios de la burocracia, el Estado existe en tanto cuenta con un cuerpo administrativo burocrático. Ya uno de los teóricos eurocéntricos del Estado, como el alemán Carl Schmitt planteaba una premisa: "*te protejo, y por tanto te obligo*". Bajo esta teorización, el Estado en Latinoamérica y Caribe es pensado y reducido a un *aparato burocrático externo a la sociedad* para amplios sectores, actores y corrientes teóricas. Un aparato de control de fronteras, territorios, administración de bienes y población. Este aparato en general tendió a describirse a sí mismo con una apariencia de imparcialidad, que garantiza la vida, el orden, la seguridad y la salud.

En esta conceptualización weberiana (Lefort, 1984), el Estado contiene cuatro elementos fundamentales: 1. Un conjunto diferenciado de instituciones y personal, 2. Centralización en el sentido que las relaciones políticas irradian del centro a la periferia incluso a pesar de la descentralización institucional neoliberal, 3. Un área territorialmente demarcada donde actúa, y 4. Un monopolio de dominación coactiva autoritaria, apoyada en un monopolio de los medios de la violencia física que se expresa en Fuerzas Armadas, de seguridad, etc.

Es decir, el Estado moderno también condensa los cimientos de sus largas tradiciones estructurantes en su cultura organizativa: la Iglesia y el Ejército. *Potestas y Autoritas*⁶ (Monedero, 2015). Una cuestión de fe y/o de fuerza. O ambas.

Dirían múltiples autores porque el pasado, condensado en las instituciones, pesa en el presente. El Estado es una condensación institucional de las relaciones sociales y de poder al interior de una sociedad. Es evidente que los Estados arrastran el peso de su pasado: la *path dependence*, esto es, la dependencia de la trayectoria (Monedero, 2015). De aquí es que resulta clave estudiar con mayor profundidad la *gubernamentalidad en*

6 En latín "Potestas y Autoritas" significa "Poder y Autoridad".

salud y las prácticas que construyeron *estatalidad sanitaria* que devienen de la trayectoria del colonialismo, del panamericanismo sanitario y que se dinamizaron en el capitalismo mundialmente periférico en el siglo XX y XXI.

Para ciertos autores basados en el materialismo histórico, el Estado es considerado un patrimonio exclusivo de «una» clase dominante. Estos intereses de clase que constituyen el sustrato del Estado en sus relaciones de dominación específica de la lucha de clases son considerados determinante de mediación y gestación de las superestructuras y de las ideologías a partir de las bases que reproduce el propio Estado. El aparato ideológico, represivo y administrativo-burocrático del Estado moderno serían una evidente expresión de clase (Lenin, 1976).

En tanto el Estado es un aparato de poder y dominación, es un instrumento de opresión y reproducción, no hay espacios para la autonomía y transformación del Estado sino sólo para su eliminación. Marx (1997) lo explicará diciendo “*el Estado es el consejo de administración que administra los intereses de la burguesía*” o el propio Lenin (1976) dirá “*el Estado es la expresión del control y dominio de una clase sobre otras*”.

Ahora bien, la teorización de la autonomía relativa del Estado lo comprende como tejido de las relaciones sociales, atravesado por su juridicidad y estatalidad, pero principalmente como expresión del entramado con la sociedad. Esta teoría traerá complejidad al conceptualizar al Estado (O'Donnell, 1999). Es decir, retomando a Poulantzas (1985) y Althusser (1975), se sale de la idea determinista del Estado como algo *dado*, como descripción de *lo instituido*, como condensación institucional de los bloques de poder dominantes o del aparato burocrático inmutable, para reflexionar al Estado como fruto de las relaciones sociales, políticas y económicas dentro de una sociedad. Lo que pasa en la sociedad y el mercado, determina los procesos en el Estado.

El Estado como relación social, es una condensación institucional y reflejo de sus herencias coloniales, patriarcales, monoculturales y sociales expresadas en funcionarios, elites burocráticas, leyes y constituciones, entre otros andamiajes y arquitecturas institucionales instituidas (O'Donnell, 1999).

Oszlak (1997) plantea que “para una interpretación más adecuada de las transformaciones que se están produciendo, se debe tener en cuenta las interacciones Estado-sociedad en términos de una triple relación, observada en el plano *funcional*, o de la división social del trabajo; en el *material*, o de la distribución del excedente social; y en el de la *dominación*, o de la correlación de poder. Estas relaciones apuntan a decidir cómo se distribuyen, entre ambas instancias, la gestión de lo público, los recursos de poder y el excedente social”.

Esta breve revisión de las conceptualizaciones y teorías sobre el Estado resultan clave para repensar los lentes epistémicos con los cuales se analiza, estudia y reflexiona sobre el Estado en América Latina y el Caribe.

El Estado latinoamericano y caribeño pareciera tener en la genética de sus modos de actuar una selectividad estratégica, siéndole más fácil solventar y responder a unos problemas que a otros (Jessop, 2018). La conjugación de gestores públicos atestados de expertos en su mayoría varones, burocracias estatales enlazadas a policías y/o militares, y, por otra parte, sin espacios de simetría de poder con referentes populares, mujeres, indígenas, trabajadores organizados habla en cierta medida de la selectividad estratégica del Estado. Hay cosas que le salen más fácil al Estado. La *gubernamentalidad* segregada y sectorializada del Estado.

Lo que se intenta plantear aquí es que la arquitectura institucional e intervención del Estado en la sociedad tiende a operacionalizar una salida que ya trae en su genética de trayectoria. Y que es clave revitalizar las teorizaciones y conceptualización del Estado para estudiar los procesos de oleadas de reformas sociales a la estatalidad latinoamericana caribeña y sus impactos en las reformas sectoriales a los sistemas de salud y seguridad social.

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 primer 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 construidos 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 la primera parte del capítulo, 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.

Reformas sociales al Estado: un *tsunami de primera y segunda Generación*

La reforma del Estado, con la redefinición de sus relaciones con la sociedad, es un proceso eminentemente político, a través del cual se están reconfigurando las relaciones de poder al interior de las sociedades latinoamericanas y caribeñas (Fleury, 2001).

La estrategia en la mayoría de los países de la región hasta fines de los años ´70 y principios de los ´80 fue asumir el supuesto *cepalino* y *panamericano* de ampliación de cobertura de la seguridad social pública (o por seguro social semi público) con la hipótesis que la relación salarial del empleo asalariado formal sería el escenario inevitable en nuestras sociedades como lo fue en Europa.

Aunque hay una larga trayectoria durante todo el siglo XX, es a partir de los años 60 y 70, los esfuerzos reformistas se volverán más sistemáticos. La Alianza para el Progreso fue un importante detonador de las reformas de esas dos décadas, que tuvieron en la USAID su principal instrumento de asistencia técnica a los gobiernos de la región. Simultáneamente, dieron comienzo las misiones de las Naciones Unidas, que realizaron diagnósticos y efectuaron recomendaciones en gran número de países. La prédica de CEPAL, con su énfasis en la planificación y la necesidad de contar con aparatos estatales capaces de implementar los planes de “desarrollo”, otorgó un impulso adicional al debate y la acción reformista. En esta breve recorrida a través del siglo, puede comprobarse que existieron en América Latina y el Caribe intentos recurrentes de implementación de

reformas administrativas, mucho antes de que comenzaran a ordenarse y numerarse según generaciones (Oszlak, 1999).

Los intentos de Estados de Bienestar, europeos como latinoamericanos, enfrentaron varias crisis y desafíos a partir de 1970: problemas de financiamiento con la crisis económica a partir de los años 70's y crisis de legitimidad con la influencia creciente de las ideologías del complejo político liberal, más aún en los regímenes dictatoriales del continente. Esta situación genera varios cambios con amplitudes y modalidades distintas según los países. Paradójicamente es en Latinoamérica y el Caribe, donde el Estado de bienestar nunca fue completamente desarrollado, donde los cambios fueron los más drásticos y radicales (Filgueira, 1999).

Este escenario se transformó más profundamente con las crisis de la deuda pública de principios de los años '80 en América Latina y el Caribe, y a partir luego de la aplicación de recetas de la denominada política de ajuste estructural. En plena década de los '80 y sobre todo '90, como explican Emir Sader y Pablo Gentili(1999) se busca instalar según estos autores que el único proceso posible dentro de la esfera de lo público era la necesidad del ajuste fiscal estructural y la contracción de los servicios públicos dando por terminada la etapa del Estado proveedor de servicios públicos (Bustelo, 1991). Así para la región latinoamericana y caribeña los procesos de reforma en seguridad social y salud (Almeida, 2001) no provinieron de la necesidad de disminuir el gasto social como ocurría en los Estados de Bienestar europeos (Navarro, 1998), sino de la producción de un Estado de *malestar* con excesiva contracción impuesta por ajustes económicos y por el vertiginoso incremento de las desigualdades sociales como consecuencia directa e indirecta del Consenso de Washington (Girón, 2008).

Las radicales transformaciones producidas por las consignas del fin de la historia (Fukuyama, 1992) y las profecías del Consenso de Washington (Duarte, 2002) trabajan fervientemente en la construcción de un tipo de institucionalidad en los Estados con un modelo de racionalidad económica en la propia gestión.

El propio ideario *eficientista* del clima de época resulta de especial particularidad, ya que en el desarrollo de la etapa histórica anterior del intento desarrollista eurocentrado del Estado social o Estados de bienestar *residual* en Latinoamérica y Caribe no había sido tomado en cuenta (Filgueira, 1999).

Así se produjo las condiciones para el primer tsunami sobre el Estado: redefinir el rol, función y políticas del Estado en lo social y economía política fue uno de los objetivos estructurantes de esta primera reforma estatal.

Este breve contexto, nos permite comprender en clave de marco histórico el proceso de la primera reforma social del Estado, especial interés para este capítulo como claramente lo explica Asa Cristina Laurell (2013):

"La reforma del Estado –en sus vertientes económicas, política y social- puede conceptualizarse como el nuevo arreglo institucional estatal que corresponde a la reorganización integral de la sociedad regida por la expansión global de la economía de libre mercado. La reforma del Estado tiene como propósito fundamental reducir la acción estatal en distintos ámbitos para liberar las fuerzas del mercado sin que ello ponga en entredicho el nuevo orden social. Dicho de otro modo, debe impulsar el nuevo patrón de acumulación capitalista sin menoscabo del papel de legitimación del Estado (OFFE, 2007); tarea llena de contradicciones que se refleja en los vaivenes de esta reforma"

Es este primer ciclo de reforma social al Estado se enfocará entonces en el marco de lo conocida como política de *ajuste y cambio estructural* de inspiración neoclásica y de bases ideológicas neoliberales (Bustelo, 2005).

Para dar cuenta de lo anterior, en la mayoría de los países latinoamericanos, se toman las siguientes medidas, que se agrupan bajo el denominador de *reformas de primera generación* (Brouchoud, 2009):

1. *Descentralización*: transfiriendo responsabilidades de gestión ejecución a gobiernos locales.
2. *Privatizaciones*: dejando la provisión de gran parte de los servicios públicos a empresas privadas.
3. *Desregulación*: desmantelando o eliminando organismos que ejercen funciones reguladoras de actividades económicas, por representar un freno para el libre desarrollo de las mismas.
4. *Externalización*: reemplazando la provisión de servicios e insumos propia (a través de unidades operativas estatales) por la ofrecida en el sector privado.
5. *Reducción de personal técnico* en la administración pública.

Esta primera etapa de la reforma, Sonia Fleury (2004) la caracteriza resumidamente donde el enfoque dominante de la política social es la ciudadanía restringida, con la primacía del economicismo de sus postulados y no el de satisfacer las necesidades de la población ni enfrentar la *desciudadanización* social creciente (Álvarez, 2005).

En un contexto restrictivo de las cuentas públicas y el financiamiento de los Estados, sumarse a la agenda de reformas de la estatalidad en cada país fue también una forma de acceder a préstamos internacionales que permitirán financiar la aguda crisis de los servicios públicos, incluyendo a la salud pública y seguridad social. Lo que se conocerá como el financiamiento internacional con condicionalidades en las reformas.

Básicamente esta primera etapa de reforma estatal, como lo expresan Alicia Girón (2008) y Laurell (2013) es promovida con soporte de préstamos internacionales, y sirve de base para la elaboración de marcos jurídicos (leyes, decretos, resoluciones ministeriales, reformas constitucionales), que facilitaron la instalación en el plano simbólico político en las sociedades latinoamericanas caribeñas como la *crisis estructural* del Estado.

Estos procesos según Michel Marmot (2003) profundizaron la mercantilización de determinantes sociales para la salud tales como el agua, los servicios de salud o la electricidad mientras la capacidad de control y de regulación del sector público iba disminuyendo. La salud y luego las pensiones como lo describe Asa Cristina Laurell (2013) dejaron de tener un carácter de derecho social (universal) de cuyo cumplimiento el Estado era responsable, para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir para la vida. Esto produce un cambio de sentido fundamental, ya que los derechos sociales dejan de ser un bien público para convertirse en un bien privado de mercado (Laurell, 1995). Los sujetos sociales transitan un camino de *desciudadanización* pasando a ser consumidores, clientes, usuarios como bien se explica en la primera parte de este capítulo.

Esta etapa se transita hacia la idea de fragilización y debilitamiento de lo que definen múltiples autores como Estado social *incompleto* en Latinoamérica y el Caribe, y donde como lo describe Ugalde y Homedes(2005) los sistemas públicos de seguridad y protección social fueron desfinanciados, además progresivamente sufrieron embates de desmantelamiento: se incorpora la lógica privada en la esfera de lo público con la *autogestión / gerenciamientos / tercerizaciones / privatizaciones*, desarrollo de autofinanciamiento a través de organismos sin fines de lucro no estatales(ONGs), progresiva mixtura de fondos públicos transferidos a sector privado (atención en discapacidad, otros), la descentralización institucional pública que implicó de hecho una *desresponsabilización y desconcentración* de la rectoría de los Estados nacionales sobre la provisión de servicios, entre otras medidas.

En este primer ciclo de reforma tuvo el horizonte del *Estado social mínimo*, ajustado en todas sus capacidades de protección y políticas sociales como de servicios públicos. Los dispositivos de *asistencia social* (Fleury y Molina, 2002) heredados de mediados de siglo o vigentes en muchos otros países con modelos excluyentes serán la base para que los organismos internacionales como el Banco Mundial(BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo(BID) propicien en esta etapa las políticas "*focales*" o de *asistencialismo focalizado* (Barbeito et al, 1998), operaciones sociales asistenciales que debían dirigirse sólo a los *cluster* de pobreza extrema y grupos vulnerables definidos como tales (focalización), quienes deberán demostrar su incapacidad como individuos y/o grupos para cubrir sus necesidades personales y/o las de su familia (prueba de medios) para lograr percibir el *beneficio*(garantía explícita). Es la demostración del fracaso social como individuo/grupos social buscando paliar los daños colaterales de la oleada de reformas neoliberales de los '90.

Parte de las premisas de este primer ciclo de reforma, estuvo fundamentado en la teoría de la *selección racional* la cual presupone que las personas eligen el curso de acción que prefieren o creen es la mejor. Las decisiones racionales están basadas en cálculos de costo-beneficio individuales. Esto implicó un predominio del individualismo y el individuo en todo el andamiaje buscado por la reforma (Fleury, 2001).

Se parte del supuesto del problema que se presenta en identificar las instituciones específicas que podrían inducir a los actores individuales — sean ellos agentes económicos, políticos o burócratas — a comportarse de manera que beneficie a la colectividad. Incentivos, beneficios por resultados, etc. Esta teoría de la agencia invisibiliza cuando los gerentes (agentes) estarán frecuentemente tentados a actuar en favor de sus propios intereses, y no de los intereses de la organización (agencia) que los contrata. Supongamos servicios del Estado concesionados a empresas.

En resumidas cuentas, como bien lo describe Asa Cristina Laurell (2013), se constata que en esta primera reforma social al Estado se instalan 4 procesos fundantes de la etapa. Una *termita* dejando profundas huellas:

1. Construcción de un discurso anti-estatista, promercado e individualista que se difundió sistemáticamente en todos los ámbitos hasta convertirse en el discurso hegemónico social dominante del clima de época en la sociedad latinoamericana y caribeña.
2. Impulso de una nueva visión de qué es posible y viable en la política social, sanitaria y económica, y *qué no* es posible.
3. Debilitamiento o destrucción de las capacidades y tejido institucional público, hecho que dificulta la reconstrucción de una política social sanitaria con preeminencia en instituciones públicas en otros ciclos de gobierno,
4. Legitimación del gobierno y uso del Estado para su propio debilitamiento.

Un Estado *garante* de las rentabilidades extraordinarias y reglas del mercado.

Cuadro 1 – Principios rectores del primer ciclo de reformas sociales al Estado

Principios directores y organizativos	Consecuencias concretas en la materialidad del Estado
Separación de funciones (administración, prestación, gerenciamiento) con una pérdida importante de competencia por parte del Estado	- Administraciones fragmentada y estratificada - Servicios superpuestos y segmentación de los sistemas públicos
Finalización del subsidio a la oferta para priorizar el subsidio a la demanda.	- Autoridad central débil: falta de coordinación y de integración de las políticas públicas de seguridad social.
Lógica de compra y venta de servicios	
Competencia de los servicios dentro de los "mercados"	- Mercantilización de la seguridad social y de la atención de ciudadanos/as.
Participación importante del sector privado	- Prestaciones mínimas de protección social, salud y pensiones.
Descentralización y autonomización de los servicios públicos de salud, protecciones sociales y políticas sociales.	- Exclusiones e inequidades
Descentralización del financiamiento	- Precarización laboral de los trabajadores de la administración pública. - Deterioro de la calidad de lo público.
Prestación y administración de los servicios públicos según el principio de costo/efectividad	- Incremento de desigualdad

Fuente: Elaboración propia

Con esta propuesta se pretende contemplar los cuatro procesos básicos de la reforma del Estado (Bresser-Pereira, 1996):

- Delimitación de las funciones del Estado y reducción de su tamaño;
- Disminución del grado de interferencia del Estado;
- Aumento de la *governance* o capacidad decisoria del gobierno;
- Aumento de la gobernabilidad, o sea, del poder del gobierno.

Hasta el propio Mintzberg (1996) plantea una crítica a la dinámica de primera reforma al Estado. Es que la relación entre gobierno y ciudadano es tan distinta de la relación entre empresa y cliente que la reducción de la primera a la segunda involucraría quitar legitimidad a la autoridad pública y desconocer los derechos ciudadanos que trascienden al consumo.

Haciendo una correlación con el campo de la salud, Celia Iriart y Emerson Merhy (2000) remarcan que es en este contexto que se introducen en los sistemas de salud un andamiaje de nuevos procesos y tesis reformistas:

... "en el ámbito sanitario un importante número de los denominados "expertos" van a contribuir a la construcción de este nuevo sentido común, al sostener las siguientes ideas como los "fundamentos" desde donde repensar el sistema de salud: a) la crisis en salud obedece a causas financieras; b) el gerenciamiento introduce una "nueva" racionalidad administrativa indispensable para salir de la crisis; c) es imprescindible subordinar las decisiones clínicas a esta nueva racionalidad, si se quieren disminuir los costos; d) la eficiencia aumenta, si se separa el financiamiento de la prestación y se generaliza la competencia entre todos los subsectores (estatal, seguridad social y privado); e) se debe desarrollar el mercado de salud porque es el mejor regulador de la calidad y costos; f) no se debe subsidiar a la oferta sino a la demanda; g) la flexibilización de las relaciones laborales es el mejor mecanismo para lograr eficiencia, productividad y calidad; h) la administración privada es más eficiente y menos corrupta que la pública; i) los pagos a la seguridad social son propiedad de cada trabajador; j) la desregulación de la seguridad social permitirá al usuario la libertad de elección, para poder optar por el mejor administrador de sus fondos; k) el pasaje del usuario/paciente/beneficiario al de cliente o consumidor es la garantía para que exija que sus derechos sean respetados; l) la garantía de la calidad está dada por la satisfacción del cliente" ...

En la primera oleada de los '80 y '90 del ajuste estructural con 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 y sistema de 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.

Un Estado que debe confiar en socios privados para hacer el trabajo público, llegándose a hablar de un *Estado contractual* (Boston, 1995). Para ser eficiente, esta modalidad presupone la competencia entre los proveedores privados, de tal forma que el gobierno haga el contrato con la firma que ofrezca realizar el servicio por el menor coste. Estas modalidades van desde provisión burocrática de servicios por privados, contratos de desempeños, franquicias, licencias, contratos individuales, etc.

En consecuencia, por ejemplo, desde 1997 la propia OPS-OMS y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) lanzan la "Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe" basados en la estrategia del BM. Ese documento del Banco Mundo de "*Invertir en Salud*" no era una guía ni le

hablaba a los Gobiernos ni a las sociedades, sino fue un guiño a los inversores de capital y corporaciones: *invertir en el mercado de salud y atención médica puede dar grandes tasas de retorno y acumulación de capital*. En esta etapa se desfinancia, fragiliza, deteriora, privatiza, y destruye las pocas y heterogéneas capacidades que aún sobrevivían en los sistemas y servicios de salud pública (Basile, 2020).

Pero este proceso sectorial en salud, vino precedido en realidad de radicales reformas estructurales de pensiones desde la década de los ´90 que modificaron sustancialmente los principios, objetivos y alcances de la convencional seguridad social del Siglo XX en América Latina y el Caribe. El Banco Mundial en su documento “Envejecimiento sin Crisis” (1994) junto al FMI y BID sienta las bases para el avance de sistemas de pensiones privados privilegiando la capitalización individual, la financierización de la previsión social y la sustitución, eliminación o paralelismo con sistemas públicos de solidaridad intergeneracional (reparto).

Tabla 2 – Principios y nociones fundamentales de Invertir en Salud del Banco Mundial

BM – Invertir en Salud (1993)	Principios y nociones rectores del proceso	Términos usados por el BM	Consecuencias concretas
1993: Principios y nociones dominantes en discurso del Banco Mundial (Fuente: <i>Invertir en Salud Resumen</i> , Banco Mundial 1993)	Competencia y lógica del mercado	<i>“promover la diversidad y la competencia”</i>	Privatizaciones
	Focalización del gasto público para los más pobres	<i>“La mayor utilización del sector privado (...) puede contribuir a elevar el grado de eficacia.”</i> <i>“garantizar la prestación de servicios básicos de salud pública y asistencia clínica esencial al tiempo que el resto del sistema de salud pasa a autofinanciarse”</i>	Cuotas y copagos en los establecimientos de salud.
	Disminución del financiamiento público de los sistemas de salud	<i>“cobrar a los pacientes acomodados que usen los hospitales y servicios estatales”</i>	Descentralización de las competencias en salud sin los recursos necesarios:
	Descentralización / Desconcentración	<i>“Los gobiernos también podrían subvencionar a los proveedores de asistencia sanitaria del sector privado que prestan servicios clínicos esenciales a los pobres”</i>	Degradación de las prestaciones/servicios de salud (pública especialmente).
	Principio de costo efectividad y de prestaciones esenciales de salud	<i>“la descentralización puede contribuir a incrementar la eficiencia”</i> <i>“concentrarse en garantizar una asistencia clínica eficaz en función de los costos para la población pobre.”</i>	Aumento de las inequidades sociales en salud.

Fuente: Elaboración propia en base a *Invertir en Salud* (BM, 1993).

Esta corriente de reformas estructurales de los sistemas de pensiones hacia capitalización privada en la región avanza desde el modelo pionero de Chile (*año 1981 en etapa dictadura de Pinochet*), y seguirá por Perú, Colombia, México, El Salvador, Nicaragua, República Dominicana, Argentina (aunque fue revertido 2010), entre otros casos.

En definitiva, la hoja de ruta de esta primera etapa de la primera reforma y los impactos en las condiciones de vida, profundización de brechas de desigualdad e inequidad social en la década sobre todo de los ´90 es (re)conocida por todos y todas.

Las consecuencias sociales, en gran medida desastrosas para las poblaciones, que se constatan durante las décadas de 1980 y 1990 son el resultado de la combinación de las crisis económicas con las reformas neoliberales. Con la excepción de Colombia (que ya venía con desigualdades muy importantes) y Uruguay; todos los países conocieron un incremento en las desigualdades por ingreso durante los años ´80 y ´90s (Calcagno, 2001).

Algunos de estos indicadores serán los trazadores de procesos estructurantes de severas crisis sociales y económicas que desencadenan crisis políticas: estallidos sociales y políticos en Argentina, Venezuela, Bolivia, Ecuador, entre otros (Duménil y Lévy, 2007), coaliciones populares que se construyen en muchos países como expresiones *anti-neoliberales*, donde se dinamizan cambios de Gobierno (Boersner, 2005) y nuevas tendencias políticas en la región (Borón, 2004; Houtart, 2003).

Inflexiones del segundo tsunami de Reforma al Estado

Frente al nuevo escenario regional (Borón, 2004), es posible percibir una inflexión en el discurso y políticas desarrolladas sobre el ciclo de reformas al Estado primordialmente de los dos organismos financieros internacionales padres de la primera oleada: el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

El documento *“Poverty Reduction and Promotion of Social Equity”* (BID, 2003), ilustra esta inflexión, pero también sus límites. El crecimiento económico bajo modalidades neoliberales sigue siendo la prioridad de estos organismos, aunque reconocen que este crecimiento por sí solo no permite reducir la pobreza, y que es entonces necesario implementar medidas que permitan reducir la pobreza *atacando a sus raíces* (BID, 2003).

Así la *lucha contra la pobreza* se vuelve una de las prioridades estratégicas, evitando evocar la responsabilidad de los ajustes estructurales sobre esta *pobreza*, pero si reconociendo los límites de los programas sociales focales de los años ´90 que eran *«limited by their focus on individual operations without a comprehensive strategic focus»* (BID, 2003). Asumir el fracaso de estas reformas por los propios organismos y sus tanques de pensamiento que las promovieron, generó un ámbito político mucho más crítico sobre el discurso neoliberal y sus consecuencias económicas y sociales, aunque también mantuvo

especialmente a estos dos organismos y sus tecnocracias con capacidad de injerencia y participación directa en el nuevo ciclo político que se abría en la región.

Es decir, en un escenario crítico, se dinamiza unas nuevas conceptualizaciones simbólico-político estructurante de la etapa desarrollada por los mismos organismos financieros internacionales con grandes responsabilidades en la etapa anterior pero que mantienen influencia en los nuevos gobiernos latinoamericanos y caribeños.

Aunque esta inflexión discursiva se encuentra en los hechos anclada aún en cierto desarrollo de políticas públicas de la nueva protección social de corte similar: focalizados en su carácter neoliberal, asistencial, discriminatorio y poco eficiente a largo plazo, pero con ampliación de coberturas como principal horizonte. Una de las pocas diferencias sustanciales con los programas implantados durante los años '90 es que los organismos financieros reconocen que ya no son medidas temporarias compensatorias para mitigar los efectos de los ajustes sino programas que se inscriben en una estrategia a largo plazo y que tienen una dimensión más importante en la relación *Pobreza-Gobernanza*. La lógica de focalización, de estigmatización y de asistencialismo no desaparece, es solamente *aggiornada* por una dimensión más institucionalizada y masiva de estos programas (ampliación de coberturas).

Así la aparición hegemoneizante de una segunda reforma social del Estado en ciernes se basa en la idea de *modernización*. Esta tesis incluso reconoce el rol regulador y rector del Estado en sus objetivos de eficiencia y eficacia pública, basarse en eufemismos de gestión por resultados y evaluación-rendición de cuentas, priorizar y ser generador de oportunidad de negocios y privilegiar al mercado, pero asumiendo que las políticas sociales especialmente de transferencias condicionadas son claves en este nuevo recetario.

Según María Fernanda Brouchoud (2009) esta segunda fase de reforma se caracterizó por una marcada preocupación respecto a lo que se conoce como las "cuatro E":

- *Eficacia* de la intervención del sector público, en términos de adecuación de medios a objetivos.
- *Eficiencia* económica en la provisión de servicios, es decir, consecución de los objetivos con los mínimos costes.
- Mejora de la *equidad* en la provisión de servicios a través de un enfoque más dirigido al gasto corriente y de capital en los sectores sociales (especialmente en salud y educación).
- Creación de un *entorno propicio* para el desarrollo del sector privado.

El análisis de Asa Cristina Laurell (2013) sobre la segunda etapa de las reformas al Estado y en este marco reformas a la salud, lo esclarece el nuevo marco:

“Los fracasos sociales de la Reforma del Estado en los años ‘80 y ‘90 llevaron a los organismos financieros supranacionales a plantear una segunda reforma o Modernización del Estado para atenuar los problemas causados por la primera y recuperar la legitimidad cuestionada. En una interpretación inexacta se ha creído que la segunda reforma significa el reconocimiento de que el mercado no resuelve la “cuestión social” y, por ello, es necesario reintroducir al Estado como garante de los derechos sociales. Sin embargo, la lectura de los textos programáticos de esta reforma aclara que esta no debe infringir los cánones de la nueva economía, o sea, el mercado como principio rector de la economía, la competencia, la flexibilidad del trabajo, el equilibrio fiscal, la apertura externa, o causar la competencia desleal del Estado con el sector privado. La reforma solo debe centrarse en lograr una mayor eficiencia del Estado, la cohesión social y la gobernabilidad”.

En el ágora de las sociedades se presenta como la construcción simbólica de la eficacia, eficiencia y calidad de la gestión pública poniéndola en copia de la matriz de la gestión privada empresarial. La instalación del *Estado-empresario* en su mayor dimensión (De Sousa Santos, 2004). Ya no se habla de menos Estado, sino de un mejor Estado, capaz de garantizar condiciones del orden social y económico.

En este contexto donde los sujetos definitivamente pasaron a ser menos ciudadanos y más usuarios-consumidores de los servicios públicos, el propio Estado tenía que mejorar la *calidad* de la atención de sus clientes-usuarios poniendo muchas veces como ejemplo el trato, cordialidad, rigurosidad, calidad prestacional al sector privado. Allí el *management*, la nueva gestión pública, y otras categorías comenzaron a proliferar como íconos de la etapa neoliberal, aunque tenían décadas de desarrollo ya desde inicios de los ‘90 (Williamson, 1990).

Así fue como en este clima de época la palabra polisémica “*Gestión*” queda capturada por ese ideario y praxis del complejo político liberal en los países y sociedades del Sur global, y fuertemente resistida por los movimientos progresistas y de izquierda, incluyendo en los movimientos sociales y redes de la sociedad civil vinculadas a proyectos de justicia social, feminista, decolonial y ambiental.

“*El nuevo gerencialismo público*” (*new public management*, NPM) es la corriente predominante de este proceso. Se basa en un conjunto de discusiones sobre la transición desde un paradigma burocrático de la administración pública hacia un nuevo paradigma *gerencial* que considere las transformaciones en el medio e incorpore instrumentos gerenciales probados con éxito en el mercado y las corporaciones privadas (Fleury, 2001).

Las escuelas de economía neoclásicas junto a las ya desarrolladas Escuelas de Negocios con sus MBA (*Master of Business Administration*), con los casos emblemáticos de Harvard o Yale como máximas expresiones, insertan en los procesos de formación universitaria *pública* por la fuerza de la hegemonía sociocultural estas concepciones: pasando de Henry Fayol y Frederick Taylor, Elton Mayo a Michael Porter, Peter Drucker, y compañía. Esta matriz gerencial se impone en los países como las bases para las nuevas gerencias de América Latina y el Caribe. La proliferación de escuelas de negocios para la administración de la esfera pública.

Un tipo de *Gestión*, un tipo *Modernización* y un tipo *Estado* pasaron a estar dentro de la *jerga* tecnocrática del manual del *Buen Gobierno* (BM, 2007) o de la *Gobernanza democrática* instalada en la segunda oleada (BM, 1994). Estas miradas y acciones identificadas como tecno-burocracias de mercado; convirtieron a las burocracias gestoras públicas en defensoras de la *sociedad de clases*, pero principalmente en gerencadoras y reproductoras de los postulados e intereses del gran capital a través de las reformas sociales al Estado.

Desde su abordaje sobre todo en lo referido a la gestión pública como en la agenda del *dirigente/a y funcionario/a público* no dejaron de primar concepciones instrumentales, tecnocráticas y elitistas. Resulta evidente que en este texto nos interesa analizar cómo esas lógicas, marco teóricos-prácticos permearon al Estado, a sus cúpulas dirigenciales tecno-burocráticas e incluso a los trabajadores de la cosa pública, pero sobre todo a los movimientos políticos y sociales de cambio en la región (Ceceña y Sader, 2004).

Esta segunda reforma sobre la gestión pública e institucionalidad del Estado se hicieron deliberadamente *incorporando* la participación de la sociedad civil. Tanto en los planteamientos del BM (2004) y del BID como de otras agencias internacionales hubo un marcado énfasis sobre la necesidad de asegurar la participación de la sociedad civil (ALOP, 1995) para viabilizar la ejecución de reformas sectoriales (Ej.: salud, educación), de modernización y cambios de la gestión del Estado, incluyendo también la propia ejecución de proyectos. En este sentido, la libertad de los consumidores es la libertad de elección de políticas previamente definidas.

Se trataron de actos administrativos en muchos casos, con una sociedad civil cuyas organizaciones fueron sujetos de créditos y subsidios de la industria de la ayuda internacional (Basile, 2018) para la ejecución de proyectos en la cuestión social, o fueron instrumento de la estrategia de focalización de políticas. En definitiva, se buscaba fueran complementarias a la acción gubernamental y donde lo que cuenta es la ventaja comparativa de menores costos de producción de los servicios prestados por las propias organizaciones de la sociedad civil (OSC), o bien para una descarada apertura a modelos de asociación público-privados -con y sin fines de lucro- en la gestión gubernamental (Mesa-Lago, 1999).

Por supuesto que a las mentadas OSC nunca les dieron posibilidades de discutir los términos de ese debate y mucho menos discutir el *porqué* de la opción de una reforma ya *dada* y no otras alternativas. En resumen, la *supuesta* democratización y participación ciudadana por sí sola en la nueva gestión pública y *modernización* del Estado desde este tipo de diseño no fueron garantías de *participación* sino mecanismos de construcción de legitimidad social del *Buen Gobierno*. Las organizaciones de la sociedad civil, los sindicatos y otros actores sociales terminaron con sillas en las mesas de la reforma, participando de la toma de decisiones sobre un marco ya preestablecido para a lo sumo hacer comentarios o correcciones.

Ese *Buen gobierno* para el BM (2008) fue definido como “*el conjunto de tradiciones e instituciones mediante las cuales se ejerce la autoridad en un país*”.

Se idearon en la oleada seis indicadores que plantearon medir seis dimensiones amplias del buen gobierno en las que se condensaron los elementos fundamentales de esta definición del BM (2008) y compañía:

1. *Voz y rendición de cuentas*: la medida en que los ciudadanos de un país pueden participar en la selección de su gobierno, así como la libertad de expresión, la libertad de asociación y una prensa libre.
2. *Estabilidad política y ausencia de violencia/terrorismo*: la probabilidad de que el gobierno sea desestabilizado por medios inconstitucionales o violentos, incluidos actos de terrorismo.
3. *Eficacia del gobierno*: la calidad de los servicios públicos, la capacidad de la administración pública y su independencia de las presiones políticas, y la calidad de la formulación de políticas.
4. *Calidad normativa*: la capacidad del gobierno para establecer políticas y reglamentaciones adecuadas que permitan y promuevan el desarrollo del sector privado.
5. *Imperio de la ley*: el grado de confianza de los agentes en las reglas de la sociedad y su nivel de acatamiento —incluidos la calidad del cumplimiento de los contratos y los derechos de propiedad, la policía y los tribunales—, así como la probabilidad de que se cometan delitos y actos de violencia.
6. *Control de la corrupción*: la medida en que se ejerce el poder público en beneficio privado, incluidas las formas de corrupción en pequeña y gran escala, y el control del Estado por minorías selectas e intereses privados.

Estos indicadores y principios del *Buen Gobierno* no caben matices, sino que claramente expresan hacia quiénes está enfocado y cuáles son sus intereses. Ahora bien, pasando revista sobre este camino de la *modernización* del Estado y la nueva gestión pública, se abren un conjunto de interrogantes y preguntas de qué paso en la etapa.

Este proceso de reforma e indicadores gira alrededor de la teoría del *neoinstitucionalismo*. En búsqueda de la importancia de las instituciones para el funcionamiento de la economía y la sociedad, dado que las imperfecciones del mercado requieren el establecimiento de reglas que organicen la acción colectiva. Así esta teorización basa sus fundamentos en definir reglas, formales o informales, para producir un orden o reducir la incertidumbre en la economía. Esto reduciría la incertidumbre y los costos para la reproducción del capital y de la misma sociedad. Desde el ángulo de la gobernabilidad promovida por esta segunda reforma, se enfatiza en las reformas institucionales que fortalezcan la democracia liberal y el libre mercado.

Los argumentos favorables a este ciclo de reforma defienden que solamente con la introducción de la competencia y de la libre elección por parte de los consumidores habrá estímulos para garantizar la productividad y la calidad de bienes y servicios al ciudadano. Las recomendaciones del nuevo gerencialismo van en el sentido de cambiar el énfasis típico de la gestión burocrática en los insumos (*inputs*), por el énfasis en los resultados (*outcomes*). Varios autores (Fleury, 2001) identifican diferentes modelos alternativos de rendición de cuentas del nuevo gerencialismo público, tales como:

- Rendición de cuentas hacia arriba;
- Rendición de cuentas a los miembros de la organización;
- Rendición de cuentas hacia abajo (democracia participativa);
- Formas de rendición de cuentas basadas en el mercado (derechos de los consumidores).

Este modelo de reforma del Estado está basado en la orientación de la gestión pública hacia *consumidores*, capaces de elegir, en mercados competitivos, los servicios que mejor atiendan a sus intereses y necesidades. Innumerables medidas fueron desarrolladas con el objetivo de empoderar los consumidores de los bienes y servicios públicos, tales como la libertad de elección, la divulgación de los derechos de los consumidores, la creación de las veedurías y participación ciudadana o comunitaria, la responsabilización del cliente a través de costos compartidos, y otros. El nuevo gerencialismo termina por reducir el ciudadano a su rol de consumidor (Fleury, 2001).

En nuestra América Latina y el Caribe a pesar de que en esos años existieron procesos políticos denominados *contra-hegemónicos* (Ceceña y Sader, 2004) con intenciones y agenda de Gobierno que se define con aspiraciones *post-neoliberales* (Borón, 2004), en la cuestión de la institucionalidad y la gestión pública en ningún momento se logra la necesidad urgente de reinventar el Estado, la esfera pública y la democracia (De Sousa Santos, 2004).

En este segundo *tsunami* de reforma social al Estado, se asume en la política pública la teoría del gerenciamiento del riesgo social que atravesará las políticas públicas sociales, sanitarias y de protección.

En el documento del Banco Mundial *“Social Risk Management (SRM): A new conceptual framework for Social Protection and beyond”*, sus autores Robert Holzmann y Steen Jorgensen (2001) lanzan una nueva definición y marco conceptual para la Protección Social basada en la gestión del riesgo social (SRM, por sus siglas en inglés). El concepto replantea las áreas tradicionales de la Seguridad Social (*seguro social de intervención del mercado de trabajo, sistemas de seguridad social universal, previsión social y pensiones, salud, protecciones*), focalizándose exclusivamente en los individuos y sus riesgos. Tres estrategias plantean para lidiar con el riesgo (prevención, mitigación y superación), tres niveles de institucionalidad de la gestión de riesgos social (no estructurado, basado en el mercado- y público) y muchos actores a ser parte del abordaje de esos riesgos (individuos, familias, comunidades y ONG, Gobiernos en varios niveles y organismos internacionales) en el contexto de información asimétrica y diferentes tipos de riesgo. Este nuevo marco consiste en intervenciones públicas -y privadas- para *ayudar* a individuos, familias, comunidades a gestionar supuestamente mejor el riesgo social, y prestando especial foco a la pobreza extrema.

En esta nueva visión de la Protección Social hace hincapié en el doble papel de los instrumentos de gestión del riesgo-protectores como aportes básicos de protección, así como promover la toma de riesgos para autogestionar (“autosuperación”) por sí solos los individuos, sus familias y comunidades sus vidas y necesidades básicas. Se concentra específicamente en *los pobres*, ya que son los más vulnerables al riesgo y frente al riesgo general carecen de adecuados instrumentos de gestión para afrontarlos. Es en esta teorización que aparece el enlace entre *pobreza-vulnerabilidad*, y la proliferación de los grupos vulnerables y los especialistas al respecto.

“Los pobres y los más pobres, en particular, son vulnerables especialmente desde lo general porque están más expuestos a golpes y tienen menos herramientas para gestionar el riesgo, e incluso una pequeña caída en el bienestar puede ser catastrófica. Mejorar las capacidades de gestión de riesgo de los pobres reduce su vulnerabilidad y aumenta su bienestar y contribuye con ello a una disminución transitoria de la pobreza hacia una salida de la pobreza crónica”

(Morduch, 1994)

Esta oleada se propone una nueva definición y marco conceptual para la Protección Social enfocado en la noción de gerenciamiento del riesgo social (Holzmann y Jorgensen, 2001) que consolida ciertos idearios:

1. Recrea un nuevo modelo de protección social que gira alrededor del individuo. Basado en el gerenciamiento del riesgo social, la individualización de riesgos, y dispositivos de abordaje mitigatorios individuales y autogestivos.
2. Co-responsabiliza a los individuos, hogares-familias, comunidades, ONGs en el mismo plano que el Estado en la respuesta al riesgo y daño social sobre las poblaciones objeto.

3. Consiste en intervenciones públicas y privadas para asistir a los individuos, hogares y comunidades para manejar mejor sus riesgos para la vida y dar apoyos en situaciones críticas.
4. Realiza sólo respuestas compensatorias individuales, puntuales y enfocadas en la (auto) superación individual.
5. Lo teatraliza desde el “empoderamiento” y la “resiliencia” autogestivo (autoestima conductista) y la participación de los propios individuos, familias y comunidades en su desarrollo y respuesta a sus necesidades básicas.
6. Repiten su preocupación central en la “vulnerabilidad”, enlace entre Pobreza-Grupos Vulnerables, pero este ejercicio evita problematizar sobre la igualdad en sus dimensiones económicas, sociales, culturales y políticas.
7. Captura muchas políticas de transferencias de renta condicionada, políticas sociales de corte redistributivas de Gobiernos y procesos de signos políticos diferentes (liberales, socialdemocracia, populismos, revolucionarios).
8. Reactualiza el viejo paradigma liberal-residual desde esta nueva teorización de la meritocracia del siglo XXI.
9. Invisibilizan el empobrecimiento de grandes conjuntos sociales de los países latinoamericanos y caribeños asociándolo a algo cándido generado por la naturaleza, al catastrofismo del subdesarrollo y/o errores exclusivamente de Gobiernos, desvinculándolo de la economía política en la distribución del poder, la riqueza y los bienes comunes en las formas de organización de las sociedades.

Fuente: Elaboración propia

El Banco Mundial planteará entonces transitar desde los modelos eurocéntricos de protección social parciales u estratificados de asistencia social, seguros sociales o de intentos de seguridad social universal del siglo XX a inspirarse en un nuevo concepto motor y ordenador de la protección social y las políticas públicas incluso en salud con la noción de la nueva cuestión social de la *vulnerabilidad y manejo del riesgo social*. Esto permite reconfigurar el ideario del individuo como centro de la protección social y los sistemas sanitarios.

En esta estrategia se busca involucrar a todos los actores sociales interesados en la problemática: individuos, familias, comunidades, ONGs, Gobiernos locales, empresarios, Estado nacional, y ponderar el diálogo social e intersectorial, la igualdad de oportunidades y el capital social (Kliksberg y Rivera, 2009)

Esta segunda oleada se produce en el marco de una gran ofensiva reformista en la agenda mundial y acelerada en medio de la crisis global del capitalismo del año 2008 en adelante.

En esa ola planetaria, el G-20, las tecnocracias del BM y BID, asociados a la propia OMS e incluso a la Organización Internacional del Trabajo (OIT) capturan a amplios sectores del movimiento sindical mundial, a muchas organizaciones internacionales y locales de sociedad civil, universidades, centros de estudios, con una nueva gramática, iniciativa

y agenda de salud global liberal (Basile, 2018). Resultando a su vez un mapa de campo de fuerzas y tendencias adversas para cualquier perspectiva subalterna, alternativa y emancipatoria.

El ideario de prestaciones mínimas, seguros para pobres, multipilaridad y microsistemas de pensiones, en lo que se denomina Piso de Protección Social (SPF, por sus siglas en inglés), se instala como alternativa para los millones de personas, pero especialmente para gobiernos de diversas trayectorias e idearios políticos que la asumen.

Se conjugan con dispositivos *paraguas* con un lenguaje y palabras semánticamente más polifónicas que en el ciclo anterior: Cobertura Universal de Salud, Protección Social de Salud, Acceso financiero y Protección Financiera al Riesgo Social (Knauth et al, 2005), Pisos mínimos de Protección social, se transforman en todas propuestas construidas desde la hegemonía liberal de las tecnocracias, organismos e intereses geopolíticos internacionales del capital en el mercado de la salud y gerenciamiento del riesgo social desde el Norte global.

En este contexto, actualizado al clima de época del gerenciamiento del riesgo social, en el sector salud se promueve un nuevo modo específico de acceso a la salud: el *aseguramiento universal*. Aunque esto se analizará para América Latina y el Caribe desde su devenir y particularidad en los sistemas de salud (ver Capítulo 2).

Esta orientación estratégica aparece claramente en el 2005 donde la OMS establece una resolución a favor del aseguramiento en salud (Hsiao y Shaw, 2007). Se define que debe ser la estrategia para movilizar recursos y desarrollar la cobertura de salud, donde la propia OMS favorecerá y proveerá apoyo técnico a favor de esta reforma que claramente emana del Banco Mundial. La expansión del mercado de seguros de salud (aseguramiento) incorporando en su narrativa la palabra *universal*. Lo definirán como "*cobertura universal*".

Lo interesante de la segunda oleada de reformas al Estado, que en el sector Salud ya no propiciará los mismos objetivos, principios y lenguajes.

Tomando como ícono al propio Banco Mundial, el propio organismo pasa del documento "Invertir en Salud" (BM, 1993) a "Combatir la inequidad en salud (BM, 2011). Es decir, relanzan una narrativa desde la enunciación de "*lo universal*", del rol rector del "*Estado*", de "*los derechos humanos*", de la "*equidad*", de la "*protección*", "*género*", "*rendición de cuentas*", otros (Basile, 2018). Esta nueva nomenclatura de lenguaje y bases en sintetizada en la siguiente tabla.

Tabla 3 – Principios y fundamentos sobre las nuevas bases de reforma en sector salud (BM, 2011)

Banco Mundial – “Combatir la inequidad en Salud”(2010)	Principios directores y nociones destacados en la implementación de los seguros de salud	Principales ejes de la argumentación del Banco Mundial a favor de los “seguros de salud”.	Términos y justificación del BM extraídos de <i>Combatir la Inequidad en Salud</i> (Abdo S. Yazbeckp Jefe economista del sector salud del Banco Mundial) y “ <i>Prioridades en el Sector Salud: de América Latina</i> ” (Banco Mundial 2011)
<p>Principios y nociones presentes en el discurso actual del BM sobre la protección social en salud / los seguros de salud: Incorporación y transformación de nociones a favor de la universalidad de los sistemas de salud en el paradigma neoliberal del Banco Mundial.</p>	<p>« Cobertura universal en salud »/“Acceso gratuito a la salud”</p> <p>« Protección social en salud »</p> <p>Superar la barrera económica del acceso a la salud</p> <p>“Paquetes básicos de servicios de salud” / “prestaciones explícitas de salud”</p> <p>Focalización y prueba de medios</p> <p>Reconocimiento del Derecho a la salud(individual y restringido)</p> <p>Seguros de salud subsidiados: financiamiento de la demanda y transferencia de recurso públicos al sector privado</p>	<p>Despolitización / pragmatismo</p> <p>Equidad</p> <p>La cuestión económica es la principal barrera en el acceso a la salud.</p> <p>Recursos limitados que implican la lógica de costo efectividad.</p> <p>La lógica del mercado permite la mejora de los sistemas de salud</p>	<p>“Dada la importancia del contexto local, la falta de un marco de trabajo universal no es el problema” (Abdo S. Yazbeckp.86)</p> <p>“No necesitamos identificar todas las limitaciones de oferta y demanda que enfrentan los pobres – sólo las más importantes” (Abdo S. Yazbeckp.86)</p> <p>“un cubrimiento universal de los seguros de salud muy probablemente beneficiaría a los pobres” (Abdo S. Yazbeckp p.111)</p> <p>“El sistema se basa en el pago previo de un conjunto de servicios que se ampliará a medida que la demanda y el financiamiento lo permitan.”</p> <p>« Para alcanzar las metas de atención médica, las sociedades y sus sistemas de salud tienen que establecer prioridades, ocuparse de los grupos más vulnerables y decidir qué servicios financiarán y prestarán y cuáles quedarán excluidos”. (“Prioridades en el Sector Salud: de América Latina” Banco Mundial 2011)</p> <p>« los juicios, si bien son una estrategia legítima para garantizar que todas las personas reciban un trato igualitario y un mecanismo eficaz para proteger el derecho a la salud, también pueden distorsionar la asignación de recursos y afectar de manera negativa los planes que benefician a los pobres” (acerca de los amparos en Colombia “Prioridades en el Sector Salud: de América Latina” Banco Mundial 2011)</p> <p>“nueva faceta de la asignación de fondos según desempeño son los acuerdos contractuales con proveedores no gubernamentales que atan el pago al desempeño. La contratación en el sector salud está creciendo y la evidencia sobre los efectos positivos de atar el pago a los resultados es alentadora” (Abdo S. Yazbeckp p.76)</p> <p>“La expansión del seguro de salud a los pobres en Colombia incluyó varias acciones para fortalecer los pactos, entre ellas el uso de medios sustitutos para identificar a los pobres y mejorar la distribución, el subsidio de las primas de los pobres (mejor asignación), (...), y la separación entre financiación y provisión por medio de contratos.” (Abdo S. Yazbeckp p.135)</p>

Fuente: Elaboración propia en base a BM (2011)

Bibliografía

- Almeida, Celia (2001). Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud. Cuadernos Médico-Sociales 79: 27-58.
- Almeida, Celia (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: 905-925.
- ALOP (Association) (1995). Las ONGs y el Banco Mundial: ajuste, pobreza y participación en América Latina y el Caribe.
- Althusser, Louis (1975). Aparatos ideológicos del Estado. Comité de Publicaciones de los alumnos de la ENAH.
- Álvarez, Jairo (2005). Intelectuales, tecnócratas y reformas neoliberales en América Latina. Univ. Nacional de Colombia.
- BID- Banco Interamericano de Desarrollo (2003). Poverty Reduction and Promotion of Social Equity, Strategy Document Washington, D.C. Agosto.
- BM- Banco Mundial (1993). Invertir en Salud. Washington.
- BM- Banco Mundial (2004). Governance, The World Bank's Experience, (Washington, D.C.).
- BM- Banco Mundial (2007). Indicadores mundiales de buen gobierno, 1998-2007. Recuperado de: <http://siteresources.worldbank.org/EXTWBIGOVANTCOR/Resources/brochuresp.pdf>.
- BM- Banco Mundial (2011). Prioridades en el Sector Salud: de América Latina. Recuperado de: <http://wbi.worldbank.org/wbi/stories/prioridades-en-el-sector-salud-la-historia-de-america-latina>
- Basile, Gonzalo (2018). Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro descolonial y epistemológico. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones Biblioteca CLACSO. Diciembre.
- Basile, Gonzalo (2019). La salud del proceso de integración regional: el caso UNASUR SALUD. ¿Soberanía o dependencia sanitaria? Ediciones Biblioteca CLACSO. Publicado en Diciembre.
- Basile, Gonzalo (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.
- Barbeito, Alberto *et al.*, (1998). Asistencialismo focalizado vs. Ingresos básicos universales.
- Boersner, Demetrio (2005). Gobiernos de izquierda en América Latina: tendencias y experiencias. Nueva sociedad 197: 100-113.
- Borón, Atilio (2004). La izquierda latinoamericana a comienzos del siglo XXI: nuevas realidades y urgentes desafíos. OSAL 5.13: 41-56.
- Boston, Jonathan (1995). Inherently governmental functions and the limits to contracting out. In: Boston, Jonathan (ed.). The State under contract. New Zealand, Bridget Williams Books.
- Bresser-Pereira, Luiz (1996). Crise econômica e reforma do Estado no Brasil. São Paulo, Editora 34.
- Breilh, Jaime y Tilleria Muñoz, Ylonka (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.
- Breilh, Jaime (2010). Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional.

Brouchoud, María Fernanda (2009). Las reformas del Estado y la administración pública en América Latina y los intentos de aplicación del New Public Management. *Estudios Políticos*, (34), 115-141.

Brown, Wendy (2017). *El pueblo sin atributos: La secreta revolución del neoliberalismo*. Malpaso Ediciones SL. Buenos Aires.

Bustelo, Eduardo (1991). La producción del estado de malestar. Ajuste y política social en América Latina. *Salud Pública de México*, 33(3), 215-226.

Calcagno, Alfredo (2001). *Ajuste estructural, costo social y modalidades de desarrollo en América Latina*. CLACSO.

Ceceña, Ana Esther *et al.*, (2004). *Hegemonías y emancipaciones en el siglo XXI*. Buenos Aires: CLACSO, del presidente de Bolivia, Discurso, and Evo Morales Ayma. "en ocasión de la Declaración del Día Internacional de la Madre Tierra en la Asamblea General de la ONU." Nueva York 22.

De Sousa Santos, Boaventura (2004). *Reinventar la democracia: Reinventar el Estado*. Editorial Abya Yala,

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

Duarte, Marisa (2002). El Consenso de Washington y su correlato en la Reforma del Estado en la Argentina: los efectos de la privatización. Schorr, Martín et al. *Más allá del pensamiento único. Hacia una renovación de las ideas económicas en América Latina y el Caribe*.

Duménil, Gérard y Lévy, Dominique (2007). *Crisis y Salidad de la Crisis: Orden y Desorden Neoliberales*. Fondo de Cultura Económica.

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

Fleury, Sonia (2001). Reforma del estado. *Revista de Administração Pública*, 35(5), 7-48.

Fleury, Sonia (2004). Construcción de ciudadanía en entornos de desigualdad. *Revista Instituciones y Desarrollo*, 16, 133-170.

Fleury, Sonia y Molina, Carlos (2002). *Modelos de protección social*. Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). *Diseño y gerencia de políticas y programas sociales*. Washington: INDES, 3-6.

Fleury, Sonia (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 – 1ra Edición Buenos Aires/ Lugar

Foucault, Michel (1991). *La gubernamentalidad*. Espacios de poder, 9-26.

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

Girón, Alicia (2008). Fondo Monetario Internacional: de la estabilidad a la inestabilidad. *El Consenso de Washington y las reformas estructurales en América Latina.*" Lechini, G.: "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.

Gramsci, Antonio (1978). *El concepto de Hegemonía en Gramsci*. México: Ediciones de Cultura Popular.

Granda, Edmundo (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista cubana de salud pública*, 30(2), 0-0.

Hamblin, Charles (1970). *Fallacies*, Methuen. London, UK .

Holzmann, Robert y Jorgensen, Steen (2001). Social Risk Management: A new conceptual framework for Social Protection, and beyond. *International Tax and Public Finance* 8.4: 529-556.

Homedes, Nuria y Ugalde, Antonio (2005). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 210-220.

Houtart, Francois (2003). *Crisis del Neoliberalismo y Recreación de las Luchas de los Pueblos*. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales.

Hsiao William y Shaw, Paul (2007). *Social Health Insurance for Developing Nations*, Harvard Institute and World Bank Institute. Washington DC.

Iriart, Celia, Merhy, Emerson y Waitzkin, Howard (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: 95-105.

Jessop, Bob (2018). *El Estado*. Los Libros de la Catarata.

Knaul, Felicia *et al.*, (2005). Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004. *Salud pública de México* 47.6: 430-439.

Laurell, Asa Cristina (1995). Estado e políticas sociais no neoliberalismo. In *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*.

Laurell, Asa Cristina (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. CLACSO.

Lechini, Gladys (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.

Lefort, Claude (1984). ¿Qué es la burocracia?, en Oszlak, O. (comp.), *Teoría de la burocracia estatal*, Paidós, Buenos Aires.

Lenin, Vladimir (1976). *El estado y la revolución: Debate sobre EL estado y la revolución*. Anagrama.

Marx, Karl (1997). *O 18 brumário de Luís Bonaparte*. Obras escogidas.

Mesa-Lago, Carmelo (1999). Política y reforma de la seguridad social en América Latina. *Nueva Sociedad* 160: 133-150.

Monedero, Juan (2015). Selectividad estratégica del Estado y el cambio de ciclo en América Latina. *Estados en Disputa Auge y Fractura del Ciclo de*, 338.

Morduch, Jonathan (1994). Pobreza y vulnerabilidad. *The American Economic Review*, 84 (2), 221-225.

Navarro, Vicente (1998). *Neoliberalismo y Estado del bienestar*. Barcelona: Ariel.

Navarro, Vicente (2009). Repercusiones sociales de la crisis global. *Salud* 2000 124 (2009): 208-20.

O'Donnell, Guillermo (1978). Apuntes para una teoría del Estado. *Revista mexicana de sociología*, 1157-1199.

O'Donnell, Guillermo (1999). Teoría democrática e política comparada. *Dados*, 42(4), 655-690.

Porter, Michae (2021). "Perfil", Recuperado de: <http://scholar.google.com.ar/citations?user=g9Wlhb0AAAAJ&hl=es&oi=ao>.

Poulantzas, Nicos (1982). Hegemonía y dominación en el Estado moderno. Ediciones Pasado y Presente.

Sader, Emir y Gentili, Pablo (1999). La trama del neoliberalismo. Mercado, crisis y exclusión social.

Vilas, Carlos (1994). Estado y mercado después de la crisis. Revista Nueva Sociedad (Caracas) (133): 118-135.

Weber, Max (2015). Bureaucracy. In Working in America. Routledge.

Williamson, John (1990). "What Washington Means by Policy Reform," in Latin American Adjustment: How Much Has Happened? Edited by J. Williamson (Washington: Institute for International Economics).

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

Yazbeckp, Abdo (2010). Combatir la inequidad en el sector salud: Síntesis de evidencias y herramientas. Biblioteca del Banco Mundial.

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

*Gonzalo Basile*⁷

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 clases 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 determinaciones 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 las sociedades.

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

⁷ gbasile@flacso.org.do - (Argentina). Coordinador regional GT Salud Internacional CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales) y director del Programa de Salud Internacional FLACSO República Dominicana.

las sociedades. Por lo tanto, los sistemas de salud pueden desempeñar un papel clave en la construcción de ciudadanía e igualdad 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 los pueblos (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"*⁸.

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 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 desarrollista del siglo XX (Granda, 2004).

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

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 vertical 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)

Como se aborda en capítulos anteriores, 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 simplemente 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 actualmente 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 en salud 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 una operación instrumental clave: la separación de funciones. Esto implica que la propia reforma al sistema sanitario se transforma en un mercado (des)regulado de cobertura, pero también de nichos de mercados en:

- *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 la CUS (Cobertura Universal de Salud) 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 el propio BM, 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.

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).

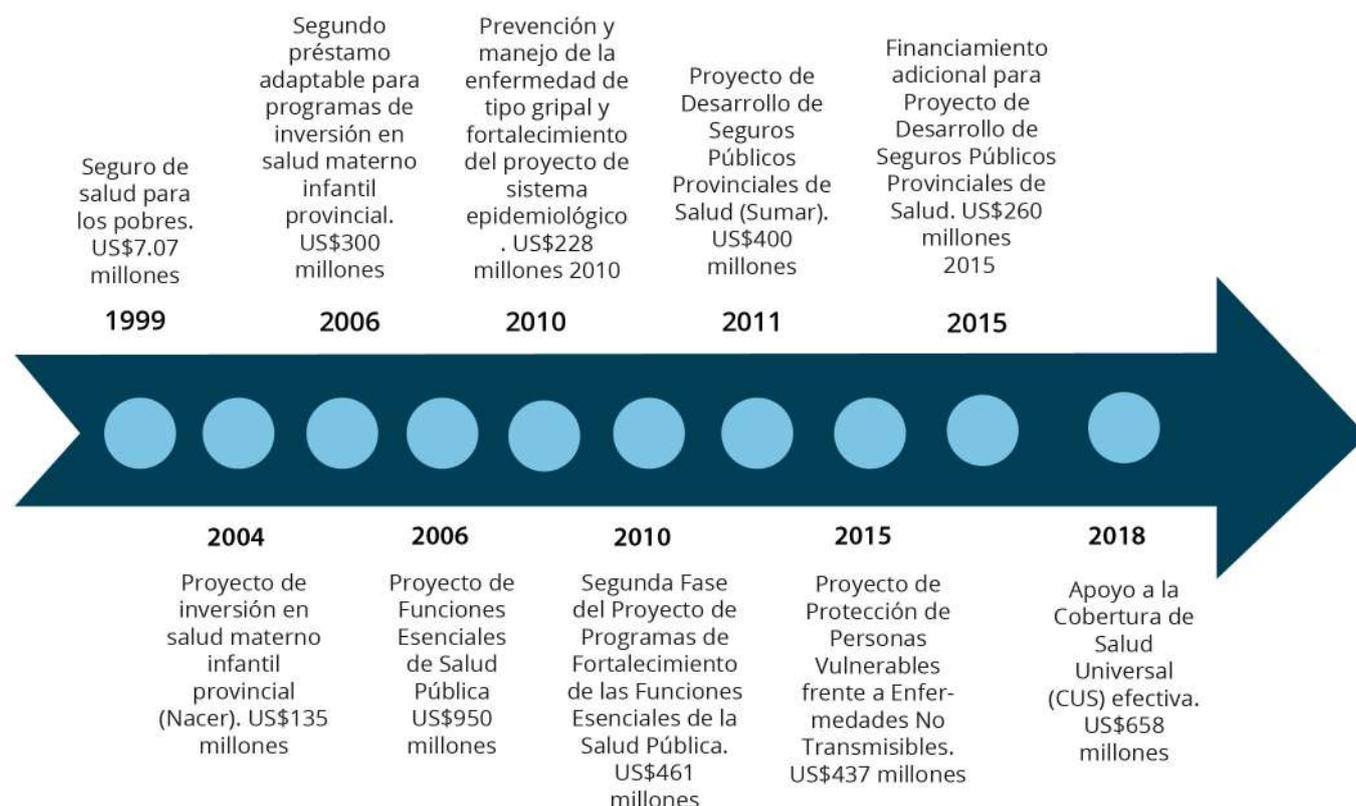
Esta integración del sistema se la plantea como una hoja de ruta para “... *especialmente útil para el manejo efectivo de las ENT. En el sector público, a menudo los únicos servicios relacionados con ENT que se han definido son aquellos en un paquete limitado de servicios en su mayoría primarios y preventivos 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 comienza a desarrollar en Argentina.

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 alto costo en su diagnóstico y de tratamiento con tecnologías sanitarias (cánceres y cardiovasculares).

Gráfico 1 - 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 arreglos institucionales que acumulados en dos décadas construyeron una nueva morfología del sistema de salud por una especie de *goteo* convenio a convenio.

Cuadro 2 – Comparación de Programas de Aseguramiento en Salud del Banco Mundial por País

Países	Argentina: Plan NACER /SUMAR	Bolivia: Seguro Universal Materno Infantil (SUMMI)	Ecuador: Programa de Aseguramiento Universal en Salud	Haití: Servicios Obstétricos Gratuitos (SOG)	Perú: Seguro Integral de Salud (SIS)	República Dominicana: SENASA (Seguro Nacional Salud)	México: 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 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, 2018), 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 Bellagio⁹ 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&Company¹⁰ 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

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

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

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”*¹¹.

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” o “estatal”. 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,

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

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 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 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 QALY, 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 *“obvietades”* 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, 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 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.

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, OMS y BM 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.

2. La enunciación de un resultado final: Sistemas Únicos de Salud(SUS) totalizantes en clave siglo XX. Retorno a una centralización con estatización idealizada con el presupuesto de una expansión 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 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).

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 porque fue un Sistema Único sobre servicios y establecimientos privados de salud. En el caso de Costa Rica, un sistema nacional de salud en basada a la universalización del 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, entre otras. Aunque válida y loable, por momentos es sólo 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 4 - Contenidos de Corrientes de pensamiento sobre los Sistemas de Salud

Reforma Regresiva	Reforma Retrotopía	Refundación
<i>Reforma Regresiva Siglo XXI</i>	<i>Reforma Retrotopía Siglo XX</i>	<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.
Privatizaciones	Recuperación de Rectoría y Regulación	Democratización y colectivización de procesos de cambio Ciudadanización
Asociación Público-Privada	Ampliación de coberturas	Subjetivación – Diálogo intercultural
APS Selectiva	Narrativa de Estrategia de APS y Participación comunitaria como centro.	Constitucionalismo Universalización de bienes sociales públicos y sistemas universales
Pluralismo estructurado /Aseguramiento	Sistemas de salud que universalizan atención biomédica sanitaria	Territorialidad y Territorios
Salud global liberal – Funcionalismo de la Salud Pública del Siglo XXI	Salud Pública, Salud Colectiva 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 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 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 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. 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, políticos, económicos y culturales lo cual pareciera que siempre se vuelve al mismo lugar.

Este trabajo comprende que un proyecto basado en una ética de liberación alternativa no puede ser enunciado sólo 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 lo común y colectivo 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 y actores populares para implementar las estrategias enunciadas y/o elaboradas.

El primer cambio entonces que se proponen estos apuntes es dejar atrás el concepto categoría de *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 (Santos, 2010). 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. Es la formación de un nuevo marco categorial, modificando nuestras categorías de estudio.

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

Refundación busca proponer un «repensar categorial». La intención epistémico-teórica que no se limita a copiar categorías o conceptos, sino que intenta hacer una incorporación problematizadora en un nuevo corpus categorial. La realidad pensada con la anterior categoría no es la misma, por ello la intención epistémica deviene inevitablemente en una transformación del contenido anterior del concepto o la categoría, para que el nuevo contenido del concepto o categoría sea pertinente a la realidad estudiada y abordada (Bautista Segales, 2014).

Pero el problema, en última instancia, no es tanto construir nuevos conceptos y nuevas categorías de análisis, sino nuevos «marcos» categoriales desde donde tenga sentido el uso de estos nuevos conceptos y categorías; es decir un sistema categorial que se expresa y materializa en sistemas argumentales críticos para la Salud desde el Sur.

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, liberadora, 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, interrogantes 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).

Hay una necesidad regional de trascender cognitivamente, o sea, categorialmente, las fundamentaciones que hizo la racionalidad ontológico-moderno-occidental sobre los sistemas sanitarios y el Estado moderno.

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.

El problema es construir un marco categorial que permita entender en el plano de la ciencia crítica latinoamericana y caribeña en salud la especificidad del problema de los sistemas de salud en la periferia, la dependencia, la opresión, el colonialismo, la negación de saberes, el sufrimiento y la exclusión de los pueblos latinoamericanos caribeños, y para ello no basta (porque es insuficiente) el pensamiento y la ciencia europea, porque nunca fue su problema esto. Sus categorías de análisis, modelos o marcos teóricos son reduccionistas y sesgados.

En definitiva, trabajar en la región el para qué, el 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 colectivización, ciudadanía 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. La refundación busca un proceso técnico-político con pretensión de liberación, no de reproducción.

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: reconstruir la esperanza desde diversos horizontes 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.

2. 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 y dinámicos de dominio (Cunill, 1997) incluyendo los de la biomedicalización y salud pública convencional, por medio de una ciudadanización plural, intercultural, igualitaria y deliberativa. La despatriarcalización 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).

Univerzalición 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 desmercantiza 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, de la comunidad, del territorio.

La compleja y heterogénea amalgama de instituciones médicas, servicios sanitarios, capacidades institucionales que generó el proceso de descentralización (para desconcentración y desresponsabilidad neoliberal del Estado), 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 y del poder, potenciar capacidad de atención y respuesta sobre los perfiles epidemiológicos desiguales, priorizar diálogo intercultural, participación popular y equidad de género, refundar 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 galvanizo 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 neoliberales, implica en ese mismo ejercicio una subjetivación, ciudadanización y (re) conceptualización de los sistemas de salud con la Sociedad.

Ahí están abiertos los procesos constituyentes en Chile, quizás en Perú, que pueden ser plataformas desde donde provengan el repensar un nuevo punto de partida para los sistemas de salud.

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 diversalidad. 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 ciudadanización 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, otrxs). 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 Beverige o esquemas de la socialdemocracia liberal europea. O bien, articulando arreglos institucionales con una *autocensura* marcada de imposibilidad de planteamiento de otros horizontes.

La acción política sanitaria que tenga una seria y honesta pretensión de liberación no puede partir ingenuamente de los conceptos y categorías de la política de dominación moderna y los marcos teóricos del locus eurocéntrico.

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 saldos de acumulados institucionales.

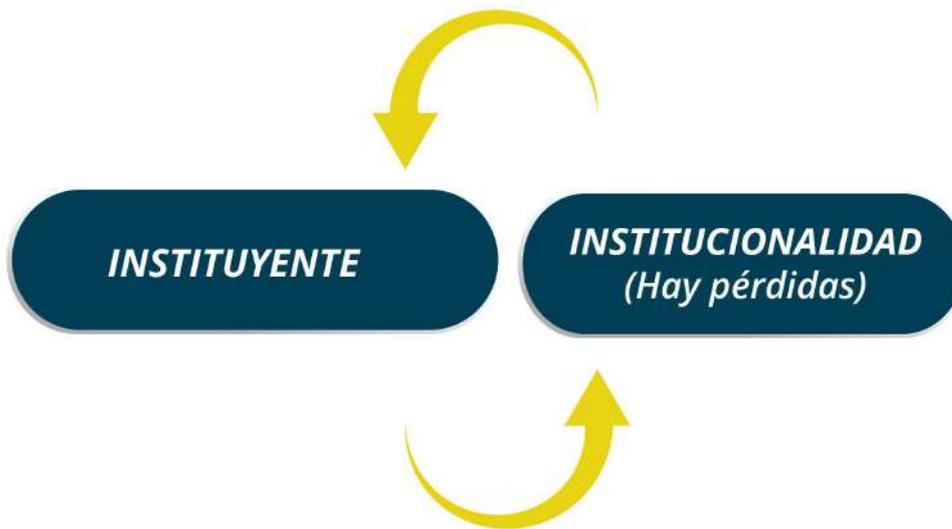
Pérdidas que pueden ser nuevos puntos de partida, que también pueden ser derrotas momentáneas, o bien, que permiten pensar la práctica de la acción político-sanitaria como un proceso permanente e incesante en la articulación: conocimiento-acción política/acción política-conocimiento.

Los procesos de refundación con pretensión de liberación necesitan un nuevo punto de partida, una redefinición de los conceptos y categorías para afirmar positivamente la nueva política sanitaria como «voluntad de servicio» y no como un dominio «legítimo» ante obedientes, como decía Weber. La nueva política sanitaria no puede ser de dominio, sino que «debe ser» de liberación de toda forma de dominio y, a su vez, «debe estar» al servicio de todo el proceso de emancipación y liberación. Pero este nuevo «deber ser» puede estar fundado en una nueva concepción de lo que la política sanitaria «es» en si misma.

Una nueva concepción del ser de la política define un nuevo horizonte de factibilidad, de viabilidad. Aquí es como plantea Enrique Dussel (1998) donde es clave redefinir *el poder* sólo entendido como *potestas* o como *dominio* moderno, esto es, sin obedecer ni escuchar la voluntad popular colectiva intercultural, en cuanto *potentia* (como voluntad colectiva o popular, o como fuerza acumulada en el seno de la comunidad). Para que el poder se torne humanista hay que cambiar la coordenada, o mejor transformarla por dentro, esto es, para que la *potestas* no se torne sólo como literal dominio, quienes mandan tienen que hacerlo escuchando, es decir, obedeciendo a la *potentia*, o sea, a la voluntad popular

colectiva intercultural. Esto significa que, si en la política de la modernidad occidental el poder siempre fue y es sinónimo de dominio, ello no quiere decir que el poder es y será dominio en todo tiempo y espacio históricos (Dusell, 1998).

Gráfico 1 - 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, Celia (2001). Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud. Cuadernos Médico-Sociales 79: 27-58.

Almeida, Celia (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: 905-925.

Artaza, Osvaldo (2008). Los desafíos de la autogestión hospitalaria. Revista chilena de pediatría, 79(2), 127-130.

BM- Banco Mundial (2016). Soporte efectivo a la Cobertura Universal de Salud. Recuperado de: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/843111526873422318/Argentina-Supporting-Effective-Universal-Health-Coverage-Project>.

BM- Banco Mundial (2018). Supporting Effective Universal Health Care Coverage in Argentina. Aprobado el 28 de abril de 2018.

Basile, Gonzalo (2018). Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro descolonial y epistemológico. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones Biblioteca CLACSO. Diciembre.

Basile, Gonzalo (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, Zygmunt (2019). Retrotopia. Premier Parallèle.

Benach, Joan y Muntaner, Carles (2005). Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud. Editorial El Viejo Topo.

Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loic (1995). Respuestas. Por una antropología reflexiva. Ed. Grijalbo. México.

Breilh, Jaime (2010). Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional.

Breilh, Jaime (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, Mario (2001). Como se vive se muere: familia, redes sociales y muerte infantil (No. 233).

Castells, Manuel (1998). ¿Hacia el Estado red? Globalización económica e instituciones políticas en la era de la información. In: Seminário Internacional sobre Sociedade e Reforma do Estado. Anais, Brasília, Mare.

Cunill Grau, Nuria (1997). Repensando lo público a través de la sociedad. Nueva Sociedad. Caracas, Clad.

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

Dussel, Enrique (1998). *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*. Vol. 2. Madrid: Trotta.

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

Fleury, Sonia (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, Ligia *et al.*, (2012). Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad. ISAGS.

Granda, Edmundo (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista cubana de salud pública*, 30(2), 0-0.

Hernández, Mario y Torres-Tovar, Mauricio (2010). Nueva reforma en el sector salud en Colombia: portarse bien para la salud financiera del sistema. *Medicina Social*, 5(4), 241-245.

Hsiao, William y Shaw, Paul (2007). *Social Health Insurance for Developing Nations*, Harvard Institute and World Bank Institute. Washington DC.

Kutzin, Joseph (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ*; 91: 602-11.

Laurell, Asa Cristina (2013). Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano. CLACSO.

Londoño, Juan y Frenk, Julio (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

Maldonado-Torres, Nelson (2008). La descolonización y el giro des-colonial. *Tabula rasa*, (9), 61-72.

Nogueira, Marco Aurélio (1998). As possibilidades da política. Idéias para a reforma democrática do Estado. São Paulo, Paz e Terra.

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

República Dominicana (2001). Ley 87-01 sobre Sistema Seguridad Social. Recuperado de: http://www.cnss.gob.do_

Rivera Cusicanqui, Silvia (1993). La raíz: colonizadores y colonizados, en Xavier Albó y Raúl Barrios (coords.), *Violencias encubiertas en Bolivia*. La Paz, CIPCA – ARUWIYIRI.

Segalés, Juan José (2014). *¿Qué significa pensar desde América Latina?* Ediciones Akal.

Walsh, Catherine (2008). Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. *Tabula rasa*, (9), 131-152.

Weber, Max (2015). *Bureaucracy*. In *Working in America*. Routledge.

Wilson, Luis, Velasquez, Anibal y Ponce, Carlos (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: 207-217.

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

CAPÍTULO 2

Chile, Brasil, Perú,
Argentina y Venezuela



● La crisis neoliberal del Sistemas de Salud de Chile

Camilo Bass del Campo¹²

Chile tiene una larga tradición de desarrollo en el tema de acceso a salud. Durante el siglo XIX, el pueblo se organizó en Sociedades de Socorros Mutuos, como una alternativa expresamente contrapuesta a la caridad. Posteriormente, el Estado se introduce en la provisión de atención a los/as trabajadores/as y se establece un Servicio Nacional de Salud. Sin embargo, como consecuencia de las políticas impulsadas por la dictadura de Pinochet, se realizaron reformas neoliberales en el campo de salud y seguridad social, imponiendo un modelo de mercado y un incentivo negativo hacia los sistemas públicos.

En la actualidad el sistema de salud se encuentra en crisis. Integrado principalmente por el sistema público (Fondo Nacional de Salud) y el sistema privado (Instituciones de salud previsional), que produce segmentación de la población en el acceso a salud, consagrando una salud para pobres y enfermos y otra para ricos y sanos. Como resultado del proceso de reforma de salud del año 2005, se implementa el programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), un listado actual de 85 enfermedades con acceso a intervenciones sanitarias específicas. Sus efectos positivos han sido limitados y sus problemas importantes: exceso de burocracia, generación de discriminación y desvío significativo de recursos públicos hacia el sistema privado. Como consecuencias, un sector público crónicamente desfinanciado, perdiendo capacidades y un aseguramiento privado con discriminación y arbitrariedades, sin solidaridad ni eficiencia. Asociado a un elevado gasto de bolsillo, que corresponde a lo menos a un 32% del gasto total en salud.

En este contexto, donde durante más de 45 años la sociedad chilena ha caminado por las veredas del neoliberalismo, el día 18 de octubre de 2019, producto del alza en el pasaje de transporte, el pueblo chileno se reveló y dijo basta a la desigualdad y exclusión reinante. Se avanza así, hacia un proceso de rearticulación de las clases subalternas, promoviendo un cambio a los amarres constitucionales del Estado subsidiario, trabajando la capacidad de alianzas que el mundo del trabajo organizado pueda establecer con otros movimientos sociales con diferentes problemáticas, para que se lleven a cabo las transformaciones que requiere un nuevo Chile, con un Sistema Universal o Servicio Nacional de Salud, bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad, gratuidad y ausencia de lucro. Un aspecto muy importante de la implementación es que debiera permitir el diálogo respetuoso de saberes entre la atención de salud alopática y los conocimientos ancestrales y populares. Además, de potenciar la autonomía de los pueblos en la generación de procesos de atención acordes con las dinámicas de las propias localidades, disminuyendo así la dependencia hacia la medicina occidental.

12 Es médico de familia, especialista en atención primaria de salud. Es miembro directivo del Colegio Médico de Santiago de Chile, docente de la Escuela de Salud Pública Salvador Allende. Actualmente Núcleo Chile de la Red Latinoamericana de Sistemas y Políticas de Salud e investigador del GT de Salud Internacional de CLACSO por el Instituto de Estudios Estratégicos para el Desarrollo Humano (INEEDH, Chile).

Proceso de cambio estructural del sector salud

Chile tiene una larga tradición de desarrollo en el tema de acceso a salud. Durante el siglo XIX, el pueblo se organizó en Sociedades de Socorros Mutuos, como una alternativa expresamente contrapuesta a la caridad. Su objetivo primordial era dar solidaria protección ante la enfermedad, la muerte y el desamparo familiar en base a la creación de un sistema de seguridad social fundado sobre el ahorro de sus asociados/as (Illanes, 2003). Luego, en el año 1924 se dictó la Ley de Seguro Obrero Obligatorio (Ley N° 4.054), por la cual empleadores y obreros debían imponer mensualmente a un fondo solidario de enfermedad e invalidez. Esta ley significó la introducción del Estado en la provisión de atención a los/as trabajadores/as.

Posteriormente, en 1952 se promulga la Ley 10.383 que establece el Servicio Nacional de Salud (SNS), organismo público encargado de realizar todas las acciones sanitarias: fomento de la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación (Bass, 2012).

Este desarrollo de la seguridad social en salud llevó a realizar propuestas relacionadas con un concepto de atención integral de salud, en el contexto temporal del siglo pasado, como:

“una atención médica eficiente y oportuna para toda la población y para cada persona considerada integralmente. Más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, se dirige al ser humano en su totalidad física y mental, en continua adaptación a su medio ambiente socio-cultural. Atención descentralizada, próxima al hogar o al sitio de trabajo, a cargo de un equipo funcionario bien integrado, en estrecha armonía y continuidad con el Hospital Base y con todos los organismos locales. Atención que integra, en cada prestación, los aspectos somáticos y psíquicos, lo individual con lo social, y las acciones preventivas y curativas. Por fin, atención planificada y con permanente intención educativa”.

(Oficina Central de Planificación Salvador Allende, 2006).

Posteriormente, consecuencia de las políticas impulsadas por la dictadura de Pinochet, se realizaron reformas neoliberales a cargo de los denominados *Chicago Boys* (economistas liberales discípulos de Milton Friedman en la Universidad de Chicago), quienes implementan las pautas para un sistema económico de libre mercado contenidas en el texto conocido como *El Ladrillo*. Estos cambios radicales en el campo de la salud y la seguridad social en el Chile de los setentas serían expandidos en los noventa hacia los demás países.

Bajo las condiciones de una dictadura (1973 y 1990), se impone un modelo de mercado en salud, seguridad social y en el resto de los derechos sociales, siendo utilizado como modelo por los organismos multilaterales que sistemáticamente presionan por reformas al resto de la región. Se crearon las instituciones privadas de salud, denominadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y de Seguridad Social, las Asociaciones de Fondos de Pensiones (AFP), para recibir el aporte de las cotizaciones de las personas

con mayores ingresos. Promoviendo un incentivo negativo hacia los sistemas públicos. (Tetelboin, 2009).

Estas transformaciones estructurales cambiaron el rol y la importancia del Estado y promovieron el sector privado. El derecho a la salud en Chile comenzó a ser concebido desde la lógica de la “elección” entre un sistema público y privado. Situación consagrada en la Constitución fraudulenta de 1980, y que permitió el florecimiento de un sistema de salud privado basado en el lucro, de la mano de una severa disminución del presupuesto fiscal para el sistema público, pasando de un 3,5% del Producto Interno Bruto (PIB) para salud en el Gobierno de la Unidad Popular, a menos del 1% PIB durante la dictadura (Araya, 2006). Esta situación no es exclusiva de este sector, sino que, al estado neoliberal subsidiario, se abraza el mercado como ente regulador de los derechos sociales, hipotecando la solidaridad y justicia social.

Producto de los cambios neoliberales, se concretaron una serie de medidas que modificaron profundamente el sistema de salud, se fragmentó el Servicio Nacional de Salud (SNS), siendo reemplazado por un Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), se crearon las ISAPRE, también se concretó el traspaso de la administración de establecimientos de nivel primario de atención a las municipalidades (Bustos, 1998). Esta medida habría sido ideada como una manera encubierta para iniciar la privatización del sistema de salud, ya que luego del traspaso de los establecimientos a los municipios, se podría realizar la transferencia a privados (Salinas y Lenz, 1999). Por otra parte, se produce la autonomía de una porción de la salud del gobierno central, lo que origina una inequidad entre unos pocos municipios con más recursos en desmedro de la mayoría pobre.

En la actualidad, existen importantes desigualdades en acceso y estado de salud entre niveles de ingreso y grupos sociales. Estas desigualdades son reforzadas tanto por los seguros privados, que discriminan por riesgo a sus propios beneficiarios y a sus potenciales beneficiarios, como por la fuerte dependencia que el sistema tiene del gasto privado, incluyendo en buena parte el gasto de bolsillo de las familias para el pago de prestaciones y medicamentos, entre otros aspectos no cubiertos por los seguros de salud. Finalmente, no se considera el constante proceso de debilitamiento del sistema público, y el subsidio constante del fondo público y el Fisco a los proveedores privados con fines de lucro, a través de la Modalidad de Libre Elección (MLE) y de las prestaciones con Garantías Explícitas en Salud (GES) (Debrott, 2018).

Relación Estado-mercado actual y estructura del financiamiento

En Chile el sistema de salud se encuentra en crisis. Si bien está integrado por varios subsistemas, sus principales características están determinadas por la interacción entre el sistema público (Fondo Nacional de Salud) y el sistema ISAPRE. De allí su carácter dual y su funcionamiento sin una lógica de seguridad social, cuyo origen estructural es el sistema de financiamiento.

Tabla 1 – Descripción de Sistemas de salud en Chile – Año: 2020

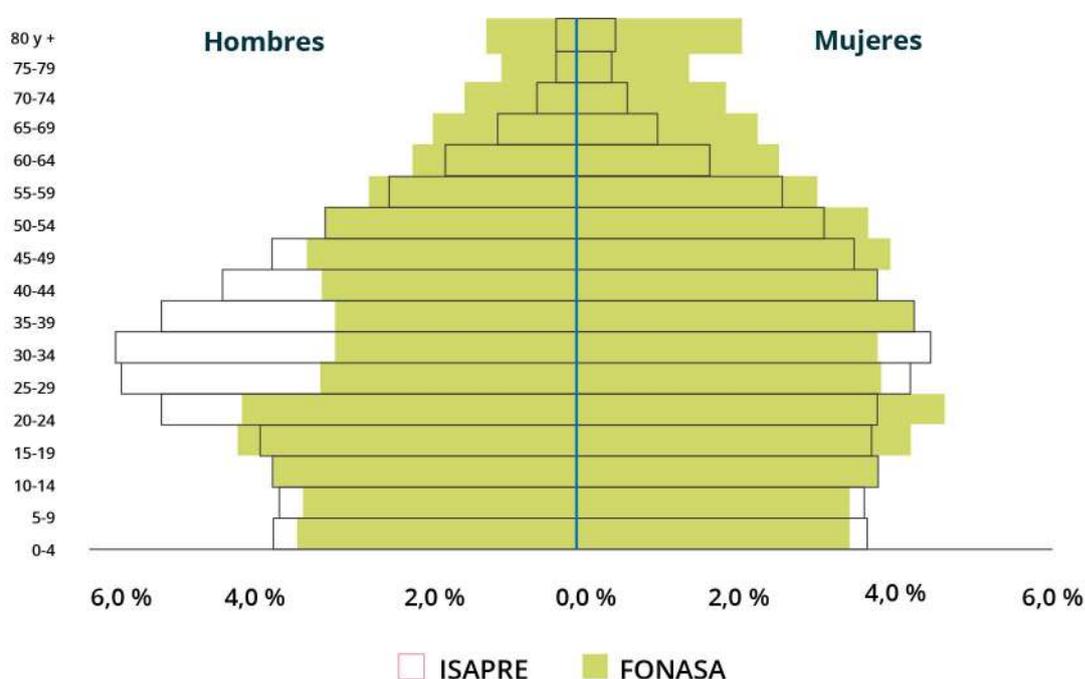
Sistema	Administración / Tipo	Fuentes de Financiamiento	Prestadores	Características Generales
SNSS – FONASA	Estatal Bismarkiano	Individuos: Cotizaciones obligatorias Copagos Otros gastos de bolsillo Estado: Subsidio a “indigentes” y Bienes Públicos de toda la población (campañas sanitarias, etc.)	Estado (Modalidad de Atención Institucional – MAI) Privados con fines de lucro (Modalidad de Libre Elección MLE y compra de servicios)	Solidario Cobertura 77% Población Sin discriminación Fiscalizado por Superintendencia de Salud (SIS) del MINSAL
ISAPRE	Privada con fines de lucro. Abiertas y cerradas Liberal	Individuos Cotizaciones obligatorias Prepagos Copagos Otros gastos de bolsillo	Privados con fines de lucro	No solidario Cobertura 17% Población Discrimina por ingresos, estado de salud, sexo y edad. Fiscalizado por Superintendencia de Salud (SIS) del MINSAL
Fuerzas Armadas	Estatal Bismarkiano	Individuos: Cotizaciones obligatorias (5,5%) Copagos Otros gastos de bolsillo Estado como empleador: 1,5% de la cotización obligatoria 1% para fondo de medicina preventiva	Estado (red propia)	Solidario Cobertura 3% Sin fiscalización del MINSAL, solo del Ministerio de Defensa
Seguro de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales	Privada Sin fines de lucro: Mutuales Bismarkiano	Empleadores Individuos Otros gastos de bolsillo	Privados Sin fines de lucro (red propia)	Solidario dentro de cada mutual. No existen mecanismos de redistribución inter-mutual, ni con el ISL. Cobertura 70% trabajadores asalariados. Fiscalizadas por Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) del Ministerio del Trabajo y previsión social
	Estatal: Instituto de Seguridad Laboral ISL Bismarkiano	Empleadores Individuos: Otros gastos de bolsillo	Privados con fines de lucro y Públicos	Solidario ISL tiene algunos programas a los desprotegidos esto lo realiza en conjunto con MINSAL. Fiscalizadas por Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) del Ministerio del Trabajo y previsión social
	Estatal: Administración delegada a grandes empresas estatales (ej. CODELCO) Bismarkiano	Empleadores Individuos: Otros gastos de bolsillo	Privados con fines de lucro y Públicos	Solidario dentro de cada administración delegada. Fiscalizadas por Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) del Ministerio del Trabajo y previsión social
Teletón	Privada sin fines de lucro Liberal	Individuos: a través de caridad (colecta nacional televisada)	Privados sin fines de lucro (red propia)	Solidario Da cobertura al 100% de niños/as con discapacidades físicas. Sin discriminación. Fiscalizado por Superintendencia de Salud (SIS) del MINSAL

Fuente: Parada y Moraga, 2019.

El sistema público de salud cubre aproximadamente al 75% de la población con el 45% de los fondos recaudados vía cotización individual obligatoria, que junto al aporte estatal es administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Por otro lado, las ISAPRE perciben la cotización de la población de mayor ingreso (aproximadamente al 18% de la población, con el 55% de los fondos recaudados vía cotización individual) y los utiliza como primas individuales que no se distribuyen en la población general según necesidad, llevando a una distribución desigual de los recursos. El sistema se financia con un 8.4% del PIB, de ello aproximadamente un 50% del gasto total en salud es financiado con gasto público (Comisión ESP-COLMED, 2018).

Esta situación inequitativa ocasiona que el gasto per cápita en salud de una persona de una ISAPRE sea un 50% mayor que el de una persona en FONASA. Lo que produce segmentación de la población en el acceso a salud, ya que las personas con mayores recursos económicos y mejor estado de salud se encuentran en el sistema privado, recibiendo una atención más rápida e incluso excesiva, a diferencia de las personas con menores recursos y de peor estado de salud que se atienden en el sector público. Se consagra una salud para ricos y sanos y otra para los pobres y enfermos (Comando Programático de Salud - Beatriz Sánchez, 2017).

Pirámide poblacional beneficiarios FONASA e ISAPRE



Fuente: Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado, 2014.

Fonasa es el mayor agente de financiamiento y aseguramiento del sistema, con 13.926.475 beneficiarios/as para el 2017 (FONASA, 2019). Aunque es un fondo de la seguridad social público, ha adoptado características de seguro social que tienden a alejarlo del esquema clásico de fondo. Su financiamiento proviene mayoritariamente de impuestos generales, que representaron el 60,4% del total de los recursos que administra. Secundariamente, y con tendencia a la baja, recibe aportes de cotizaciones legales de trabajadores/as dependientes y cotizaciones voluntarias de trabajadores/as independientes, las que representaron un 35,6%. Los copagos, si bien existen, no constituyen una fuente de financiamiento relevante, al igual que otros tipos de ingresos.

Dependiendo de las características socioeconómicas de los/as beneficiarios/as de FONASA, pueden utilizar dos modalidades de atención. Los/as beneficiarios/as indigentes y carentes de recursos (no aportantes de cotizaciones) integran el grupo A y se atienden en la Modalidad de Atención Institucional (MAI); en tanto, los/as aportantes de cotizaciones y sus familias integran los grupos B, C y D, y pueden atenderse tanto en la MAI como a través de la MLE. Dichas modalidades de atención segmentan por ingresos al interior del subsistema público y establecen formas específicas de relación entre el fondo y los prestadores.

La modalidad institucional se caracteriza por un modelo de integración vertical público, en que el fondo transfiere recursos a los prestadores de la red pública mediante una combinación de mecanismos de pago por presupuesto histórico (Programa de Prestaciones Institucionales, PPI), por actividad (Programa de Prestaciones Valoradas, PPV) y per cápita (Atención Primaria), todos dentro de un marco presupuestario definido en la Ley de Presupuestos. Los Servicios de Salud repartidos en el país, de los cuales dependen los hospitales y una mínima parte de la atención primaria, son financiados íntegramente bajo el esquema PPI-PPV. El PPI representa un 52% y el PPV el restante 48%. La atención primaria, mayoritariamente municipal, es financiada mediante un esquema en el que predomina el pago per cápita complementado por programas específicos. Aproximadamente el 70% del financiamiento corresponde a pagos per cápita, mientras el 30% corresponde a programas (Debrott e Ibáñez, 2014).

El otorgamiento de las garantías explícitas en salud (GES) se financia bajo la modalidad institucional. Dado que se obliga a cumplir la garantía de oportunidad, una parte de los recursos del PPV son destinados a la compra al extrasistema, generalmente a privados con fines de lucro. Asimismo, otra parte de esos recursos son destinados a cumplir con la Ley de Urgencia.

La modalidad de libre elección se caracteriza por ser un modelo público de reembolso a pacientes, aunque una muy pequeña parte opera bajo un modelo público de contrato. Los beneficiarios de los grupos B, C y D pueden acceder a prestadores del extrasistema, generalmente privados con fines de lucro, sin un mayor direccionamiento desde Fonasa. Una proporción menor de las atenciones ocurre en prestadores públicos inscritos para

otorgar dichas atenciones. En esta modalidad de atención, que ha crecido en volumen de atenciones y gasto a través del tiempo, son los beneficiarios quienes deciden dónde atenderse, lo que resulta contradictorio con el modelo de atención familiar y comunitaria. Sin embargo, constituye una válvula de escape frente a las restricciones de oferta que existen en la MAI.

Las ISAPRE ocupan el segundo lugar como agentes de financiamiento y aseguramiento del sistema, con una población beneficiaria de 3.427.198 al 2017 (Superintendencia de Salud, 2019). Se definen como instituciones de salud previsional y en la práctica son empresas de seguros privados que administran recursos públicos de la seguridad social. El financiamiento proviene mayoritariamente de cotizaciones legales de trabajadores/as dependientes que deciden no aportar a Fonasa y de cotizaciones voluntarias que realizan trabajadores/as independientes. Estos aportes representan un 73% aproximado del total de los recursos. Por otra parte, los/as trabajadores/as dependientes aportan cotizaciones adicionales voluntarias, las que representan un 27% del total de los recursos. Los copagos constituyen una fuente de financiamiento relevante, a la vez que cumplen la función de restringir la demanda. Estos recursos representan el 38,2% del valor total de las prestaciones de salud que financian. Las ISAPRES pertenecientes a grupos económicos con fuerte presencia en la prestación de salud, concentran el 82,5% de los/as beneficiarios/as. Su modelo de relación corresponde preferentemente a un esquema de integración vertical (Debrott, 2018).

Este tipo de aseguramiento privado encubierto de salud se caracteriza por la discriminación, copagos excesivos, alzas unilaterales de los precios de las primas, entre otros problemas, no cumpliéndose los preceptos de seguridad social: no existe solidaridad ni equidad, y tampoco eficiencia ni sostenibilidad. El sistema ISAPRE ha estado implícitamente soportado por el sistema público que asume a los desplazados justamente cuando estos ofrecen mayores posibilidades de gasto, ya que en general, las personas deben dejar el sistema ISAPRE cuando adquieren una enfermedad o envejecen. De hecho, el sistema ISAPRE presenta una baja proporción de adultos mayores (sólo 5,6%, el 94,4% están en FONASA), con un índice de envejecimiento de 35 frente a 82 de FONASA, con predominio de hombres (116 hombres por cada 100 mujeres) y una alta proporción de población económicamente activa (71% contra 63% de FONASA) (Comisión Asesora Presidencial, 2014).

La falta de transparencia es otro aspecto importante; el proceso de selección y los criterios de equivalencia prima-riesgos, provocan que existan más de 65.000 planes en diversas modalidades de acceso y cobertura financiera que impiden cualquier decisión informada de las personas. Estos planes aumentan en un millar anualmente, producto de que los precios de venta de nuevos planes son libres y las aseguradoras los ajustan conforme a sus expectativas. Constituyendo una industria de aseguramiento privado sustituto primario; caracterizado por un mercado con integración vertical, donde el

principio de libertad de elección, sobre el cual descansa, no se cumple dado que al menos el 40% de los afiliados están cautivos (Cid y Uthoff, 2017).

Por otro lado, el elevado gasto de bolsillo en nuestro país, representando una proporción muy elevada del gasto total en salud, correspondiendo a lo menos a un 32% (Benítez, Hernando, y Velasco, 2018), aún puede ser catastrófico para familias de ingresos bajos y medios que se atienden en la MLE de Fonasa. Esto desincentiva la voluntad de mantenerse en el sistema público, ya que se obtienen transitoriamente mejores coberturas en el subsistema de ISAPRES. Por otra parte, persiste la errada concepción de que los copagos deben ser una fuente de ingreso del sistema, que contribuye en su financiamiento.

Formas de participación social en el sector

Concluida la dictadura, la promesa de participación social fue parte de los supuestos cambios que se realizarían al sistema, se creó el Plan Nacional de Promoción de la Salud, con el que se vislumbraron pocos avances en esta línea. Posteriormente, en los 2000 con el proceso de reforma, se vuelve a realzar la participación social en salud como uno de los principios orientadores de su diseño, sin embargo, en la práctica tal participación no alcanzó a convertirse en un mecanismo real de empoderamiento de la población (Méndez y Vanegas López, 2010).

Dentro de las leyes de la reforma, la Ley de Autoridad Sanitaria es la que permite la participación de la ciudadanía a nivel de los establecimientos de salud. Además, la Ley de Proyecto de Derechos y Deberes de las Personas en Salud establece aspectos con relación a los ciudadanos y el sistema, como, por ejemplo: acceso a la información, regulación a la investigación clínica, consultas y reclamos y participación de los/as usuarios/as.

Otros cuerpos administrativos relacionados, serían:

- Resolución exenta N°19 (13 de enero de 2009): tiene como objetivo la coordinación del sector para dar cumplimiento al Instructivo Presidencial N°008 (27 de agosto del 2008) que mandata la creación del Comité de Trabajo Sectorial de Participación Ciudadana en Salud; cuyas tareas serán coordinar, dirigir, monitorear y evaluar el proceso de implementación en ambas Subsecretarías y en los organismos autónomos.
- Resolución exenta n° 168 (2 de abril de 2009): Norma general de participación ciudadana del Ministerio de Salud, que se debe aplicar también en el FONASA, la Superintendencia de Salud, Central de Abastecimiento e Instituto de Salud Pública.

- Ley N° 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la gestión pública (16 de febrero del 2011), institucionaliza la Participación Ciudadana en el País, cuya misión establecida es: *“Fomentar la participación ciudadana para promover una cultura de corresponsabilidad, fortaleciendo los espacios de comunicación entre el gobierno y la ciudadanía, aumentando la transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad de las políticas públicas”* (BCN, 2011).

A pesar de contar con un esbozo de mecanismos jurídicos que debieran promover la participación en salud, no pasan de ser tímidos esfuerzos poco efectivos para el ejercicio de algún tipo de control social, dentro de un sistema sumamente jerarquizado y con nula participación de la comunidad, ya que la participación se ha entendido solamente desde una perspectiva consultiva.

Dinámica sociopolítica del proceso de reforma

El proceso sociopolítico de la formulación e implementación de la reforma

Una vez terminada la dictadura cívico militar chilena, la clase política dominante incumple las promesas de justicia social y bienestar, trasladando el debate sobre derechos sociales universales a la tecnocracia en los poderes representativos del estado. Con una ciudadanía que hasta el año 2011, prácticamente no tuvo incidencia en la toma de decisiones en ninguno de los ámbitos de la vida, colonizados por el mercado. El debate, acerca de una necesaria reforma de salud para nuestro país, se dio con un pueblo espectador de los diálogos entre el gobierno y los empresarios, naturalizando una visión mercantilista de la Salud, que se centra en la asistencia y en la forma más racional, económicamente hablando, de darla (Izquierda Autónoma Salud, 2016).

Es en este contexto, en que se produce la profundización del carácter subsidiario del Estado (heredado desde la dictadura), durante el Gobierno de Ricardo Lagos (2000-2006); y que aún no termina de consolidarse en los gobiernos de Michelle Bachelet (2006-2010 y 2014-2018) y de Sebastián Piñera (2010-2014 y 2018 en adelante). Se trata de una política y una visión del Estado, acordada entre los sectores políticos y económicos que deciden por el país y que pone el interés financiero por encima del sanitario, generando nichos de acumulación para el capital privado, asegurados por el Estado. Por esta razón, los conflictos principales en el tema de salud son entre grupos empresariales, pues ellos son los que han influido en la dirección hacia donde el sector se desarrolla. Los conflictos políticos al interior de los grupos dominantes se caracterizan por repercusiones de las disputas oligarcas, sin que los sectores llamados progresistas hayan logrado levantar algún proyecto alternativo, terminando en el caudillismo, las ventajas cortoplacistas y beneficios personales.

En ese marco, el mercado y decisiones en salud están sustentadas en los grandes holdings y otras empresas medianas y pequeñas, que aprovechan la oportunidad de hacer negocios. Para conseguir estos fines, ha sido llamativa la contratación de exdirectivos públicos del sector, así como también el financiamiento a la clase política gobernante. Esta vergonzosa situación, se evidencia claramente en la resistencia por parte del duopolio gobernante para realizar cambios al sistema ISAPRE. Será el Tribunal Constitucional (TC) quien terminara declarando inconstitucional la discriminación por sexo y edad a la que están sometidos/as sus beneficiarios/as (2008) (Bates, 2009).

Luego de 3 comisiones presidenciales para analizar esta situación, el actual proyecto Ley de ISAPRE que se tramita en el Congreso, si bien se hace cargo de los planteamientos del TC, no tiene como objetivo terminar con la discriminación, sino otorgar certeza jurídica y viabilidad al negocio, tratando de contener las numerosas demandas por parte de los/as afiliados/as, por las alzas injustificadas de los planes de salud (La Tercera, 2019). El proyecto contempla que los/as usuarios/as paguen un valor de prima igual para todos/as, para acceder a un Plan Garantizado de Salud (PGS), lo que es evidentemente regresivo. Esta propuesta de reforma demuestra un nuevo triunfo de las ideas de derecha, donde quien tiene más dinero tiene mejores opciones de estar sano/a, por una franca discriminación de ingresos.

Durante la última administración, se ha sumado un proyecto de ley que pretende reformar el FONASA, conocido como *FONASA Plus*, que intenta un vuelco en su función y rol al interior del sistema de salud, para profundizar la lógica de un modelo basado en seguros, como una empresa aseguradora, pero de propiedad pública. Esto implicaría dar potestades a FONASA para intermediar entre sus afiliados/as y los prestadores de salud (públicos y privados), funcionando bajo la ley de la oferta y la demanda, así como que la competencia. La propuesta busca que el fondo público actúe como comprador en el mercado de la salud, en vez de un comportamiento colaborativo con acento en el fortalecimiento de la red pública de salud (Goyenechea, 2018).

Es importante mencionar, que, si bien siempre ha habido algunas resistencias de parte de la ciudadanía por una mejor salud, con problemas que se encuentran tanto en el sistema público, secundarios mayoritariamente al desfinanciamiento, como en el sector privado, por rechazos de las licencias médicas y las demandas contra el alza de planes en las ISAPRE. Y que, con el surgimiento en el año 2011 de las grandes manifestaciones por una Educación pública, gratuita y de calidad, se ha posibilitado que un segmento de la población rompa el cerco del duopolio político, así como que diferentes actores han comenzado a organizarse para contrarrestar el mercado en salud, hasta el 18 de octubre de 2019, no se había logrado comenzar a configurar un movimiento social que generara tensiones en la dilatada correlación de fuerzas político-empresariales.

Dinámica e impactos en servicios de salud e infraestructura

La gran mayoría de las autoridades de salud, académicos/as y la sociedad en general, comprende el modelo de salud chileno como un modelo mixto o dual, en donde se distingue el aseguramiento público y privado, y una prestación pública y privada. En el caso del sector público, es conocida la contracción histórica que ha vivido las últimas décadas, por más de 17 años no se construyeron hospitales públicos, y el gasto público en salud recién alcanzó un 4,5% del PIB en el año 2016, sin embargo, la recomendación internacional de la OMS/OPS refiere que el gasto público debiera ser a lo menos del 6% del PIB. En este sistema desigual, expresado en el gasto per cápita por beneficiario, y además segregado, por el efecto que producen las ISAPRE al generar una selección de sus afiliados en función del riesgo a enfermar de cada persona, produciendo que los grupos más propensos a enfermar deban migrar a la red pública. La salud privada es un sistema que tiene como su objetivo existencial, la obtención de utilidades, es decir, son empresas que lucran con los recursos destinados a un derecho, como lo es la salud.

Como resultado del proceso de reforma de salud del año 2005, se implementa el programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), que constituye la principal transformación en materia de políticas públicas de salud durante las últimas dos décadas. Las garantías corresponden al acceso a intervenciones sanitarias para determinados problemas y condiciones de salud, con una atención establecida en plazos máximos, a una supuesta calidad acreditada de los prestadores que otorgan dichas actividades de salud y a protección financiera, con copagos fijos en cada una y un sistema de tope anual de copagos por grupo familiar (Escobar y Bitrán, 2014).

Si bien el GES, como modificación fundamental del proceso de reforma de la década anterior, con su listado actual de 85 enfermedades, logra influir en las prácticas cotidianas del sistema de salud, sus efectos positivos han sido limitados y sus problemas importantes: exceso de burocracia en el nivel primario de atención (desviando la atención integral), generación de discriminación a nivel hospitalario acerca de pacientes con o sin alguna de estas enfermedades (o su pertenencia a algunos de los grupos etarios específicos definidos) y un desvío significativo de recursos públicos hacia el sistema privado, por una supuesta mala planificación de recursos humanos de salud y un déficit no abordado de infraestructura y financiamiento público.

Hasta el día de hoy, no se han solucionado los graves problemas que justifican una reforma de salud, para las personas que se atienden en los Centros de Salud del nivel primario: falta de horas médicas y de otros/as profesionales, escaso tiempo para la promoción, prevención, atención y rehabilitación de salud, falta de medicamentos y exámenes, falta de especialistas (medicina familiar), con una repercusión grave en el resto del sistema público de atención. Ensombreciendo este escenario, a lo menos en teoría, la reforma planteó dar un impulso inédito a la atención primaria, sin embargo, a

pesar de las intenciones declaradas y con una reforma implementada desde hace más de 15 años, de situar a la atención primaria como el eje central del sistema de salud y de que han aumentado progresivamente los recursos destinados a este nivel de atención, en la práctica, existen problemas no abordados que amenazan el éxito de este proceso, uno de éstos es la ausencia de una política nacional de desarrollo integral de trabajadores/as de salud (Bass, 2015).

En el caso de la atención hospitalaria, persisten largas listas de espera para otras especialidades, falta de recursos para una atención digna, discriminación entre pacientes GES y No GES, desvío de recursos hacia el sistema privado, con el consecuente desfinanciamiento del sistema público, con el sistema de urgencia colapsado. Por lo tanto, en Chile con una alta carga de enfermedades crónicas, que no están siendo controladas y se manifiestan con complicaciones importantes, además, de una baja satisfacción usuaria. En un sistema de salud inequitativo en el acceso y en el financiamiento y una Constitución Política, que define la libertad de elección de aseguramiento como constitutivo de la seguridad social de salud, pero en la práctica transformado en dos sistemas para dos clases de ciudadanos/as.

De esta forma, nuestra red pública de salud posee déficit financiero y de infraestructura, dentro de un proceso lento y controlado de desmantelamiento que tiene más de 45 años, profundizándose a través de una creciente mercantilización generada por la lógica subsidiaria del Estado, en que se ha creado un mercado de compra y venta de atenciones de salud. Lo que implica que las atenciones tengan precios sin relación al costo real, generando una enorme brecha entre el arancel que paga FONASA y el costo real para el establecimiento público. Esta carencia se materializa en la histórica deuda hospitalaria y en el déficit del financiamiento per cápita para la atención primaria, perjudicado el manejo económico del sector público, haciéndolo incapaz de cumplir con la demanda de salud de la población que requieren mayor acceso. Esta incapacidad se utiliza estigmatizando el sector público, para sostener el argumento que este sistema sería ineficiente y justificaría millonarios traspasos de recursos a los privados para resolver la falta existente de la capacidad pública, con lo que se financia el lucro en salud bajo el esquema de subsidios a la demanda. Este flujo constante de pacientes y recursos públicos ha producido una expansión gigantesca de la oferta privada, en detrimento de la oferta pública, la cual se ha reducido producto de este desangramiento constante. Esta situación conlleva que el Estado termina discriminando sus propios hospitales y favorece al sector privado que recibe mejores pagos por las mismas actividades, ya que el Fisco termina pagando sobrepagos respecto a los costos reales. Estos sobrepagos se transforman en las utilidades de los que lucran con el sistema.

Un principio fundamental que orienta la política de salud en Chile es el paradigma de la focalización, lo que implica que las políticas públicas son diseñadas para grupos específicos de la población que se encuentran en situación de “vulnerabilidad” y, por

tanto, requieren de la asistencia del Estado. Este enfoque terminó por liquidar la concepción de la universalidad en los derechos humanos, como el de la salud. Esta misma lógica se encuentra detrás del sistema GES, que cubre algunas patologías (actualmente solamente 85) y en ciertos tramos de edad, generando un problema de exclusión tanto en la cobertura como también de grupos que no acceden como beneficiarios/as.

Los daños producidos en la provisión pública hospitalaria, que durante la dictadura prácticamente no tuvo inversión, en los periodos posteriores se continuó con la pérdida de la capacidad del sistema público, con una reducción de a lo menos de un 12% de las camas hospitalarias. Por otra parte, la deuda hospitalaria no ha parado de crecer, a pesar de que cada año se pagan grandes sumas. Un factor que influye en esa deuda son los aranceles que financia FONASA a los hospitales públicos, ya que estos montos se actualizan según el índice de precios al consumidor (IPC), pero no reflejan los costos reales que tienen los hospitales.

Debido a la bochornosa política de disminución de camas hospitalarias durante los gobiernos de la Concertación de partidos “por la democracia”, el gobierno de Ricardo Lagos (2000-2006), inició una política de concesiones hospitalarias, favoreciendo consorcios extranjeros, situación que no puede calificarse como oportuna ni conveniente para el fisco y pueblo chileno. El Estado deberá pagar grandes sumas de dinero que quedan como ganancia para el concesionario, utilidad que se genera fundamentalmente por subsidio fijo a la construcción y a la operación. Otros países que han aplicado este sistema de “colaboración público-privada” no han tenido buenos resultados, tanto en la calidad de la asistencia, como en la conveniencia económica de modelo. Durante los gobiernos de la actual administración (2010-2014 y 2018 en adelante), se reimpulsa esta agenda privatizadora de hospitales concesionados, lo que probablemente termine hipotecando la calidad, financiamiento y administración del sistema público.

La red privada de prestadores ha contado con mecanismos mediante los cuales el Estado les entrega cuantiosos recursos por la compra de servicios y subsidios a la demanda: modalidad libre elección de FONASA, compra de servicios, que desde la implementación del GES se ha incrementado exponencialmente y desde el 2011, el bono GES. Estos fondos públicos alentaron a los grandes grupos económicos a organizar su negocio a través de holdings de salud, modelo a través del cual los aseguradores (ISAPRE) y los prestadores (clínicas y otros centros privados) pertenecen al mismo dueño.

Por el lado del aseguramiento privado, persiste la discriminación por medio de la selección de riesgo a sus afiliados/as, con el objetivo de maximizar el margen de utilidad en el negocio, tratando de predecir el comportamiento de riesgo a enfermar de su cartera de beneficiarios/as, para identificar los grupos más propensos a enfermar o de mayor “siniestralidad”, a los/as que se les cobra más por sus planes de salud. Esta selección de riesgo, que busca captar a las personas con recursos y sin problemas de salud, que les

generen beneficio económico e intenta expulsar a los/as que generen mayores costos, personas con menos recursos y/o problemas de salud o mayor edad.

Propuestas emancipatorias para un nuevo sistema nacional de salud

La siguiente síntesis contiene las principales propuestas de transformaciones que requeriría el sistema de salud chileno, para refundarlo bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad, gratuidad y ausencia de lucro:

Algunos actores académicos y de movimientos sociales en Chile vienen hace décadas planteando la necesidad de un marco de comprensión del derecho a la salud consagrado en la nueva Constitución, de características pública, universal gratuita y de calidad para todo/as. Sólo en un sistema donde desaparezca la segregación, y que funcione bajo un marco público y solidario lograremos satisfacer integralmente las necesidades de salud de la población.

Un Sistema Universal de Salud o Servicio Nacional de Salud, basado en atención primaria: caracterizado por un financiamiento por impuestos generales. El sistema es universal, constituyéndose un solo financiamiento nacional que distribuye los riesgos, sin discriminaciones por edad, sexo o enfermedades. Que se acompaña de un sistema público robusto (prestadores privados debieran ser solo complementarios y sin fines de lucro).

Las ventajas de un Servicio Nacional de Salud son muy relevantes: al representar el financiamiento más equitativo posible (en el contexto de un sistema impositivo de tipo progresivo) y, por ende, más justo en sus resultados sanitarios. El financiamiento está más protegido frente a los ciclos económicos y efectos en el mercado del trabajo. Orientado por los principios de universalidad, integralidad y equidad, asegura el logro de mejorar la salud para todos/as, con comprensión de un concepto integral de salud-enfermedad-atención-cuidados, dando más factibilidad al fin de la mercantilización de la salud y fin del lucro a partir de recursos públicos (Bass y Parada, 2020).

Otra mejoría de un Servicio Nacional de Salud es que la planificación se debiera efectuar de manera más simple y sin influencias del mercado. Un ejemplo sería la posibilidad de disminuir las grandes brechas de recursos humanos, sobretodo de profesionales médicos. De acuerdo al Departamento de Estudios, Planificación y Control de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, faltarían 4.900 médicos/as especialistas (El Mercurio, 2019). En el caso de la atención primaria, el déficit promedio de 4.500 jornadas médicas de 44 hrs. (Bass, Guerrero, Villacís, Ulloa, y Kremser, 2013), lo que sería factible de implementar con la cantidad actual de profesionales que hay en el país, siguiendo las orientaciones de modelos con atención primaria fuerte, donde un mínimo de 40% de los/as médicos/as del país se desempeñan en el primer nivel de atención (Bass y Parada, 2020).

En este contexto, se termina con las ISAPRE y el negocio que estas empresas realizan con la salud de la población, pudiendo transformarse en seguros complementarios, no suplementarios, voluntarios de salud regulados por la Superintendencia de Salud.

Financiamiento solidario: La forma en la cual hoy se está financiando la salud en Chile ha generado una desigualdad y segregación. Las propuestas a este respecto serían una reforma tributaria para financiar los derechos sociales y pasar a un esquema de financiamiento basado en impuestos generales. Reducción del gasto de bolsillo por sus catastróficos efectos en la salud de la población.

Participación y democratización: avanzar hacia la triestamentalidad en la toma de decisiones del conjunto del sistema de salud. Además, del respeto y fortalecer los saberes ancestrales y populares en salud.

Además, de otras medidas más específicas:

- Priorizar la promoción de la salud. Crear una nueva institucionalidad intersectorial para fomentar y articular el desarrollo de salud en todas las políticas.
- Consolidar el modelo de salud familiar y comunitario, fortaleciendo los equipos interdisciplinarios a través de planes de formación de habilidades interdisciplinarias e interprofesionales.
- Generar mecanismos de pago a la red de atención que consideren la equidad y los costos reales de resolución, la complejidad de los casos y los costos basales de las instituciones en todos los niveles de atención.
- Crear el "Plan Nacional de Formación en Salud" en conjunto con el Ministerio de Educación (MINEDUC) y Universidades para cubrir los déficits de trabajadores/as de salud que requiere el sistema.
- Crear un Plan Nacional de Formación de especialistas en salud familiar y comunitaria (MFyC), proponiendo reducir la brecha a través de incentivos e incremento de la capacidad formativa del sistema y favoreciendo su carrera en el sistema.
- Implementar evaluaciones de Impacto en Salud - ETESA, que consisten en el análisis de potenciales consecuencias en salud que pueden tener políticas de diferentes sectores.
- Quitar funciones operativas a Secretarías Regionales de Salud que representan al gobierno de turno.
- Terminar con el lucro en prestadores privados de salud con financiamiento desde la seguridad social. Regular el precio de los servicios y prestaciones, incluidos los medicamentos y similares.
- Carrera directiva para velar por la idoneidad y continuidad de las Políticas Públicas (Estatales, No gubernamentales), eliminando la discrecionalidad política (factible solo en el Minsal hasta 3er nivel jerárquico).
- Establecer un sistema de evaluación objetivo y universal del desempeño, tanto de los/as gestores/as, como de los/as trabajadores/as
- Mejorar los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas a la ciudadanía.

Un aspecto muy importante de la implementación de un nuevo SNS, es que debiera permitir el diálogo respetuoso de saberes entre la atención de salud alopática y los conocimientos ancestrales y populares, tendiendo a producir sinergia entre éstos. Además, de potenciar la autonomía de los pueblos en la generación de procesos de atención acordes con las dinámicas de las propias localidades, disminuyendo así la dependencia hacia la medicina occidental.

Nos encontramos en un momento decisivo para que se lleven a cabo las transformaciones que requiere un nuevo modelo de sociedad, que contenga un Servicio Nacional de Salud, bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad, gratuidad y ausencia de lucro. Y de una vez por todas, el neoliberalismo que nació en Chile muera en pos de los derechos universales, incluyendo a la salud.

Relaciones entre Reforma y modo de regulación (régimen de acumulación y régimen de representación) en la Sociedad y el Estado

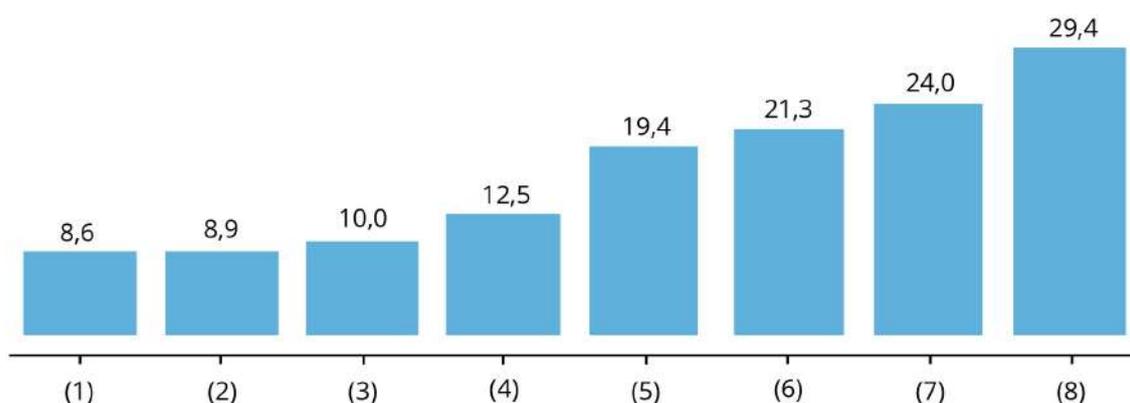
Desde 1973 a la fecha, debido a la desregulación, el sistema financiero presenta ayuda estatal y una posterior bancarización de las deudas familiares por servicios y productos, por acceder al consumo o satisfacer necesidades fundamentales. El Estado dejó de proveer servicios, como vivienda, salud, educación y otros, mientras las entidades financieras comenzaron a ocupar este espacio, en este nuevo desarrollo del capitalismo de financiarización de la economía de las personas. Las grandes empresas generan ganancias retenidas y las utilizan para financiar sus propias inversiones (grandes cantidades de dinero para invertir en los mercados financieros). En consecuencia, estas grandes empresas, incorporan una actividad financiera a sus propias ganancias. En este contexto, los bancos se adaptaron a estos mercados abiertos y pasaron a desempeñar un papel de intermediarios, con ganancias esencialmente por el cobro de transacciones u operaciones. Todos estos son instrumentos financieros, que corresponden a los ahorros de empresas y personas, nos enfrentan a una expropiación completa (Fundación SOL, 2019).

El espectacular crecimiento de los grupos económicos se ha visto favorecido por las bajas tasas del impuesto a la renta, impuesto cuyo diseño proviene de la reforma tributaria de 1984, que privilegió el fomento del ahorro y la inversión por sobre la recaudación fiscal o la redistribución de ingresos. De no haber existido el FUT (Fondo de Utilidad Tributaria), las utilidades habrían tributado a una tasa dos veces más alta y la acumulación de capital y de riqueza sería mucho menor. La concentración del ingreso y de la riqueza en los grupos económicos que controlan la propiedad de las empresas que generan parte significativa del PIB nacional, es un núcleo duro de la desigualdad, que explica entre otros hechos la inconsistencia que hay entre el elevado ingreso per cápita del país y el bajo nivel de vida de la mayoría de la población, que no accede a los empleos provistos por este sector de alta productividad (Desiguales, 2017).

Chile, como país “periférico”, se subordina las economías a las del centro. En los bancos nacionales, todos los productos bancarios cuentan con participación de capitales globales. Esto se ha traducido, en una integración de gran tamaño, con mercados financieros que mantienen flujos de capital gigantes en el centro del capitalismo. La referencia mundial a este estado de cosas se denomina liberalización, que describe una financiarización subordinada a las economías del centro.

En Chile, la desigualdad es parte de la fisonomía, aunque la tasa de pobreza se ha reducido, los ingresos de los hogares han aumentado, la matrícula escolar y universitaria se ha expandido, persisten enormes diferencias socioeconómicas que se reflejan en espacios urbanos segregados, tratos discriminatorios y capacidades muy distintas de influencia y poder. Aunque la tasa de pobreza monetaria o por ingresos oficial sería de un 8,6%, en la práctica existe una clara insuficiencia de ingresos del trabajo y las pensiones para permitir que las personas superen la pobreza monetaria. La vinculación entre bajos salarios, bajas pensiones y pobreza es robusta. La pobreza real pasa de un 8,6% a un 29,4% (de un 9% a un 31,7% en el caso de las mujeres y de un 8,2% a un 26,8% en los hombres). Incluso, si se calculan líneas de pobreza más exigentes, considerando el caso de la canasta de alimentos de calidad e ingresos del trabajo y pensiones contributivas, las personas en situación de pobreza pueden llegar a 7,6 millones (esto equivale a un 42,8% de la población) (Durán y Kremerman, 2018).

Gráfico 1 - Porcentaje de pobreza según distintas fuentes de ingreso – Año: 2017



Fuente: elaboración propia en base a microdatos CASEN 2017

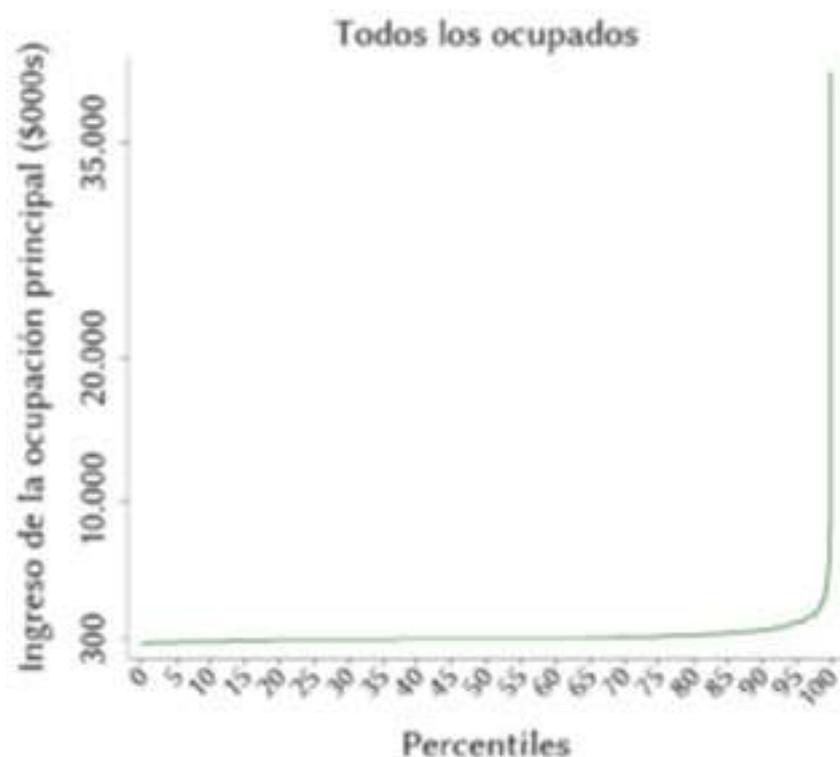
Simulaciones:

- (1) Oficial
- (2) Sin Asignación Familiar;
- (3) Sin Pensión Básica Solidaria (PBS)
- (4) Sin Subsidios (retirando todos los subsidios que se cuentan en CASEN 2017)
- (5) Sin Alquiler Imputado (precio que el propietario de la vivienda pagaría en caso de ser inquilino de la misma)
- (6) Sin Alquiler Imputado ni PBS
- (7) Sin Subsidios ni Alquiler Imputado
- (8) Sólo Ingresos del Trabajo + JC: Jubilación Contributiva (pensiones autofinanciadas)

Fuente: Durán y Kremerman, 2018.

La elevada desigualdad de ingresos se explica por los bajos salarios que afectan a un gran número de trabajadores/as (considerando como bajo salario, como el que es insuficiente para cubrir las necesidades básicas de un hogar promedio en ausencia de otras fuentes de ingresos), la mitad de los/as asalariados/as con jornada de treinta y más horas semanales se encuentra en esta situación. De acuerdo con la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) del año 2017, la situación es bastante crítica, ya que los/as trabajadores/as chilenos/as perciben \$516.892 líquidos al mes por concepto de ingresos asociados a la ocupación principal (US\$ 738). Sin embargo, el umbral máximo alcanzado por la mitad de estos/as sería de sólo \$350.000 líquidos mensuales (US\$ 500). Dicho de otro modo, en el país donde el ingreso promedio es de US\$ 25.891, el 50% de los/as trabajadores/as gana tan sólo US\$ 6.000 (casi US\$ 20.000 menos que el promedio). Lo que evidencia la extrema injusticia en los salarios del país, en que por el otro lado, el 1% más rico (los representantes del gran empresariado) acumulan 33% de los ingresos nacionales (Durán y Kremerman, 2019).

Representación visual de la distribución de ingresos - Curvas de Pen



Fuente: Durán y Kremerman, 2019.

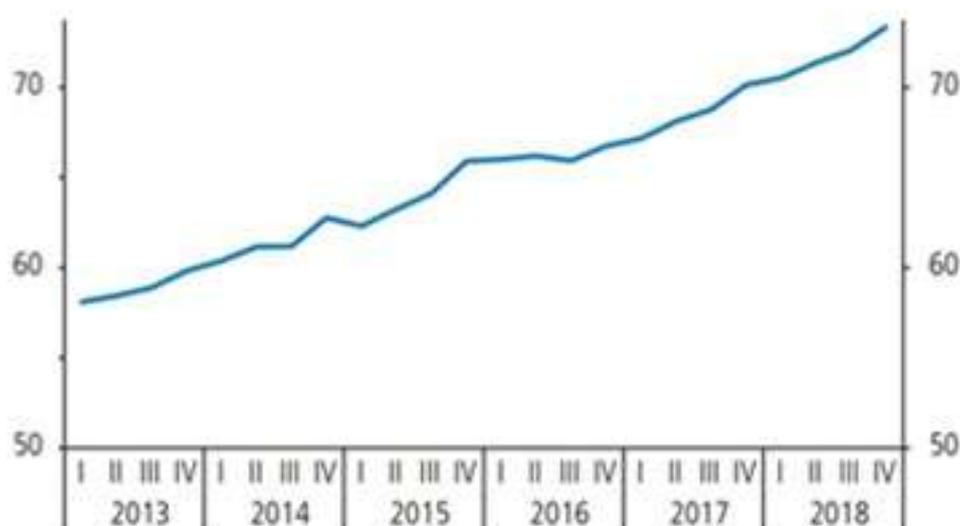
A la desigualdad que se origina en los bajos salarios, se suma la que produce un sistema de pensiones que no provee los medios de vida requeridos para la vejez. Alrededor de la mitad de los/as jubilados/as percibe hoy una pensión inferior a un valor mínimo (definido

en este trabajo como un 70% del salario mínimo). Este resultado considera la pensión contributiva más el monto que provee el Estado como aporte previsional solidario. En ausencia de este componente, un 72% de adultos mayores habría recibido una pensión inferior a la mínima. Por lo tanto, más que fortalecer los mercados financieros, resulta urgente sustituir el modelo de cuentas individuales administradas por las AFP, como pilar fundamental para financiar pensiones, considerando además que después de casi cuarenta años de funcionamiento el sistema de acumulación capitalista de capitalización individual no logró cumplir con el objetivo prometido de pensiones dignas (Gálvez y Kremerman, 2019).

Las consecuencias de esta extrema desigualdad se expresan en diferentes ámbitos de la vida, algunos ejemplos de esta realidad se presentan a continuación:

- El endeudamiento de los hogares chilenos alcanza máximo histórico, de acuerdo con el informe del Banco Central (Cuentas nacionales por sector institucional), los hogares registran una deuda equivalente a 73,3% del ingreso disponible. Además de este significativo nivel de endeudamiento, hay una gran carga financiera a ingreso de los hogares endeudados en todos los estratos de ingreso. También, se encuentran incrementos en los problemas de pago de deudas, por lo que los hogares ven reducidos sus márgenes financieros, y por tanto, su capacidad para enfrentar shocks futuros de ingreso y/o tasas de interés (Banco Central, 2019).

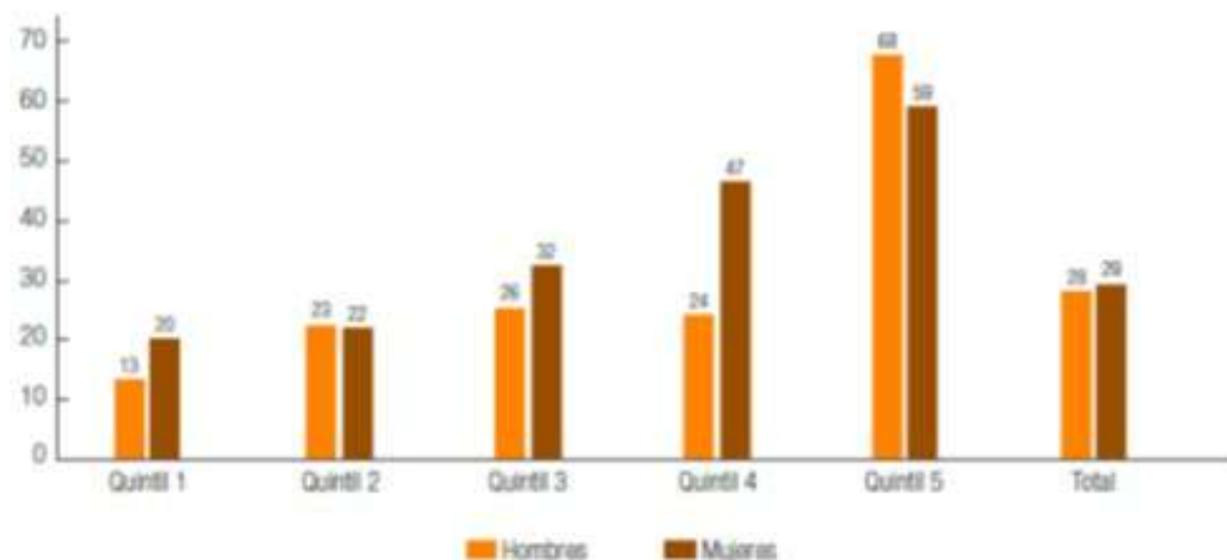
Gráfico 2 - Deuda de los hogares (porcentaje del ingreso disponible)



Fuente: Banco Central de Chile, 2019.

- 7 de cada 10 chilenos/as declara tener o haber tenido algún problema o enfermedad asociada a la salud mental. Los problemas más frecuentes son ansiedad o angustia, depresión, trastornos del sueño y estrés. Un 35% declara tener o haber tenido depresión. Por su parte, el estrés laboral alcanza a más de la mitad de los/as de entre 36 y 51 años (CADEM, 2019).
- Confianza que tienen los/as ciudadanos/as en que se tendrá atención de salud en caso de enfermedad catastrófica o grave, donde el 63% de las personas que dicen tener mucha o bastante confianza en este acceso son del nivel socioeconómico alto, sin embargo, en el nivel socioeconómico bajo, solo 17,5% tiene confianza en poder ser atendido/a. En otras palabras, en Chile confiar en que las personas que se enferman gravemente serán atendidas es un lujo al que pocos pueden acceder.

Gráfico 3 - Población mayor de 18 años que confía en que tendrá atención médica oportuna en caso de enfermedad catastrófica o crónica grave (%)



Fuente: Desiguales, 2017.

En este contexto, donde se puede afirmar que durante casi 45 años la sociedad chilena ha caminado por las veredas del neoliberalismo con extrema desigualdad y exclusión reinante. Se hace necesario, trabajar la capacidad de alianzas que el mundo del trabajo organizado pueda establecer con otros movimientos sociales con diferentes problemáticas que hoy aquejan a las clases subalternas (movimiento feminista, organizaciones de migrantes, movimiento mapuche, diversidad de género y sexual, movimientos en defensa de la naturaleza, movimiento de pobladores/as, luchas estudiantiles y recuperación de

las pensiones de manos del gran empresariado) (Ruiz, 2018). Se trata de espacios muy diversos que evidencian la lucha contra la mercantilización y precarización de la vida, y resultan sustantivos para un despliegue organizado a partir las condiciones reales del Chile del siglo XXI, y así se lleven a cabo las transformaciones que requiere un nuevo sistema nacional de salud, bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad, gratuidad y ausencia de lucro. Y de una vez por todas, Chile deje de ser un país donde la salud es un bien transable en el mercado.

Bibliografía

Araya, Emy (2006). La salud en dictadura: Privatización insalubre. La Crisis hospitalaria y el negocio de las isapres durante la dictadura. 30 de julio de 2019, de Centro de Estudios Miguel Enríquez (CEME). Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: http://www.archivochile.com/Dictadura_militar/muertepin8/muertepin8_0143.pdf

Banco Central. (2019). Evolución del ahorro, la inversión y el financiamiento sectorial en el año 2018. Cuentas nacionales por sector institucional. Chile.

Bustos, Reinaldo (1998). La Reforma de la Salud en América Latina: ¿Qué Camino Seguir? (la experiencia chilena). Santiago, Chile. Colegio Médico de Chile.

Bass, Camilo (2012). Family health model in Chile and greater resoluteness of PAHO: contradictory or complementary? *Medwave Dic*;12(11):e5571 doi: 10.5867/medwave.2012.11.5571

Bass, Camilo (2015). General practitioners' program for primary care in Chile. *Medwave* 2015. Mar;15(2):e6099 doi: 10.5867/medwave.2015.02.6099

Bass, Camilo y Parada, Mario (2020). CHILE: Por qué no es lo mismo un Servicio Nacional de Salud que el Seguro Único. Declaración del Grupo de Trabajo CLACSO Salud Internacional y soberanía sanitaria. Red de Sistemas y Políticas de Salud de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES Chile). Recuperado el 25 de enero de 2020, de: <https://www.clacso.org/declaracion-del-grupo-de-trabajo-clacso-salud-internacional-y-soberania-sanitaria/>

Bass, Camilo, Guerrero, Inés, Villacís, Fabricio, Ulloa, Omar y Kremser, Igrid (2013). Política Integral para el Recurso Médico de la Atención Primaria de Chile. *Cuad Méd Soc (Chile)*, 53(2): 105-116.

Bates, Luis (2009). Sentencia del Tribunal Constitucional que declara inaplicable norma de la ley de ISAPRES y derechos económicos, sociales y culturales. Anuario de Derechos Humanos.

Benítez, Alejandra, Hernando, Andrés y Velasco, Carolina (2018). Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: Análisis del cambio en el gasto entre 2012 y 2016. Puntos de Referencia MR, Edición Digital. N° 491, Centro de Estudios Públicos.

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2011). Ley 20.500. Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública. 22 de julio de 2019, de BCN. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: <http://participacionciudadana.subdere.gov.cl/ley-20-500>.

CADEM (2019). Encuesta El Chile que Viene Salud 2019. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: <http://www.cadem.cl/encuestas/chile-que-viene-salud-mental>

Comando Programático de Salud - Beatriz Sánchez. (2017). La salud en Chile. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: https://www.frente-amplio.cl/sites/default/files/documentos/programa-beatriz_sanchez.pdf

FONASA (2019). Documentos Estadísticos Institucionales. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/institucional/archivos#documentos-estadisticos-institucionales>

Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado. (2014). Informe final. Santiago de Chile. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf

Cid, Camilo y Uthoff, Andras (2017). La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Rev Panam Salud Publica.*;41: e170. doi: 10.26633/RPSP.2017.170

Comisión ESP-COLMED (2018). Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Colegio Médico de Chile A.G.

Debrott, David (2018). Sistema de salud chileno: Funcionamiento, problemáticas y propuestas de reforma. En *Chile del Siglo XXI: Propuestas desde la Economía* (261-296). Santiago de Chile: Ediciones Böll y Estudios Nueva Economía.

Debrott, David e Ibáñez, Ciro (2014). Análisis y propuesta de financiamiento de la atención primaria de salud municipal. Instituto de Análisis de Políticas Públicas y Gestión. Asociación Chilena de Municipalidades.

Desiguales (2017). Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile. Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD).

Durán, Gonzalo y Kremerman, Marco (2018). La pobreza del “modelo” chileno, la insuficiencia de los ingresos del trabajo y pensiones. Fundación SOL.

Durán, Gonzalo y Kremerman, Marco (2019). Los bajos salarios de Chile, Análisis de la Encuesta CASEN 2017. Fundación SOL.

Escobar, Liliana y Bitrán, Ricardo (2014). Chile: Las Garantías Explícitas de Salud. Planes de Beneficios en Salud de América Latina: Una comparación regional. Banco Interamericano de Desarrollo.

El Mercurio. (2019, 23 de agosto). Recuperado el 25 de enero de 2020, de: <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2019/08/23/958913/Ministerio-de-Salud-estima-que-brecha-de-medicos-especialistas-es-de-4900-facultativos.html>

Fundación SOL (2019). Diez años construyendo “el cambio del momento actual”, y la financiarización de la economía global hoy. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: <https://www.re-vuelta.cl/news/fundacion-sol-diez-anos-construyendo-el-cambio-del-momento-actual-y-la-financiarizacion-de-la-economia-global-hoy/>

Gálvez, Recaredo y Kremerman, Marco (2019). Pensiones bajo el mínimo. Resultados del sistema de capitalización individual en Chile. Fundación SOL.

Goyenechea, Matías (2018). Minuta de análisis de propuesta de modernización de Fonasa. Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (FENPRUSS).

Llanes, María (2003). La revolución solidaria. Las Sociedades de socorros mutuos de artesanos y obreros: un proyecto popular democrático, 1840-1887. 22 de julio de 2019, de POLIS, Revista Latinoamericana. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30500514>> ISSN 0717-6554

Izquierda Autónoma Salud (2016). Con reflexión, participación y movilización, vamos Creando Salud.

La Tercera. (2019, 1 de febrero). Denuncias contra Isapres se cuadruplican en últimos 10 años. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: <https://www.latercera.com/la-tercera-pm/noticia/denuncias-isapres-se-cuadruplican-ultimos-10-anos-colmena-cruz-blanca-lideran-alzas-reclamos/511010/>

Méndez, Claudio y Vanegas, Jairo (2010). La participación social en salud: el desafío de Chile. *Rev Panam Salud Publica*.;27(2):144-8.

Oficina Central de Planificación de la Candidatura Presidencial del Dr. Salvador Allende (2006). Plan de salud, atención médica y medicina social - Chile 1964. *Cuadernos Médicos Sociales*,1,34. Santiago, Chile. Colegio Médico de Chile.

Parada-Lezcano, Mario y Moraga, Fabian (2019). Crisis del Aseguramiento en salud en Chile: enfermedad crónica socialmente transmisible. *Revista Electrónica Tempus, actas de saúde coletiva, Brasília*, 13(2). Jun/2019 ISSN 1982-8829.

Ruiz., Felipe (2018). El movimiento de trabajadores y trabajadoras en Chile: Diagnóstico, situación y perspectivas. *Nodo XXI*. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: <http://www.nodoxxi.cl/el-movimiento-de-trabajadores-y-trabajadoras-en-chile-diagnostico-situacion-y-perspectivas>.

Salinas, Hugo y Lenz Rony (1999). *Las NO reformas de salud en Latinoamérica, razones que explican su fracaso*. Santiago de Chile: Editorial Andros.

Superintendencia de Salud (2019). Estadísticas consolidada de cartera del sistema isapre año 2017. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-15612.html>.

Tetelboin, Carolina (2009). Evaluación de las reformas a la salud y a la seguridad social en América latina. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de: <http://cdsa.academica.org/000-062/1495.pdf>.

● O Sistema de Saúde Brasileiro: avanços e dilemas do direito à saúde universal e pública

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato¹³

Maria Lucia Frizon Rizzotto

Ana Maria Costa

Introdução

A Constituição brasileira promulgada em 1988 definiu a saúde como direito universal e dever do Estado afirmando, ao abrir o capítulo da saúde, que esse direito seria “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos” (Brasil, 1988. Art. 196). Esta concepção expressa o conceito ampliado de saúde forjado pelo Movimento da Reforma Sanitária (MRS) no qual a saúde é resultado da acumulação social de direitos e de qualidade de vida tal como preconiza a matriz da determinação social para a compreensão e abordagem à saúde. Os estudos de vulnerabilidade e risco de adoecimento e de morte evidenciam que as condições de vida determinam a condição da saúde, ou seja, exibem os efeitos das desigualdades e iniquidades associadas a classe social, renda, raça, etnia, escolaridade, trabalho, gênero, moradia, dentre outras.

Sob o Estado de bem-estar social patrocinado pela Constituição, a seguridade social e a saúde ganham centralidade e o povo brasileiro conquista um sistema público nacional de saúde, chamado Sistema Único de Saúde (SUS). Em sendo a saúde direito de todos e dever do Estado, o acesso às ações e serviços de saúde é universal e integral provido por um único sistema de saúde. Mas, a onda neoliberal, iniciada ainda no final da década de 1980, apresenta-se como uma força e poder crescente de oposição aos princípios e diretrizes do SUS. Mesmo assim, hoje, o SUS está implantado em todo o território nacional, sendo financiado com recursos públicos pelos três níveis da federação (união, estados e municípios), que são corresponsáveis pelas ações e serviços de saúde pública e pela assistência médica integral para os 209 milhões de brasileiros.

Na tensão de interesses que ficou estabelecida no País, é importante registrar que além do sistema público único na sua origem, o Brasil possui um importante sistema privado de planos e seguros de saúde, que cresceu *pari passu* à construção SUS. Seus representantes se instituíram como importante força política nos poderes instituídos o que lhes fornece garantias e vantagens para seu fortalecimento. Esse sistema privado, que a própria Constituição admitiu a sua existência em caráter complementar, se expandiu sem muito controle e fracamente regulado, assumindo um caráter substitutivo ao SUS, sobretudo na média e alta complexidade. Ele cobre essencialmente trabalhadores do

13 Investigadoras y directivas de CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde). www.cebes.org.br

mercado formal mantidos através de planos pagos integral ou parcialmente por suas empresas e, em escala menor, famílias e indivíduos que contratam seguros diretamente, em sua maioria das camadas de renda média e alta. Até recentemente os seguros de saúde chegavam a abarcar 27% da população, mas mediante o enorme desemprego, hoje conta com a adesão de 22% da população e dispõe de 766 empresas (operadoras) e 18.301 planos (ANS, 2019).

A coexistência de um sistema público universal junto a um forte sistema privado é uma das características singulares do caso brasileiro e um sinalizador dos conflitos vividos pelo SUS, decorrentes da complexa dinâmica política e institucional que orientou sua construção nesses seus 30 anos. O principal efeito desses conflitos é que, a par a potência do SUS como sistema e de sua importância para o acesso à saúde da população em um dos países mais desiguais do mundo, o direito à saúde não pode ser ainda considerado efetivo para o conjunto dos cidadãos.

Pretende-se aqui fazer um breve recorrido histórico e descrever o processo recente de construção do sistema de atenção à saúde no Brasil, e do SUS em particular, as linhas gerais de sua organização atual e apontar os principais problemas e desafios para o futuro.

Breves anotações sobre a organização da saúde no país

A organização estatal no campo da assistência médica no Brasil inicia-se na década de 1920, quando são criados fundos por empresas através da contribuição de empregadores e empregados, garantindo a prestação de serviços médicos e benefícios de aposentadorias e pensões. Na década de 1930 essa estrutura se amplia através de institutos previdenciários nacionais organizados por categorias profissionais e financiados por empregados, empregadores e o Estado. Os segmentos não incluídos no mercado formal, assim como os trabalhadores rurais - a maior parte da população à época - ficavam de fora.

A partir do regime autoritário iniciado em 1964, os antigos institutos previdenciários são unificados em uma única instituição (INPS) e novas categorias profissionais são incluídas. A expansão da cobertura da assistência médica se dá através da contratação de serviços médicos do setor privado de clínicas e hospitais, que conseqüentemente cresce de forma significativa no período. Contudo, mantém-se a lógica de segmentação da clientela, com benefícios e serviços diferenciados. Segundo Lobato e Burlandy (2000), em meados dos anos de 1970 o País apresentava um modelo de atenção à saúde com as seguintes características:

a. Centralização decisória

Centralização de recursos e do poder decisório em mãos do governo federal, reduzindo a interferência das esferas estaduais e municipais no planejamento e gestão das políticas do setor. Em um País com grande extensão territorial e significativas

diferenças regionais, a centralização gerou uma estrutura organizacional verticalizada, com superposição de ações e incapaz de solucionar as desigualdades entre e intrarregiões.

b. Dicotomia institucional e assistencial

A estrutura organizacional do setor público de saúde mantinha-se dividida entre dois Ministérios com atribuições, usuários e lógicas distintas de funcionamento: o Ministério da Saúde, responsável pelas intervenções de caráter coletivo e preventivo, prestadas através de uma rede hospitalar para tratamento de doenças crônicas e uma rede restrita de atenção básica voltada para o atendimento da população residente em localidades mais pobres; e o Ministério da Previdência e Assistência Social, responsável pela prestação de assistência médica individualizada e curativa aos trabalhadores formais segurados. Aqui, a prestação de serviços era feita tanto pelo setor público - através da rede própria que compreendia hospitais e centros de saúde, quanto pelo setor privado contratado - com ou sem fins lucrativos - que prestavam serviço ao setor público com base em contratos de reembolso com o governo federal.

c. Expansão da cobertura via fortalecimento do setor privado contratado

Foram incluídos novos segmentos da população à previdência social e estende-se o atendimento de emergência à toda população, independentemente de filiação à previdência. Para atender à ampliação da demanda, a prioridade era a contratação de serviços do setor privado, em especial o lucrativo, em detrimento da expansão da rede pública, que sofreu retração e deterioração.

Os convênios com empresas seriam o embrião do sistema privado de planos e seguros de saúde, que cresceria no período posterior. A contratação de serviços do setor privado se deu sem base a necessidades e com baixo controle sobre os serviços prestados, o que favoreceu o uso indiscriminado de serviços, com preferência para a assistência hospitalar de alto custo e focalizada nas regiões com maior poder aquisitivo do País. A prioridade ao pagamento por unidades de serviço (*fee for service*), por sua vez, estimulou o uso indevido de serviços e gerou um poderoso sistema de fraudes. O processo de expansão da clientela via contratação do setor privado de serviços reforçou o padrão histórico de relação público/privado no Brasil, onde a consolidação do setor privado se deu fundamentalmente por meio de subsídios e garantias conferidas pelo Estado.

d. Prevalência de modelo de atenção à saúde curativo, medicalizador e centrado na atenção hospitalar

O modelo de atenção à saúde prevaiente era do atendimento hospitalar, baseado na atenção individualizada e nas ações de caráter curativo. Expandiu-se a atenção médica especializada e de alto custo, financiada por um volume crescente de recursos da

previdência social. Em contrapartida, o atendimento básico em nível ambulatorial e as intervenções de caráter coletivo sofreram redução progressiva de investimentos.

e. Base de Financiamento Regressiva

O financiamento da previdência (onde estava a maior parte dos gastos com assistência médica) sustentava-se com recursos da contribuição compulsória dos trabalhadores e das empresas, ambas com base na folha salarial, mecanismo vulnerável às variações cíclicas da economia e aos períodos recessivos que atingem os níveis de emprego e salários. A progressiva expansão da cobertura não foi acompanhada de uma transformação na base de financiamento do sistema que contasse com novos recursos, fossem fiscais ou provenientes da ampliação das contribuições.

A coexistência de um financiamento regressivo e de um modelo que estimulava o aumento progressivo dos gastos (assistência curativa, sem planejamento baseado em necessidades e com pagamento por unidade de serviços), aliados à crise econômica que se instalou no País na segunda metade da década de 1970, culminou em uma crise financeira da seguridade social brasileira no início da década de 1980.

A crise da previdência social seria um momento importante para a formulação de políticas alternativas para o então sistema de saúde. Junto às medidas de racionalização de gastos, tomaram corpo, no âmbito da burocracia estatal da previdência, propostas de democratização do sistema, de descentralização e reordenação do modelo de atenção e algumas foram parcialmente experimentadas em diferentes localidades ou como projetos-piloto (FLEURY, 1994). Tais propostas vinham sendo gestadas desde a década de 1970 por sanitaristas, intelectuais, profissionais de saúde e partidos políticos que formariam o chamado “movimento sanitário”. Uma nova proposta associava a mudança do sistema de saúde com determinação social da saúde e a defesa da democracia. A ideia central era de que a garantia de melhores condições de saúde dependia da construção de um novo Estado com justiça social e de sociedade democrática. Essa premissa fundamentaria o conjunto de princípios e diretrizes que passaria a denominar a “reforma sanitária brasileira”.

A proposta de reorganização do sistema de saúde: a Reforma Sanitária

É na 8^a Conferência Nacional de Saúde¹⁴, realizada em 1986, que a reforma sanitária se traduz em uma proposta concreta de reorganização do sistema de saúde. Diferente de outras conferências, a 8^a Conferência Nacional de Saúde foi a primeira na qual participaram representantes da sociedade civil eleitos em um amplo processo

14 As Conferências são instâncias formais de discussão e definição de políticas convocadas regularmente pelo poder público. Na área de saúde existem desde a década de 1940.

de participação. Era também o primeiro ano do primeiro governo civil após 21 anos de ditadura militar. No documento final da referida Conferência foram consolidados os princípios e propostas que seriam posteriormente apresentados e defendidos junto à Assembleia Nacional Constituinte pelo amplo movimento social que se formou em sua defesa.

A reforma sanitária encontra sua definição legal na Constituição de 1988. Chamada de “Constituição cidadã” por definir mudanças importantes nos direitos sociais reconheceu, pela primeira vez, a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Na Constituição foram formalizados os princípios e diretrizes que visavam a alterar de forma significativa a ação do Estado no setor saúde.

A Constituição de 1988 (Brasil, 1988) definiu como princípios para a saúde a universalização com igualdade, equidade e participação social, e estabeleceu como diretrizes institucionais a introdução da saúde como componente da seguridade social e a criação do SUS, baseado na descentralização, na regionalização, na integralidade e hierarquização do atendimento.

- *Universalização com integralidade, igualdade e equidade*

A partir da Constituição todo cidadão brasileiro passou a ter direito à assistência a saúde, em igualdade de condições, sem discriminação de qualquer ordem e de forma integral, o que inclui todos os serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. E a prestação desses serviços passou a ser dever do Estado. A fundamentação adotada foi o conceito ampliado de saúde dependente e vinculado a um conjunto de condições sociais como trabalho, alimentação, moradia e lazer, não se orientando apenas pela ausência de doenças.

A universalização foi um passo importante, dado que parte significativa da população não tinha acesso à saúde. A proposta visava mais do que garantir assistência a todos, associava-se a um projeto mais amplo de democratização social do País através das políticas sociais. A noção de cidadania social e, portanto, de direito social, que havia pautado a construção de vários Estados de bem-estar social, foi amplamente difundida na sociedade, embora ainda não consolidada em nosso País.

Com o SUS a saúde foi o que mais se expandiu em termos de acesso universal. Isso porque, diferentemente de outras áreas que também foram universalizadas no País, a saúde é a única que dispensa contrapartida como critério para acesso, seja de renda, geográfico, de grupo populacional, ocupacional ou de contribuição. Essa universalização, contudo, pode ser considerada insuficiente e incompleta. Insuficiente porque o acesso ao sistema continua extremamente difícil em várias partes do País e desigual entre regiões, municípios e mesmo entre serviços de um mesmo município. Permanecem problemas sérios de iniquidade no acesso e utilização de serviços, ainda bastante vinculado à condição social e geográfica, sendo tímida a redução das desigualdades, inclusive em

períodos onde foi maior o investimento público (Travassos et al, 2000; Travassos et al, 2006; Lima-Costa et al, 2006; Castro, 2006).

E pode ser considerada incompleta porque os problemas de acesso e qualidade da atenção do SUS geram incertezas e as famílias e indivíduos, quando podem, compram planos privados de saúde. A oferta por planos de saúde por empresas tornou-se um diferencial no mercado de trabalho e reivindicação de todos os setores de trabalhadores organizados. Isso contribui para as desigualdades e não garante melhores condições de saúde, já que o SUS e os planos privados respondem a lógicas diferentes de atenção à saúde.

- *Saúde como componente da Seguridade Social*

O setor saúde passou a integrar a seguridade social, pela primeira vez inscrita como direito universal no Brasil. A seguridade social previa a integração institucional e sistêmica das políticas e ações nas áreas de saúde, previdência social e assistência social. No plano do financiamento, a Constituição inovou, ao criar um orçamento único e exclusivo para a seguridade social e ao ampliar as fontes de recursos, que passaram a incluir não só as contribuições de empregados e empregadores, mas também recursos fiscais e contribuições sobre o faturamento e lucro das empresas.

A noção de seguridade social, contudo, não se concretizou como previsto. A ideia de orçamento único, que garantiria o uso integrado dos recursos de acordo com as necessidades sociais, foi suplantada pela permanência da setorialização entre as áreas. A exclusividade de uso dos recursos do orçamento da seguridade apenas para as ações de seguridade social também não ocorreu. A título de apoiar o equilíbrio fiscal, desde a década de 1990 vem sendo adotado mecanismo de desvinculação que retira 20% dos recursos do orçamento da seguridade, atualmente o valor contingenciado é de 30% dos recursos da seguridade.

A partir da década de 2000 houve forte expansão dos gastos da seguridade social, mas eles cresceram principalmente na previdência social e na assistência social, não na saúde. O Gasto Total em saúde no Brasil é de cerca de 8% do PIB, sendo 4,4% de gastos privados (55% do total) e 3,8% PIB de gastos públicos (45% do total). Apenas 1,7% do PIB é gasto Federal e 2,1% de gastos efetuados por estados e municípios (OPAS, 2018).

O subfinanciamento da saúde é um tema difundido por especialistas, gestores e setores de defesa da saúde, mas não tem sensibilizado os governos. Pode-se dizer que o Brasil é singular entre os sistemas públicos universais, já que é o único País onde, do total de gastos em saúde, os gastos públicos representam parcela menor do que os gastos privados (Lobato; Ribeiro; Vaitsman, 2011). Enquanto os gastos públicos na Inglaterra, Dinamarca e Suécia, por exemplo, são respectivamente 82%, 84,5% e 82% dos gastos totais, no Brasil esse percentual é de cerca de 42% (Ugá; Porto; Piola, 2012). Aponta-se também para iniquidades no financiamento entre o sistema público e o sistema privado,

já que tanto o pagamento a planos de saúde quanto as despesas médicas de pagamento direto (*out-of-pocket*) podem ser parcialmente debitadas do pagamento do imposto sobre a renda, socializando entre todos o pagamento dos planos de saúde de parte da população.

Uma inflexão importante na regularidade do financiamento foi a aprovação da Emenda à Constituição (EC-29/2000 e a EC-86/2015) que fixou percentuais de gastos com ações e serviços de saúde dos orçamentos da União, estado e municípios. Essas medidas foram importantes por garantir maior estabilidade de recursos para o SUS e por definir claramente o que são ações e serviços de saúde, já que os governos tendiam a contabilizar serviços de outras áreas como serviços de saúde. Apesar da importância da medida, ela teve cunho mais regulador, não implicando em aumento no volume de gastos em saúde. No entanto, em dezembro de 2016, foi aprovada Emenda a Constituição (EC-95/2016) que congelou os gastos públicos por 20 anos, sendo corrigido apenas pela inflação do ano anterior o que aumentará o já histórico subfinanciamento da saúde.

Do ponto de vista da integração entre as áreas sociais também não houve avanços significativos. As áreas que compõem a seguridade social – previdência, saúde e assistência social - contam hoje com robustos sistemas nacionais, mas a ideia de associação organizacional entre elas, enfocando necessidades sociais, é tímida e dependente de iniciativas locais. As iniciativas mais avançadas em nível nacional se dão entre serviços de assistência e saúde para a população pobre, dentro do grande programa de transferência de renda chamado Bolsa Família; mas aí convivem com as restrições de acesso, pela baixa oferta e baixa qualidade dos serviços, e são focalizadas nos participantes do Programa.

Por outro lado, essa falta de integração impede a presença do Estado baseada no conceito ampliado de saúde estratégia amplamente reconhecida e evidenciada pelos profissionais e gestores da área, onde as condições de saúde são resultado dos determinantes sociais, que devem ser abordados e modificados de forma integrada pelas diferentes áreas de políticas nos distintos níveis, das macro políticas econômicas, sociais e culturais, aos recursos coletivos e ao modo de vida dos indivíduos.

- *Controle social e participação popular*

A participação social foi um componente bastante inovador da área de saúde, e serviu de exemplo para diversas outras políticas públicas no País, que adotam o mesmo modelo em suas estruturas. O objetivo foi incorporar a população usuária e seus representantes na estrutura de decisão do setor, visando democratizar não só o setor saúde, mas o próprio Estado. Foram constituídos conselhos de saúde em nível federal, estadual e municipal, de composição paritária entre representantes de usuários do sistema, profissionais, gestores e prestadores. Os conselhos são instâncias obrigatórias

para todos os níveis de governo, têm caráter deliberativo e funções na formulação, implementação e controle das políticas de saúde.

Outro instrumento de participação são as conferências de saúde (de âmbito nacional, estadual e municipal) que têm como atribuição a formulação de políticas para o setor e ocorrem com periodicidade definida (4 anos). Essas instâncias assumem funções que eram de atribuição exclusiva do poder executivo, tais como decisões quanto à alocação de recursos, fiscalização e regulamentação.

As conferências, assim como os conselhos, já existiam antes da Constituição, mas é a partir da Conferência de 1986 que atores da sociedade civil passam a compor sua estrutura, e a partir da Constituição que elas passam a ser regulares e a ter caráter deliberativo.

Os números da estrutura participativa na saúde são significativos. Em 2009 os conselhos municipais de saúde já reuniam 72.184 conselheiros titulares (número maior que o de vereadores no País), dos quais 36.638 (50%) eram representantes de usuários. No mesmo ano havia ainda 729 conselheiros estaduais e 48 nacionais, o que perfazia um total de 72.952 conselheiros titulares de saúde no País (Scorel; Moreira, 2009, p. 229). Atualmente existem 5.631 conselhos municipais de saúde, 26 conselhos estaduais e um distrital (CNS, 2019).

A par da inovação e avanços na estrutura dos conselhos e conferências, é ainda baixa sua capacidade de interferir de fato na condução da política de saúde. Em especial para os conselhos existem problemas como sua baixa representatividade; baixa renovação dos conselheiros; amplitude de suas competências, o que cria por vezes conflitos com as autoridades eleitas pelo voto; corporativismo e clientelismo. Além disso, os conselhos contam com pouca estrutura para dar conta de suas atribuições e sofrem continuamente com a cooptação política por parte dos governos os quais eles deveriam controlar. Mas em compensação de uma forma geral, os conselheiros têm tido uma expressiva capacidade mobilizadora em defesa do SUS e na busca de soluções aos problemas.

- *Sistema público integral, descentralizado e hierarquizado*

Para garantir o direito universal, foi criado o SUS, responsável pelo conjunto de ações e serviços de saúde (assistência médica, vigilância sanitária e epidemiológica e saúde do trabalhador), prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. O setor privado foi considerado partícipe do sistema, em caráter complementar, através de contrato de direito público. O comando do sistema passou ao Ministério da Saúde, que incorporou as ações médico-assistenciais que estavam no âmbito da previdência social.

O aparato jurídico-legal do setor é composto pela Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/90 e 8142/90¹⁵) e regulamentações específicas, entre as quais se destacam as normas que regulamentam o repasse de recursos e a gestão do sistema.

A legislação prevê que o SUS deve organizar-se de forma a prestar um atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo da assistência em outros níveis. As ações de promoção, prevenção e recuperação devem ser articuladas, tendo o perfil epidemiológico da população como base para o estabelecimento de prioridades. A estrutura de prestação de serviços deve ser ordenada de forma hierarquizada em níveis de complexidade crescentes, assegurando à população o acesso universal a todos os graus de atenção. A hierarquização deve ser operacionalizada através de mecanismos de referência e contra referência, do nível de menor complexidade para o de maior complexidade de atendimento, garantindo o retorno do paciente ao serviço de origem.

A descentralização, adotada no Brasil para diversas áreas de políticas sociais, tem como concepção político-administrativa a estrutura federativa definida na Constituição de 1988, tripartite, com união, estados e municípios como entes membros e autônomos da federação. E como estratégia de saúde, visa a incorporar os três níveis de governo na responsabilidade sobre a saúde da população, dando a cada um responsabilidades próprias e em cooperação.

A provisão direta de serviços é de responsabilidade dos governos municipais, com assistência da União e dos estados. O sistema deve ser unificado em rede, ou seja, interligado em serviços pertencentes às diferentes esferas de governo, que atendam aos pacientes de forma referenciada e de acordo com o nível de complexidade exigido.

Outra diretriz central é a regionalização. O Brasil é um País continental, com profundas diferenças regionais. A federação conta com 26 estados, um Distrito Federal e 5.570 municípios, dentre os quais mais de 90% são de pequeno porte (menos de 20.000 habitantes), com baixa capacidade orçamentária e baixa oferta de serviços. E como as necessidades de saúde não acompanham a estrutura político-administrativa, a regionalização visa a criar estruturas regionais de oferta de serviços.

O SUS hoje

Nesses 30 anos de construção do SUS, pode-se afirmar que o aparato político-organizacional da saúde mudou de forma significativa e o SUS se constitui como sistema público mesmo que sem a fidelidade ao que fora proposto pela Carta. Assim, há enormes desafios para a implementação da equidade em relação ao acesso e à qualidade do sistema público de saúde.

15 As duas leis são complementares. A segunda foi editada para recuperar os vetos do então presidente Fernando Collor à primeira delas.

A estrutura descentralizada alterou a relação entre os níveis federados e as responsabilidades entre eles são hoje mais claras e definidas nas distintas áreas de atuação, como formulação, financiamento, regulação e execução direta de serviços. Em especial no financiamento e na regulação, que eram centralizadas no nível federal e na prestação direta de serviços, agora atribuição principal dos municípios.

A autonomia gerada pela descentralização, contudo, não resolveu os problemas de acesso, mesmo com o novo papel dos municípios na prestação de serviços. Muitos municípios têm restrições orçamentárias para atender à demanda de seus munícipes, mantendo-se dependentes das transferências de seus estados ou da União, que têm sido restringidas. Por outro lado, a autonomia libera os entes federados a fazer escolhas nem sempre condizentes com as diretrizes do SUS. Isso em muitos casos agrava as desigualdades, com municípios próximos entre si apresentando situações de acesso bem distintas.

A regionalização, que poderia resolver parte desses problemas, pouco avançou. Várias iniciativas de aprofundar as estruturas regionais foram frustradas. As restrições orçamentárias dificultam que municípios com maior rede de serviços, mas em geral com maior demanda populacional, possam atender outros municípios menores. Estes, por sua vez, não podem pagar por serviços em outros municípios, nem investir em rede própria. Contribuem também as dificuldades políticas, já que governos locais com posições políticas e partidárias distintas tendem a não cooperar uns com os outros.

A descentralização gerou novas bases de negociação, e o sistema conta hoje com um aparato inovador de instâncias de pactuação e decisão sobre recursos e ações entre os três níveis de governo. A estrutura de decisão conta, além dos gestores nos três níveis de governo, com as comissões intergestoras tripartite e bipartite (que agregam, no primeiro caso, os gestores dos três níveis de governo e, no segundo, os gestores do estado e municípios em cada unidade da federação). Afora essas instâncias, fazem parte do modelo de gestão os conselhos de saúde e as representações dos gestores Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e no âmbito de cada unidade federada ou estado, existem os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Importante também é a institucionalização das Conferências Nacionais de Saúde que, embora não seja instância de gestão, faz parte da estrutura de decisão da área.

A estrutura de financiamento do setor saúde não se alterou como previsto na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde, como vimos acima, mas houve avanços importantes na estrutura de gastos. Foram criados mecanismos de transferência fundo a fundo para estados e municípios baseado no critério per capita populacional, o que deu autonomia para municípios na organização de seus sistemas locais, além de incentivos para ações de atenção básica, vigilância sanitária e epidemiológica e farmácia básica. Mas a maior parte dos gastos é ainda em atenção hospitalar e ambulatorial e na

alta complexidade, com pagamentos por produção, o que favorece os sistemas locais com rede ampla de serviços e desfavorece os que têm rede precária, restringindo sua capacidade de investimento.

Grande estímulo foi dado à atenção básica, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, transformada a partir de 2006 em Estratégia Saúde da família. Com a ESF o governo federal passou a dar incentivos à formação de equipes de saúde para atendimento e acompanhamento domiciliar em saúde. Concomitante a ESF foi criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), importante para a consolidação da prevenção em saúde, uma das diretrizes do SUS. A PNAB vem redefinindo a lógica e o modelo de atenção à saúde, através do reconhecimento da estreita vinculação entre necessidades sociais e de saúde e de uma nova relação com as comunidades e a população atendida. Em 2016 a cobertura da população com a ESF chegou a 64% o equivalente a 125 milhões de pessoas (NEVES et al., 2018). Atualmente o número de equipes da ESF cadastradas é de 42.557. O sucesso da ESF é significativo, principalmente após a incorporação de serviços odontológicos em 18.985 equipes de Saúde da Família com saúde bucal (DATASUS, 2019).

Apesar desses avanços, há críticas e problemas. Permanecem graves os problemas de hierarquização do atendimento para os usuários da ESF, assim como de toda a atenção básica do SUS. Contudo, esse não é um problema do modelo da atenção básica, mas da falta de coordenação dos sistemas locais e da carência generalizada no atendimento de média complexidade. Também, a ESF não se efetivou em regiões metropolitanas. De fato, não há consenso sobre a aplicabilidade dessa estratégia nessas regiões. Machado e Lima (2008) levantam, entre outros problemas, a dificuldade de adscrição da clientela, já que nas regiões metropolitanas as distâncias são significativas e a circulação da população é intensa, requerendo flexibilidade de acesso o que sacrifica em tese o modelo de vigilância à saúde proposto e necessário.

O sistema avançou bastante também na área de programas específicos, como o de imunização, hoje um dos maiores do mundo, e em programas de prevenção e tratamento de doenças crônicas, de alimentação e nutrição, de transplantes, de hemoderivados e de prevenção às DST/AIDS, este reconhecido como referência internacional.

Merece registro a mudança significativa na área de informação. O setor saúde conta hoje com um sistema formado por diversas bases de dados, de alcance nacional, que permite o acompanhamento mais apurado das ações e serviços, assim como de indicadores fundamentais para a identificação de necessidades e definição de estratégias de gestão e diretrizes em saúde.

No que toca à produção de serviços, a grandiosidade do SUS é evidente. Tomando o ano de 2007, foram realizados 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais com 610

milhões de consultas, 403 milhões de exames laboratoriais, 10,8 milhões de internações, 3,1 milhões de cirurgias, 212 milhões de atendimentos dentários, 150 milhões de vacinas, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 12 mil transplantes de órgãos e tecidos, fora programas avançados como o de controle e tratamento de AIDS (Santos, 2008). De janeiro a outubro de 2017, foram autorizadas 8.506.738 internações hospitalares e 566.518.131 procedimentos ambulatoriais (Brasil, 2017).

Mesmo com esses números, vários constrangimentos concorrem simultaneamente para o baixo desempenho e qualidade do sistema público de saúde no Brasil, dos quais destacamos dois: por um lado, as persistentes desigualdades socioeconômicas, que agravam as condições de saúde e o acesso aos serviços, tanto regionalmente quanto em relação a segmentos populacionais específicos. Por outro lado, o baixo investimento público no sistema de saúde.

Embora a desigualdade de renda tenha diminuído substancialmente na última década, com o índice de Gini caindo de 0,594 em 2001 para 0,527 em 2011 (IPEA, 2012) os 20% mais ricos ainda detêm 57,7% da renda enquanto os 40% mais pobres detêm 11% (IBGE, SIS, 2012). Além desses enormes diferenciais de renda, as desigualdades regionais e as desigualdades horizontais, que combinam, além da renda, atributos de cor, etnia, gênero, manifestam-se nos indicadores demográficos, sociais e em saúde. A população pobre concentra-se principalmente nas áreas rurais e pequenos municípios do País - sobretudo nas regiões Norte e Nordeste - e nas periferias das regiões metropolitanas.

Doenças e internações associadas à falta de saneamento, como diarreias, febre amarela, dengue, leptospirose, micoses, etc. são fortemente associadas a desigualdades regionais. Em 2015 somente 85,4% dos domicílios brasileiros dispunham de abastecimento de água por rede geral e 65,3% de esgoto. A coleta de lixo era de 89,8% (ABES, 2015).

As desigualdades sociais continuam impactando fortemente as condições de saúde, e o sistema de saúde não tem conseguido alterá-las. O SUS tem apresentado resultados positivos na atenção básica e resolutividade na alta complexidade, embora com alta seletividade. Ao mesmo tempo, o sistema público é bastante ineficaz no sistema de referência e na média complexidade. Há várias explicações para isso, mas destacam-se as deficiências na rede secundária em comparação à de alta complexidade. O Brasil tem nas suas origens e tradição, uma atenção focada no hospital e, apesar dos esforços de estímulo à atenção básica ainda não há uma rede articulada, pois, a oferta na média complexidade é baixa, fazendo com que a demanda que adentra a rede básica não tenha acesso aos demais níveis de atenção das redes de saúde que integram o sistema. Em muitos territórios e estados, um indivíduo pode ter que esperar por meses por um exame diagnóstico.

Outro fator de destaque é a elevada dependência do SUS à compra de serviços hospitalares privados, que, na última década passaram a priorizar o atendimento de alta complexidade, mais bem pagos pelo SUS e que incorporam mais tecnologia, respondendo indiretamente à demanda da indústria de equipamentos e insumos.

A proposta original do SUS previa que o setor privado seria apenas complementar, podendo prestar serviços ao setor público, via contratação, e com preferência aos serviços não lucrativos. Essa foi uma disputa importante durante a Constituição, entre os defensores de uma maior presença estatal e os defensores da manutenção do setor privado na prestação de serviços. Embora tenha prevalecido a defesa da expansão do Estado na regulação e na oferta direta de assistência à saúde, e mesmo com o aumento da participação de serviços públicos próprios depois da Constituição, paradoxalmente, o setor privado permanece sendo o principal prestador do SUS.

A escassez e baixa qualidade da oferta, bem como o racionamento dos serviços hospitalares públicos, levaram à entrada maciça das camadas altas e médias no setor privado de planos e seguros de saúde (Ribeiro, 2009).

Atualmente o setor privado também se apresenta como uma alternativa, com planos mais baratos e de baixa qualidade e precariamente regulados, para as camadas populares, que haviam se beneficiado da melhoria nos níveis de renda registrados até 2014. Contudo, o resultado dessa adesão nos gastos das famílias é altamente regressivo. Em 2008, enquanto as famílias de renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos gastavam 4,4% com saúde (seguros e planos privados, medicamentos e outros), aquelas com renda familiar acima de 25 salários mínimos gastavam 1,9% (CEPI-DSS/ENSP/FIOCRUZ, 2012).

O subfinanciamento, que acompanha o SUS desde sua criação e restringiu a expansão de uma rede pública própria, bem como a forte presença do setor privado na lógica da atenção, na história da assistência à saúde e mesmo na formação profissional dos médicos, influenciam as escolhas dos gestores estaduais e municipais.

A preferência dos gestores do sistema público pela compra de serviços ao setor privado responde a interesses que perpassam os dois setores. Mas tem também uma boa dose de pragmatismo. Isso porque, além das restrições de financiamento, desde a década de 1990 há limites legais para os gastos do setor público com funcionários, que é um dos maiores itens de custeio dos sistemas de saúde.

No Brasil os funcionários do Estado devem ser concursados e são regidos por sistema de carreira próprio, cujos custos são maiores que os da mão de obra do setor privado. Assim, várias novas modalidades de contratação de serviços têm sido criadas, onde o setor público custeia e repassa ao setor privado a administração de unidades básicas, hospitais e outros serviços.

Os recursos humanos são um dos grandes entraves do SUS que, de forma geral, paga salários menores e oferece piores condições de trabalho. Além disso, não houve estímulo à formação de profissionais dirigidos especificamente ao SUS, nem nas universidades públicas, o que faz com que o trabalho no SUS não seja valorizado. No contexto do Programa Mais Médicos que contou com médicos estrangeiros essencialmente cubanos tentou-se mudar as diretrizes curriculares para a formação médica com grande resistência da corporação. Mesmo continuamente fragilizadas sobrevivem algumas iniciativas para a qualificação e formação de médicos para a atenção básica.

Apesar de a relação médico/habitante no Brasil estar acima do recomendado pela OMS, a maior parte atua no setor privado e quando estão no SUS não dedicam muito de seu tempo. Em todo o País existem 2,18 médicos por mil habitantes, com capitais com mais de 12 médicos por mil habitantes e regiões do interior do Nordeste com menos de um médico por mil habitantes (Scheffer, *et al.*, 2018). Além disso, há dificuldade de fixação de médicos no SUS e também em regiões mais distantes. A abertura de novas escolas médicas no interior do Brasil visou formar profissionais que permanecessem em seus municípios de origem. Atualmente, os municípios contratam médicos, mas não conseguem nem sua permanência e nem a exclusividade para o setor público.

Na relação com o setor privado, há problemas também com o setor de planos e seguros de saúde, teoricamente independente do SUS. Este setor era, à época da Constituição, pequeno e restrito a planos de saúde oferecidos por grandes empresas ou planos de seguros contratados por parcela da população de alta renda. A deterioração dos serviços públicos de saúde a partir de meados dos anos de 1980, com a crise da previdência social, comprometeu os serviços prestados para a massa de trabalhadores segurados, levando a uma crescente busca dos setores médios por essa modalidade de serviços, que se diversificou e ganhou potência no mercado.

Com a criação do SUS e a não solução dos problemas de atendimento, o setor dos planos se expandiu ainda mais, que sem regulação gerou inúmeros problemas, culminando na criação, em 2000, de agência específica de regulação do setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde. A ANS regula as empresas de planos de saúde e seus serviços, define serviços mínimos obrigatórios, controla os reajustes de preços e pune eventuais infrações. Contudo, a fiscalização dos serviços oferecidos pelo setor privado e a punição de infrações, nem sempre têm se mostrado efetivas, sobretudo em relação aos planos dirigidos a segmentos com menor poder de vocalização.

O setor de planos e seguros privados também acaba por se beneficiar direta e indiretamente do SUS. Indiretamente quando, como dito, os beneficiários podem descontar do imposto de renda parte do valor pago aos planos de saúde. E diretamente nos serviços, quando seus beneficiários são atendidos pelo SUS, em geral para

procedimentos de maior complexidade, e por isso mais caros. Isso ocorre tanto pela negativa de atendimento pelos planos privados, fazendo com que os usuários busquem o atendimento do SUS, quanto pela intermediação direta de médicos que trabalham para empresas e planos e também para o SUS. Desde 1998 a lei prevê que sejam restituídas ao SUS as despesas com eventuais serviços realizados no SUS para beneficiários de planos e seguros privados, e que estejam previstos em seus contratos com as empresas. Mas ainda hoje esses pagamentos não são regulares, pelos recursos interpostos pelas empresas na justiça.

Um último aspecto relevante no âmbito da prestação de serviços é a oferta de medicamentos. A política de medicamentos envolve interesses e conflitos que extrapolam o âmbito do SUS. Assim como outros países em desenvolvimento, que não são autônomos em tecnologia e produção de medicamentos, garantir o direito de acesso é um grande desafio. No caso brasileiro, considerando apenas os gastos do Ministério da Saúde (sem estados e municípios), a parcela de gastos com medicamentos passou de 5,8% em 2002 para 12,5% em 2010, sendo a maior parte gastos em medicamentos especializados e para a Aids (Bermudez et al., 2012).

Contudo, a ausência de medicamentos ofertados pelo SUS é uma das principais fontes de insatisfação dos usuários e de processos judiciais, já que muitos medicamentos previstos para oferta pelo SUS não são disponibilizados nas unidades, atrasando ou interrompendo o tratamento. Isso tem levado também a um aumento dos gastos diretos das famílias com medicamentos, e tem crescido nos orçamentos familiares a participação desses gastos. O governo criou programas de desconto em farmácias, mas não há ainda estudos que comprovem sua eficiência.

O fenômeno da judicialização da saúde, tem sido um problema importante para o SUS, com pessoas recorrendo à justiça para ter acesso a tratamentos experimentais ou medicamentos não disponíveis na rede, o que implica em gastos adicionais com graves repercussões para os gestores que timidamente experimentam estratégias baseadas em evidências.

No Brasil, a regulação da produção e comercialização de produtos e serviços, em especial medicamentos, é atribuição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), agência criada nos moldes da ANS para o setor de saúde suplementar, também vinculada ao Ministério da Saúde, mas com autonomia administrativa.

Avanços e Desafios

O SUS alcançou várias conquistas em três décadas de implantação. Seu ponto mais forte foi a garantia do direito universal de atenção integral a todos os cidadãos que vivem em território nacional. A criação do SUS passou a abranger todas as áreas

relativas ao cuidado em saúde, reorganizou a estrutura de prestação de serviços de forma inovadora, com União, estados e municípios atuando em conjunto e criou uma nova estrutura de decisão, com instâncias de participação social e de pactuação. Os sistemas locais/municipais estão hoje institucionalizados, com melhor capacidade gerencial e mais autonomia, o que resultou na melhoria dos indicadores da atenção básica. Foram implementados diversos programas nacionais de atenção à saúde. O SUS é hoje um sistema potente e uma realidade da população, mas permanecem vários desafios para sua equidade e eficiência, entre os quais destacamos:

Financiamento estável e adequado

Entre os sistemas universais os mais eficientes são os sustentados por recursos fiscais. No caso brasileiro, a Constituição definiu os recursos, mas os governos subsequentes, por motivos diversos, restringiram o financiamento, principalmente o governo federal. Os efeitos desse subfinanciamento se fazem sentir diretamente na população de sofre com as dificuldades de acesso e utilização de serviços, além de sua baixa qualidade, principalmente para os mais vulneráveis; indiretamente isso se reflete na desconfiança da população em relação ao SUS, o que quebra a solidariedade social necessária para sua manutenção e expansão.

A principal necessidade de recursos hoje é para a expansão da rede pública de atenção básica e de média complexidade, com recursos humanos qualificados com vínculo de trabalho regular, para reduzir dependência do setor privado lucrativo. E para melhorar a oferta de medicamentos.

Regionalização

Em um País de grande dimensão territorial e importantes diferenças regionais como o Brasil, a descentralização da estrutura do SUS foi decisiva para sua implementação nacional. Hoje os municípios são os responsáveis diretos pela prestação de serviços, e isso permitiu um salto na organização da rede de atenção e na melhoria das ações de saúde pública. Mas muitos municípios não têm condições técnicas, orçamentárias, nem mesmo rede suficiente para atender a demanda local. Falta maior presença do nível estadual, tanto no apoio constante aos municípios, quanto na condução política e técnica da regionalização, para a criação e manutenção de redes regionais regulares de serviços em todo o País, com centrais regionais de regulação de leitos e procedimentos e mecanismos equitativos de alocação de recursos entre os participantes.

Participação social

A participação foi uma grande inovação do SUS e está hoje institucionalizada. Mas é preciso repensar os mecanismos de representação e o rol de atribuições dos conselhos, para que se tornem mais efetivos, para ampliar a participação da população usuária e não restringi-la aos setores profissionais, sindicais ou de associações específicas. Uma medida importante, mas ainda tímida, são os conselhos formados nas próprias unidades de saúde, que acompanham os serviços e criam vínculos com os profissionais e a comunidade. Se a descentralização aproximou os cidadãos dos governos responsáveis pelos serviços, também deu autonomia para que esses governos locais façam escolhas, que algumas vezes reforçam, mas nem sempre são condizentes com as diretrizes do SUS. Nesse sentido, a participação da população é um bom caminho de acompanhamento e controle.

Por outro lado, um importante desafio em relação à participação é a própria cultura política e o poder que os governos locais possuem sobre os conselhos, influenciando sobre a qualidade da representação.

Hierarquização e regulação da rede de atendimento

A falta de uma regulação adequada da rede em muitos municípios coloca sérias barreiras à hierarquização do atendimento. A carência de oferta associada à falta de coordenação da rede gera ainda mais ineficiência e penaliza os pacientes que têm que circular em busca de exames e procedimentos por sua própria conta. A ausência de redes integradas e articuladas tornam precários os mecanismos de referência e contra referência, o que impede a integralidade, enfraquece o papel esperado da atenção básica na coordenação do cuidado e ordenamento da rede além de sobrecarregar os demais níveis de atenção da média e alta complexidade.

Atenção Básica

A PNAB foi um dos grandes saltos do SUS e é um investimento central e estratégico para qualquer sistema público e universal. Mas uma cobertura efetiva e o desenvolvimento da plenitude de seu papel e na garantia da qualidade e resolutividade exigirá maiores investimentos, sobretudo em recursos humanos. Os profissionais desse segmento são ainda muito desvalorizados, recebem salários menores, têm maior carga horária e vínculos precários de trabalho. Outro desafio é a expansão da atenção básica em regiões metropolitanas, onde se mostrou limitada a concepção de equipes presentes na comunidade, base da ESF. Uma alternativa seria conjugar, nas metrópoles, a ESF com a expansão de clínicas básicas em funcionamento 24 horas por dia. Isso já vem sendo adotado, mas não cobre a grande demanda, já que a maior parte da população está concentrada em metrópoles.

Apoio ao monitoramento e avaliação para o planejamento das ações

Embora se disponha de um bom sistema de informação no SUS, grande parte dos municípios não dispõe de capacidade institucional e de recursos humanos treinados para usar essas informações para o planejamento de seus sistemas locais de saúde. De novo aqui é necessário investir em recursos humanos qualificados e apoio técnico regular por parte do nível estadual.

Intersetorialidade para reduzir desigualdades socioeconômicas

A integralidade da atenção, princípio do SUS, não se realiza somente com as ações e serviços de saúde, já que muitos agravos estão relacionados a desigualdades socioeconômicas. Nesse sentido, um grande desafio é a criação de mecanismos institucionais de ação intersetorial com outros setores de políticas sociais, em especial educação e assistência social. Essa estratégia é dificultada pela estrutura de alocação de recursos dos níveis federal e estadual, que criam inúmeros programas e vinculam à sua execução as transferências aos municípios, engessando os orçamentos municipais. Seria preciso aumentar a parcela de recursos sem vinculação, ao mesmo tempo dirigir incentivos a ações intersetoriais. Por outro lado, é preciso investir pesadamente em saneamento básico.

Políticas urgentes voltadas para segmentos específicos

Aprofundar políticas voltadas para os problemas decorrentes das mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade, em especial para a população idosa e jovens bem como para enfrentar o aumento das taxas de homicídios e acidentes de trânsito.

Recursos humanos

O SUS requer hoje uma política arrojada de qualificação e fixação de recursos humanos em regiões mais vulneráveis. Para isso, é preciso atuar na formação e qualificação de profissionais para o SUS, principalmente, mas não apenas médicos, sendo uma das alternativas a criação do serviço civil para profissionais formados nas universidades públicas. Também, criar formas de vínculo regular para fixação de profissionais, para sanar as limitações existentes para contratação, já que hoje os profissionais ou são funcionários públicos de carreira ou têm vínculos precários com os serviços de saúde.

Melhorar a regulação dos serviços oferecidos pelo setor privado

Aqui caberia executar integralmente o ressarcimento ao SUS de serviços realizados em pacientes de planos e seguros privados que estejam previstos em seus contratos.

Comentários finais: sobre o futuro do SUS

A análise do conjunto das contradições e tensões presentes nos diversos momentos da institucionalização do SUS desde sua criação, orbita nos interesses do capitalismo e do mercado nacional e internacional. Os avanços observados até o presente, na implantação do SUS, são creditados à robusta e longa trajetória de um movimento de profissionais, gestores, movimentos sociais e outros atores que alimentam um processo contra hegemônico pela saúde a partir da conquista representada pela introdução do projeto político para a saúde na Constituição de 1988. Este poder hoje está sendo duramente perseguido e se esgota diante da conjuntura vigente de desmonte de direitos e submissão do País aos interesses do capital. Não apenas há um total descompromisso do Estado com os direitos à saúde e ao SUS, mas a sociedade brasileira, com justas razões, não se manifesta em sua defesa, o que complica mais ainda a sua sobrevivência..

Um projeto democrático e com justiça social para o País deve retomar a ideia da inclusão da saúde como eixo do projeto de desenvolvimento e, para isso, romper o insulamento existente hoje do setor saúde. O fim da seguridade social inspirada no modelo solidário tem provocado resistência e um certo consenso de que as transformações ultrapassem o setor saúde envolvendo outras áreas comprometidas com as necessidades sociais e os direitos de cidadania. Enquanto direito instituído estruturante, a saúde precisa ser parte inerente e estratégica da dimensão social do desenvolvimento.

A importância do setor da saúde é inquestionável e vale lembrar que do ponto de vista econômico e tecnológico a saúde avança mais de 8% do Produto Interno Bruto (PIB) e em função dela se articulam a geração e a difusão de tecnologias avançadas. O direito universal à saúde representa uma dimensão democratizadora do desenvolvimento inicialmente por objetivar a equidade do direito social e também por dispor de uma forte institucionalização da democracia participativa e da participação popular na sua gestão sob as formas dos conselhos e conferências. Finalmente, a saúde pode representar fator de desenvolvimento regional já que sua base territorial de organização dos serviços condiciona e apoia este desenvolvimento (Gadelha; Costa, 2012).

As mudanças ocorridas nos chamados governos populares do início do século XXI transformaram o padrão de distribuição de renda na sociedade e ocasionaram impactos reais sobre a saúde, particularmente em relação ao indicador de mortalidade infantil, que é altamente sensível às mudanças das políticas sociais - renda, segurança alimentar, educação, saneamento, trabalho, etc. - todas elas associadas à qualidade de vida e, portanto, à determinação social da saúde.

A ausência de alternativas vigorosas, mediante o acirramento das contradições impostas atualmente à efetivação do direito universal à saúde, indica para a irreversibilidade da mercantilização e financeirização da saúde, aproximando o Brasil

do perverso modelo americano, excludente e deficiente para os pobres, tecnológico, sofisticado e resolutivo para os que podem pagar. O modelo da Cobertura Universal da Saúde (CUS) apresentado em recente relatório do Banco Mundial é o projeto político atual que transforma o SUS em um sistema de baixa qualidade e oferta restrita dirigido aos pobres.

É urgente a retomada de uma agenda política para o País e para a saúde para evitar desfechos que hoje ameaçam o SUS de forma insidiosa, conduzindo o setor público de saúde ao retorno ao passado, quando era guardião exclusivo da saúde dos pobres, atualizado hoje para servir e garantir mais lucros ao setor privado por meio da cobertura de procedimentos e medicamentos de alto custo que ainda não foram incorporados ao rol dos procedimentos obrigatórios dos planos de saúde, subsidiado por mecanismos de despesas tributárias e elisões fiscais camufladas (Noronha, 2012).

A atualização dos objetivos e estratégias nacionais quanto à saúde requer a construção de novos consensos e arranjos sociais e políticos para a sua sustentação. Para seguir a trilha constitucional, esse processo deve produzir novas alternativas de política econômica, tributária, previdenciária bem como a retomada da democracia e o redirecionamento do processo de desenvolvimento do País de forma soberana e autônoma sobre as suas riquezas.

Bibliografía

ABE- Associação brasileira de engenharia sanitária e ambiental (2015). Situação do saneamento básico no Brasil: uma análise com base na Pnad 2015. Disponível em: <http://abes-dn.org.br/pdf/situacao.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2019.

ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar (2019). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-dosetor/dados-gerais>. Acesso em: 29 abr. 2019.

Bermudez, Jorge *et al.*, (2012). Assistência Farmacêutica. In: GIOVANELLA L. ESCOREL S. LOBATO LVC. NORONHA JC. CARVALHO AI. (orgs). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Cebes, 2012, 2ª edição.

Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

_____. (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Relatório de gestão – exercício de 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf>. Acesso em 29 abr. 2019.

CNS- Conselho Nacional de Saúde (2019). Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (Siacs). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/demonstrativo.html. Acesso em 29. Abr. 2019.

DATASUS (2019). Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp. Acesso em 29 abr. 2019.

Castro, Mônica (2006). Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(4), 2006.

CEPI-DSS/ENSP/FIOCRUZ. (2013). Determinantes sociais da saúde. 20 Disponível em: <http://dssbr.org/site>. Acesso em: 28/02/2013.

Fleury, Sonia (1994). *Montes Claros - A Utopia Revisitada*. RJ: Abrasco, 1994.

Gadelha, Carlos y Costa, Laís (2012). Saúde e Desenvolvimento Nacional: a gestão Federal entre 2003 e 2010 In: *Políticas de Saúde no Brasil, continuidades e mudanças*. Machado, C.V.; Baptista, T.W.F e Lima, L.D (Org.) Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. Pág. 61-90.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012). *Síntese de Indicadores Sociais- uma análise das condições de vida da população brasileira, 2012*. Rio de Janeiro.

IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2012). *A Década Inclusiva (2001-2011): Desigualdade, Pobreza e Políticas de Renda*. Comunicados do Ipea no. 155. Brasília.

Lima-Costa, Maria, Matos, Divane y Camarano, Ana Amélia (2006). Evolução das desigualdades em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(4).

Lobato, Lenaura y Burlandy, Luciene (2000). The context and process of health care reform in Brazil. In FLEURY, SONIA. BELMARTINO, S. BARIS E. (editors) *Reshaping Health Care in Latin America*. Ottawa: IDRC.

Lobato, Lenaura, Ribeiro José y Vaitsman Jeni (2011). Changes and challenges in Brazilian health care system. In: *Health Care Systems around the world - a global survey*. ed. by Himashu Sekhar Rout. New Century Publications, New Delhi.

Machado, Cristiani y Lima, Luciana (2008). Os desafios da atenção à saúde em regiões metropolitanas. In: GIOVANELLA L. ESCOREL S. LOBATO L.V.C. NORONHA J.C. CARVALHO A.I. (orgs) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Cebes, 2008, pp 945-978.

Neves, Rosália *et al.*, (2019). Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 27, n. 3, e2017170, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000300302&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 abr. 2019.

Noronha, José Carvalho (2013). Financiamento da Saúde: O SUS e as serpentes que já saíram dos ovos. Blog do CEBES, disponível na Web em 10012013 em <http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=2585&idSubCategoria=30>

OPAS- Organização Pan-americana de Saúde (2018). Países estão gastando mais em saúde, mas pessoas ainda pagam muitos serviços com dinheiro do próprio bolso. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5874:países-estao-gastando-mais-em-saude-mas-pessoas-ainda-pagam-muitos-servicos-com-dinheiro-do-proprio-bolso&Itemid=843. Acesso em: 29 abr. 2019.

Travassos, Claudia, Viacava, Francisco y Fernandes, Cristiano y Almeida, Célia (2000). Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1):133-149.

Travassos, Claudia, Oliveira, Evangelina y Viacava, Francisco (2006). Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(4):975-986.

Scorel, Sarah y Moreira, Marcelo (2009). Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY S. LOBATO LVC. (orgs). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009, pp 229-247.

Santos, Nelson (2008). *Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos*. Rio de Janeiro: Cebes (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), 2008. Disponível em: www.cebes.org.br

Ribeiro, José (2009). UHS development and hospital services rationing. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 2009.

Scheffer, Mario *et al.* (2019). *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf). Acesso em: 3 abr. 2019.

Ugá, Maria Alicia, Porto, Silvia Marta y Piola, Sergio Francisco. (2012). Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: Giovanella, Ligia. Scorel S., Lobato, LVC. Noronha JC. Carvalho AI. (orgs) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Cebes, 2012, 2ª edição.

● Perú: reforma regresiva del sistema salud peruano bajo la Ley de Aseguramiento Universal

Eduardo Quiquia Huarcaya¹⁶

Edgar Ramos¹⁷

Antonio Hernández Reyes⁶¹

Introducción

El sistema de salud peruano ha pasado por varias transformaciones durante las últimas décadas, cambios que lo ha llevado a organizarse bajo una lógica de acumulación y lucro en el que se prima los intereses empresariales antes que el derecho universal a la salud de la ciudadanía.

Posterior a la primera y segunda oleadas de reformas al Estado se instalaron progresivamente mecanismos de separación de funciones y segmentación de población para dar paso a la profundización de un sistema ya fragmentado bajo el modelo de la Cobertura Universal de Salud promovido por la Organización Panamericana de Salud (OPS/OMS), Banco Mundial y amparados en el andamiaje legal que el sector privado de la salud impulsó en el país y fue acompañado por múltiples actores: universidades, ONGs, Foro Salud, entre otros.

Es así como, a pesar de las resistencias impulsadas por la ciudadanía organizada en contra de estas formas de privatización de la salud abiertas y/o parciales, se consolidó un sistema de salud generador de inequidades que favorece el ánimo de lucro del complejo médico industrial manteniendo la precariedad y el desmantelamiento sistemático del subsistema público que lo hace incapaz de garantizar el derecho a la salud de la población.

La reciente reforma peruana del Sector Salud contó un arco muy grande de actores sociales y políticos que en una dinámica socio-política de acuerdos, nichos de poder (económicos, políticos e incluso sociales de las instancias consultivas de participación) y pactos que apoyaron, impulsaron y/o participaron de la implantación e implementación de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud del año 2009 hasta nuestros días. Varios aplaudieron el proceso reformista, otros lo defendieron como el camino posible para extender coberturas (Castro, 2009).

El caso del sistema de salud peruano demuestra que las inequidades y diferenciales en la cobertura y tipos de acceso a los servicios de salud no se podrán subsanarse mientras se mantenga un sistema basado en un modelo de aseguramiento de tipo segmentado,

16 Es abogado con formación en maestría de salud pública de Universidad Mayor San Marcos (Perú). Trabajador público de EsSalud, activista social, coordinador del Núcleo Perú-Red Latinoamericana de Sistemas y Políticas de Salud.

17 Es médico salubrista con formación en maestría en salud pública. Gestor de salud pública en Área Metropolitana de Lima y coordinador del Núcleo Perú-Red Latinoamericana de Sistemas y Políticas de Salud.

61 Médico salubrista y magíster en salud pública de El Salvador, investigador del Núcleo Centroamericano del GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO. Equipo de coordinación de Red Latinoamericana de Sistemas y Políticas de Salud.

curativo, vertical y asistencialista (Basile, 2020). Por tanto, el reto se encuentra en renovar el tejido social para construir una nueva narrativa que desmonte el discurso hegemónico y abra la posibilidad de impulsar la refundación de un nuevo sistema de salud con un carácter público, universal e integral para promover solidaridad y justicia social.

I. Proceso de cambio estructural del sector salud

a. Derecho a la salud como epistemología occidental constitucional

Conceptualizar el carácter del derecho a la salud para 31,237,385 habitantes (Instituto Nacional de Estadística e Informática, [INEI], 2017), es el punto de partida para abordar las políticas de salud en el país. En este contexto el artículo 7° de la Constitución Política del Perú (1993), postula la tesis que: Todos tienen el derecho a la protección de su salud, garantizando *"el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo el Estado su eficaz funcionamiento"* (p.3); y el artículo 10° de dicha norma, también *"reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida"* (Constitución Política del Perú, 1993, p.3).

En dichos postulados, se advierte efectivamente:

1. Que todos tienen derecho a la *"protección"* de su salud, estableciendo un concepto que no define ni la integralidad en las respuestas ni a una atención en todas las necesidades y complejidades.
2. Que su carácter es indefinido siendo que puede ser pública, privada o mixta, es decir, es un constitucionalismo que asume un corte liberal (Díaz, 1996).
3. Que esa protección apunta a ser de manera exclusivamente *"progresiva"*.

Claramente se omite señalar quién es el garante de ese derecho, su carácter colectivo y quién materializa el acceso oportuno, eficiente y eficaz de los ciudadanos a los servicios de salud desde el primer nivel de atención hasta la mayor complejidad necesaria.

El acceso a las prestaciones de salud, según el artículo 11° de la Constitución se deja al libre albedrío de entidades públicas, privadas y mixtas; en suma, lo deja al servicio de lógicas de libre mercado. Sujeto a la ley de la oferta y demanda bajo regulación estatal.

Teóricamente el derecho a la salud para el Estado se operacionaliza a través de la Ley General de Salud, que en particular en su artículo 3 señala que *"toda persona tiene derecho a recibir atención en emergencia médica-quirúrgica"* (Ley 26842, 1997, p.3). Así se declara el derecho a elegir libremente el médico/a y establecimiento de salud (*libre elección*), a solicitar opinión de otro médico/a, y a obtener medicamentos y productos sanitarios adecuados.

Posteriormente, bajo ese contexto constitucional y legislativo aparecen nuevas normas sobre el mismo campo del derecho a la salud en Perú. En este caso, al crearse el Seguro Integral de Salud (SIS) (Ley 27657, 2002), se fundamenta por finalidad *“financiar las prestaciones de salud de la población que no se encuentra bajo otros regímenes contributivos, con especial atención en los más pobres y vulnerables.”*(Ministerio de Salud [MINSA], 2002, p.5) y finalmente con la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (Ley 29344) (2009), se establece el *“marco normativo para garantizar el derecho pleno y progresivo de todo peruano a la seguridad social en salud”* (p.1).

Sobre el particular, la descripción de las normativas anteriores demuestra una gran multiplicidad y superposición de definiciones en lo referido al derecho a la salud en la sociedad peruana. Este andamiaje jurídico legal conjuga una matriz resultante expresada conceptualmente en una situación innegable: un aseguramiento estratificado, diferencial, regresivo y segmentado de la sociedad.

Por un lado, porque como se analizará más adelante en este artículo, no se asegura a todas las personas la atención integral y respuesta a todas las enfermedades y problemas sanitarios, y por otro se confunde cobertura con acceso a la salud; es decir, que muchos ciudadanos pueden disponer de una cobertura(Ej: credencial) en el Seguro Social de Salud (EsSALUD) y/o en el Seguro Integral de Salud(SIS), pero eso no les garantiza acceder de manera oportuna, integral y de calidad a las atenciones de salud necesarias(servicios), ni mucho menos acceder a una respuesta eficiente y eficaz con pertinencia cultural y equidad de género¹⁸.

Este derecho a la salud restringido, progresivo y estratificado, sumamente limitado, se expresa también en una fragmentación en subsistemas de salud existentes (Zevallos, L., Pastor, R., & Moscoso, B. 2011): EsSALUD dependencia del Ministerio de Trabajo; Ministerio de Salud (MINSA) a través de sus instancias descentralizadas con las Direcciones Regionales de Salud; la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, dependiente del Ministerio del Interior; la Sanidad de las Fuerzas Armadas; la Solidaridad de las Municipalidades y el amplio Subsector Privado(con aseguradoras y proveedores de servicios privados).

Cabe precisar, que la Ley de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) se implementa a partir del 2009 mediante el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que teóricamente cubriría el 65% de la carga enfermedad del país y el 80% de la demanda del primer nivel de atención, con la gran peculiaridad que se limita a diagnosticar y tratar solo a 7 tipos de enfermedades neoplásicas (cáncer de mama, cuello uterino, colon,

18 Una cobertura de alrededor del 85% entre EsSALUD y MINSA-SIS no implica la garantía del acceso a la salud efectivo. Esto se ejemplifica en observaciones no participantes en las largas colas que realizan los ciudadanos desde muy temprano en la mañana en los hospitales nacionales, policlínicos y centros médicos, para acceder a una consulta médica. A ello se suma el diferimiento de dichas citas, la falta de cobertura y acceso a medicamentos, tiempos de espera de muchos meses para las intervenciones quirúrgicas, entre otros.

estómago, próstata, leucemias y linfomas), mientras que los otros tipos de cáncer están sujetos a la larga espera y voluntad presupuestal del Fondo Intangible de Salud (FISAL), ente calificado para brindar cobertura frente a enfermedades que generan gastos catastróficos como: las oncológicas, insuficiencia renal crónica, enfermedades raras y huérfanas.

b. Cambio estructural del sector y sistema de salud peruano

La reforma del Aseguramiento Universal en Salud (AUS) definió las funciones de rectoría para el MINSA, de regulación y supervisión para la Superintendencia de Salud (SuSalud), de financiamiento y compra de servicios y de provisión de servicios.

También definió el plan de beneficios –Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) – que pasó a ser el plan mínimo de aseguramiento a cubrir para toda la población, el que incluye *garantías explícitas* exclusivamente para la atención materna infantil y cubre el 65% de la carga de enfermedad de la población (cuestión muy afín a los economistas neoclásicos dedicados al campo de la salud), es decir supuestamente incluyendo los diagnósticos con mayor incidencia de la población a nivel nacional. El financiamiento del PEAS se dio a través de tres regímenes: el contributivo, el semicontributivo (pago voluntario parcial y con aporte del Estado) y subsidiado. Con estos arreglos se estimó que *"toda la población del país tendría acceso a un conjunto de prestaciones preventivas, de promoción, recuperativas y de rehabilitación en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad"* (Congreso de la República del Perú, 2009).

La reforma planteó la separación de funciones como base fundamental e hipótesis del camino para el fortalecimiento del sistema y el desarrollo del Aseguramiento Universal de Salud.

Se construyó un conjunto de tecnocracias sanitarias para formar, capacitar y adoctrinar en el andamiaje de la reforma peruana con la recurrente repeticiones de la importancia exclusivamente de la rectoría y regulación (Robles Guerrero, 2013).

Para la función de compra del sistema se crearon el aparato de modulación financiera conocida como Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento de Salud (IAFAS), las cuales realizan servicios de cobertura financiera de riesgos en salud a los grupos poblacionales asegurados. Como parte de su función deben promover la afiliación de la población y su acceso a los servicios de salud para su atención.

Las IAFAS más conocidas son: el SIS, EsSalud, las FF.AA. (militares), la PNP(Policía), y los privados. Sólo el SIS y seguros privados, hasta antes de la Ley AUS desarrollaban de manera única la función de compra de servicios. Tanto, EsSalud como las FFAA y la PNP

en cambio tenían la función de compra y provisión en integración vertical, es decir con sus propios proveedores de servicios y establecimientos sanitarios.

La clasificación de IAFAS en públicos y privados se estandariza para aproximarlos progresivamente a las características de “seguros”. Sin embargo, la creación de fondos de aseguramiento para los públicos se enfrentaría al problema de cambiar el tradicional manejo de presupuestos públicos.

La separación de la función de compra exige controlar lo que la provisión de servicios ofrece a los asegurados y desarrollar mecanismos de pago para obtener los mayores beneficios para sus asegurados.

Las empresas y organismos de provisión de servicios pasaron a denominarse Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). Que tienen la responsabilidad de brindar los servicios con calidad y oportunidad. Se les otorgó autonomía administrativa y financiera para desarrollar su gestión dentro de los nuevos estándares que exige la ley con el PEAS para la venta de servicios a las IAFAS. La autonomía administrativa y financiera vinculada al manejo rígido del presupuesto público también experimenta dificultades.

La Superintendencia Nacional de Salud – SUNASA- se le dio la función regulación con el registro, autorización, supervisión y seguimiento de las IAFAS e IPRESS del sistema de salud peruano.

c. Relación Estado-mercado actual

En concordancia con el artículo 122° de la Ley N° 26842 (Ley General de Salud), la organización del sistema de salud se desarrolla en sus tres niveles: el nivel central, el nivel desconcentrado y el nivel descentralizado.

El Estado como ente rector a nivel central, asume exclusivamente el papel de regulador del otorgamiento de las prestaciones de salud pública, privada y mixta ofrecidas por las Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS); así como sobre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), públicas, privadas y mixtas de todo el país, por intermediación de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), la cual ejerce una regulación casi inexistente. Por un lado, la Superintendencia tiene incapacidad para atender las quejas y reclamos que en 2017 ascendieron a 483,862 casos y 367, 801 casos hasta el mes de octubre en 2018 (Radio Caracol, 2018); y por otro lado, por conflictos de interés producidos por el sector privado al migrar periódicamente a sus técnicos calificados a la alta dirección de la Superintendencia, asumiendo el papel de juez y parte en los conflictos sanitarios que se presentan.

Como ejemplos de estos conflictos interés se puede mencionar los casos de Flor de María Philipps, quien ocupara la dirección de la Superintendencia (2012 al 2016),

desempeñándose previamente en el sector privado en la gerencia de Pacífico Seguros, conjuntamente con César López Dávalos, exgerente de Pacífico EPS, quien fuera superintendente adjunto de Promoción y Protección de Derechos de Salud; y Juan Temoche Araujo, exgerente del Complejo Hospitalario San Pablo, quién asumió como funcionario de la intendencia de supervisión de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud de SUSALUD.

El sector público sanitario cuenta con una red de atención de servicios de salud a nivel nacional organizada en atención primaria, hospitales e institutos especializados que pertenecen a los gobiernos regionales y al MINSA. Se atiende en este subsistema a lo que se define como población *pobre y vulnerable* que cuenta con un seguro público (SIS, subsidiado por el Estado) y población no pobre con seguro público (con subsidio parcial del Estado), además de la población sin seguro que paga por su atención. El financiamiento de este subsistema es a través del MINSA, regiones y el Seguro Integral de Salud (SIS). El MINSA y los gobiernos regionales financian las inversiones y gastos corrientes de los servicios de salud. El SIS realiza un pago parcial a los proveedores por la atención a sus asegurados a los que les cubre un plan de beneficios amplio (más del 65% de la carga de enfermedad) y el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) que financia un paquete de enfermedades de alto costo, raras y huérfanas para la población pobre y vulnerable. Algunos municipios cuentan con establecimientos llamados Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL) los cuales se financian a través del pago directo de las personas y en convenio con el SIS para mejorar el acceso de los asegurados a servicios de salud.

El sector privado comprende el sector lucrativo y no lucrativo. El primero está representado por los grupos financieros: Grupo Breca, Grupo Credicorp, Grupo Salud del Perú, Mapfre, La Positiva-Sanitas, Grupo Cruz Blanca, Corporación San Pablo, Asociación de Clínicas, Empresas de Seguros (EPS) como: Rímac, Pacífico, Mapfre y La Positiva-Sanitas, Asociación Nacional de Laboratorios Farmacéuticos (ALAFARPE) y la Asociación de Industrias Farmacéuticas Nacionales (ADIFAN). Éstas, en el marco de una economía de mercado, proveen prestaciones de salud, mediante sus IPRESS, que ascendían a 20,820, de los cuales el 85% son de origen privado y el 15% públicos (Torres y Huacles, 2015) (Portal Nacional de Datos Abiertos, 2017), mientras que de otro lado están las Asociaciones Públicas Privadas, cuyas prestaciones tienen un precio mayor que el que otorga el sector público.

El sector privado no lucrativo se compone de distintas asociaciones civiles sin fines de lucro entre las que se encuentran Organismos No Gubernamentales (ONG) como la Cruz Roja Peruana, las organizaciones de acción social de algunas iglesias (CARITAS, ADRA), las Compañías de Bomberos Voluntarios, los servicios de salud de parroquias de la Iglesia Católica y las comunidades terapéuticas, entre otras (Alcalde, Lazo y Nigenda,

2011). Básicamente este sector brinda atenciones de primer nivel y se financian por medio de donaciones, cooperación internacional y nacional y pago directo de bolsillo.

La relación entre el sector público y privado de salud se evidencia en el tipo de asocio y financiamiento que existe a nivel operativo. Por ejemplo, en el MINSA se pretendía privatizar bajo la modalidad de Asociaciones Públicas Privadas a siete hospitales y cinco instituciones especializadas bajo el esquema de lo que se denomina en Perú el modelo de “bata gris”¹⁹: *Operación y mantenimiento del Hospital Villa e Salvador; operación y mantenimiento del Hospital Ate Vitarte; almacenamiento y distribución de productos, dispositivos médicos y productos sanitarios; fortalecimiento de los servicios pre hospitalarios SAMU y del sistema de referencia de Lima Metropolitana; construcción y equipamiento, puesta en operación y mantenimiento del Hospital de Tahuantisuyo Bajo; construcción y equipamiento, puesta en operación y mantenimiento del Instituto Nacional de Oftalmología-Cercado de Lima; Operación y mantenimiento de los hospitales e Instituciones de Lima Metropolitana (MINSAL, 2018a), habiéndose ya privatizado, desde 2014 en EsSALUD los hospitales Barton (Callao) y Kaelin (Villa María del Triunfo), Salog- Almacén Central de Medicamentos y Dispositivos Médicos de EsSALUD funcionando bajo la modalidad de asociaciones públicas privadas. Estos contratos generan ingentes ganancias para el sector privado valiéndose de las ventajas, condiciones y recursos públicos de salud.*

En el sistema de salud peruano las relaciones entre instituciones públicas y privadas se organizan con la lógica del seguro con separación de funciones de financiamiento/ compra de servicios, prestación de servicios y regulación (Laurell, 2012).

La regulación de los proveedores de servicios de salud y financiadores está bajo la Superintendencia Nacional de Salud (SuSalud), sin embargo, la supervisión de los fondos de aseguramiento se encuentra bajo la Superintendencia de Banca, Seguros y AFPs (SBS) y se concentra en los privados.

Esta modalidad se manifiesta en el intercambio prestacional de los servicios de salud, mediante las IPRESS, de una parte, y el MINSA a través de SIS, dedicado al otorgamiento focalizado a los sectores de extrema pobreza con una población de 16 millones de habitantes. Así el MINSA compra servicios al sector privado, estando entre ellas las modalidades encontradas de: laboratorios de las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos, los servicios de diagnóstico por imágenes, a precios por encima de la estructura de costos que tiene el MINSA, además de los contratos suscritos con las asociaciones públicas privadas, en particular con el Instituto de Salud del Niño San Borja.

¹⁹ El esquema de ‘bata gris’ es una modalidad de inversión cofinanciada con el sector privado en la que el Estado concede el diseño, la construcción, el equipamiento y el mantenimiento de la infraestructura por un plazo de entre 10, 20 y 30 años.

Por su parte EsSALUD, con 11 millones de asegurados, quien recauda el 9% de la remuneración que percibe cada trabajador en planilla, destina el 25 por ciento(%) de lo recaudado a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS- prestadora privada), para que aquellos asegurados que voluntariamente se afilien, solo para ser atendidos en capa simple, se amplía las relaciones con los contratos con las Asociaciones Públicas Privadas de los Hospitales Barton (Callao) y Kaelin (Villa María del Triunfo), que atienden a 500 mil asegurados, y otros hospitales en vía de ejecución a ello se suma los contratos de servicios el sector privado para la compra de servicio de salud, laboratorio, de diagnóstico por imagen, Hemodiálisis, entre otras.

Al analizar esta lógica organizativa y operativa del sistema, se evidencia que la estructura pública potencia la derivación de fondos de lo público hacia lo privado. Es así como a través de la tercerización de servicios de salud, de exámenes de laboratorio y de gabinete, se generan grandes ganancias para el sector privado en detrimento de las capacidades de resolución y respuesta de lo público.

Se afirma así una contradicción fundante: a pesar de que la Constitución del Estado de 1993 y los arquitectos sanitaristas de la actual reforma de salud, desarrollaron la narrativa que “todos tienen el derecho a la protección de la salud”, “que el aseguramiento universal en salud es para todos”, “que se debe alcanzar la cobertura universal en salud (CUS)”; en la práctica, todo el andamiaje organizacional de separación de funciones entre las IPRES y las Instituciones Administradoras Financieras de Fondo de Aseguramiento en salud (IAFAS), expresadas en la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, privilegian la intermediación financiera, potencian el debilitamiento del tejido institucional público y fomentan desigualdades, inequidades y exclusiones.

c. Estructura del financiamiento

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (Ley 29344, 2009) terminó de estructurar un sistema de salud fragmentado, estratificado y segmentado en el que se reconocen tres subsectores: Un primer subsector donde se encuentran las personas consideradas “pobres” cubierto por medio del seguro llamado SIS²⁰ que corresponde a un 52% de la población peruana (MINSa, 2017); un segundo subsector cubierto por el seguro social llamado EsSALUD para los trabajadores formales en relación de dependencia, con una cobertura del 35.7% (EsSALUD, 2018); y un tercer subsector de un aseguramiento privado con pago directo de bolsillo con las EPS, las cuales cubren un 4 % de la población (Alcalde et al., 2011).

20 Seguro Integral de Salud(SIS) - <http://www.sis.gob.pe/index.asp>

Dentro de la estructura del financiamiento se identifican dos regímenes: El público y el privado. El régimen público tiene tres modalidades: Contributivo, semicontributivo y subsidiado.

Contributivo: Como es el caso de los asegurados de EsSALUD, donde, según el Ministerio de Economía del Perú (IPE) (2018), los empleadores aportan el 9% de las remuneraciones que percibe cada trabajador, el cual se divide entre los asegurados en 2,25% para su atención en las EPS y el resto 6,75% va a EsSALUD para cubrir atenciones complejas para una población de derecho-habientes de 11,493,440 personas.

Para el caso de los afiliados a la Sanidad de la Fuerza Área del Perú (FAP), el financiamiento a su población es a través del Ministerio de Defensa y el fondo de salud que se financia con el aporte del 6% del Estado a su personal y recursos, donaciones y utilidades de sus colocaciones. De igual forma para los subsistemas de Sanidad de la Marina, Sanidad del Ejército y Policía Nacional de Perú, haciendo un total de 697.800 afiliados.

Semicontributivo: A través de esta modalidad el Estado ofrece servicios de salud básicamente a trabajadores informales, precarios, denominados “independientes y trabajadores de las microempresas”. Esta población no asegurada cuenta con cobertura a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de los hospitales, centros médicos y postas de las direcciones regionales de salud y los gobiernos regionales. También se da por intermediación del sistema integral de salud (SIS), para la población que cuenta con la capacidad adquisitiva mínima para obtener un seguro privado.

Subsidiado: Otorgado por el Ministerio de Salud, por medio del SIS, orientada a la población *pobre y extremadamente pobre*, es brindada gratuitamente a través del sistema integral de salud (SIS) y la posibilidad de acceso a la cobertura depende del ingreso al Sistema de Focalización de Hogares (SISFHO) (MINSa, 2010). El SIS como seguro asume una instancia de prueba de medios bajo el Sistema de Focalización de Hogares ²¹(SISFOH) para lograr la cobertura de asistencialismo focal. En dicho SISFHO se verifica si la persona cumple los criterios de elegibilidad para ser beneficiaria del subsidio.

“Brindar protección financiera en salud a la población del Perú, con un enfoque de equidad, eficiencia y de atención centrada en el asegurado”.

Misión del SIS²².

Tanto la modalidad semicontributiva como la subsidiada se financian con fondos públicos sumando una población entre ambas de 17.812,110 de denominados beneficiarios.

21 Sistema de Focalización de Hogares - <http://www.sisfoh.gob.pe/>

22 SIS – Misión http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/mision.html

En cuanto al régimen *Privado*, se establece a partir del pago individual de su seguro a través del pago directo (copago) o mediante la compra de planes/paquetes privados de servicios de salud, siendo brindado en gran parte por las aseguradoras, como las EPS (Entidades Prestadoras de Salud): *Rímac Seguros, Mapfre Seguros, Positiva Seguros, Pacífico Seguros, Cardif del Perú, Ace Seguros, entre otras*. También existen otros proveedores como las clínicas especializadas, consultorios médicos, centros médicos y policlínicos, centros odontológicos, laboratorios, que prestan servicios a un millón y medio de asegurados de las EPS.

A pesar de las coberturas del régimen público y privado, aún hay más de dos millones de ciudadanos que no cuentan con cobertura ni acceso a servicios de salud por medio del subsistema público contributivo, subsidiado, semi-contributivo y/o el privado.

El gasto total en salud como porcentaje del PIB ha pasado de 4,47 en el año 2006 a 5,5 en el año 2014 (Banco Mundial, 2016b). Sin embargo, el gasto total en salud de Perú encubre lo que significa realmente inversión pública del gasto privado del mercado sanitario.

Gastos de bolsillo

Como se reconoce, el gasto de bolsillo es la forma menos equitativa de asignar los recursos en salud, ya que es totalmente regresivo, excluyente, no solidario, no permiten anticipar las ocurrencias de enfermedades o accidentes e induce al gasto catastrófico en salud. Para el caso peruano representa un importante gasto de los hogares. Este gasto incluye la compra de medicamentos en farmacias y boticas. De hecho, Petrera (2016) establece que *“los medicamentos son el principal rubro de gasto de bolsillo (entre el 43-47%) de los hogares durante el periodo 2004-2012”* (p. 64). También se contemplan los pagos directos de servicios médicos, pagos de servicios de apoyo al diagnóstico en los servicios privados. Además incluye los copagos, deducibles, pagos no contratados dentro del plan de aseguramiento y compra de medicina alternativa. El gasto de bolsillo en términos porcentuales en el período 2005-2018 subió de 33,3% a 41,4% (Montañez, 2018). Los gastos periódicos programados, como el pago de primas, no se consideran como gasto de bolsillo.

Por medio de la implementación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, orientada a profundizar la reforma del AUS, recomendado por los organismos multilaterales como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial, los gastos de bolsillo no se redujeron, sino todo lo contrario, siguieron creciendo hasta el año 2012 cuando a partir de entonces se redujo, en 8.8 hasta el año 2015, llegando al 28.6% (Montañez, 2018) en relación al financiamiento total.

En 2014, el 11,5% del financiamiento de los hogares se destina a la adquisición de pólizas de seguros mientras que el 88,5% restante se asigna a la compra directa o «gasto de bolsillo» en servicios de salud.

La dinámica entre los subsistemas es interdependiente, a pesar de que a nivel administrativo sean diferentes entre ellas; es así como EsSALUD es dependiente del Ministerio de Trabajo, el SIS es dependiente del Ministerio de Salud, y en su calidad de IAFAS, compra servicios de salud y servicios de apoyo diagnóstico al sector privado organizados en las IPRESSS, proceso que se encuentra regulado por SUSALUD, organismo técnico especializado adscrito al Ministerio de Salud, que en la práctica tiene un accionar sumamente limitado.

Paralelamente están los contratos que tienen los subsistemas públicos de salud (MINSA, EsSALUD), con las Asociaciones Públicas Privadas y la otra modalidad de obras por impuestos, cuyos servicios que otorga el sector privado son más caros que el sector público con lo que se evidencia que la actual reforma de salud, está orientada a comprar servicios de salud con mayor celeridad al sector privado para garantizar la denominada cobertura universal en salud, en el marco de una economía de mercado, generando más lucro y ganancia.

En cuanto al Gasto Nacional de Salud se alcanzó un 5.2% respecto al PIB (Petrera, 2016) en el 2012, representando US\$ 301.5 dólares per cápita por persona al año con un Gasto Público en Salud del 2.8 % del PIB en salud (MINSA y Organización Panamericana de la Salud [OPS] / Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015), siendo uno de los Gastos Públicos en Salud más bajos en Sudamérica.

Formas de participación social en el sector

La incidencia de las comunidades y sociedad peruana es limitada, fragmentada y despolitizada.

Las centrales gremiales más importantes como la Confederación General de Trabajadores del Perú (CGTP), la Confederación de Trabajadores del Perú (CTP), la Confederación Campesina del Perú, los Frentes de Defensa Regionales, Colegios profesionales y centenares de gremios, por diversas causas aún no lograron incorporar en su agenda de reclamos sociales, el tema del derecho a la salud pública, universal y gratuita, concibiéndose a la salud como una responsabilidad individual de las personas, focalizada al espacio curativo, evidenciando la derrota cultural provocada, como diría Laurell (2016), por la neoclásica-neoliberal la cual convirtió a la salud en un ámbito de ganancias privadas pero que ha imposibilitado el acceso digno a los servicios y por tanto, limitado el garantizar el derecho a la salud.

Sin embargo, existe aisladamente algunos gremios como la Federación Médica Peruana, Federación Nacional de Trabajadores de Perú (FENAOMP), colectivos de profesionales de salud que eventualmente tienen incidencia en sus gremios matrices

(Colegio Médico de Perú- Sindicato de Enfermeras del Perú), fueron generando debates sobre los sistemas de salud y confrontación programática a la reforma sanitaria peruana.

En este escenario quien se visibiliza en el sector con mayor grado de participación social es la organización de Foro Salud, cuyo origen data al año 2000 (ForoSalud, 2007). Fue un espacio constituido con el apoyo de la Unidad de Incidencia Política y Asistencia Técnica de la organización no gubernamental internacional CARE Reino Unido y el Programa Derechos en Salud y *Policy Project* de la Agencia Estadounidense de Cooperación Internacional (USAID en sus siglas en inglés). Desde entonces se expandió a nivel nacional teniendo participación hasta la fecha en el propio Consejo Nacional de Salud implantado por la reforma de la Ley de Aseguramiento Universal y en los Consejos Regionales de Salud con una naturaleza consultiva no vinculante.

Foro Salud, espacio de la sociedad civil en el ámbito de la salud, enarbola su compromiso de “La Salud como Derecho para Todos”. Progresivamente en los últimos años fue incorporando el concepto de universalidad en el acceso de la salud, participación social y descentralización, gestión pública transparente, alienta la vigilancia ciudadana y el control social de la marcha de la gestión sanitaria e incidencia en políticas públicas de salud.

A partir del 2018, el Foro Salud apuesta conceptualmente de forma ya más clara y definida por un Sistema Único de Salud en Perú; sin embargo, todos los esfuerzos realizados de incidencia en la reforma de salud implementadas por los gobiernos de turno en muchos momentos terminaron siendo de carácter consultivo y/o de arreglos institucionales con financiamientos internacionales en muchos casos.

Es preciso reconocer autocríticamente que los espacios y actores sociales que buscan una transformación del sistema de salud peruano adolecieron y aún adolecen de una visión de asumir tensiones de poder, revisiones teóricas y de agenda político-sanitario y eso implica cierta autocensura sobre desde dónde repensar el sistema de salud necesario. Más allá del enunciado del Estado deseado y el discurso de los derechos humanos, consecuentemente se desconoce a qué intereses de clase se representa en términos políticos, sociales y económicos esos propios enunciados o el propio gobierno del Estado.

La participación social en salud se enuncia como la base del diálogo y de hacer propuestas de políticas públicas, manteniendo autonomía y capacidad crítica (ForoSalud, 2007).

Sin embargo, para los gobiernos de turno y las sucesivas crisis políticas gubernamentales recientes, la participación ciudadana en políticas públicas de salud es más bien una estrategia de manipulación popular, de transferencia de responsabilidad del Estado a las comunidades (Ej: promotores de salud, otros), con el propósito de explotar su trabajo extra en los programas decididos por el gobierno. Esto se evidencia

en los programas de construcción de Centros de salud, en las áreas perimetrales a Lima y al interior del país, en los que la «participación» de la comunidad se reduce a entregar su fuerza de trabajo”, sin intervenir en la toma de decisiones de gestión sanitaria y sin adquirir conciencia ni materialidad en las respuestas a los problemas colectivos de salud.

Hay que comprender que, en una economía de mercado, estratégicamente el gobierno de turno permite que los gremios y la representación débil de la ciudadanía luchan por sus reivindicaciones (Por Ej. La participación de la ciudadanía en el Consejo Nacional de Salud y Consejos Regionales), pero a su vez construye una hegemonía cultural, despolitizando a la ciudadanía e instrumentalizando a las propias ONGs.

Dicho en otras palabras, en el sector salud del Perú, la reforma construyó su hegemonía cultural a través de su capacidad de dar respuesta a las micro reivindicaciones de la ciudadanía, embriagando a muchos actores sociales en falsas expectativas.

II. Dinámica sociopolítica del proceso de reforma

a. El proceso sociopolítico de la formulación de la reforma

Durante el año 2008, el Proyecto “Promoviendo Alianzas y Estrategias” de USAID brindó asistencia técnica y recursos para sistematizar una discusión entre los actores sociales y buscar los consensos para la formulación del anteproyecto de lo que sería la posterior Ley AUS de Aseguramiento Universal de Salud (Wilson, Velásquez y Ponce, 2009).

Se presentaron ocho anteproyectos de ley ante la Comisión de Salud del parlamento peruano que sirvieron de base para la elaboración de dicha ley, siendo los siguientes: a) *Proyecto de Ley N.º 786/2006-CR, presentado por el Grupo Parlamentario Nacionalista – Unión por el Perú;* b) *Proyecto de Ley N.º 789/2006-CR, presentado por el Grupo Parlamentario Unidad Nacional;* c) *Proyecto de Ley N.º 855/2006-CR, presentado por la Célula Parlamentaria Aprista;* d) *Proyecto de Ley N.º 869/2006-CR, presentado por la Célula Parlamentaria Aprista;* e) *Proyecto de Ley N.º 915/2006-CR, presentado por el Grupo Parlamentario Nacionalista – unión por el Perú;* f) *Proyecto de Ley N.º 967/2006-CR, presentado por la Célula Parlamentaria Aprista;* g) *Proyecto de Ley N.º 1221/2006-CR, presentado por el Colegio Médico del Perú;* y el h) *Proyecto de Ley N.º 2150/2007-CR, presentado por iniciativa ciudadana (Wilson et al., 2009).*

Tanto el Banco Mundial (BM, 2012) como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2012) tuvieron roles fundamentales junto a los partidos principales del sistema político y a la centralidad del sector privado y una generación de salubristas de las universidades públicas y privadas en el país que se plegaron a consultorías, estudios “a la carta”, y apoyos abiertos hacia la Ley AUS.

La discusión de la ley entre el año 2008-2009 que promueve el aseguramiento universal de salud dividió la opinión ciudadana y social en el país, aunque no así a los posicionamientos político-partidarios. Es decir, la Ley fue aprobada en el parlamento con un gran consenso y con apoyos explícitos de actores de la sociedad civil y en las universidades especialmente.

En aquel momento, por una parte, múltiples actores de la sociedad civil peruana, como agencias y ONGs de cooperación internacional incluyendo al Foro Salud tuvieron una postura de activo apoyo al proceso y promoción de la propia Ley AUS.

Por otro lado, la Federación Médica Peruana y sectores del Colegio Médico Peruano fueron los únicos con una posición en contra; esto debido a que auguraban que la Ley fragmentaría aún más al sistema de salud y los derechos de la ciudadanía limitando a un reducido listado de prioridades y procedimientos sujetos al PEAS donde serían mayores las exclusiones que los beneficios hacia la sociedad y especialmente porque las gremiales médicas peruanas auguraron una tendencia en el empeoramiento de las condiciones de trabajo (Díaz y Vargas, 2009).

Un año después, en 2009, se consolida un esquema a favor del libre mercado en el sector salud con la aprobación de la Ley del AUS, la cual necesita de un mayor financiamiento además de un nuevo marco normativo que le permita extender la lógica definida de la denominada *protección social en salud*, que no era otra cosa que aseguramiento estratificado.

A partir del año 2013, se lanza la primera propuesta de reforma de la reforma de salud de la AUS, proceso que se constituye en una continuidad y profundización de las bases del 2009 de naturaleza neoliberal al igual que todas las reformas aplicadas en Latinoamérica a principios de los años 90. La reforma del 2013 estuvo orientada a reducir el gasto fiscal en salud, transferir recursos al sector privado promocionando los Asocios Público Privados (APP), contratos de obras por impuestos, compras de servicios de salud al sector privado para continuar centrando la atención sanitaria en lo asistencial curativo y en expansión en provisión privada.

El vehículo de implementación para la reforma fue el Consejo Nacional de Salud, que en su centésimo trigésimo séptima Sesión Extraordinaria de fecha 28 de mayo del 2013 aprobó la estructura del documento "*Lineamientos y medidas de Reforma del sector salud*" (CNS, 2013), la cual implica en los hechos una "reforma de la reforma", teniendo como actores sociales preponderantes a la jefa del gabinete de asesores de la alta Dirección del MINS(A(Ministerio de Salud), al representante titular de EsSALUD, al representante alterno de la Asociación de Municipalidades del Perú, al representante alterno de las Fuerzas Armadas(FF.AA.), al representante alterno de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, al representante alterno de la Asamblea Nacional de Rectores, al representante del Colegio Médico del Perú, al representante del gremio de los trabajadores de la Seguridad

Social en Salud, al representante de la Superintendencia de Aseguramiento en Salud (SUNASA) y al Director General de la Secretaría de Coordinación del Consejo Nacional de Salud (Gibaja, 2014).

La propuesta se basó en la expansión del aseguramiento en salud a partir de la ampliación del seguro público en salud de Perú (el Seguro Integral de Salud = SIS).

Otro componente nuclear de la propuesta fue materializar la separación entre las funciones de prestación, intermediación financiera, regulación y gobierno (CNS. 2013). Esta separación y especialización se reflejó en las modificaciones de la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (MINSa), en la creación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, en el fortalecimiento del ente regulador en la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), y en el fortalecimiento de las Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (IAFAS).

Quienes participaron en la implementación de esta materialización de la reforma del sector salud (RSS), básicamente fueron los partidos políticos tradicionales de turno: Perú Posible del ex presidente Toledo, el APRA del ex Presidente Alan García, el Partido Nacionalista Peruano con el ex presidente Ollanta, continuado por Kucsynski y Vizcarra más cercanos al capital financiero. Estos actores políticos actúan en calidad de mediadores teóricos conceptuales y gestores de los grupos económicos enlazados con las agencias multilaterales como el BID, BM, las corporaciones del Complejo Médico Industrial Farmacéutico, e internamente de la Confederación Nacional de Instituciones Empresariales Privadas (Confiep) y la propia **Cámara de Comercio**.

En esta ampliación de la reforma, los actores de lo que podemos denominar el movimiento social sanitario se manifestaron con una actitud crítica y unificada ante la profundización de la reforma de salud (RSS): el Foro Salud, la Federación Médica Peruana, algunos colectivos de pacientes, sindicatos de salud y grupos de profesionales de la salud en esta etapa estuvieron unidos en una oposición al proceso. La adversa correlación de fuerzas políticas y la débil participación ciudadana organizada fueron quizás algunas de las razones que no permitieron frenar y/o cambiar la direccionalidad de dicha profundización de la reforma del año 2013.

Otro actor en este proceso fue la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), que participó en la reforma con diversos equipos de trabajo (De Habich M., Madueño M., Sobrevilla A. 2009).

Por su parte, el Banco Mundial identificó como sus principales contribuciones a la estrategia de trabajo en Perú el respaldo al Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud II (PARSALUD II), a la descentralización de la prestación de servicios y a la mejora de la eficiencia del Seguro Integral de Salud (SIS) como el seguro público generado en Perú dirigido inicialmente a las poblaciones en extrema pobreza (USAID, 2012).

En relación con una estrategia podríamos considerar tecnocrática a nivel nacional, consistió en generar expectativas en la ciudadanía por medio de la televisión, revistas, foros, conferencias internacionales acerca de las virtudes de la ampliación de la cobertura universal en salud, aumento de presupuesto y la apertura de la participación ciudadana. Para ello se promovieron lineamientos técnicos de acción, entre los que se describieron y listaron como: *-Potenciar las estrategias de intervención, mejorar la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalarios y especializados, reformar la política de gestión de recursos humanos, cerrar la brecha de aseguramiento de la población pobre, extender el aseguramiento en el régimen subsidiado de acuerdo a criterio de vulnerabilidad, fomentar el aseguramiento como medio de formalización, consolidar al seguro integral de salud como operador financiero, fortalecer el Fissal como financiador de segundo piso, aplicar nuevas modalidades de pago que incentivan la productividad y calidad de los servicios de salud, fortalecer el financiamiento del seguro social de salud- ESSALUD y fortalecer la rectoría del sistema de salud.*

Durante este período, la tecnocracia internacional tuvo y continúa teniendo una participación central y preponderante. Esta diplomacia sanitaria se encuentra constituida por la cooperación internacional bilateral en el caso del campo de la salud, primordialmente desde los Estados Unidos, Comunidad Europea, España, Italia, Canadá y Bélgica.

En los últimos años, en el marco de la cooperación 2017- 2021 y a iniciativa del Ministerio de Salud de Perú, se instala la *“Mesa de socios de la cooperación de la salud”*, en la que participan socios bilaterales y multilaterales como el BM, BID, OPS-OMS en este mismo proceso de reforma. Se destaca el papel que juega la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID por siglas en inglés), nuevamente como en el año 2008 a partir de octubre de 2012 incrementa la financiación de acciones de la gestión pública sanitaria a nivel del gobierno central y las regiones en las prestaciones de salud, mientras que la OPS-OMS facilita el apoyo de asesores **técnicos** para la cooperación tecnocrática y la movilización de recursos adicionales al presupuesto.

A ello se suma la tecnocracia nacional agrupados en la CONFIEP, Cámara de Comercio, la Asociación Nacional de Laboratorios Farmacéuticos (ALAFARPE) y la Asociación de Industrias Farmacéuticas Nacionales (ADIFAN), generando incidencia y lobbys empresariales tanto en el poder Ejecutivo y Legislativo del país.

Asimismo, los bloques de poder para la implementación de la reforma estuvieron constituidos por un lado, por la alianza de los grupos de poder financiero y los actores políticos representados institucionalmente por el APRA, Acción Popular, Democracia Cristiana, Partido Nacionalista; y por el otro lado, el bloque del centroizquierda peruano Frente Amplio, que pese a las diferencias expuestas al modelo del AUS, finalmente se allanó con la firma del Acuerdo Nacional, quedando fuera de la discusión la definición la reestructuración del sistema de salud peruano, el acceso universal a una salud integral

de calidad, en forma gratuita, continua y oportuna; tampoco se evidenció en esta reforma 2013 el compromiso de fortalecer los servicios de salud orientado estratégicamente a fortalecer la atención primaria o simplemente fortalecer la respuesta curativa del actual sistema de salud.

La arena del debate se circunscribió al interior del Consejo Nacional de Salud de carácter no vinculante, donde la agenda la impuso una mayoría representativa del gobierno de turno, no siendo escuchada las propuestas solitarias del representante de la sociedad civil de ese momento ni de la gremial médica.

Otro escenario donde se debatió y se expusieron las características del modelo de reforma peruana, fueron las conferencias internacionales organizadas por la OMS sobre la Cobertura Universal de Salud en 2014, donde la Federación Médica del Perú y con acaudalado respaldo social, expresó su rechazo a la reforma de salud de carácter mercantil.

De todos modos, en el 2013-2014 la coordinación nacional del Foro Salud de ese momento mantuvo participaciones de apoyo y promoción de la cobertura universal de salud (CUS) tanto en el Perú como a nivel regional incluso siendo parte de varias consultas de la OPS-OMS, Banco Mundial, y la Fundación Rockefeller en la propia edición especial de la revista *The Lancet* sobre CUS (Yamin y Frisancho, 2015).

b. El proceso sociopolítico de implementación de la Reforma

El proceso de implementación y profundización de la reforma de salud en el Perú a partir del andamiaje normativo de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (Ley N° 29344) emitida en el año 2009 por el gobierno aprista de aquel entonces, fue continuado en el 2013 por el gobierno de Ollanta Humala, emitiendo 14 Decretos Legislativos destinados a *"fortalecer la Cobertura Universal en Salud"* que en la práctica facilitó la consolidación del capital privado en los servicios de salud, vía Entidades Prestadoras de Salud, Asociación Públicas Privadas, obras por impuestos, consultorías, compra de servicios de salud.

Como podemos evaluar, hay un complejo entramado de decretos legislativos emitidos durante el gobierno de Ollanta Humala:

a) Decreto Legislativo N° 1163 que aprueba las disposiciones para el fortalecimiento integral de la salud, b) Decreto Legislativo N° 1163 que aprueba las disposiciones para el fortalecimiento del seguro integral de salud, c) Decreto Legislativo N° 1164 que establece las disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional de seguro integral de salud en materia de filiación al régimen de financiamiento subsidiado, d) Decreto Legislativo N° 1165 que establece el mecanismo de farmacias inclusivas para mejorar el acceso a medicamentos esenciales a favor de los afiliados del seguro integral

de salud, e) Decreto Legislativo N° 1166 que aprueba la conformación y funcionamiento de las redes integradas de atención primaria de salud, f) Decreto Legislativo N° 1167 que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, g) Decreto Legislativo N° 1168 que dicta medidas destinadas a mejorar la atención de la salud a través del desarrollo y transferencias de las tecnologías sanitarias, h) Decreto Legislativo N° 1169 que establece la implementación del sistema de comunicación por vía electrónica para que EsSalud notifique los embargos en forma de retención y actos vinculados por deudas no tributarias a las empresas del sistema financiero, i) Decreto Legislativo N° 1170 que establece la prelación del pago de deudas a la seguridad social en salud, j) Decreto Legislativo N° 1171 norma que modifica la ley N° 26790, estableciendo la realización de estudios actuariales en el régimen contributivo de la seguridad social en salud, k) Decreto Legislativo N° 1172 que Establece medidas para cautelar el cumplimiento de las normas a la seguridad social en salud y las obligaciones de informar del trabajador, l) Decreto Legislativo N° 1173 norma de las Instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud de las fuerzas armadas, m) Decreto Legislativo N° 1174 norma que regula el fondo de aseguramiento de salud de la Policía Nacional del Perú, y n) Decreto Legislativo N° 1175 norma que regula el régimen de salud de la Policía Nacional del Perú.

Este conjunto de decretos ley garantizaron la seguridad jurídica de la reforma de salud como política de Estado y por tanto, los procesos de transferencia de fondos públicos para intermediarios de aseguradores financieras y proveedores de servicios privados fueron garantizados legalmente.

Es importante aclarar que el propio léxico y lenguaje de la reforma peruana durante todo el proceso especialmente a partir de los ´ 2000 utiliza palabras claves como “derecho”, “equidad”, “universalidad”, “enfoque basado en derechos humanos” como se visualiza en el propio objetivo del Seguro Integral de Salud (SIS):

“Al 2021, el acceso al cuidado y la atención integral en salud individual y colectiva de las personas serán universales, independientemente de su condición socioeconómica y de su ubicación geográfica, con enfoques de género, de derecho en salud y de interculturalidad. Asimismo el cuidado y la atención pública en salud serán integrales, solidarios, equitativos, oportunos, con gratuidad en el punto de entrega, de calidad, de fácil acceso y adecuados a las características del ciclo de vida de la población”²³.

El mapa de resistencias a la reforma del sistema de salud peruano siempre tuvo debilidad tanto en la sociedad civil, la academia como en los partidos políticos. En parte debido al fracaso cultural que sufrió la sociedad a partir de 1993 con el gobierno dictatorial de Alberto Fujimori, que logró casi hacer desaparecer las organizaciones gremiales y generó una nueva cultura política de mercantilización (Castro, 2002) y de sometimiento expresado en el individualismo como valor central de la nueva economía

23 SIS(Seguro Integral de Salud) – Misión http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/mision.html

de mercado peruana, proceso que aún no logra recuperarse, esto sumado a una relativa fragilidad de de organizaciones con agendas de salud colectiva, y con aún la inexistencia de movimientos sociales o plataformas nacionales en salud.

Para los gobiernos de turno este escenario, le dio viabilidad a la aplicación de la reforma peruana teniendo como aliados a la Cámara de Comercio, CONFIEP y la Sociedad de Industria Farmacéutica, la prensa parametrada, sumándosele institucionalmente unidades académicas y profesionales de la salud pública que asumieron todo el lenguaje mercantilista de la reforma.

A pesar de estas relaciones de fuerzas objetiva, la reforma de salud peruana no tuvo los resultados sanitarios prometidos y anunciados año tras año, cambio institucional tras cambio institucional. Al momento existe una imposibilidad de cerrar la brecha de cobertura de servicios de salud, en gran medida por el déficit en infraestructura y equipamiento adecuado en los establecimientos de salud (CGR, 2018). Asimismo, la articulación entre los establecimientos sanitarios del primer nivel de atención con los hospitales sigue siendo casi nula provocando redes ineficientes y poco eficaces (Gutiérrez, Román, Wong y Del Carmen, 2018).

Hasta el momento el ciclo de reforma continua con el diseño de paquetes de atención con contratos de copago, seguros adicionales, con la pluralidad de prestadores que impide la planeación estratégica en la salud colectiva; sumándose cada vez más visible la derivación de fondos públicos a entidades privadas y la precarización del recurso humano en salud con empeoramiento en las condiciones de trabajo y con escasos o nulos incentivos de desempeño laboral de calidad para proteger la vida y la salud (Gutiérrez et al., 2018).

La hegemonía de este proceso sociopolítico se caracteriza por el control de todos los instrumentos legales que viabilizan la reforma del sistema de salud por parte de los grupos de poder económico que los últimos años migraron sus capitales financieros al sector salud. El Grupo Credicorp, que actualmente posee más de 74 centros médicos en todo el país, clínicas, cadenas de laboratorio, compañía de seguros pacífico, administradora de fondo de pensiones, el Grupo Breca propietario de clínicas internacionales, clínicas oncológicas, cadenas de medicentros, Seguro Rímac (Torres y Huacles, 2015); seguida de otros grupos empresarios de la salud, cuentan con gran influencia el poder ejecutivo y legislativo peruano.

III.- Dinámica e impactos en servicios de salud e infraestructura

Transcurrido 10 años de la promulgación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, con un marco normativo que regula la profundización de la reforma de salud peruana, existe un tiempo suficiente para evidenciar los primeros resultados de un modelo de aseguramiento en salud.

La propia Contraloría General de la República (CGR) (2018), luego de evaluar 251 establecimientos de salud pública en las 25 regiones del país planteo ciertas evidencias ya constatadas: que en cuanto al funcionamiento de los consultorios externos existe un incumplimiento a los horarios de atención del 28%, se cuenta con insuficientes especialistas en un 27% de los establecimientos sanitarios, así como de ausencias de los profesionales sanitarios en sus horas laborales, se incrementa el tiempo y la demanda de pacientes, sobre todo en las especialidades básicas de pediatría, ginecología, medicina interna y cirugía general, entre otras cuestiones.

Una de las áreas críticas evaluadas son los servicios de emergencia de acuerdo a la sobredemanda hospitalaria curativa que profundizo el sistema de salud peruano, dentro de los cuales el 43% de los establecimientos de salud no cuenta con la dotación de recursos humanos suficientes para una atención de urgencias de calidad y oportuna. De igual forma, el 38% de los establecimientos no cuentan con los insumos médicos para el manejo de pacientes críticos en las emergencias, poniendo en riesgo la vida de las personas o empeorando su situación de salud (CGR, 2018). Por último, el 44% de los establecimientos sanitarios evaluados en este informe muestran que no cuentan con los equipos diagnósticos y de atención necesarios y un 37% tampoco tienen una infraestructura adecuada y de calidad para los servicios que prestan(CGR, 2018).

En relación con los indicadores sanitarios tradicionales de enfermología pública, Perú tuvo un descenso en la mortalidad materna pasando de 605 muertes en el año 2000 a 362 en 2018 (MINSA, 2018b) haciendo una razón de mortalidad materna de 69.8 x 100 000 nacidos vivos en 2017 (OPS/OMS, 2018). A este dato se suma el parto hospitalario con un 93% alcanzado para el año 2017 (OPS/OMS, 2018).

De igual forma, la mortalidad infantil fue disminuyendo de 29 x 1000 nacidos vivos en 2004 a 15 x 1000 nacidos vivos en 2018 (OPS/OMS, 2018; BM, 2019). Sin embargo, las altas tasas de mortalidad infantil se siguen concentrando en los hogares más pobres del país. Los determinantes socioeconómicos de la mortalidad infantil cuentan con los resultados vinculados desde el acceso a la educación de la madre, el estatus económico del hogar y las coberturas de salud de la madre a partir de donde incrementan los riesgos de mortalidad infantil en Perú (Paredes Mamani et al, 2021). Aunque distribución se acrecienta en desigualdades entre departamentos por ejemplo en las regiones del Amazonía y el área metropolitana de Lima y el Callao, y comparativas similares.

Estos indicadores es necesario revisarlos rápidamente en función del perfil de la población peruana como en la carga de enfermedad que no es homogéneo en el país. Perú concentra para el año 2015 al 56,3% de su población en la costa, principalmente en Lima, donde se encuentra el 32% de la población. La sierra tiene al 29,7% de la población y la selva alberga al 14% de la población total (INEI, 2015b). La población rural de acuerdo

al último censo hecho en el año 2007 representa el 24,1% del total y la urbana el 75,9% (MINSADGE, 2013).

La distribución de la población en el territorio está acompañada por un heterogéneo acceso a servicios públicos, su calidad y capacidades de respuesta. De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en el año 2015 el 18,7 % de los hogares del país no tuvieron acceso a agua por la red pública, de éstos, el 14,6% de los hogares en zonas urbanas no tuvo acceso a agua, llegando en las zonas rurales al 30,4% sin agua (INEI, 2016c).

El problema de acceso a agua potable influye en determinantes sólo de estilos de vida insalubres de la población, por eso, las enfermedades transmisibles, maternas perinatales y desnutrición en las zonas rurales es significativamente mayor al de las zonas urbanas. Además de los modos de vida por clase social, étnia y género.

La dotación de recursos humanos en salud sigue siendo insuficiente y desigual. Perú tiene una razón de 12.7 médicos x 10 000 habitantes (OPS/OMS, 2018) cuando lo recomendable por la OMS es 25 x 10 000 habitantes.

La gestión de los servicios de salud presenta deficiencias en los medicamentos. Por ejemplo, las farmacias no solicitan oportunamente la compra centralizada o unificada de medicamentos en el sector público sanitario, por lo que se compran medicinas a un mayor costo, dispersión, altos costos de mercado y graves irregularidades en las adquisiciones. A eso se suma que el 53% de los hospitales sus servicios de diagnóstico por imagen no cuentan con ambientes adecuados y el 68% tienen los equipamientos **mínimos** funcionales (CGR, 2018).

Este pequeño resumen de indicadores, capacidad instalada e infraestructura sanitaria marca una situación sumamente frágil y evidencia la imposibilidad de garantizar el acceso a servicios de salud pública efectivos, integrales y adecuados interculturalmente a las poblaciones peruanas.

Es decir, la organización resultante de la reforma al sistema de salud peruano tendió a agravar no sólo la dispersión y fragmentación, sino la segmentación y barreras de acceso en todo Perú. Esta reforma fue diseñada a partir de la visión del modelo de salud pública biomédica que sólo tiene como atribuciones funciones “esenciales” para el control de las endemias y de mínima regulación, con esfuerzos más o menos fragmentados, contruidos y cimentados por el saber médico como agente estatal que tiene como objeto central de referencia la enfermedad, el control de poblaciones y los supuestos de prevención de factores de riesgos como ejes básicos.

Incluso según el informe de investigación del Congreso de la República (2016), el sector salud presenta dificultades en lo que respecta a infraestructura hospitalaria.

Entre ellas resalta el mal estado físico de los hospitales y los equipos, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las debilidades en la gestión, la deficiente capacidad y formación del personal y la grave escasez de recursos financieros.

En cuanto a infraestructura y equipamiento, la Defensoría del Pueblo (2018) señalaba ya en el año 2018 -dos años antes de la epidemia de Covid-19- que las áreas críticas con mayores necesidades de mejorar su equipamiento son: Los centros quirúrgicos (28.67%), las unidades de cuidados intensivos (20.32%), hospitalización (18.74%), emergencia (18.28%) y los consultorios externos (14%); mientras que en los nosocomios nivel II señalaron que las UPS que requieren mayor equipamiento son: Los consultorios externos (30.07%), hospitalización (26.77%), la unidad de cuidados intensivos (14.20), el centro obstétrico (10,29%), el centro quirúrgico (9.20%) y emergencia (9.20%) (Congreso de la República, 2016).

Asimismo, la Federación Peruana de Administradores de Salud (FEPAS) determinó que los nosocomios que están en malísimas condiciones son: El Dos de Mayo, el Arzobispo Loayza, el Cayetano Heredia y el Alcides Carrión, hospitales que atienden a la población más pobre.

En el Ministerio de Salud casi la mitad de sus hospitales tienen una antigüedad de 25 a 50 años y un 20% entre 60 a 100 años, de lo que se interpreta que el aumento presupuestal público que inyectados no resolvió los problemas de infraestructura hospitalaria y ni las reparaciones a la estructura de las centros y postas médicas del interior del país, consecuentemente tampoco se mejoró la infraestructura para el acceso a los servicios de salud.

En ese mismo sentido, los servicios de salud se ven afectados por citas médicas con largos tiempos de espera hasta por tres meses, carencia de médicos especialistas y salas de emergencia y hospitalización colapsadas (Perú 21, 2014); además de una impresionante falta de sensibilidad evidenciada en deshumanización hacia los pacientes de parte de la dirección de EsSalud, que al 2015 tenía 30 mil pacientes en la lista de espera para ser intervenidos quirúrgicamente (EsSalud, 2016) y similares condiciones atravesaban los hospitales del MINSA.

Aunque este artículo no tiene por objetivo analizar ni describir los graves impactos de la epidemia de Covid-19 en el país, sin duda la crisis epidemiológica puso al descubierto todo este andamiaje de fragilidad, mercantilización y precariedad que construyó la reforma regresiva al sistema de salud peruano.

Reflexiones Finales

La AUS en 2009 y la CUS en 2013 en Perú impulsaron un mismo proceso constante sobre el sistema de salud peruano basando sus objetivos en la expansión del aseguramiento que prolifera inequidades sanitarias al enfocarse en lo curativo y

asistencial y que resulta poco efectivo y eficaz al subsidiar mecanismos privados de lucro, intermediaciones financieras de coberturas, asociaciones públicos-privadas, y deterioros de la infraestructura y las cada vez más frágiles capacidades de los servicios públicos.

La reforma de salud peruana fue posible a partir de la sostenibilidad y seguridad jurídica de un modelo de aseguramiento universal impulsado desde la década pasada en el Perú como política de Estado. Sin embargo, los resultados sanitarios demuestran que las inequidades en la cobertura y acceso a los servicios de salud se mantienen y la calidad de los servicios prestados se fue deteriorando en los últimos años limitando radicalmente el derecho a la salud como quedó demostrado brutalmente durante la respuesta a la epidemia de Covid-19 en el año 2020 y de otros problemas sanitarios estructurales en el país.

Sin una política de salud que fortalezca las capacidades de respuesta del subsistema público se perpetua el sentido común construido en la sociedad peruana de que lo *'público es de mala calidad'* y se continúa beneficiando la extrema mercantilización como política de Estado en salud.

Finalmente, el movimiento social en Perú, expresada en la participación ciudadana formada, movilizadora y organizada aún tiene el reto impostergable de revisar sus banderas de consignas genéricas por el derecho a la salud, acompañados por una academia crítica que contribuya a señalar y cuestionar las falacias y fallas del modelo de aseguramiento actual, de tal modo que se establezca un nuevo discurso de repensar lo público que logre desinstalar la corriente neoliberal del ideario popular y abra la posibilidad de construir un camino de refundación hacia un nuevo sistema único de salud peruano de carácter público, solidario y universal.

Bibliografía

- Alcalde, Jacqueline, Lazo, Osvaldo y Nigenda, Gustavo (2011). Sistema de Salud de Perú. Salud Pública de México 53(2), 243-254. Recuperado de: <https://scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s243-s254>
- BID- Banco Interamericano de Desarrollo (2012). Peru: IDB country strategy with Peru 20122016. Washington, DC: IDB/Peru.
- BM- Banco Mundial. (2012) Ejercicios 2012–2016. Washington, DC: World Bank; 2012. Alianza Estratégica con el País para la República del Perú.
- BM- Banco Mundial. (2019). Tasa de mortalidad, menores de 5 años (por cada 1,000). New York, EEUU: Banco Mundial. Recuperado de: <https://datos.bancomundial.org/indicador/sh.dyn.mort?end=2005&start=1960>
- Castro, Eduardo (2002). Cultura política y corrupción en la era del gobierno de Fujimori. Y algunos rasgos del gobierno de Toledo: 1990-2002. Recuperado de: http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/2446/Hovedoppgave_Hansen.pdf;jsessionid=C47137F9C8C8E58B65E18428B516D546.bora-uib_worker?sequence=1
- Castro, Julio (2009). Hacia el aseguramiento universal en salud en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 26(2), 232-235.
- Congreso de la República del Perú (2016). La infraestructura hospitalaria pública en el Perú (Informe de investigación 27/2016-2017). Recuperado de: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/97D83D04226344EC0525809500726521/\\$FILE/INFRAESTRUCTURA_HOSPITALARIA.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/97D83D04226344EC0525809500726521/$FILE/INFRAESTRUCTURA_HOSPITALARIA.pdf)
- Consejo Nacional de Salud (2013). Lineamientos y medidas de reforma del sector salud. Lima: Ministerio de Salud.
- Constitución Política del Perú (1993). Asamblea Nacional Constituyente. Lima, Perú. 31 de Octubre de 1993.
- De Habich Midori, Madueño, Miguel, Sobrevilla Alfredo (2009). El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud: fundamentos técnicos y metodológicos. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc; 2009.
- Defensoría del Pueblo (2018). Reporte Derecho a la Salud (Informe Año II, No. 8). Recuperado de: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/REPORTE-SALUD-8.pdf>
- Díaz, Leoncio y Vargas, Julio (2009). Ley marco de aseguramiento universal en salud, bajo la lupa. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 26(2), 236-42. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a17v26n2>
- Díaz, Pedro (1996). Constitucionalismo neoliberal o neoconstitucionalismo latinoamericano. A. Vargas et ál., Constitución, gobernabilidad y poder, 151-182.
- ForoSalud (2007). ForoSalud: libro, Memoria de una experiencia de construcción de sociedad civil 2000-2004. Recuperado de: <https://www.care.org.pe/wp-content/uploads/2015/06/ForoSalud-MEMORIA-DE-UNA-EXPERIENCIA-DE-CONSTRUCCION-DE-SOCIEDAD-CIVIL-2000-20041.pdf>
- Gibaja, Carlos (2014). La reforma de salud en el Perú (2013-2014). Monografias.com. Recuperado de: <https://www.monografias.com/trabajos101/reforma-salud-peru-2013-2014/reforma-salud-peru-2013-20142.shtml>
- Gutiérrez, Cesar, Romani, Franco, Wong, Paolo y Del Carmen, Sara (2018). Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: Un reto para la reforma de salud en el Perú. Anales de la Facultad de Medicina, 79(1), 65-70.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017). Censos Nacionales: XII de Población y VII de Vivienda. Recuperado de: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1437/libro.pdf

Instituto Peruano de Economía (2017). Aportes a EsSalud. Lima, Perú. Recuperado de: <https://www.ipe.org.pe/portal/aportes-essalud/>

La Contraloría General de la República (2018). Operativo de control. Por una salud de calidad. Recuperado de: http://lfweb.contraloria.gob.pe/BuscadorInformes/0/edoc/4811293/Resum_Ejec_634-2018-CG-SALUD-OCS.pdf

Laurell, Asa Cristina (2012). Sistemas universales de salud: Retos y desafíos. Recuperado de: <http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo3/sistemas-universais.pdf>

Laurell, Asa Cristina (2016). Políticas de salud en pugna: aseguramiento frente a sistemas universales públicos. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 24(e2668), 1-8. Doi: 10.1590/1518-8345.1074.2668

Ley N° 26842 (1997). Ley General de Salud. El Peruano. Lima, Perú, 15 de julio de 1997.

Ley N° 27657 (2002). Ley del Ministerio de Salud. El Peruano. Lima, Perú, 28 de enero de 2002.

Ley N° 29344 (2009). Ley de Aseguramiento Universal en Salud. El Peruano. Lima, Perú, 9 de abril de 2009.

Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2015). Cuentas nacionales en salud. Perú 1994-2012. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3248.pdf>

Ministerio de Salud. (2002). Reglamento de la Ley N° 27657. Recuperado de: http://www.sis.gob.pe/portal/Transparencia_pdf/Datos_Generales/Marco_Legal/Norma_de_Creacion/Regla_Ley_27657_Ley_del_MINSA.pdf

Ministerio de Salud (2005). Información de Mortalidad. Recuperado de: http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/SalaSituacional/04_Mortalidad.pdf

Ministerio de Salud (2010). Afiliación en el régimen subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud. Recuperado de: http://www.bvs.org.pe/local/File/FORO_AUS/AFILIACION_AUS.pdf

Ministerio de Salud (2017). Boletín estadístico trimestral del Seguro Integral de Salud (Enero a Junio 2017). Recuperado de: http://www.sis.gob.pe/portal/estadisticas/archivos/boletines/ResumenEjecutivo_2017_01_AL_06.pdf

Ministerio de Salud (2018a). Informe multianual de inversiones de las Asociaciones Públicas Privadas en salud 2019-2021. Recuperado de: https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_privada/app/IMIAPP_MINSA_2018.pdf

Ministerio de Salud (2018b). Boletín epidemiológico del Perú (Volumen 27 –SE 52). Recuperado de: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/52.pdf>

Montañez, Vilma (2018). Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Organización Panamericana de la Salud. (2018). Indicadores básicos 2018.

Paredes, Rene, Yapuchura Cristobal, Arpi Roberto y Calatayud, Alfredo (2021). Determinantes socioeconómicos y próximos de la mortalidad de niños menores de cinco años en el Perú (2015-2018).

Perú 21 (23 de febrero de 2014). Essalud: Crisis en hospitales afecta a millones de peruanos. Perú 21. Recuperado de: <https://peru21.pe/lima/essalud-crisis-hospitales-afecta-millones-peruanos-146184>

Petrera, Margarita (2016). Reflexiones para la política sectorial de salud en Perú a partir de las Cuentas Nacionales en Salud. *Economía*, 39(78), 35-65. Doi: <https://doi.org/10.18800/economia.201602.002>

Portal Nacional de Datos Abiertos. (19 de Septiembre 2017). Listado de instituciones prestadoras de servicios de salud. Recuperado de: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/minsa-ipress/resource/7cf96151-5ddf-4281-90ba-b2b0407447ab#{}>

Radio Caracol (22 de octubre de 2018). Más de 367.000 quejas se han reportado a la Supersalud durante 2018 [Mensaje en un Blog]. Recuperado de: https://caracol.com.co/radio/2018/10/03/salud/1538527294_452078.html

Robles, Luis (2013). Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud. *Anales de la Facultad de Medicina*, 74(1), 43-48.

Seguro Social de Salud (2018). Plan operativo institucional. Lima, Perú: EsSALUD.

Seguro Social de Salud (24 de febrero 2016). Acta de Consejo Directivo. 4ta Sesión ordinaria. Recuperada de: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/sesiones_consej_direct/04_sesion_ordinaria_2016.pdf

Torres, Fabiola y Huacles, José (2015). Los dueños de la salud privada en el Perú [Mensaje en un Blog]. Recuperado de: <https://ojo-publico.com/93/los-duenos-de-la-salud-privada-en-el-peru>

United States Agency for International Development, Peru . USAID/Peru Country Development Cooperation Strategy. Lima: USAID/Peru; 2012.

Wilson, Luis, Velasquez, Anibal y Ponce, Carlos (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. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 26(2), 207-217. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200013&lng=es&tlng=es

Zevallos, Leslie, Pastor, Reyna y Moscoso, Betsy (2011). Oferta y demanda de médicos especialistas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud: brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de especialidad. *Revista peruana de medicina experimental y Salud Pública*, 28, 177-185.

Yamin, Alicia y Frisancho, Ariel (2015). Enfoques basados en los derechos humanos para la salud en América Latina. *Medicc Review*, 17(S1), 5-7.

● Derecho a la salud y el proceso de Reforma del Sistema de Salud Argentino de 1990 a 2018

Daniel Godoy, Luis Migueles, Irina Dozo y Pedro Orden²⁴

Introducción

La Argentina tiene un sistema de salud mixto conformado por el Estado y las obras sociales como componentes más importantes, con una participación menos significativa del sector privado. Esta estructura ha sido gestada en el marco de los paradigmas liberales de siglo XIX vinculados con el ordenamiento social, el higienismo y el control de epidemias (policía médica); influencia luego fuertemente por las primeras manifestaciones de la solidaridad obrera por un lado, y las acciones de las Instituciones de la caridad vinculadas con la Iglesia Católica por otro; ya a mediados del siglo XX, la fuerte irrupción del Estado en la Política de salud, y un gran desarrollo del empleo formal, que se manifiesta en la estructuración de Obras Sociales por ramas de actividad (metalúrgica, construcción, comercio, estatales, etc.) durante el gobierno del General Perón, terminan de conformar su organización desde una perspectiva de Derecho con intervención Estatal y con explícita caracterización de las determinaciones sociales. Luego del derrocamiento de Perón en 1955, se inauguró una fase de hegemonía de mercado de caracterizaciones y actores diversos en el campo de la Salud, todas involucradas con un paradigma vinculado a la mercantilización de la Salud, que va determinando una descomposición paulatina del modelo universalista. En la década de los 90 y concomitante con el proceso de Reforma integral del Estado que promueve el neoliberalismo en la Región, según dictámenes de los Organismos de Crédito supranacionales (BM, FMI, BID), se afianza la desestructuración y reconfiguración del sector hacia un Sistema de Seguros desregulado. El período analizado en este trabajo comienza apenas 7 años después de la recuperación democrática de 1983 y en el mismo han transcurrido seis períodos presidenciales gobernados por cuatro presidentes electos democráticamente, que han designado once ministros de salud. Se puede afirmar entonces que, en el caso argentino, el período analizado coincide en gran parte con el retorno al sistema democrático.

El proceso de Reforma del Sistema de Salud en el último tramo democrático, aún en proceso, ha significado una ampliación de la brecha en el grado de ejercicio del Derecho a la Salud de los distintos estratos sociales, una pérdida del carácter humanista y solidario del Sistema, una mercantilización paulatina pero pronunciada de los servicios y un corrimiento a las acciones curativas del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. La

24 Dirección y Equipo de investigación del IDEPSalud (*Área de Salud del Instituto de Estudios sobre Estado y Participación/ATE Argentina*), centro miembro CLACSO. <http://idepsalud.org/>

trama de tensión y disputa entre los actores del proceso político, posicionados explícita o implícitamente en favor o en contra de los paradigmas Universalismo/Derecho versus Segmentación/Mercantilización, transcurre en el marco de la crisis de representación y los intentos de recomposición del campo popular en la Argentina.

1. El tramo 1990 - 2018. El entorno de la reforma

1.1 Caracterización político institucional

Argentina recuperó la democracia después de la última dictadura cívico-militar en 1983. Las dictaduras en el siglo XX fueron seis: en los años 1930, 1943, 1955, 1962, 1966 y 1976, gobernaron 14 dictadores por unos 25 años totales. El último golpe de Estado (1976-1983) implementó un Terrorismo de Estado, en el que se violaron masivamente los derechos humanos y se produjeron aproximadamente 30 mil desaparecidos y miles de asesinados, perseguidos y exiliados. Un ataque violentísimo a la trama social que generó una pérdida de soberanía y capacidad para transitar un camino emancipatorio para más de una generación futura. El desmantelamiento de la organización popular, la cooptación de los partidos políticos y del sindicalismo tradicional, modeló la eficacia de una democracia absolutamente formal y delegativa, que derivó en una crisis de representatividad profunda, desembocando en la llegada al gobierno por el voto popular de Macri en el 2015, en una alianza explícita con los sectores del poder más concentrado y reaccionario de la sociedad argentina.

En los 36 años de regreso a la democracia, se sucedieron presidentes surgidos de la partidocracia tradicional: 8 años de Radicalismo -UCR- (Alfonsín 1983/1989, y De la Rúa 1999/2001), 22 fueron gobernados por el peronismo -PJ- Menem 1989/1999, Puerta, Rodríguez Saa y Camaño 2001/2001, Duhalde 2001/2003, Néstor Kirchner y Cristina Fernández (2003/2015) y finalmente la Alianza "Cambiemos" hasta nuestros días.

1.2 Democracia sin justicia social, ¿Es democracia? Las brechas que perduran

Este período democrático, no implicó la resolución de la desigualdad en la Argentina. Por el contrario, en el terreno estructural de la economía, el volumen de población bajo la línea de la pobreza ha sufrido oscilaciones a lo largo del período que tienen que ver con las crisis económicas; sin embargo, niveles cercanos al 30% se encuentran tanto en 1990 como en 2018 (Instituto Nacional de Estadística y Censos, INDEC) (Basualdo y Lozano, 2000).

La distribución del ingreso más allá de oscilaciones según los gobiernos no ha experimentado cambios significativos en algo más de 25 años: el Índice de Gini que mide su equidad, se encuentra en 43 puntos, al igual que a principios de los años 90. Por su parte, la pobreza no ha disminuido sustancialmente en la actualidad, en comparación con los tempranos años de la década del '90 (INDEC, 1990 y 2010).

Otra de las condiciones sociales adversas que ha permanecido constante y que incluso ha sufrido momentos de agravamiento a lo largo del período 1991-2018, fue la informalidad laboral, que, sumado al desempleo, determina que un amplio sector de la población carezca de cobertura de obra social y dependa en forma exclusiva del sistema estatal de atención médica. Si bien esto no debería ser un obstáculo para el ejercicio del derecho a la salud, el debilitamiento del sector público determina que lo sea. Los cambios en la estructura del trabajo impactan por la reducción de aportes para la OS, dado que se reduce la planta de trabajadores en relación de dependencia. Se reduce también el poder de los gremios para lograr aumentos. Los sueldos del sector público han sido los más castigados, en parte por la reducción del poder de presión de los sindicatos. La inequidad resultante, por la persistencia de niveles altos de pobreza y precariedad laboral, constituye en sí misma una fuerte determinación de obstáculos para el ejercicio del derecho a la salud. Sobre el período post dictaduras en América Latina, podemos citar:

"...A pesar de los indudables avances en la democratización y la reconstrucción de la institucionalidad política y la restauración del imperio de la ley, las crisis económicas y sus efectos sociales generaron fuertes problemas de legitimidad que llegaron a poner en riesgo varias veces la estabilidad y la subsistencia misma de la nueva democracia...". (Falapa y Andrenacci, 2009).

Tabla 1. Población sin cobertura de obra social, mutual u otra forma de seguro

Año	1991	2001	2010	2017
En %	36,9	48,1	36,1	34

Fuente: INDEC, censos. para año 2017 estimaciones en base a padrones de seguros y población total estimada

Tabla 2. Tasas de Pobreza e Indigencia. Períodos seleccionados. 1989 – 2001: Gran Buenos Aires. 2003 – 2013: país.

Períodos	Tasa de Pobreza	Tasa de Indigencia
Pico octubre 89 (Hiperinflación)	47,3	16,5
Promedio mayo 91 - mayo 94 (Crecimiento Convertibilidad)	19,7	3,7
Pico octubre 96 (Efecto Tequila – Crisis México)	27,9	7,5
Promedio mayo 97 - mayo 01 (Período recesivo Convertibilidad)	27,5	7,1
Pico octubre 2002 (Salida Convertibilidad)	54,3	24,7
Promedio 2003–2006 (Post-Convertibilidad–Crecimiento acelerado)	39,7	15,8
Promedio 2007-2013 (Post-Convertibilidad –desaceleración)	31,7	9,0

Fuente: IDEP.2014. (Metodología INDEC con precios alternativos)

Una explicación plausible de estos escenarios se puede ver en la constancia del modo de funcionamiento del Estado -más allá del carácter de los gobiernos- como un ente divorciado de las necesidades populares y con escasos vínculos con organizaciones de la sociedad civil que pongan en debate el ejercicio de derechos sociales (Hourest, 2009).

1.3 Derecho a la Salud (DS)

La noción hegemónica actual del DS es la vinculada a la tradición de la ONU y su oficina de salud, la OMS, y enmarcada en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDDHH) en el art 25 de la Declaración Universal de los DDHH, donde se asocia la salud a un nivel de vida que asegure el bienestar, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y seguro de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez. La constitución de la OMS por su parte establece como derecho humano fundamental el *grado máximo de salud*, y declara que los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos mediante políticas adecuadas.

A nivel nacional, en la Constitución argentina, hasta su última versión reformada de 1994, el derecho a la salud se encontraba implícito en el art 14 bis, en íntima relación con la protección de derechos laborales y la seguridad social. Con la incorporación en 1994 de los pactos internacionales (art 75 inc. 22), el DS se explicita como parte del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDDHH).

Ahora bien, la centralidad que adquiere el acceso a las prestaciones médicas necesarias para recuperar la salud tiende a excluir del DS los aspectos que exceden a este sistema, como las condiciones ambientales y de trabajo. Paralelamente, esta visión limitada del DS, sujetándose exclusivamente a la letra de la ley, ha llevado a restringir el acceso a prácticas médicas de probada eficacia para amplios sectores de la población. Ya se explicitará de qué manera el concepto de canasta básica de prestaciones, de gran prestigio entre ciertos tecnócratas, muchas veces justifica las mencionadas restricciones.

1.4 La compleja trama de determinaciones en salud/enfermedad

Las grandes causas de enfermedad en la Argentina siguen siendo la pobreza, la mala alimentación, el trabajo indigno, constituyendo el núcleo de determinaciones de enfermedades y muertes evitables, casi 2 de cada 3 casos en mortalidad infantil y materna (Borini y Migueles, 2015). Sabemos que casi un 50% de los niños son pobres y la mayoría de los pobres son niños; que la línea de pobreza incluye buena parte del mapa laboral; y que 3 de cada 4 jubilados cobran un haber mínimo que no alcanza a cubrir la canasta básica (INDEC, 1990, 2001 y 2010). Enfermedades evitables como Chagas, Dengue, y Tuberculosis se cobran 1000 muertes al año, la mortalidad materna es de las más altas de la región, en la que 100 muertes por abortos inseguros son su porción mayoritaria; el VIH-SIDA se da cada vez más en población joven, femenina y pobre (INDEC, 1990, 2001 y 2010).

La población ha experimentado cambios demográficos importantes en el período analizado. El porcentaje de menores de 15 años ha disminuido mientras que la proporción de mayores de 64 años se elevó; esto tiene su correlato en el aumento de la esperanza de vida que pasó de 71.9 a 75.3 años (INDEC, 1990, 2001 y 2010). Esta transición demográfica constituye un fenómeno de fuerte impacto para la organización del sistema de salud, ya que se acompaña de un mayor peso de las enfermedades crónicas en la carga de enfermedad (Galante, 2015). Estos cambios incrementan la necesidad de atención de discapacidad y rehabilitación, a lo que el sistema no ha podido responder adecuadamente.

En la dimensión socio ambiental, asistimos a modificaciones sustantivas en las formas de acumulación de riqueza y concentración del poder, de las formas de explotación, de la construcción de conciencia social, y también a cambios en los procesos de injuria a la salud colectiva.

El capitalismo financiero ha desatado en los últimos años en la región una aceleración del proceso de apropiación de la riqueza, mediante la agresión al ambiente en forma de un silencioso genocidio extractivista. Envenenando las napas, depredando los cursos de agua y millones de hectáreas de bosques nativos, alterando el suelo y fumigando campos y poblaciones cercanas con herbicidas genotóxicos.

Esto genera una nueva composición de los cuadros epidemiológicos regionales en el país, que son denunciados por organizaciones sociales como la asamblea de Famatina en la provincia de Catamarca, las madres de Ituzaingó en la provincia de Córdoba, la Liga en Defensa del Agua en Mendoza, los Médicos de Pueblos Fumigados, la Asamblea de vecinos auto convocados de Esquel en la provincia de Chubut, y muchos más. Este modelo productivo genera agresión ambiental con incidencias directas e indirectas sobre la salud humana: malformaciones, abortos, cánceres, enfermedades respiratorias, digestivas. Como agravante de esta situación, el Estado no registra estos fenómenos, quedando ocultos en los datos oficiales sobre salud y por lo tanto sin respuesta del sistema (Miguel y Borini, 2015).

Las condiciones precarias de trabajo se llevan la vida de 7.000 trabajadores y trabajadoras del sector Salud al año,²⁵ en un contexto donde los efectores tienen múltiples dependencias y estados de situación (nación, provincias, municipios, obras sociales), y el financiamiento es tan variado e inequitativo como su organización.

Si bien en los 25 años considerados el presupuesto nacional en salud se incrementó en términos nominales, su capacidad real de financiación de bienes y servicios ha sufrido recortes por inflación y devaluación, lo cual, sumado a la mayor aplicación de estos fondos al pago de prestaciones en el sector privado donde el gasto es menos eficiente, tuvo

25 Según estimaciones del Departamento Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. ATE, ARGENTINA

como consecuencia efectores públicos debilitados en personal y equipamiento (Borini, 2014). Esta situación se agravó profundamente en 2018 debido a la brusca devaluación de la moneda local en los meses de abril a junio (Miguel, 2019).

1.5. El sistema de salud y las relaciones mercado-estado

La configuración actual del Sistema de Salud Argentino (SSA) tiene que ver con una presencia predominante del Estado y de las instituciones vinculadas al sector del trabajo (obras sociales) en la cobertura, el financiamiento y la atención. Por su parte el sector privado tiene un considerable peso sólo en la estructura de atención médica (efectores).

El Estado nacional se ocupa de la organización y control a través del órgano rector del sistema, el Ministerio de Salud nacional (MSN), actualmente degradado a Secretaría²⁶. Sin embargo, como se trata de un país federal, en las provincias tienen injerencia en la organización del sistema los ministerios de salud locales, por lo cual existe una superposición de atribuciones que se expresa en múltiples conflictos de la gestión.²⁷

El subsector público de los tres niveles políticos (nacional, provincial y municipal) cumple una importante función asistencial a través de efectores propios, con más de 1.300 hospitales públicos (HP) y más de 2.000 centros de salud. Los estados provinciales son quienes cuentan con la mayoría de los HP, ya que el Estado nacional solo tiene a su cargo a 12 de ellos, si bien algunos de importancia estratégica como el Garrahan (alta complejidad pediátrica) y El Cruce (alta complejidad de adultos). Esta situación es la consecuencia del proceso de descentralización consolidado en los años 90, que forma parte de un plan estratégico del BM y la OMS tendiente a marginar la atención social y fragmentar los conflictos derivados de sus fallas.

En los hospitales públicos se atiende prioritariamente a la población sin obra social, pero también a afiliados de OS en la emergencia (accidentes de tránsito y lesiones por armas), así como en programas preventivos de maternidad e infancia. La atención médica curativa del primer y segundo nivel es utilizada por sectores pobres²⁸ y cubre la mayor parte de las prácticas, mientras que la de tercer nivel, debido a la falta de capacidad instalada, es derivada en parte al sector privado pero financiada por el Estado, que paga

26 El actual gobierno de Macri degradó el Ministerio de Salud a Secretaría a mediados de 2018, perdiendo entidad regulatoria. La rectoría de la Secretaría tiende a confrontar con los intereses de los actores más concentrados del sector, por lo cual esa medida representa un gesto positivo hacia ellos.

27 En el año 1981 por ley 22373, se crea el Consejo Federal de Salud (COFESA), integrado por la Nación y los ministros de salud de las provincias, para superar estas cuestiones, ámbito que tiene resultados muy parciales y cambiantes con cada gestión.

28 Esto lo reflejan las Encuestas de uso y gasto en servicios de salud, del INDEC, de los años 2003-2005-2010. También ver: Jorrat, J. y col. Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005. Comparaciones internacionales de diferenciales socio-económicos en salud. Salud Colectiva, Buenos Aires, 4(1):57-76, Enero - Abril, 2008

a dichos efectores. En las últimas décadas se han agregado prácticas de todos los niveles que se cumplen a través de programas con modelo de seguro (Programas Sumar), con la misma modalidad: atención en efectores privados con financiamiento estatal (Giovanella, 2012).

El complejo de la Seguridad Social está integrado por las Instituciones que se integran a partir del sector laboral originado en el principio de solidaridad y financiado por el llamado “salario social” (aportes y contribuciones). Se trata de las Obras Sociales Nacionales (OSN), las Obras Sociales Provinciales (OSP) y el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INSSJP) y su Programa Asistencial Médico Integral (PAMI).

Las OSN conforman un grupo de más de 300 instituciones diferenciadas por rama laboral, que se encuentran reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), organización autárquica del ámbito del ex-MSN. Brindan cobertura médica a los trabajadores y familiares adherentes por rama. Se encuentran financiadas por aportes sobre el salario (3% del trabajador y 6% del empleador), y tienen una distribución solidaria al interior de cada OS (cada uno aporta en función de lo que gana, pero consume lo que necesita), pero no entre ellas debido a sus diferencias de ingresos y convenios (Findling et al., 2002) La SSS tiene normatizado el Programa Médico Obligatorio (PMO), un paquete de prestaciones surgido como parte de la Reforma y que en los hechos promueve un techo de gratuidad a partir del cual se compone una segmentación de acceso según la capacidad de pago de las personas.²⁹ En el ámbito de la SSS funciona el Fondo Solidario de Redistribución (FSR), formado con el 15% de los aportes, para la cobertura de prestaciones de alto costo.³⁰ Las OSN tienen un alto nivel de heterogeneidad en el volumen de su padrón de afiliados, existiendo entidades de 2 millones de afiliados y otras de 30 mil. Dadas las diferencias financieras derivadas, su capacidad de negociación para la compra de bienes y servicios y para la negociación de convenios con prestadores es altamente asimétrica. Este subsistema cubre una población total de 15 millones de afiliados, el 31% de la población argentina y se rige por las leyes 23660 y 23661 del sistema nacional de OS y sus normas complementarias.

Las Obras Sociales Provinciales (OSP) son 24 entidades, una por cada provincia, que brindan cobertura a los empleados públicos y sus familiares.³¹ Se financian con aportes que forman parte del salario. El financiamiento, la cobertura y el acceso a la atención es muy heterogéneo, dependiendo de la capacidad instalada provincial, el volumen de afiliados y la gestión de cada entidad., por lo cual adolecen del mismo problema de asimetría descrito para las OSN, con entidades de 2 millones de afiliados y otras de menos de 100 mil. Cubren una subpoblación de 7 millones de afiliados, el 16 % de la

29 Si bien normativamente el PMO no implica un límite absoluto a las prácticas no incluidas, en los hechos funciona casi siempre de esta manera.

30 Este fondo también se aplica a la asistencia de entidades con necesidades financieras.

31 Como particularidad, el IOMA, la OS de la provincia de Buenos Aires, tiene un sistema de afiliación voluntaria que excede a los empleados estatales. Si bien se trata de una excepción, ocurre en la obra social provincial con mayor volumen de afiliados: más de 2 millones.

población argentina. Las OSP tienen autonomía en la gestión, lo cual se ve relativizado por la frecuente intervención de los gobiernos provinciales en la administración de las entidades, con el agravante del incumplimiento frecuente en los aportes patronales, afectando el financiamiento y por lo tanto la prestación de servicios médicos.³²

Por su parte el PAMI es una institución pública no estatal que brinda cobertura a jubilados y pensionados. Se financia por aportes de activos y pasivos, brindando una cobertura que excede la médica, incluyendo servicios sociosanitarios requeridos por la edad y situación de vulnerabilidad social³³. Si bien el PAMI es regulado por la SSS, a diferencia de las OSN no aporta al FSR por lo que carece de sistema financiador del alto costo.³⁴ El PAMI cubre una población de 5 millones de afiliados, un 11% de los habitantes del país.

Se debe destacar el carácter de las OS como propiedad de las y los trabajadores en tanto su financiamiento proviene de salario diferido en la forma de aportes que serán utilizados colectiva y solidariamente por quienes requieran atención por enfermedad. A pesar de este carácter, tanto en las OS como en el PAMI, las y los trabajadores no pueden elegir sus autoridades por el voto directo y secreto y sus participaciones a través de las Organizaciones gremiales son oportunistas y en algunos casos solo testimoniales. Por el contrario, los procesos y los estamentos de decisión son cooptados por grupos que representan a bloques de poder formados por Gobiernos de turno, Complejo Médico Industrial (CMI) y gremios amarillos.

Así se configuran mega estructuras funcionales al uso discrecional de los fondos mediante procesos vinculados al negocio con la enfermedad, y facilitadoras de corrupción; porque carecen de todo mecanismo de control real y de supervisión pública y social (sobre todo de los propios trabajadores y trabajadoras), donde los procesos y los modelos se acuerdan según el interés de estos grupos de poder, y donde eventos delictivos, han sido motivo de innumerables causas judiciales. Pagos por beneficiarios fallecidos, prestaciones por bienes y servicios cobrados, pero no recibidos por los afiliados, pagos a personas que no figuran en sus padrones, troqueles y facturas apócrifas, efectores no habilitados, medicamentos no aprobados, son alguna de las modalidades. Han existido iniciativas para democratizar estas organizaciones a través de la elección directa de autoridades y representación mayoritaria de trabajadores y trabajadoras en los niveles de decisión, que hasta el momento no han tenido éxito.

El sector privado se encuentra constituido por las Empresas de Medicina Prepaga (EMP) y por una red de efectores sanatoriales extensa³⁵ con una distribución que ha

32 Para ampliar este punto, puede verse: Maceira, Daniel. *Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino*. CEDES- Buenos Aires. 2002.

33 El PAMI es creado por la ley 19032 en el año 1971.

34 Esto no es necesariamente una desventaja, ya que el papel del FSR es controversial, siendo frecuentemente utilizado para el financiamiento de sobrepagos en prácticas de alta complejidad.

35 Una de sus entidades congregantes es la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (CONFELISA), un actor con importante influencia en el sector.

seguido más los avatares del mercado que las necesidades de salud de la población, debido a lo cual se caracteriza por su alta concentración en las grandes ciudades y su escasez en ciudades medianas y pequeñas. Esta red de efectores en general atiende escasamente a ciudadanos que pagan de bolsillo (casi de manera excepcional), ya que tiene direccionada la atención hacia las OSN, las OSP, el PAMI y EMP, aunque también atiende a personas sin cobertura formal, financiadas por el Estado (Van Der Kooy, *et al.*, 2018).

Por su parte, las EMP funcionan como seguros privados de salud y tuvieron un fuerte crecimiento en el período en virtud de la desregulación de obras sociales. Desde el año 2011 estas entidades se encuentran reguladas por la SSS en virtud de la ley 26682. Atiende una población de 6 millones afiliados totales (1.8 millones directos y 4.2 derivados de OSN), un 13% de argentinos. Se destaca que los 4.2 millones de afiliados que derivan sus aportes de las OSN deben considerarse población a cargo de ellas, que siguen siendo el financiador real. Las EMP constituyen un sector de alta concentración en el que solo 4 empresas captan el 50% de los afiliados totales.

Como síntesis de la conformación del SSA se citan en el siguiente cuadro los datos más relevantes de cada subsector, según diversas fuentes. Nótese que el gasto por persona más alto corresponde a las EMP, seguido por el PAMI. Esto debería ser a la inversa, considerando que por su edad los afiliados al PAMI tienen mayor carga de enfermedad, lo cual lleva a pensar en insuficiencia del gasto en PAMI, y/o en ineficiencia de la administración de las EMP. Los Estados de los tres niveles políticos sumados se encuentran en tercer lugar, lo que expresa la importancia del financiamiento estatal en el sistema. Debe tenerse en cuenta que el gasto per cápita de bolsillo se calcula tomando a la población general como base, lo cual excluye las disparidades existentes al interior de la misma, ya que las encuestas de uso y gasto demuestran que estas erogaciones son mayores en los sectores de bajos ingresos (DEIS, 2003, 2005, 2010).

Tabla 3. Composición del sistema según poblaciones de cobertura, gasto, fuentes de financiamiento, y modelos de gestión y de atención. Datos de 2018.

Subpoblaciones	Población en millones	Porcentaje de subpoblaciones	Gasto en millones de U\$S	Porcentaje de gasto	Gasto en Dólares por afiliado o beneficiario	Financiamiento	Gestión	Atención
OSN	14,5	31%	12271	23%	846,2	Aportes del salario	Propia y tercerizada	Privados/ Estatal
OSP	6,8	14%	5462	10%	803,2	Aportes del salario	Propia y tercerizada	Privados/ Estatal
Estado Nacional	15	32%	3621	7%	1175,4	Presupuesto	Propia y tercerizada en ciertos efectores	Estatal/ privado
Estados Provinciales			11039	21%		Presupuesto	Propia y tercerizada en ciertos efectores	Estatal/ privado
Estados Municipales			2971	6%		Presupuesto	Propia y tercerizada en ciertos efectores	Estatal/ privado
PAMI	4,8	10%	6145	11%	1280,2	Aportes del salario y fondos del tesoro nacional	Propia y tercerizada	Privados/ Estatal
EMP	6,1	13%	8200	15%	1344,2	Bolsillo (30%); transferencias de OSN (70%)	Propia	Privados/ Estatal
DE BOLSILLO	44		4000	7%	90	privado	-	Privados/ Estatal

Fuentes: elaboración propia en base a Min Hac., padrones por entidad, Inf. Key Market, SSS, COSSPRA, Torres, PAMI. Últimos datos recogidos en 2018.

Ahora bien, dentro de este esquema general, se producen transferencias de la atención de pacientes entre subsectores que toman diferentes modalidades. Una de ellas se refiere a la alta complejidad, por la cual el Estado financia la atención de sus beneficiarios en el sector privado, aduciendo carecer de medios estatales; es el caso

de trasplantes y hemodinamia, entre otras prácticas (Migueles, *et al.*, 2012). Algunos procesos terapéuticos complejos y prolongados, son atendidos en el HP en sus prácticas de 1° y 2° nivel y en el privado para el 3° nivel, lo cual implica una desviación hacia el privado de las prestaciones más rentables.

Otras transferencias de sentido inverso son: a) las emergencias, que se atienden predominantemente en sector estatal, aún aquellas de la población con obra social; b) en no pocas ocasiones la población de OS es objeto de selección adversa, según la cual aquellos que tienen coberturas de menor jerarquía son desplazados y terminan siendo atendidos en el HP; c) este último además, sirve como válvula o recurso de última instancia frente al desborde de la urgencia en internación en la época invernal y frente a pérdidas transitorias o definitivas de la cobertura formal.

En las tres circunstancias mencionadas el financiamiento es predominantemente estatal, ya que el sistema de recupero de costos de los HP funciona solo marginalmente (Torres, 2004).

Entonces, cuando hay transferencia de atención en sentido público-privado, se acompaña del correspondiente financiamiento; mientras que, si el sentido es inverso, del privado al público, en general termina siendo financiado por el Estado.³⁶

Por otra parte, a la histórica transferencia de recurso financiero desde las OSN, OSP, PAMI y Estado al sector privado, desde los años 2003 y 2005 se agregan de forma progresiva por los programas Nacer y Sumar, grandes transferencias financieras sistemáticas desde el Estado nacional a la red de prestadores privados, por la atención de personas sin OS, en todos los niveles de complejidad.³⁷ De manera que esta subpoblación que históricamente fue usuaria del HP, desde la creación en 2005 del Sumar, y cada vez con mayor intensidad, pasa a atenderse en efectores privados, con financiamiento estatal. También hay que considerar al programa de cardiopatías congénitas (Villa, *et al.*, 2015) e Incluir Salud (EX profe), que desde los años 90 funciona como seguro público para atención de discapacitados pobres y otras subpoblaciones de bajos recursos como las madres con más de 7 hijos. Como muestra de la importancia de estos programas en la transferencia estatal-privada puede citarse que actualmente, Sumar tiene convenios con más de 7800 establecimientos, que constituyen un 30% del total (Ministerio de Salud, 2017). A continuación, se muestran los montos transferidos por los programas Sumar y de cardiopatías congénitas. Si bien estos fondos no solo se destinan a efectores privados, la información oficiosa de gestores de los programas da cuenta que la proporción es alta, alrededor de un 70%.

36 Esto se debe a que solo unos pocos Hospitales de complejidad como el Hospital Garrahan, tienen buen funcionamiento de recupero a las OS.

37 Si bien las transferencias de estos programas tienen un destino que incluye a efectores públicos y privados, la tendencia al deterioro de las condiciones del sector público hace que cada vez más, la atención se produzca en el sector privado.

Tabla 4. Transferencias nación-provincias por programas Sumar y de Cardiopatías congénitas

Programa Sumar 2005-2017	\$ 6.278.965.191
Programa Cardiopatías congénitas 2010-2017	\$ 149.121.396

Fuente: Min Salud. Informe gestión Programa Sumar (diciembre 2017)

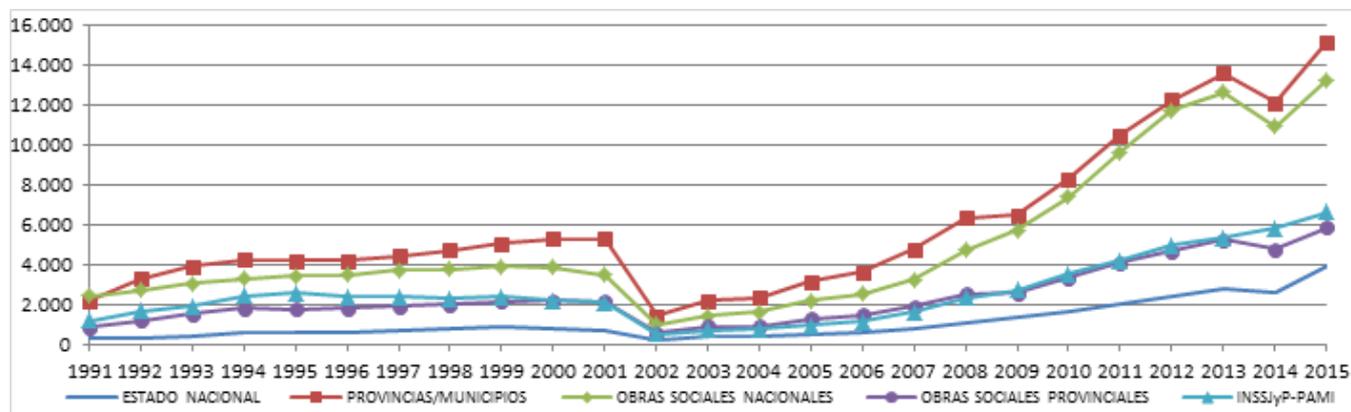
Conforme al panorama descrito, puede afirmarse que los grandes financiadores del sistema son las OS tanto nacionales como provinciales y los Estados nacional y provinciales, mientras que la atención médica se distribuye entre el sector público y el privado. Ahora bien, en virtud de la forma en que se gestionan los pases de atención entre subsectores, el financiamiento tiende a dirigirse predominantemente hacia el sector privado.

1.6. Estructura y evolución del gasto según subsectores.

En el período en análisis, la estructura y evolución de gasto en salud por sectores puede verse en el siguiente cuadro, donde lo más notable son los picos de aumento del gasto en la segunda mitad de los 90' y de los 2000, que coincide con períodos de expansión económica, mientras que los años de bajo gasto se corresponden con los momentos de crisis (1991 y 2001). Según estas curvas, puede afirmarse que el gasto en salud se mueve al ritmo de la economía general. El segundo hallazgo destacable es el distanciamiento de las curvas de gasto de distintos subsectores, lo cual se torna especialmente notorio a partir de 2009, cuando el gasto del Estado nacional, obras sociales provinciales y PAMI van quedando muy por debajo del nivel de gasto de los Estados provinciales y las OSN. A nivel del sector público, esto significa que el proceso de descentralización del financiamiento se consolida con el mayor gasto concentrado en las provincias.

La participación histórica del sector salud en el PBI de la Argentina es de 10% aproximadamente. En el año 2015, de 550.000 millones de U\$S del PBI, 58.000 corresponden al gasto total en salud, que incluye todos los subsistemas. El organismo rector del sistema, el exministerio de salud nacional, tiene un presupuesto de 2500 millones de \$US, representando solo un 0.4% del gasto total en salud, lo que de por sí habla de la escasa importancia que se otorga al organismo. Como puede apreciarse en el gráfico, la curva del gasto estatal nacional pierde importancia a lo largo del período, comparado con cualquiera de los otros subsectores.

Gráfico 1. Evolución del gasto consolidado por sector en millones de dólares. Serie anual de 1991 a 2015.



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Hacienda, Secretaría de Política Económica.

2. La Reforma Sanitaria

Necesariamente se debe concebir a la reforma sanitaria en el marco de una situación mundial de dimensiones sociales, políticas y económicas. La reforma del Estado esconde bajo ese enunciado una reconfiguración completa del sistema capitalista a finales de los 70 con la crisis del Estado de bienestar, como un modo de generar una nueva (y cíclica) acumulación primitiva de capital (Hardt y Negri, 2011; Fumagalli, 2010).

A grandes rasgos la reforma neoliberal en salud ha transitado por dos etapas, a veces sobrepuestas. La primera, lanzada con el informe del BM *Invertir en Salud* (Jamison, *et al.*, 1993) (Banco Mundial, 1993), postulaba que la salud es responsabilidad de los individuos al ser un 'bien privado' y ellos deben resolver sus necesidades en el ámbito doméstico o a través del mercado. De acuerdo con esta concepción, al Estado le corresponde exclusivamente la cobertura de poblaciones sin capacidad de pago a través de paquetes mínimos de servicios, mientras el resto de la población debe financiar su salud en el mercado. Descentralización y autogestión de servicios públicos fueron el complemento de estas políticas (Laurell, 2016). La segunda etapa, unida a la segunda Reforma del Estado (Oszlak, 1999) se basa en modelos de seguros, la definición de valor de paquetes de servicios, la competencia y el uso de fondos estatales para respaldar el mercado. Este es el modelo con pretensiones hegemónicas que hoy se conoce como 'Cobertura Universal de Salud' (CUS). La importancia del derecho a la salud, que había imperado desde la segunda posguerra hasta los años 70, es interpelada en ambas etapas descritas, mediante una fuerte orientación mercantilista y privatizadora que intenta dar entrada al juego de intereses privados para la generación de ganancias y acumulación de capital (Laurell, 2016).

En ese escenario, solo cuatro años después de la caída del socialismo real, el citado informe del BM da comienzo a la reforma. El proceso de sobreendeudamiento del país derivó en la pérdida de soberanía que favoreció el redireccionamiento de flujos de capital desde el sector público al privado, dejando para el primero las prácticas de nivel 1 y 2 que son las menos onerosas, y reservando las más caras para el subsector privado. Comienzan allí a incorporarse acríticamente en las tecnoburocracias locales, un grupo de nociones como “tecnología”, “digital”, “gerencia”, “ahorro”, “eficiencia”, “costo-efectividad”, y “eficacia”, que tienen efecto mistificador en tanto representantes de “lo moderno” en salud. Grandes volúmenes de teoría funcionalista del BM y del BID (el llamado marco lógico, por ejemplo), se volcaron en esos años a la implementación de programas sanitarios y a la educación de los profesionales del sector, tanto en universidades públicas como privadas.

Para ciertos autores en ese momento se incorporaron *“de la manera más sistemática, entre los países latinoamericanos, los criterios centrales del modelo hegemónico de las reformas sanitarias impulsado desde el BM”* (Hernández, 2003). Este modelo teórico, caracterizado como pluralismo estructurado o competencia regulada, utiliza los conceptos de pluralismo y regulación para encontrar un equilibrio entre el libre mercado y la centralización estatal, pero en la práctica abona al primero, al permitir grados de libertad muy amplios a los actores privados con poder concentrado (Frenk y Londoño, 1997). De hecho, la experiencia del sistema de salud de Colombia desde que Londoño y Frenk dieron forma a su modelo teórico usando como referencia ese país, ha demostrado una mayor mercantilización de la salud, y lo mismo ha ocurrido en otros países como México y Chile (Almeida, 2002).

2.1 Actores de la reforma

En términos generales, caracterizar los actores sociales intervinientes en el proceso de reforma implica un esfuerzo para ubicarlos en categorías móviles según la época. Un primer esbozo puede ser trazado dividiendo el campo entre aquellos que son sus entusiastas mentores, y los que se oponen a ella. Entre los primeros encontramos a los gobiernos de turno con variantes de intensidad y contradicciones internas según cual se considere, pero más allá de los matices todos los gobiernos involucrados han propiciado la reforma sanitaria con entusiasmo. También los conglomerados empresariales del sector (nacionales y extranjeros), en general han manifestado su apoyo debido a que forma parte de lo que entienden como “clima de negocios”. Sin embargo, sus acciones de lobby corporativo en ocasiones distorsionaban parcialmente esas alianzas. Ciertos sectores académicos han sido parte entusiasta debido a su afiliación a concepciones econométricas de la administración de salud; en este grupo encontramos tanto actores de la universidad pública como privada. Y finalmente algunos sindicatos estatales y privados dirigidos por conducciones afines a políticas de mercado (CGT) y tributarios de negocios con las corporaciones, así como las federaciones y colegios médicos tradicionales

(COMRA); que, si bien tuvieron algunas expresiones críticas, en general acompañaron en los hechos la reforma.³⁸

Los grupos que resistieron la Reforma desde una perspectiva de reivindicación de un modelo de Estado social fueron los sindicatos de trabajadores, como la Asociación Trabajadores del Estado (ATE), las centrales obreras que surgieron en los años 90 por fuera de la CGT (CTA³⁹-MTA⁴⁰) y los nuevos sindicatos de profesionales de la salud originados también en esa época (CICOP⁴¹), que adoptaron posiciones contrarias a las federaciones médicas históricas. También se opusieron grupos académicos con tradición de conocimiento basada en el sanitarismo de Carrillo y la planificación estratégica estatal.⁴²

En cuanto a las fuerzas políticas fueron los partidos de izquierda quienes tuvieron una posición contraria constante y unificada a su interior, mientras que los partidos tradicionales adoptaron actitudes variables, lo que en términos concretos se tradujo en una actitud política funcional a las reformas.

En los años 90, la existencia de un gobierno de raigambre peronista que se alió fuertemente a grupos de la oligarquía nacional preservando la mística discursiva de la tradición partidaria como instrumento estratégico, promovió con entusiasmo el desarrollo de la reforma, siendo protagonistas incluso algunos dirigentes que provenían de la izquierda peronista. Hubo un sentido común de pragmatismo por el cual la tradición de Carrillo fue abandonada por quienes acompañaron al gobierno de Menem en las políticas de salud.

La presencia del grupo Exxel, que oportunamente se asoció a importantes EMP es un ejemplo cabal de la intervención del Capital Financiero (CF) internacional en el mercado local de la salud. Otro actor destacado fue la industria farmacéutica que supo establecer y reproducir convenios de características leoninas para el vendedor, y condiciones de comercialización de gran ventaja (Bisang *et al.*, 2017).⁴³

En los años 90 la tecnocracia que apoyó las reformas en salud se constituyó con sanitaristas clásicos y otros vinculados a una formación en Medicina Basada en Evidencia (MBE), epidemiología clínica (EC) y medicina familiar (MF), disciplinas fuertemente impulsadas por las vertientes de pensamiento de los países del norte, y con profundo sesgo de mercado. Todos ellos protagonizaron la divulgación de un sentido

38 La Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), reúne a los sindicatos médicos tradicionales.

39 Central de Trabajadores Argentinos

40 Movimiento de Trabajadores Argentinos

41 La Asociación Sindical de profesionales de la salud de la provincia de Buenos Aires

42 Sobre planificación estratégica estatal, ver: Testa, Mario. Pensamiento estratégico y lógica de programación: el caso de salud. OPS, Argentina. 1989. Y también: Matus, Carlos. Política, planificación y gobierno. Fd Altadir. ILPES. 1987

43 Sobre el poder de lobby de la industria farmacéutica, ver: Angell. M. La verdad acerca de la industria farmacéutica. Bogotá. 2006. Ed. Norma.

común eficientista para el uso del recurso asumiendo como propia la nueva verdad de la conveniencia del subsidio a la demanda y la necesidad de reformar, al menos parcialmente, el funcionamiento del sector público en su tradicional modo de subsidio a la oferta. El desembarco y desarrollo local de la MBE tuvo más que ver con un modelo que justifica la negación de prácticas según costo-eficiencia, que con un instrumento para mejorar la calidad de la atención médica. La EC y la MF trataron de reemplazar los determinantes sociales de enfermedad por los estilos de vida, como argumento explicativo de la situación de salud. De esta forma se responsabiliza al individuo aislado como si sus decisiones no fueran influidas por relaciones de poder en la sociedad.

Uno de los bloques de poder se conformó entre los técnicos propiciadores del costo-efectividad y los administradores de gerencadoras y sus dueños, a quienes algunas OSN ya habían entregado su gestión. Esta alianza provenía de la conveniencia de condiciones de trabajo que se ofrecían, así como el importante crecimiento de la oferta de trabajo en una nueva red de empresas gerencadoras que se amplió con rapidez. Paralelamente, en muchas entidades de la seguridad social nacional la conducción intentaba desligarse de las responsabilidades de gestión, tercerizándola.

Otro frente de proporciones se conformó con la unión de una tecnoburocracia estatal abocada a la administración de programas focalizados con financiamiento del BIRF (BM) y del BID y las administraciones provinciales beneficiadas por la aplicación de esos programas en sus territorios. La gran oferta de financiamiento por programas sanitarios estimuló la incorporación de técnicos sanitaristas a los mismos.

Si bien la oposición técnico-académica a estos actores fue escasa y débil, no pasó lo mismo con los reclamos de los usuarios descontentos por las restricciones en el acceso a la atención, que hacían oír su voz a través de organizaciones gremiales, centros de jubilados o asociaciones de afiliados autoconvocados. A estos cuestionamientos se sumaron los trabajadores y trabajadoras de los centros de salud y hospitales locales, a quienes se imponían importantes cambios de sus circuitos laborales previos, según las lógicas de los nuevos programas. Gran parte del registro de las acciones pasaron a engrosar la tarea ya dilatada de médicos, enfermeras y técnicos. Como además esto no se acompañaba de incentivos de ningún tipo a no ser por algunas mejoras edilicias, en general primó el descontento.

Mientras tanto las corporaciones médicas y el CMI contaban con una alianza de hecho para seguir alimentando una medicina curativa de alto costo con el “estímulo” de la calidad figurada en los dispositivos importados y la última generación de equipos, medicamentos y prácticas, más allá de su utilidad clínica. Es importante plantear esto porque algunos de los problemas previos a la reforma tenían que ver con ese uso escasamente fundado en lo técnico y fueron utilizados por las tecnoburocracias aliadas como evidencia de la necesidad de un cambio con énfasis en la contención del gasto. En

esa línea interpretativa, podría afirmarse que se cambió un bloque de poder por otro. Las gerencadoras y sus aliados reemplazaron a las corporaciones médicas, aunque con vasos comunicantes entre ellos. Pero el CMI permaneció y creció como actor del juego, incorporándose el CF como nuevo grupo de interés.

La desregulación de OS trajo beneficios a todas las EMP, incluidas las pertenecientes a las asociaciones médicas, nucleadas en la RAS,⁴⁴ con lo cual estas asociaciones no sólo no se opusieron a la reforma, sino que en ocasiones la apoyaron fuertemente. Sin embargo, hubo adaptaciones conflictivas a las nuevas situaciones, como la del trabajo médico remunerado por productividad, sumado a las “innovadoras” formas de contratación de profesionales por parte de los estados (nacional y provincial).⁴⁵ La falta de respuesta adecuada de las asociaciones profesionales a estas problemáticas dio origen e impulso a nuevas entidades gremiales como la CICOP, que se consolidaron a partir de los años 90.

En síntesis, el proceso de Reforma comenzó en el marco de la reofensiva neoliberal post dictaduras en la Región, con los sectores populares en salud afectados por las secuelas de ese tramo histórico, ejerciendo una resistencia más testimonial que en perspectiva de disputa de poder. La carencia de un sujeto político unificado por la defensa del Derecho a la Salud en la Argentina forma parte de una vacancia político-institucional que perdura hasta nuestros días. Los períodos de “ventanas” de ejercicio de procesos vinculados con el Derecho a la Salud fueron excepcionales, sin lograrse una tendencia histórica hacia la alteración de relaciones de poder en los actores de la disputa. El Movimiento por el Derecho a la Salud emerge en 2017 como respuesta al proceso de vaciamiento y mercantilización/privatización del Sistema Público por parte del gobierno de Macri, aglutinando a las mayores y más diversas expresiones del campo político sanitario, y proponiéndose intervenir transversalmente en la agenda política.

Impulsado por múltiples organizaciones y representaciones del ámbito de la Salud y DDHH del país, nos proponemos alertar públicamente sobre la iniciativa del Gobierno de instalar la llamada “Cobertura Universal de Salud”, lo cual no es otra cosa que una aceleración del propósito de reformar nuestro Sistema de Salud, promoviendo el avance de su mercantilización, el recorte de prácticas, el aumento de no-usuarios del sector público, del gasto de bolsillo de los usuarios, y una profundización de las distintas formas de precarización laboral y salarial para lxs trabajadorxs del sector.⁴⁶

44 La Red Argentina de Salud es el Consorcio de EMP que pertenecen a asociaciones gremiales médicas tradicionales. Se fundó en 1991, un año clave de la reforma.

45 En los 90 se divulgó en el mercado médico de trabajo la contratación por locación de servicios, por la cual el profesional factura al Estado. En estos contratos el profesional carece de todos los derechos de una relación laboral formal clásica (OS, aporte previsional, vacaciones). Además existen otras formas de contratación precaria como becas, contratos a través de universidades.

46 Proclama del Movimiento por el Derecho a la Salud en el día internacional de la salud. Buenos Aires. febrero 2017. Disponible en: <http://idepsalud.org/ate-en-defensa-de-la-salud>.

2.2 Gobiernos de Menem: las bases para una reforma estructural

Como esquema general ubicaremos a las principales medidas de la reforma sanitaria en dos grandes períodos, la década de los años 90 hasta el año 2001 y desde 2002 hasta la actualidad. Esta clasificación se asume no solamente por el gran parteaguas socioeconómico que significó la crisis de 2001 en la Argentina, sino también por el hecho de que la década del 90 fue el período en el que se consolidaron los ejes principales de la reforma sanitaria tanto en sus aspectos jurídicos como culturales, siendo el período posterior un tiempo de fortalecimiento del modelo de aseguramiento integral, en detrimento de un sistema universal.

Tabla 5. Periodos y ejes de la reforma del sector salud entre 1990 y 2018

Ejes de la reforma en los 90	Ejes de la reforma en los 2002-2018
Consolidación de la descentralización estatal.	Seguros públicos (Nacer, Sumar)
Programas estatales con lógica de focalización	Política de medicamentos-APS-programa médicos comunitarios
Desregulación de OSN.	Regulación de EMP
HAG y HPGD	CUS-Sumar
Gerenciamiento tercerizado en OSN, OSP, PAMI.	Proyecto de Agencia Nacional de evaluación de tecnologías (AGNET)

Fuente: elaboración propia

Como se dijo, la reforma tuvo que ver con una matriz construida por los OMC (BM, BID, FMI) para todos los países de la región, basada en instrumentos tendientes a debilitar la intervención del Estado, e instalar progresivamente un sistema de aseguramiento mercantilista que permita la apropiación de capital en beneficio de las empresas y los grupos económicos concentrados. La lógica imperante a partir de ese momento, vino acompañada de una consolidación del modelo ideológico neoliberal iniciado en la última dictadura, donde el protagonismo decisional y la captura de capital circulante tiende a pasar del Estado al mercado a través de la Reforma global del Estado (leyes de Reforma del Estado y de Emergencia económica (1989), y Decreto de desregulación económica (1991). Se propone la presencia de un Estado mínimo y de escaso poder regulatorio, que permita el libre juego de las corporaciones más concentradas del sector (obras sociales, asociaciones profesionales, asociación de clínicas y sanatorios).

Una reforma integral y silenciosa del Sector Salud en el gobierno de Menem, se caracterizó por instalar lógicas de mercado en las políticas sociales, sin debate abierto sobre la conveniencia de las nuevas reglas, llegando a acuerdos entre los actores del bloque dominante (“consenso de las hegemonías”) que excluyó a amplios sectores de

la salud que opinaban diferente, pero carecían del poder suficiente para hacer valer sus conceptos. En los casos que se pudo plantear discusión, la misma fue generada por la tozuda insistencia de los “actores de la resistencia” (sindicatos adversos a la reforma, partidos de izquierda, movimientos piqueteros). Estas organizaciones obtenían de manera informal los proyectos y los planteaban en discusión pública en medios de comunicación o por encuentros forzados en el Estado. En general fueron escasamente escuchados y a veces cooptados a través de pequeños cambios del plan original conservando sus líneas generales.

Se consolida el proceso de reconversión del Sistema de Obras Sociales (desregulación, Gerenciamiento, Plan Médico Obligatorio), del Sistema Público (autogestión hospitalaria, seguros públicos, arancelamiento) y del subsistema Privado (desregulación, incorporación de grupos económicos externos al sector). Recorte administrativo financiero, profundización de la descentralización, privatización de servicios de salud, y puesta en marcha de programas focalizados, (por ejemplo, el Programa Materno Infantil y Nutrición -PROMIN) completan el cuadro de la reforma “menemista” (Godoy y Diloretto, 2011).

2.2.1 Descentralización

El proceso descentralizador al que referimos fue parte de los condicionamientos de los OMC en el marco de la Reforma integral del Estado. Consistió en la transferencia de la gestión y el financiamiento de las instituciones de salud y educación desde la órbita nacional a las provincias, de forma tal que el financiamiento siempre resultaba insuficiente respecto de las responsabilidades operativas que se derivaban (Catterberg, *et al.*, 2011). La expresión: “Se transfieren funciones, pero no recurso financiero” traduce la lógica imperante de reducir el gasto del Estado central, objetivo impuesto por los organismos de crédito internacional en el marco de las negociaciones sobre la deuda externa.

En este contexto, y con una actitud de desidia por parte del Estado Central en lo que hace a procesos de liderazgo y de resolución de asimetrías, se compone un cuadro donde prima la intención de transferir situaciones conflictivas desde el nivel central hacia los gobiernos locales. Así concebido, y así compuesto, el proceso desconcentrador de los Servicios de Salud en la Argentina determina una serie de consecuencias altamente disruptivas y atomizantes con una multiplicidad de “neosistemas” hacia el interior del Sector (incluso hacia el interior de los subsectores), desmantelado en lo que hace a su integralidad y con una fuerte descomposición táctica y estratégica de los procesos (Lago, *et al.*, 2012).

Como crítica a la descentralización, se alertó sobre las fuertes asimetrías entre provincias en términos de estructura burocrática, recursos humanos, equipo, capacidad edilicia instalada y prestaciones que se brindan en lo referido a la experiencia e idoneidad (Lago, *et al.*, 2012). A ello debe agregarse la falta de un dispositivo de regionalización para el acceso a las prácticas, que atenúe dichas asimetrías y garantice a los ciudadanos de

todas las provincias el acceso a prestaciones de calidad equivalente. El financiamiento per cápita desigual por provincia, incrementó la inequidad de inicio (Lago, *et al.*, 2012).

La descentralización opera, además, una dispersión de los conflictos entre los gremios y el Estado, que tiende a disminuir el poder de los primeros en sus reclamos de salario y mejores condiciones de trabajo en detrimento del nivel de funcionamiento de los efectores públicos de salud. En el aspecto laboral de trabajadoras y trabajadores del Sector, deben destacarse las disarmonías en cuanto a normativas, carreras, convenios de trabajo y por lo tanto sueldos, violando el principio de “a igual tarea, igual remuneración”.

Como muestra de las diferencias provinciales, a continuación, se observan las subpoblaciones sin obra social en cada una en los años 2001 y 2010, y sus variaciones:

Tabla 6. Porcentaje de población sin cobertura de obra social, plan médico o mutual, años 2001 y 2010, por provincias, ordenadas en forma descendente por variación entre ambos años

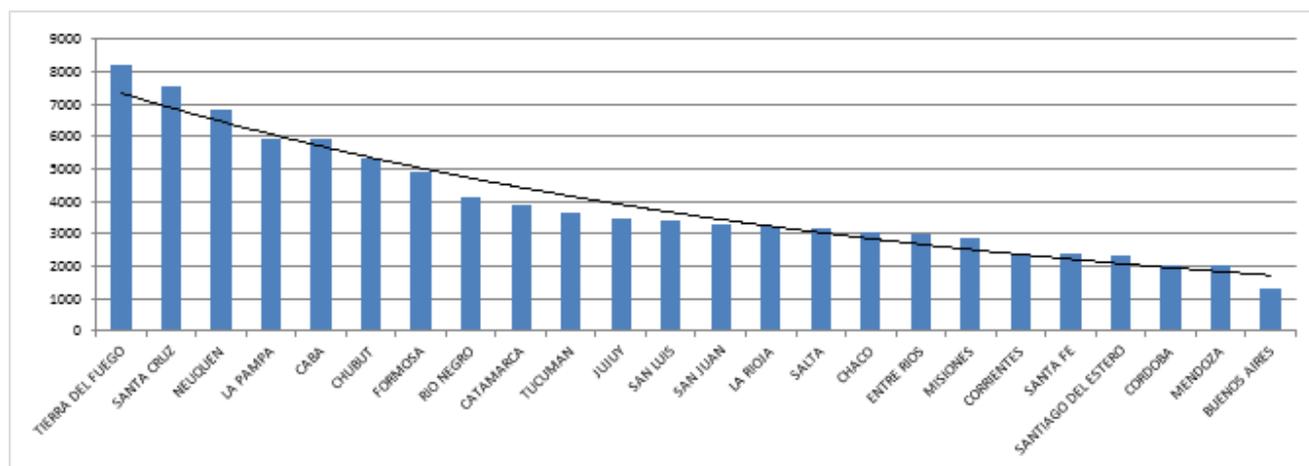
Provincia	2001	2010	Variación
Corrientes	62,1	31,9	-30,2
Misiones	57,8	28,9	-29,0
Salta	60,4	31,5	-29,0
Formosa	65,8	37,7	-28,2
Chaco	65,5	38,3	-27,2
Río Negro	49,9	22,8	-27,2
Santiago del Estero	63,7	37,0	-26,6
Mendoza	50,6	24,4	-26,2
Neuquén	48,7	22,9	-25,8
Buenos Aires	48,8	23,3	-25,5
San Luis	51,6	26,2	-25,4
Entre Ríos	48,7	23,6	-25,1
Jujuy	54,2	29,8	-24,3
Total del país	48,1	23,7	-24,3
Tucumán	48,2	24,1	-24,2
Córdoba	45,8	21,6	-24,1
La Pampa	45,5	21,4	-24,1
San Juan	53,0	28,9	-24,0
Chubut	39,5	18,0	-21,5
Santa Fe	42,0	20,8	-21,1
Catamarca	45,0	25,8	-19,2
Santa Cruz	29,2	11,2	-18,0
Tierra del Fuego	30,1	14,2	-15,9
La Rioja	40,8	25,2	-15,6
CABA	26,2	11,4	-14,8

Fuente: elaboración propia en base a datos de INDEC, censos 2001 y 2010.



También existe una fuerte disparidad entre las provincias en materia de gasto público en salud per cápita. La brecha entre ellas se pone en evidencia, alcanzando una relación de 8 a 1 entre valores extremos (Tierra del Fuego y Buenos Aires).

Gráfica 2. Gasto en salud per cápita por provincias año 2015, en pesos argentinos



Fuente: elaboración propia con datos del Ministerio de Hacienda, Dirección Nacional de asuntos provinciales, e INDEC, poblaciones proyectadas 2015

2.2.2 Hospitales de Autogestión

En los años 90 se intentó cambiar la forma de gestión de los Hospitales públicos mediante los modelos de Hospital de Público de Autogestión (HPA) y Hospital Público de Gestión Descentralizada (HPGD), que se vincularon desde su origen con la desregulación de OS, funcionando como procesos articulados. El mismo Decreto N° 9 de 1993, que establece la desregulación de las obras sociales, dispone que estas entidades estarán obligadas a pagar los servicios que sus beneficiarios demanden en los hospitales del subsistema público; esta disposición se completa con el decreto 578/93, regulatorio del HPA. La norma autoriza a los hospitales que se inscriban en el respectivo registro, a complementar sus ingresos cobrando los servicios a las personas con capacidad de pago y con fondos originados en las contrataciones con empresas de seguro privado de salud, mutuales y obras sociales. Los ingresos extrapresupuestarios así percibidos serán administrados directamente por el hospital. Al mismo tiempo se establece la descentralización de la administración de estos hospitales y la integración de redes de servicios. Con el fin de mejorar la administración interna se autoriza la utilización de los recursos provenientes de la venta de servicios, para crear una estructura de incentivos basada en el reconocimiento de la productividad y eficiencia del personal. Se hace referencia a una futura introducción de mecanismos de subsidio a la demanda que deja

abierta la posibilidad de creación de seguros de salud de carácter público (Belmartino, 2005; Godoy y Diloretto, 2011). Este modelo propone el funcionamiento de los hospitales como instituciones con autonomía en lo financiero y en la gestión, lo cual trajo fuertes resistencias de quienes entendían que se trataba de un modelo empresario para una institución pública. Además, en el contexto de ajuste económico, la medida tendía al autofinanciamiento, y si bien no se anulaban los presupuestos históricos, la reducción de hecho de los mismos por el ajuste reforzaba esa interpretación. Las críticas al modelo incluían la fuerte posibilidad de rechazo de pacientes por mecanismos solapados vinculados a la forma que se iba a definir su incapacidad de pago (Spinelli, 1991). Entre otros problemas se relataron casos de auto exclusiones por pudor frente a la necesidad de demostrar pobreza, cuestiones que ya habían sido experimentadas en épocas de dictaduras, pero sin normatización legal.

La implementación del HPA fue parcial, errática y muy variable según la institución (Crojethovic, 2008). La función de cobro a personas no trajo ninguna ventaja, y, de hecho, ese fracaso motivó que en el año 2000 a través del decreto 939/2000 se crease una nueva figura, el Hospital Público de Gestión Descentralizada (HPGD). Este nuevo modelo anula el cobro al paciente, y dice expresamente que el HP debe garantizar la gratuidad del acceso a la atención y para ello eliminar el arancelamiento vigente hasta ese momento. Paralelamente, mantiene las posibilidades de celebrar convenios con cualquier entidad de salud, permite el cobro por recupero de gastos a las OSN y EMP, e incorpora un sistema de garantía de calidad. Este modelo mejorado tampoco tuvo las consecuencias esperadas con excepción de unos pocos casos de hospitales nacionales de alta complejidad, y con limitaciones. Cabe citar como una de las estructuras administrativas residuales de este modelo al SAMO, un sistema de sobresueldo para profesionales de la provincia de Buenos Aires por buen comportamiento como presentismo, que conserva aún hoy la idea de los incentivos al personal del HPA de los años 90.

2.2.3 Focalización de Programas

La lógica de focalización en los programas de salud fue implantada por la alianza con el BM. Esto se expresa en la proliferación de programas destinados a población o sector de la administración, cuya multiplicidad y variedad en los años 90 demuestra la capacidad de influencia en todos los subsectores del sistema que tuvo el BM y que aún hoy persiste. Como puede observarse en el cuadro siguiente, este tipo de programas tuvo una importancia clave en el trabajo del Ministerio de Salud nacional sustentados en créditos con financiamiento externo, pero acompañados de fuertes condicionalidades para su funcionamiento.

Tabla 7. Algunos programas del Banco Mundial aplicados en la década de los 90

Préstamo 3931-AR (PRESSAL): desarrollo de infraestructura edilicia hospitalaria y gestión de los Hospitales Públicos
Préstamo 3643-AR (PROMIN I) y Préstamo 4164-AR (PROMIN II): atención materno infantil.
Préstamo 4168-AR (LUSIDA): lucha contra el VIH-SIDA.
Préstamo 4516-AR (VIGIA): vigilancia epidemiológica.
Préstamo 4002/4003-AR (PROS): reforma de las Obras Sociales Nacionales y el INSSJyP (PAMI).
Préstamo 4004-AR, apoyo técnico a la Superintendencia de Servicios de Salud.
Préstamo 4405-AR (SSAL - Special Structural Adjustment Loan), un programa de emergencia que impone condicionalidades
Préstamo 7075-AR (SAL I - Structural Adjustment Loan I), un programa estructural, con condicionalidades para el sector salud.
Préstamo 7199-AR (SECAL - Sector Adjustment Loan), programa sectorial, con condicionalidades.

Fuente: elaboración propia con datos de Ministerio de Salud.

2.2.4. Desregulación de obras sociales

El conjunto de Obras Sociales Nacionales gestiona la cobertura de cerca de un tercio de la ciudadanía y 25% del recurso financiero de la totalidad del sistema de salud argentino. Este subsector fue objeto de un abordaje específico por parte de la Reforma, atacando aspectos nodales de la estructura del subsector (la conformación de OS por rama de actividad y el financiamiento/uso solidario), para hacerlo funcional al Sistema de aseguramiento proyectado.

El comienzo jurídico de la reforma puede situarse en el año 1991, con la reglamentación de las leyes 23660 y 23661, sancionadas dos años antes. A partir de allí comenzó a discutirse la desregulación de OS, debate en el que tiene importancia fundante un informe de FIEL, organismo regional de extracción neoliberal (Cerdá, 2010). Nótese que esto es previo a la edición del informe del BM del año 1993, lo cual demuestra que en la región se estaba trabajando sobre una reforma integral del Estado ya desde los años 80.

En las bases conceptuales del modelo se encuentra el viraje de la figura de beneficiario-solidario a cliente-autónomo para ejercer la transferencia de sus aportes hacia otra OS o una EMP. Paralelamente, la desestructuración del mercado de trabajo formal, condiciona fuertemente el giro individualista, porque impone una disminución de la masa de aportantes vinculada al crecimiento de la desocupación, sumado al desbalance de la relación trabajo/empresariado en la distribución de la renta y los aumentos de costos de las prestaciones asistenciales. En 1996, se crea la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS por decreto 1615/96), un ente regulatorio con misiones y funciones que contradicen

en parte el marco de las políticas desregulatorias, pero que es utilizado para beneficiar con cargos a la dirigencia gremial tributaria del modelo. Poco después, la creación de la Administración de Prestaciones Especiales (APE) en 1998, se implementa como una herramienta de financiamiento de la alta complejidad por la cual el FSR, pierde entidad como mecanismo solidario para subsidiar las OS de menores ingresos, quedando como un reaseguro de financiamiento para el CMI (Leone, 2011).

Por su parte, el Banco Mundial apoyó el programa de reforma de las obras sociales, ofreciendo créditos vinculados con la supuesta mejora de la gestión de esas instituciones. El Programa de Reconversión de Obras Sociales (PROS), proveyó financiamiento a entidades dispuestas a actualizar su gestión según el nuevo paradigma imperante. Comienza en 1996, con una financiación de 360 millones de pesos, y en sus diferentes etapas suma a un centenar de instituciones.

En enero de 1993 con la sanción del decreto 9/93 se establece que los beneficiarios de OSN comprendidos en los artículos 8 y 9 de la Ley N° 23.660, tendrán libre elección de su obra social, excluyendo las entidades del personal de dirección, las asociaciones profesionales de empresarios y las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados adheridos. Según la nueva normativa los trabajadores tenían la libertad de cambiar su afiliación de una entidad a otra y sus aportes serían reasignados. Este nuevo modelo implica una destrucción de la solidaridad al interior de cada entidad que existía en el subsistema nacional, por el cual los miembros de ingresos elevados aportaban un mayor volumen que financiaba un nivel medio de prestaciones más alto para todos los afiliados. Dicho de otra forma, la reforma no optó por establecer un sistema más solidario, que habría derivado de reasignar recursos entre las OSN en el sentido de compensar sus asimetrías, sino que se promovió la individualización de la cobertura, donde cada afiliado podía reasignar su aporte eligiendo otra entidad. El resultado fue el incremento del financiamiento de las OSN y EMP de mayor prestigio y solidez, y la debacle económica para las más débiles, que veían cómo gran parte de sus afiliados de mayor capacidad contributiva transferían su aporte a las primeras (Belmartino, 2005). De hecho, uno de los objetivos de esta reforma, junto con la del sistema previsional, fue la creación de un mercado de capitales local, por lo que se ofrecían planes de aseguramiento diferenciado (Messina, 2012). Esto deviene en mayor estratificación del mercado, por un mecanismo de selección preferencial de poblaciones bajo cobertura (descreme), similar a la que realiza el mercado en los seguros privados de salud (poblaciones jóvenes, sin patologías previas y con salarios superiores).

En conclusión, la reforma del periodo menemista generó un efecto de transferencia de las personas con salarios más altos hacia las obras sociales que ofrecían mayores prestaciones o mejor propaganda de estas. La contracara de este proceso es que a las obras sociales con menores recursos les quedaron los afiliados de bajos salarios y mayor

riesgo. Dentro de cada obra social se incrementó la heterogeneidad de las prestaciones dependiendo de la contratación de seguros suplementarios y el sistema de copagos frente a una prestación se generalizó, incrementando el gasto de bolsillo de los afiliados.

En el caso de las Obras Sociales Provinciales, el proceso de reforma presentó una diferencia importante con lo ocurrido en el ámbito nacional, debido a que dichas entidades se rigen por legislación propia de cada jurisdicción. Esta condición determinó la imposibilidad de transferencias de afiliados entre entidades, lo cual evitó el impacto negativo de mayor estratificación según nivel de aportes. No hubo en el nivel provincial, a pesar de intenciones ciertas como el caso de la Provincia de Buenos Aires a inicios del año 2000, un proceso de desregulación equivalente al sistema nacional y el mecanismo de transferencias de afiliados no se habilitó. Sin embargo, el gerenciamiento tercerizado sí fue una medida que la mayoría de las OSP aplicaron de una u otra manera, y en ese sentido el caso de IPAM (luego APROSS) la OSP de Córdoba es paradigmático, si bien se aplicó en muchas provincias. En su implementación se produjo una puja de poder entre asociaciones profesionales y colegios médicos de Córdoba que antes establecían convenios de manera directa con la OS, y las gerencadoras licitantes constituidas como “unidades de gestión prestacional” (UGP) con un modelo societario similar a las UTE (Unión Transitoria de Empresas). En ellas tenían peso los grupos prestadores más concentrados como las grandes clínicas y sanatorios, así como algunas prepagas importantes, locales y nacionales. Los argumentos a favor del gerenciamiento tercerizado era que debían bajarse los costos, pero también mejorar la prestación en términos de hacerla más eficiente y eficaz (Adaro, 2004). Sin embargo, los resultados fueron opuestos.

2.2.5 Programa médico obligatorio

El establecimiento del PMO se encuentra en el marco de la desregulación de obras sociales, ya que el Decreto 9/1993 que la establecía, ya mencionaba su conveniencia. Este instrumento que solo aplica a las OSN (decreto 492/95 y resolución MSyA 247/96) en sucesivas versiones, fija la obligatoriedad de un piso de prestaciones médicas que persiste hasta la actualidad. Nacido al calor de las bases técnicas de la MBE y del dogma del costo-efectividad, el PMO determina las prestaciones que deben brindarse obligatoriamente, quedando el otorgamiento a criterio de la OS sobre todas aquellas no incluidas (Roa y Maceira, 2011).

O sea que por una parte se fijan condiciones de “competencia” para los actores (HPA, HPGD y OSN) y por otra se determinan pisos prestacionales que en realidad terminarán siendo tomados como techos limitantes para que esa competencia rinda en términos de rentabilidad y contención del gasto (en el vendedor y en el comprador respectivamente).

El PMO es el instrumento que operacionaliza el escalonamiento prestacional en función de la capacidad “cotizante” de cada individuo y tiende a consolidar una cultura de

aseguramiento en las Obras Sociales, que se expande al resto del Sistema. En este sentido, tiende a restringir el Derecho al acceso al conjunto de las prestaciones demandadas o necesarias, para limitarlas a las “incluidas” o “aseguradas”; por exclusión desplaza a la posibilidad de pago o a la judicialización a aquellas prestaciones que no lo están; e instala esa focalización para irradiarla al ámbito público en forma de “Canasta básica de Servicios” como en el caso de la CUS.

2.2.6. El modelo gerenciado: un fenómeno transversal a todos los subsectores del sistema

El gerenciamiento⁴⁷ como propuesta alternativa a la administración estatal tradicional, puesto en práctica en el HPGD, forzó en muchos casos al sector público a entregar sus instrumentos de planificación a empresas privadas o mixtas, que incrementaron ganancias restringiendo el acceso mediante el rechazo de todas las prácticas que podían eludir. El gerenciamiento de los servicios en el Estado ha sido visto por ciertos sectores como un avance hacia la completa privatización de los hospitales; en los años 90, con el marco de las privatizaciones de empresas estatales de servicios, esa interpretación no era para nada descabellada. De hecho, el modelo de HPGD se visualizó como una prueba en ese sentido, que mostraría hasta qué punto el hospital puede autofinanciarse como si se tratara de una empresa. En ese sentido, el HP debía convertirse para los primeros en una institución similar a una clínica, eficiente y con capacidad de cobro para generar recursos llamados “genuinos”, como si no tuvieran este carácter los fondos estatales. Según esta lectura, los recursos extrapresupuestarios del HPAG fueron habilitados para combinar desfinanciamiento estatal con cobro de servicios a particulares, tratando de reemplazar el primero por pagos de bolsillo.

Casi como una reedición de la fiebre tercerizadora del gerenciamiento de los años 90, en los hospitales públicos de la CABA la facturación y cobro de prácticas a afiliados de OS se ha tercerizado en 2008 por la ley local n° 2808, que favoreció a la empresa Agrupación Integral de Salud (ASI). Por su parte, la CABA financia los gastos derivados de los sistemas informáticos y administrativos que permitan a la ASI cumplir con esa tarea. La ASI es una asociación público-privada que se creó en la primera mitad de los noventa y que se ocupó de gerenciar los programas PROFE-INCLUIR y PAMI, en diferentes períodos de las últimas décadas. Su desempeño fue muy cuestionado por entidades gremiales y organismos estatales de control, y también por los usuarios y grupos de trabajadores de los propios programas. El servicio ha sido deficitario en término de acceso a las prestaciones por parte de los afiliados de las citadas coberturas.

Por su parte, en el marco del gerenciamiento, en las OS el modelo capitado de convenios se aplicó con furor en los años 90 con el argumento que lo principal y urgente

⁴⁷ Gerenciamiento puede entenderse como “gestión de modelo mercantil” que se implantó tanto en el sector público como en el privado, y que puede ser propia de la institución efectora o financiadora, o bien, como fue más frecuente, tercerizada.

era contener el gasto, un planteo vinculado a la ampliación para países sudamericanos, de un modelo vigente en los EE. UU. (Iriart, 2000). El pago de una cápita fija por un paquete limitado de servicios se planteaba como instrumento idóneo, y los dos momentos de crisis económica (1989 y 2001) ayudaron a darle dramaticidad a ese argumento, que se basaba en la repetición del enunciado “los recursos son escasos, las demandas infinitas”. Su enunciación fue tan redundante que es difícil escuchar a alguien del sector que plantee lo contrario, aun con la evidencia indiscutible de que el verdadero problema es la mala distribución del gasto y los recursos en salud. Los resultados de la aplicación de convenios capitados fueron malos para los afiliados debido a la restricción de las prácticas que quedaban fuera del convenio, y a los rechazos destinados a incrementar el margen de ganancia de las gerencadoras.

La presión para el uso de prácticas de alto costo no siempre de demostrada eficacia que se ejerce de manera constante por parte de actores del CMI en alianza con una importante parte de la comunidad médica es un fuerte determinante de la crisis financiera al interior de las entidades financiadoras en salud. De manera que a la mala distribución y a los sobrepagos puede agregarse sobreuso en algunos sectores con subutilización en otros.

El modelo de gerenciamiento a ultranza se hizo común en la segunda mitad de los años 90 coincidiendo con el pleno auge de la desregulación de OS. En no pocas ocasiones las gerencadoras se constituían como anexos de clínicas que tomaban a su cargo contratos capitados asegurándose de esa manera un ingreso fijo mensual cuya tasa de ganancia se regulaba hacia arriba a través de la subprestación, denegando todas las prácticas posibles. Estos rechazos se hicieron en base a la capacidad de demanda del afiliado/usuario, por lo cual aquellos con mayores posibilidades de reclamo ya sea por condiciones culturales o de “contactos” iban resolviendo sus cuestiones de manera individual, mientras quienes los aceptaban quedaban íntegramente privados del derecho a la salud. Habitualmente, los contratos incluían cláusulas en las que la OS debía hacerse cargo de las prestaciones más caras, e incluso de áreas completas del servicio vinculado a escasa renta y alto gasto como es el caso de la discapacidad y la salud mental. Esto constituyó una forma de selección adversa a favor de las gerencadoras y las clínicas que a veces eran/son del mismo dueño o grupo de socios. Algunos de estos convenios cayeron debido a la incapacidad de las gerencadoras de regular el conflicto entre su prestación y el descontento del afiliado, que frecuentemente terminaba en demanda judicial. El modelo de rechazo de prestaciones en gerencadoras repite una realidad conocida en las EMP (Spinelli, 2014).

Se observa gran heterogeneidad de la implementación del gerenciamiento, que fragmentó aún más el sistema. La presencia de más de 300 OSN y 24 OSP, conformaban un panorama difícil que se agravó con el gerenciamiento, porque impuso al sistema una proliferación de nuevos entes intermedios que no mejoraron la eficiencia y que

multiplicaron las barreras al acceso. Habiendo generado esta situación, la misma tecnoburocracia propone como parte de una solución la creación de “redes de salud”. En este punto, el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud de la OMS (OPS,2010) se toma como base conceptual, y la red argentina de salud pretendió ser un experimento, por ahora fallido. Este dispositivo está formado por el conjunto de las EMP de federaciones médicas y representa un ejemplo de las frustraciones de la gestión privada en red, ya que, si bien proclama ese modelo como fenómeno solidario, esto termina formando parte de una propaganda para atraer clientela y consolidando una lógica de competencia con las otras EMP.

Los motivos aducidos para imponer el gerenciamiento fueron la necesidad de contener el gasto, la coyuntura política dentro de cada entidad que lleva a veces a instrumentar el gerenciamiento como medida de transparencia, y la presión cultural del sector sobre sus ventajas. Los problemas han sido la baja del acceso por aumento del rechazo de prácticas, no necesariamente vinculado a pautas de la MBE, disminución de calidad (por hacer convenios con efectores de menor calidad para aumentar la renta), y los reclamos judiciales que debe afrontar siempre la entidad de origen ya que la gerencidora actúa como simple mandataria de la obra social⁴⁸. Dado que no se trabaja con suficiente evaluación de resultados en indicadores clásicos y menos aún con indicadores de satisfacción, sumado a los conflictos (político, gremial, económico), la evaluación de sus resultados solo pueda verse -y con parcialidad- en el gasto, pero no en los resultados de salud.

Los modelos prestacionales de cápita, módulos, cartera fija de clientes y sus combinaciones, todos ellos orientados en teoría a poner un techo de gasto mediante la transferencia de riesgo, fueron intensamente discutidos, practicados y todos mostraron resultados escasamente beneficiosos o directamente perjudiciales en especial para la atención médica de calidad de los afiliados, pero también para las finanzas de las OS. Cada ventaja teórica de esos modelos como la previsión de los montos en la cápita fue desaprovechada por los gestores entre otras causas por no medirse en el rechazo de prestaciones para elevar la tasa de ganancia. Esto se debió en general a la falta de control de los adjudicatarios. Pero predominantemente al sesgo ideológico sobre la escasez de recursos que acompañó a los administradores, que se combinaba con la falta de valor para enfrentar el gasto más alto del sector, el farmacéutico.

2.2.7 Política de medicamentos: los ganadores de siempre

Debemos mencionar el juego de las farmacéuticas, en el que contratos y patentes son probablemente las dos claves sobre las que se asienta el negocio de este mega-

⁴⁸ Para ampliar sobre la judicialización del derecho a la salud en relación con la reforma, ver: Abramovich, V. y col. El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 4(3):261-282, septiembre - diciembre, 2008

actor que compone el CMI (Correa, *et al.*, 2011). El período analizado fue testigo de un incremento del poder de las farmacéuticas determinado por un constante incremento del precio de los medicamentos, el gasto de bolsillo de los ciudadanos y los convenios con entidades financiadoras de la seguridad social con sesgo leonino para la industria.

Se calcula que, del gasto total en salud, más del 10% corresponde a medicamentos, mientras que a mediados de los noventa ese porcentaje era del 6.6%. Este nivel de gasto viene aumentando todos los años, siendo la Argentina el tercer país de la región luego de Venezuela y Bolivia que más lo incrementó desde 2008 (Bisang *et al.*, 2017).

En 1994 alrededor del 80% del valor se concentraba en las 10 empresas más grandes, mientras que, en el año 2003, las 8 más grandes empresas representaban el 90%. La concentración no sólo se encuentra en la producción de medicamentos, sino también en la distribución: el 1% de las droguerías concentran el 70% del negocio, y 4 distribuidoras el 99% de la distribución de medicamentos (Abrutzky, *et al.*, 2015).

Tabla 8. Industria farmacéutica y manufacturera con relación al PBI en millones de pesos a precios de 1993

Año	PIB total precios de mercado	Industria manufacturera	% IM sobre PBI	Industria farmacéutica	% IF sobre PBI
2002	235235,60	36176,07	15%	10269,39	4%
2003	256023,46	41952,37	16%	11467,46	4%
2004	279141,29	46976,61	17%	12337,38	4%
2005	304763,53	50480,32	17%	13274,51	4%
2006	330564,97	54974,93	17%	15025,08	5%
2007	359169,90	59152,88	16%	17240,23	5%
2008	383444,18	61841,93	16%	19444,81	5%
2009	386704,38	61502,94	16%	21739,29	6%
2010	422130,05	67447,33	16%	24282,79	6%
2011	459571,70	74962,48	16%	25666,9	6%
2012	468301,00	74659,51	16%	26744,91	6%

Fuente: elaboración propia en base a datos citados por (Abrutzky *et al.*, 2015).

Dos eventos fueron destacables en el periodo analizado: la Ley de Genéricos y el lanzamiento del Programa REMEDIAR. La sanción de la ley N° 25.649 de Medicamentos Genéricos, del año 2002, y la implementación del Plan Remediar a partir del año 2003, integraron la llamada Política Nacional de Medicamentos (PNM), y fueron expuestas a la sociedad como políticas de salud orientadas a aliviar la grave situación social ocasionada por la crisis económica que se acentuó a fines de la década de 1990. No obstante, ni uno ni otro intentan dar una respuesta concreta a los problemas que mayormente aquejan a

los usuarios, el acceso al medicamento. La Producción Pública de Medicamentos (PPM) y el Uso racional de Medicamentos, procesos que amplían la intervención del Estado y le otorgan racionalidad al rubro siguieron sin tener un abordaje decidido por los gobiernos de turno, más allá de algunas declamaciones y concreciones marginales y sin impacto real en la vida cotidiana de la ciudadanía.

2.3. Segunda etapa de la reforma: seguros públicos

A los 10 años de gobierno de Menem le siguieron sendos mandatos presidenciales de De La Rúa, Duhalde, Néstor Kirchner y Cristina Fernández. Ninguno de todos esos gobiernos y sus 12 ministros de Salud desmontaron la matriz montada en los 90'.

La fuerza política conocida como kirchnerismo y su componente partidario, el FPV, fundado en el año 2003, gestionó el gobierno nacional durante 12 años. El ministro de salud más representativo de la política sanitaria durante este período fue Ginés González García (GGG): designado por Eduardo Duhalde en enero/2002 y ratificado por Néstor Kirchner al asumir la presidencia hasta el final de su mandato. Nadie duda de GGG como uno de los principales impulsores de los Seguros de Salud en la Argentina. Sólo para poner unos ejemplos, a poco de asumir en la gestión firma en San Nicolás el recordado Pacto Federal de Salud con los Ministros Provinciales (22 de marzo del año 2003); su cláusula tercera dice:

SEGURO PÚBLICO DE SALUD – Realización de una búsqueda de la equidad en salud promoviendo el aseguramiento de la cobertura de bienes y servicios, a través de avances en la implementación del Seguro Público de Salud de acuerdo a las perspectivas de cada Jurisdicción, que permita a su vez, optimizar los recursos existentes y explicitar los servicios necesarios para el cuidado de la salud de todos los habitantes del país.

Muchos de los programas de “matriz” securista como el REMEDIAR, el NACER, el SUMAR, Médicos Comunitarios, nacieron en esa gestión como enclaves de focalización y precarización. Centenares de trabajadoras y trabajadores hoy están perdiendo sus puestos de trabajo gracias a la inestabilidad de sus condiciones de contratación. En su libro *Salud para los argentinos* del 2004 (González y Tobar, 2004) habla de:

... entre las principales características de la estrategia de construcción de seguros provinciales de salud deben destacarse la reorientación de los RRHH y presupuestarios hacia la identificación de población cubierta de acuerdo con criterios de riesgo y bajo responsabilidad nominal; la definición de conjunto de prestaciones garantizadas; la fijación de objetivos y metas sujetas a sustentabilidad económica; y la determinación de las responsabilidades jurisdiccionales....

en este texto prefigura lo que luego el gobierno macrista llamaría Cobertura Universal de Salud (CUS) (González y Tobar, 2004).

Así como la desregulación de OS fue la medida clave de los años 90 para consolidar un modelo afín al mercado en el sector de OSN, los seguros públicos pueden considerarse la jugada axial en los años 2000 para transferir recursos estatales al sector privado, desfinanciando los HP. A partir de 2016 esas tendencias fueron aprovechadas para dar impulso a la CUS (Godoy, 2017), avalada por la Organización Panamericana de la Salud.⁴⁹

En esta etapa, persisten serios problemas de financiamiento; la atención en los niveles locales, generalmente municipalizados, sigue sin jerarquizarse de la mano de una estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Por otra parte, varios programas en salud (Nacer, Sumar, Remediar) continúan financiándose mediante organismos internacionales de crédito, a costa de deuda externa y condicionamientos a la política pública. Esto implica una continuidad con las políticas de focalización de los noventa, que introducen lógicas de mercado y contribuyen a la fragmentación en la atención en el sistema público, entre otras consecuencias.

Podemos destacar algunas características del Plan Nacer que rompen con la historia de programas de salud pública hasta el momento vigentes. Una de ellas es conformación de seguros provinciales de salud que cuentan con una unidad de gestión para la administración del programa. Esta modalidad tiene similitudes con el modelo descentralizador y de gerenciamiento de los años 90 y de alguna forma lo prolonga y extiende en sector público. Otra particularidad es que incluye la posibilidad de atención de los pacientes en efectores privados mediante convenios del seguro provincial. Esta es una forma en la que reemplazar la atención en efectores privados tiene un efecto negativo sobre el sector público. La tercera cualidad destacable es que la atención se basa en una canasta básica de servicios, lo cual repercute en la limitación del derecho a la salud como fenómeno integral. Si bien esta canasta se amplió en años posteriores, es cuestionable la lógica general de inicio. Finalmente, este programa incluyó el plan de nominalización de la población a cargo para constituir un padrón, meta que se cumplió de manera parcial. En una segunda etapa el Plan Nacer se extendió a las provincias de las regiones centro, cuyo y Patagonia, y amplió de población objetivo incluyendo edades mayores de la infancia.

La ampliación del plan Nacer a ciudadanos sin otra cobertura de hasta 65 años constituyó a partir del 2005 el Programa Sumar.⁵⁰ La lógica general de organización fue la misma que la del plan nacer, pero se trata de un programa que persiste hasta la actualidad y tiene un desarrollo tal que permitió al gobierno que asume en 2015 implementar sobre su base lo que ha dado en llamar CUS-Sumar. Podemos sintetizar el armazón del programa Sumar de la siguiente forma: se trata de seguros públicos provinciales de

49 Para ampliar sobre los lineamientos de la CUS, ver: Báscolo, Houghton, Riego (2018). Construcción de un marco de monitoreo para la salud universal. *Rev Panam Salud Publica* 42, 2018

50 El Programa SUMAR, está financiado por el préstamo BIRF AR-8062.

salud, con padrón nominalizado de beneficiarios en construcción, con canasta básica de servicios explícita y con financiamiento público mixto (nacional y provincial), cuyo modelo de atención se basa en convenios prestacionales Estado-entes privados o estatales.

Estos seguros públicos han tendido a reemplazar el modelo de atención histórico en los HP y centros de salud por demanda espontánea del usuario y con financiamiento a la oferta por parte del Estado, por un modelo de seguros que priorice el financiamiento a la demanda, los incentivos por resultados, la competencia entre efectores y la priorización del costo beneficio en la selección de prácticas a brindar. Más allá de los ventajas teóricas del modelo, la implementación chocó con las conocidas realidades, de las que podemos citar: a) cuestiones culturales que distorsionan el acceso al obligar al usuario a una adaptación al sistema; b) latencia exagerada en la conformación de padrones, que no se encuentran consolidados habiendo transcurrido más de una década; c) control deficiente de los convenios y la atención brindada en efectores, que redundan en pérdida de la eficiencia en la aplicación de recursos; d) insuficiente desarrollo de los sistemas de información que permitan la evaluación por resultados. Algunos de estos problemas habían sido anticipados en etapas previas a la implementación (Abadie, 2015).

Como evaluación de los seguros provinciales, podemos decir que no han producido el impacto esperado y que probablemente han incrementado los déficits del sistema de efectores públicos existentes.

En el período 2000-2015, el aborto legal seguro y gratuito siguió postergado a pesar de que el aborto clandestino es la primera causa de mortalidad materna en Argentina. Por otra parte, las mejoras en este aspecto no pueden atribuirse al Estado sino a las redes de organizaciones feministas y sus consejerías.

Medidas como la Ley de Salud Mental o la Producción Pública de Medicamentos tuvieron tibios impulsos. De la mano de un modelo productivo neodesarrollista, extractivo y contaminante, que produce daños aún no totalmente dimensionados en la salud de las poblaciones y el ambiente, en el período que va del fin del menemismo a la actualidad han avanzado las industrias contaminantes como la minería a cielo abierto, el desmonte y el uso masivo de agrotóxicos, el *fracking*, el crecimiento del parque automotor contaminante y que genera mayor accidentabilidad, discapacidad y mortalidad.

Sin embargo, es destacable el cambio de rumbo estratégico, conceptual y operativo de la última etapa del Ministerio de Salud del Gobierno de Cristina Fernández de Kirchner, a cargo de Daniel Gollan, que se expresa en líneas de política sanitaria claves como la valorización de la producción pública de medicamentos mediante la creación de la Administración Nacional de Laboratorios Públicos, compras de medicamentos conjuntas a escala Mercosur que obtienen significativas reducciones de costos, Programas de Formación en Salud Colectiva, e incremento de acciones de APS en territorio, entre otras.

3. Evaluación de los resultados de las reformas

Lo que se esperaba de la Reforma según el documento fundacional del BM era un gasto más eficiente, mejor acceso, fortalecimiento de lo preventivo, impacto positivo en indicadores epidemiológicos. Nada de esto ocurrió. Por el contrario, un incremento exponencial y constante del gasto se acompañó de una accesibilidad cada vez más desigual en detrimento de las subpoblaciones vulnerables, con nuevas barreras administrativas derivadas de los rechazos fundados en el supuesto costo beneficio o directamente en forma arbitraria, entre otros mecanismos que ya se mencionaron.

Podríamos decir sin dudar, que la Reforma del Sistema Sanitario en la Argentina, no tuvo los resultados declamados, sino consecuencias que revelaron sus intenciones no explícitas: las que pretenden dejar atrás el modelo con liderazgo estatal, para conformar una estructura desregulada de prestación de servicios tributaria del mercado. Y en ese marco, los resultados sanitarios son los que devienen del reinado del costo beneficio en combinación con la profundización de las determinaciones estructurales del proceso salud enfermedad.

Así, la evolución de los indicadores de salud se relacionó más con cuestiones demográficas y sociales que con el funcionamiento del sistema de atención médica (Borini y Migueles, 2015). No puede decirse que el panorama actual sea mejor al previo a la reforma. De hecho, el incumplimiento de las metas del milenio es una constante en casi todos los aspectos considerados.⁵¹ Aún sobre aquellos indicadores que mejoraron, sigue pesando la frustración de las profundas diferencias entre provincias/municipios, que en realidad son expresión de las desigualdades por estrato social, no cuantificables por las características del registro oficial de datos que las ocultan, al no capturar información específica de esa dimensión (Borini y Migueles, 2015).

La mortalidad infantil ha presentado un descenso constante en el periodo 1990-2015. Sin embargo, el ritmo de descenso disminuye desde 2005. Este comportamiento descendente parece más relacionado con la urbanización poblacional que con el funcionamiento del sistema de salud (DEIS, 2003, 2005 y 2010). Por su parte la mortalidad materna se mantiene prácticamente constante en los 25 años del lapso observado, constituyendo una tragedia evitable que el país no pudo resolver.⁵² Los índices de Gini para MI y MM han evolucionado de manera similar; ambos revelaron aumento de la desigualdad entre 1990 y 2000 y luego un descenso hasta 2015. Sin embargo, tanto en la tasa de mortalidad infantil como materna, se observan grandes asimetrías entre provincias, que se conservan en el período analizado (Marro y Fattore 2018).

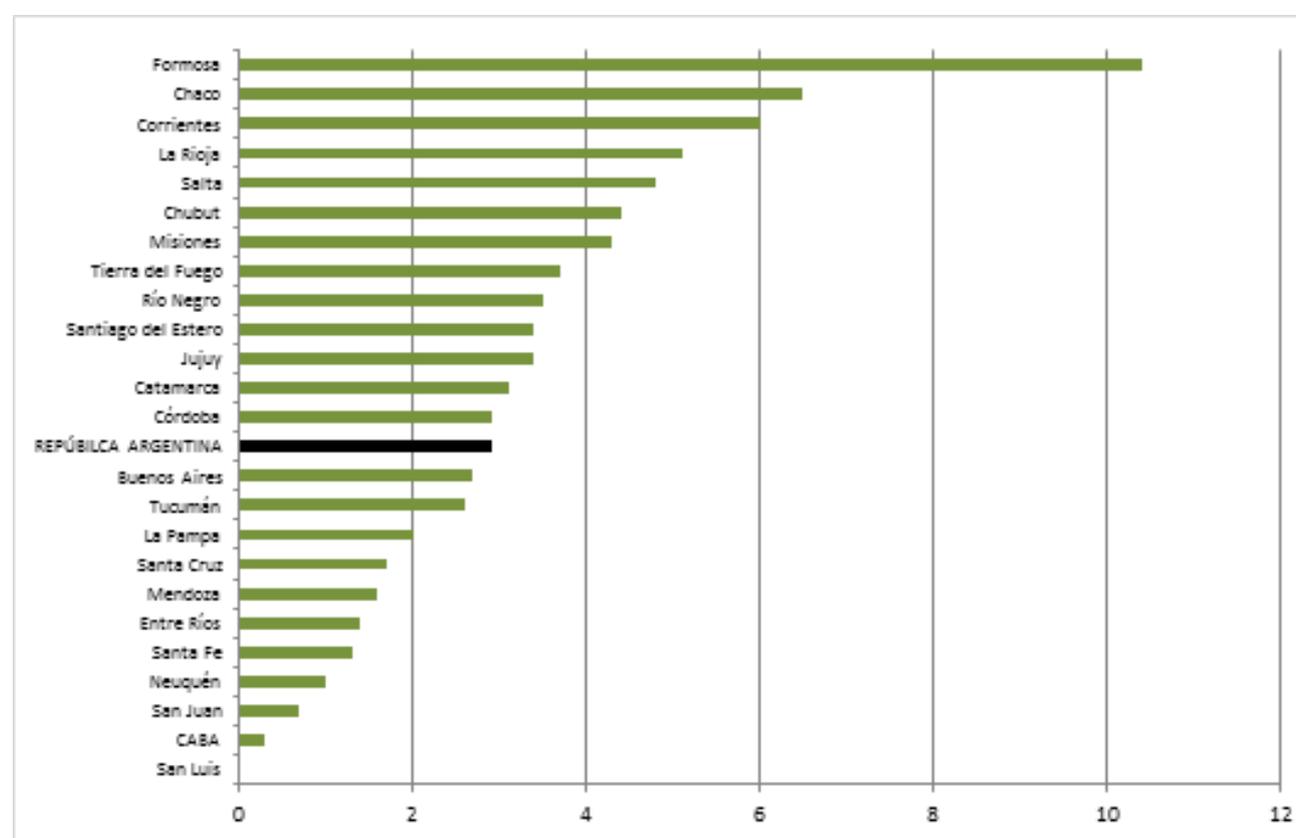
51 Las metas u Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), un proyecto de las Naciones Unidas, tuvieron que ser reprogramadas en 2015 por su incumplimiento, por los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS). Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

52 Si bien se produjo un descenso del nivel del indicador en los últimos 2 años registrados, aún no puede hablarse de una tendencia en ese sentido.

Tabla 9. Evolución del índice de Gini para la mortalidad infantil y materna. 1990-2015

	1990	1995	2000	2005	2010	2015
Coefficiente de Gini de mortalidad infantil	0,101	0,106	0,124	0,104	0,088	0,088
Coefficiente de Gini de mortalidad materna	0,346	0,357	0,436	0,311	0,238	0,231

Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfica 3. Tasa de mortalidad materna por mil nacidos vivos por provincias argentinas. Año 2017

Fuente: Dirección de Estadística e Información en Salud. Secretaría de Gobierno de Salud. Anuario 2017

El análisis de la mortalidad por principales grupos de causas muestra que entre los años 2003 y 2015 la tasa ajustada por edad de las enfermedades cardiovasculares (reducción del 22%) es la única con tendencia francamente descendente, a la que sigue las tumorales con un descenso menor (reducción del 11%). Como contraparte las tasas de enfermedades infecciosas y por causas externas evidencian una tendencia a la estabilidad. No obstante, estos datos no son alentadores ya que, en aquellos países con buen funcionamiento del sistema, la tendencia es a la disminución en todas las causas.

Además, considerando que la reducción de la mortalidad en causas cardiovasculares es muy dependiente de los hábitos alimentarios y de actividad física, es dudoso que el descenso de la mortalidad cardiovascular (el único importante), pueda ser atribuido predominantemente al funcionamiento del sistema de salud.

Tabla 10. Tasas trienales de morbilidad de enfermedades seleccionadas por vulnerabilidad social, entre 2003 y 2015

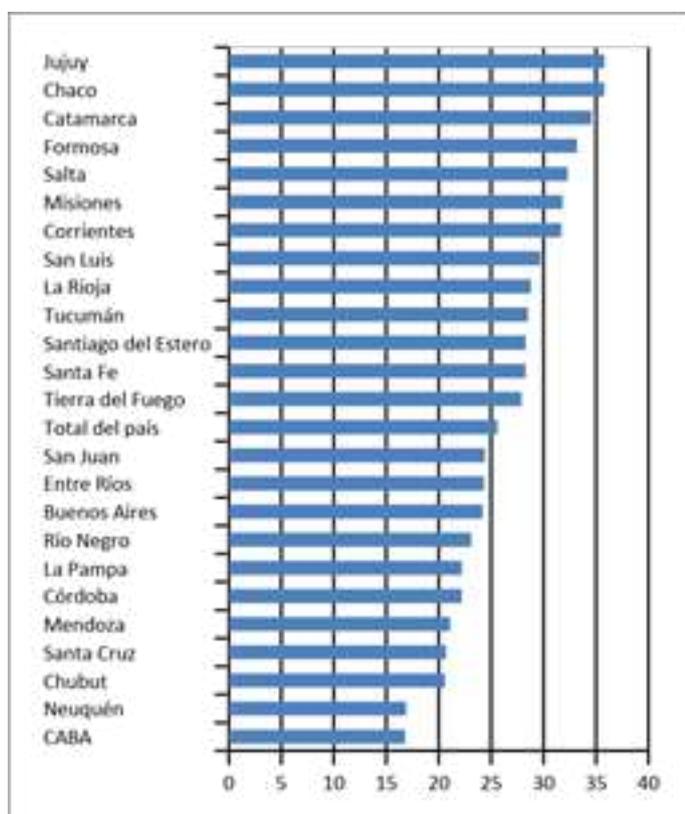
	SIDA X 100 MIL	TBC X 100 MIL	CHAGAS AGUDO X 10 MILLONES	SÍFILIS CG X1000 NC VIV
2003	4,8	32,3	4,8	1,0
2006	0,0	30,4	6,2	0,8
2009	3,7	26,6	1,7	0,9
2012	2,9	25,7	0,5	1,0
2015	2,6	22,9	0,7	1,1

Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

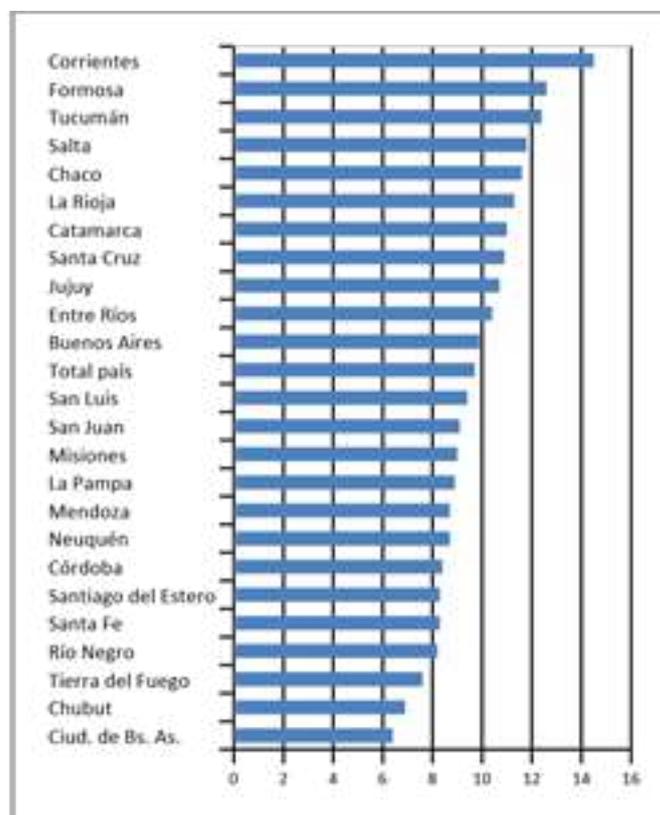
La característica más saliente del análisis de todos los indicadores clásicos de salud es la persistencia de enormes brechas entre provincias y departamentos. Dado que el análisis por clase social es imposible de realizar por las características de nuestros sistemas de información, la forma más acabada de evaluar las diferencias es por territorios de diferente situación social como son las provincias. Como una manifestación clara del escasísimo avance en cuestiones de salud equitativa se muestra las diferencias en la mortalidad infantil en el año 1990 en el que comienzan las reformas, y luego en el 2015, tras 25 años de implementación. Las provincias del norte del país son las que conservan las tasas más altas de mortalidad infantil, y las mejor posicionadas (tasas bajas) siguen siendo algunas provincias del centro y Patagonia.

Gráfica 4. Tasas diferenciadas de mortalidad infantil por provincias argentinas, ordenadas de manera descendente en 1990 y 2015

1990



2015



Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Lejos de cumplir con su objetivo, las medidas reformistas han agregado problemas adicionales. La tercerización de la gestión, al haberse hecho con una lógica de lucro y sin regulación de las gerenciadoras, produjo una derivación de recursos a esas entidades que incrementaron la subprestación, no como racionalidad médica, sino como instrumento de elevar la tasa de ganancia. La repetición del dogma de que los recursos son escasos llevó a que se ajustara en los sectores de menor poder (donde era más viable) mientras que el gasto se incrementaba en aquellos nichos de convenios con actores poderosos. Este último fue el caso de las farmacéuticas y de ciertas empresas que comercializan dispositivos biotecnológicos. Paradójicamente se rechazaban prestaciones de gran valor preventivo y de bajo costo con la lógica de que los recursos son escasos, y en paralelo se continuaba financiando prácticas onerosas de escaso valor para la salud, como ciertos medicamentos oncológicos cuya utilidad es nula, o dispositivos implantables como por ejemplo *stents* cardíacos de muy alto costo y poca o ninguna ventaja terapéutica frente a opciones más clásicas. En ese sentido, ha sido la propaganda y los incentivos

a profesionales por parte del CMI, una forma de aumentar el gasto en estos sectores mientras se proclamaba la austeridad en otros.

Como agravante, la obsesión por contener el gasto de la peor forma (restringiendo el acceso), no tuvo que ver directamente con la macroeconomía, ya que ocurrió tanto en épocas de extrema crisis como en las de abundancia. Tanto es así que en los dos periodos en los que dividimos las reformas hubo aumento del PBI. Entre los años 1990 y 1998 el PBI creció más de 4 veces, partiendo de 76.000 millones de U\$S y llegando a 298.000 millones de U\$S. entre 2002 y 2017 el PBI argentino se sextuplicó, pasando de 97.000 hasta 637.000 mil millones de U\$S, en una curva ascendente solo interrumpida por leves bajas en los años 2009, 2014 y 2016⁵³ ⁵⁴. Sin embargo, se continuó repitiendo que los recursos son escasos, y restringiendo el acceso de forma diferencial a los grupos más vulnerables y con menor poder de influencia.

Una de las expresiones del fracaso de la reforma fue el descontento general de los usuarios con el acceso a las prácticas de salud. A punto tal que en 2009 y como forma de paliar esta disconformidad, se promulga la ley 26529/2009 sobre derechos del paciente, propiedad de la historia clínica y consentimiento informado. La sanción de la ley de regulación de prepagas puede ser interpretada en el mismo sentido. Este aumento de la litigiosidad, que genera todo tipo de distorsiones al funcionamiento del sistema, se ha observado en otros países como Perú, Colombia y México.

Las EMP son actores que han sacado una gran ventaja en virtud de la desregulación de OSN. Además, este sector ha experimentado una concentración importante, que hace que sus dos entidades más grandes (OSDE y SMG) se lleven entre el 60% y el 70% del total facturado por EMP e impongan las condiciones del mercado al resto de las entidades. La diversificación de negocios de las EMP más exitosas incluye canales de televisión (40% de América tv), seguros tradicionales, agronegocios y acciones extranjeras.⁵⁵

Los trabajadores de la salud profesionales o no, han perdido participación en este juego, salvo por aquellas elites minoritarias que por su tipo de actividad muy rentable (cirugía plástica o anestesia, por ejemplo) o por su prestigio que les permite cobros muy altos se benefician, pero son los menos, prácticamente una excepción.

Las OSN, OSP y PAMI también han perdido debido a las transferencias hacia las EMP, al sector privado prestador y a la industria farmacéutica. Sin embargo, debe reconocerse que

53 Información del Banco Mundial. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.CD?locations=AR>

54 Aún calculado per cápita, el crecimiento del PBI es muy importante en estos períodos: entre 1990 y 2017 el PBI per cápita se multiplicó por siete

55 Entrevista de Facundo Sonatti a Claudio Bellocopit, en la revista Forbes edición argentina, agosto de 2018. Bellocopit es el dueño de Swis Medical Group, la EMP en segundo lugar de facturación en Argentina.

las OS grandes tienen posiciones aventajadas en el universo de las más de 300 OSN, incluso algunas con diversificación de sus negocios (efectores, empresas de medicina prepaga)⁵⁶. Pero los más dañados son el Estado nacional y los estados provinciales cuyas múltiples transferencias a todos los otros subsectores, en forma de RRHH hasta financiamiento en atención por emergencias, sumado a la desvalorización de los presupuestos nominales y reales por devaluación, ha llevado la peor de las tajadas. Como consecuencia, el sistema público cada vez regula menos, se desfinancia progresivamente, presenta problemas serios edilicios y de insumos, y gestionan cada vez con mayor dificultad.

El impacto general que tuvieron las confrontaciones teórico-académicas y programáticas de estas tendencias, fue de una transformación del sistema en una estructura de tipo privatista, con lógicas de mercado infiltrando el subsector público y con una ampliación de la estructura del subsector privado a expensas de la capacidad instalada estatal.

Cuando se observan los subsistemas en particular (Estado, OSN, OSP, PAMI, EMP), el análisis se ve atravesado por una tónica general que expresa, no solamente la tendencia hacia la privatización de los recursos.

4. Conclusiones

El tramo histórico analizado ha coincidido con un momento de la geopolítica local y regional, donde el capitalismo y los bloques dominantes se reconfiguran para relanzar el esquema de la globalización, hacia el paradigma del “Estado Posnacional” –según la interpretación del investigador Ignacio Lewkowicz– conformado por una nación compuesta de público o gente y no de clase o pueblo, de consumidores y no de ciudadanos. Una nación dependiente más del espectáculo y el relato que de su historia; más identificada con sus celebridades que con sus próceres.

Los Estados y las Políticas Públicas son parte de este proceso de recolonización de los territorios y las Naciones.

La democracia no sólo no modificó las grandes determinaciones de enfermedad colectiva (Pobreza y Desigualdad), sino que ha generado condiciones para el desarrollo de un modelo productivo extractivista contaminante, nuevo protagonista del proceso salud-enfermedad en la Argentina.

Se desarrolló en este tramo, un proceso planificado y sobredeterminado por los OMC de reconversión integral del Sistema de Salud Argentino, hacia un Sistema de aseguramiento desregulado. Descentralización, desregulación de OSN, gerenciamiento tercerizado y

⁵⁶ Es paradigmático el caso de la Obra Social Unión Personal, que acompañó con entusiasmo las reformas y que hoy se ha constituido en un holding que cuenta con su propia EMP.

reformulación del modelo de Hospital Público, fueron los ejes en los que coincidieron gobiernos y bloques de poder concentrado que operan en el sector.

Las aceleraciones y desaceleraciones de esta reconversión estuvieron condicionadas por la puja hacia el interior de los sectores dominantes, más que por una alternancia en la correlación de fuerzas con los sectores populares.

Se reconocen al Gobierno de Carlos Menem y el de Mauricio Macri (2015 en adelante CUS mediante) como los momentos institucionales de mayor incremento de innovaciones legales e instrumentales de la Reforma neoliberal.

Los Gobiernos de De la Rúa y Duhalde no ofrecieron variantes significativas. Y los doce años a cargo de Néstor Kirchner y Cristina Fernández, estuvieron dominados por gestiones adictas a la Reforma, y un tramo final pero breve más vinculado con los preceptos de la Medicina Social y el universalismo que augura una interesante perspectiva de debate y puja hacia el interior de uno de los partidos políticos mayoritarios.

La falta de un sujeto político defensor del universalismo en la República Argentina, enraizado en el movimiento popular ha sido una vacancia histórica que todavía no se salda. La irrupción del Movimiento por el Derecho a la Salud en Argentina en el año 2017 inaugura una esperanza para trascender las coyunturas políticas y las cooptaciones sectoriales.

Bibliografía

Abadie, Juan (2015). Reflexiones sobre seguros públicos provinciales de salud. Rosario. Cuadernos Médico Sociales 80: 119-123.

Abramovich, Víctor *et al.*, (2008). El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 4(3):261-282. Sep. -Dic.

Abrutzky, Rosana *et al.*, (2015). El perfil de la industria farmacéutica de la Argentina. Interrogantes a mediano plazo. *Ciencia, docencia y tecnología*. 26- 51-Nov.

Adaro, Jorge *et al.*, (2004). Mesa Debate: Gestión de contratos en salud. Buenos Aires. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Serie seminarios salud y política pública.

Almeida, Celia (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad. Saúde Pública* v.18 n.4 Rio de Janeiro. Jul.-ago.

Angell, Marcia (2006). La verdad acerca de la industria farmacéutica. Bogotá. Ed. Norma.

Báscolo, Eduardo, Houghton, Natalia y Riego, Amalia (2018). Construcción de un marco de monitoreo para la salud universal. *Rev Panam Salud Pública* 42.

Basualdo, Eduardo y Lozano, Claudio (2000). A 25 años del golpe, la economía argentina luego de la dictadura. Instituto de Estado y Participación (IDEP). Buenos Aires.

- Belmartino, Susana (2005). Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina. *Salud Colectiva*.1 (2):155-171. May-Ago.
- Bisang, Roberto *et al.*, (2017). El mercado de los medicamentos en la argentina. Centro de estudios para el cambio estructural.
- BM- Banco Mundial. Información del Banco Mundial. Recuperado de: <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.CD?locations=AR>.
- Borini, Mario (2014). Financiamiento de la Salud poblacional. Cuadernos de Salud. ATE. Recuperado de: <http://idepsalud.org/publicacion-del-2-fasciculo-de-los-cuadernos-para-trabajadores-de-la-salud>.
- Borini, Mario y Migueles, Luis (2015). La mortalidad infantil en la Argentina. IDEP Salud. Asociación Trabajadores del Estado (ATE). Buenos Aires. Recuperado de: http://www.ateargentina.org.ar/idep/documentos/135La_mortalidad_infantil_en_la_Argentina.pdf
- Catterberg, Gabriela *et al.*, (2011). Aportes para el desarrollo humano en argentina. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. PNUD, CEPAL, OPS. Buenos Aires.
- Cerdá, Juan (2010). El sector salud en la argentina de los '90. controversias acerca de las obras sociales sindicales. Universidad Nacional de Quilmes Quilmes. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/173/175>.
- Correa, Carlos *et al.*, (2011). Patentes, suministro de medicamentos y protección de la salud pública. *Rev Argent Salud Pública*, Vol. 2 - N° 7, junio.
- Crojethovic, María *et al.*, (2008). La autogestión Hospitalaria: descentralización en el contexto de los 90. El caso del Hospital Nacional profesor doctor Alejandro Posadas. *Revista electrónica del Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de General San Martín*. ISSN: 1851-2577. Año 2, n° 4, Buenos Aires, noviembre.
- DEIS- Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (2003, 2005 y 2010). Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud.
- Falappa, Fernando y Andrenacci, Luciano (2009). La política social de la Argentina democrática. Univ. Nac. Gral. Sarmiento. Buenos Aires.
- Findling, Liliana *et al.*, (2002). Desregulación y equidad: el proceso de reconversión de Obras Sociales en Argentina. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(4):1077-1086. Jul-Ago.
- Frenk, Julio y Londoño, Juan (1997). Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Oficina del Economista Jefe. Documento de Trabajo 353. Washington.
- Fumagalli, Andrea (2010). Bioeconomía y capitalismo cognitivo. Traficantes de sueños, edit. Madrid.
- Galante, Mariana *et al.*, (2015). Principales resultados de la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles en Argentina. *Rev Argent Salud Pública*; Sept; 6 (24):22-29.
- Giovanella, Ligia *et al.*, (2012). Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad. ISAG, UNASUR. Rio de Janeiro. Recuperado de: <http://isags-unasur.org/es/publicacao/sistemas-de-salud-en-suramerica-desafios-para-la-universalidad-la-integralidad-y-la-equidad>.
- Godoy Daniel y Diloretto, Maria (2011). La Organización del sistema de salud en la Argentina. Cuadernos para trabajadores de la Salud. Buenos Aires. IDEPSALUD-Buenos Aires.

Godoy, Daniel (2017). La cobertura universal de salud y la tela para cortar. IDEPSALUD. Recuperado de: <http://idepsalud.org/wp-content/uploads/2017/10/LA-COBERTURA-UNIVERSAL-DE-SALUD-Y-LA-TELA-PARA-CORTAR-1.pdf>.

González, Ginés y Tobar, Federico (2004). Salud para los argentinos. Economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina. Isalud. Buenos Aires.

Hardt, Michael y Negri, Antonio (2011). Commonwealth. Akal. Barcelona.

Hernández, Mario (2001). El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América latina. Rev Cubana Salud Pública;29(3):228-35.

Hourest, Martín (2009). Nuevas formas de trabajo y organización en el Estado. Capítulo: Crítica a la estadolatría. IDEP. Buenos Aires.

INDEC- Instituto Nacional de Estadística y Censos Encuesta permanente de Hogares (1990, 2001, 2010). Iriart, Celia *et al.*, (2000). La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(1):95-105, Ene-Mar.

Jamison, Dean *et al.*, (1993). Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1993: Invertir en salud. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial.

Jorrat, Jorge *et al.*, (2008). Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005. Comparaciones internacionales de diferenciales socio-económicos en salud. Salud Colectiva, Buenos Aires, 4(1):57-76, Ene-Abr.

Lago, Fernando *et al.*, (2012). Descentralización y equidad: el gasto público en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires. Salud Colectiva, Buenos Aires, 8(3):263-274, Sep-Dic.

Laurell, Asa Cristina (2016). Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. Cuad. relac. labor. 34(2) 2016: 293-314 Ediciones complutenses. Madrid.

Lemus, Jorge (2016). Cobertura Universal de Salud. Rev Argent Salud Pública; 7(27): 33-39

Leone, Francisco (2011). Obras sociales en la Argentina Un sintético relato histórico. Voces en el Fénix. año 2, N.7 Julio. Recuperado de: http://www.vocesenelfenix.com/sites/default/files/numero_pdf/Voces%20N.7%20-%20final%20baja_0.pdf.

Maceira, Daniel (2002). Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino. CEDES- Buenos Aires.

Manuel, Giuseppe (2012). El sector salud argentino en los dos modelos de crecimiento en las etapas de la convertibilidad y la posconvertibilidad. Revista Perspectivas de Políticas Públicas. Lanús. Año 2 N.3 (jul-dic).

Marro, María y Fattore, Gisel (2018). Análisis de tendencia de la desigualdad en la mortalidad materno-infantil, Argentina, 1990-2010. Rev Argent Salud Pública; 9(35): 17-24.

Matus, Carlos (1987). Política, planificación y gobierno. Fd Altadir. ILPES.

Miguel, Luis *et al.*, (2012). Accesibilidad al trasplante de células progenitoras hematopoyéticas según entidades financiadoras de salud en Argentina, 2000-2010. Rev Argent Salud Pública, Vol. 3 - N° 10, marzo.

Miguel, Luis y Borini, Mario (2015). Sistemas de Información en Salud. Información, desinformación, sus determinaciones y fines. ¿Cómo transformar dispositivos de manipulación social en herramientas de emancipación? Buenos Aires. IDEPSALUD. Recuperado de: http://www.ateargentina.org.ar/idep/documentos/128Sistemas_de_Informacion_en_Salud.pdf.

Migueles, Luis (2019). Análisis del presupuesto 2019. IDEPSALUD. Recuperado de: <http://idepsalud.org/analisis-de-proyecto-de-presupuesto-de-salud-2019-idep-salud>.

Ministerio de Salud (2017). Programa Sumar. Reporte de Gestión. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/sumar/index.php/institucional/resultados-de-gestion/resultados-2017>.

OPS- Organización Panamericana de la Salud (2010). Redes integradas de servicios de salud. Washington.

Oszlak, Oscar (1999). De menor a mejor. El desafío de la segunda reforma del Estado, Nueva Sociedad, N.160, Caracas, 81-100.

Roa, Rubén y Maceira Daniel (2011). Cómo definir una Canasta de Servicios Asistenciales: claves para aumentar la eficiencia del sistema de salud. Documento de Políticas Públicas/Recomendación N°93. Buenos Aires.

Spinelli, Hugo (1991). Salud y políticas de ajuste. Buenos Aires. Rev Salud, problema y debate.

Spinelli, Hugo (2014). Las denuncias de los afiliados de las empresas de medicina prepaga presentadas ante la Subsecretaría de Defensa del Consumidor en Argentina, 2000-2000. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(5):972-982, mayo.

Testa, Mario (1989). Pensamiento estratégico y lógica de programación: el caso de salud. OPS, Argentina.

Torres, Rubén (2004). Mitos y realidades de las Obras Sociales. Isalud. Buenos Aires.

Van der Kooy, Ernesto *et al.*, (2018). Gasto catastrófico de salud. Isalud. Buenos Aires.

Villa, Alejandra *et al.*, (2015). Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas: diseño, implementación y resultados a mediano plazo. Rev. Argent Salud Pública; Sept; 6(24):39-42.

● Caso Venezuela: Avances y contradicciones en Salud Pública en la Venezuela Bolivariana

Oscar Feo Istúriz⁵⁷, José León Uzcátegui⁵⁸

Introducción

El presente artículo es parte de un proyecto de investigación que busca desarrollar un estudio comparativo sobre los procesos de reforma de sistemas de salud de América Latina desde la perspectiva de la medicina social/salud colectiva latinoamericana.

Se pretende reflexionar y problematizar sobre los procesos de reforma de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe, marcados por la hegemonía de conceptos neoliberales, funcionales al capital y el mercado, como lo son: la concepción del aseguramiento y pluralismo estructurado, la separación de funciones, la denominada Cobertura Universal de Salud (CUS); como también analizar los procesos de desarrollo de Sistemas Universales de Salud con sus tensiones, desafíos, dificultades, avances y retrocesos.

Nos proponemos presentar la situación del sistema de salud de Venezuela, su evolución histórica y situación actual; comentar el proceso de reforma impulsado en el marco de las propuestas neoliberales de los noventa; y realizar una mirada crítica y autocrítica desde la perspectiva de la salud colectiva, a las políticas de salud del Estado Venezolano a partir de 1999 hasta el presente.

Primero presentaremos nuestro marco conceptual, el concepto de salud como derecho y su vinculación con el paradigma del Buen Vivir. En segundo lugar, presentaremos nuestro concepto de sistema de salud, y la evolución histórica del Sistema de Salud de Venezuela, enfatizando las contradicciones que han marcado su evolución. En tercer lugar, las reformas neoliberales y su impacto. Y para finalizar, la situación actual del Sistema de Salud, las Políticas de Salud de la “revolución bolivariana”, siguiendo el esquema planteado para el resto de los artículos. A manera de cierre, un balance crítico y autocrítico desde la perspectiva de la salud colectiva.

57 oscarfeo@msn.com Médico especialista en Salud Pública. Profesor titular jubilado Universidad de Carabobo. Profesor Ad Honorem Instituto Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” del Ministerio de Salud (Venezuela). Investigador asociado GT Salud Internacional CLACSO.

58 Médico Psiquiatra. Doctorado en Ciencias Sociales. Docente del Doctorado en Salud Pública Universidad de Carabobo (Venezuela).

El Sistema de Salud de Venezuela. Marco conceptual. Concepto de Salud. La Scom derecho. El Buen vivir. La determinación social

En el mundo se confrontan dos concepciones de salud, por un lado, la salud entendida como derecho humano y social fundamental, parte del derecho a la vida, que debe ser garantizado por el Estado; y por otro, una concepción de la salud como mercancía, “servicio o bien de mercado” que está regido por las leyes de la oferta y la demanda, interviniendo el Estado sólo para garantizarlo a los más pobres, a quienes han fracasado en el mundo del mercado y están excluidos de la dinámica social, y usualmente los denominan “poblaciones vulnerables”.

En Venezuela, la Constitución de la República (2000), en su artículo 83, estableció la salud como derecho constitucional y señala que corresponde al Estado la responsabilidad de garantizarla como parte del derecho a la vida, a través de la construcción de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) que debe promover políticas universales e integrales para la promoción, defensa y recuperación de la salud a nivel individual y colectivo. Esta concepción se aleja de la idea de políticas focalizadas típicas de las reformas neoliberales. Asumir la salud como derecho implica asumir la universalidad, no mediada por la capacidad de pago ni otra condición social

El Buen Vivir y la Salud.

En la sociedad occidental el modo de vida, producción y consumo que caracteriza al capitalismo, plantea como paradigma central de vida el bienestar individual, concebido como acumulación de mercancías y bienes de consumo. Es la propuesta de “calidad de vida” entendida como *vivir mejor y tener más*, la acumulación de mercancías es la base de un modelo de consumo irracional. Por el contrario, desde el pensamiento alternativo de la salud colectiva, planteamos un paradigma basado en la solidaridad, reciprocidad, complementariedad y la satisfacción de las necesidades de los seres humanos en conjunto, en armonía con la naturaleza. Eso es lo que llamamos la vida buena, el buen vivir, el vivir viviendo, vivir para la vida plena, contrario al vivir capitalista para tener más cosas y consumir sin parar.

El modo de producción capitalista nos siembra un conjunto de anti-valores: el individualismo, la competencia, el consumismo, el facilismo, la acumulación de bienes, que nos conducen a ser agresivos, violentos y a competir entre nosotros de manera egoísta como un fin en sí mismo. Por el contrario, construir un nuevo modelo de producción, vida y consumo, nos plantea la necesidad de desarrollar nuevos valores, tales como la cooperación, la solidaridad, la complementariedad y la armonía con la naturaleza. Desde el Buen Vivir (Choquehuanca. D, 2009), filosofía de vida que heredamos de la cosmogonía indígena andina ancestral, se proclama que la tierra no le pertenece al hombre. Por el contrario, es el ser humano quien le pertenece a la tierra, somos parte de

ella. Vivir Bien significa armonía e interconexión con todo lo existente. Que no se puede estar bien mientras haya alguien que vive mal. El Buen Vivir, originado en la manera de pensar y vivir de nuestras culturas originarias del Abya Yala, entiende la salud como una integralidad: es, también, en primer lugar promoción y preservación de la salud, luego prevención y atención de la enfermedad, pero es además educación, ambiente sano, trabajo digno, cultura popular, vivienda, deporte, alimentación y recreación.

El pensamiento médico hegemónico, que en lo económico se expresa en el predominio del capitalismo médico, en lo ideológico se expresa en una concepción de la salud reducida a la enfermedad, de carácter biologicista, individual y centrada en lo curativo y lo hospitalario. La salud forma parte y se integra al Buen Vivir, y desarrolla una complementariedad de enfoques que une lo biológico con lo social, lo curativo con lo preventivo, y lo individual con lo colectivo, en un marco que enfatiza y prioriza lo promocional. Construir buena salud implica sanar a la sociedad, construir modos de vida saludable, y vivir no para tener más, sino para satisfacer las necesidades de todos/todas respetándonos y en armonía con la madre naturaleza. Es vivir en paz consigo mismo, con el otro, con los otros y con la naturaleza, como significado de la Salud Mental necesaria y posible.

Tal comprensión nos exige caracterizar la crisis actual. La crisis que vivimos a nivel planetario es una crisis global. Una crisis multidimensional: económica, social, política, ambiental, ética. Es una crisis de valores, es la crisis de una manera de vivir. Es una crisis civilizatoria que demanda una salida integral: un nuevo modelo civilizatorio.

Se busca impulsar un proceso de construcción colectiva que permita profundizar el concepto de Salud como buen vivir, vivir bien, otra manera de vivir la vida, de alimentarse, de curar y de curarse, de asumir la sexualidad, otra manera de amar, de embarazarse, de nacer, de crecer, de criar los hijos, de educarse, de jugar sin competir, de amar-amarse, respetar-respetarse, de vivir en comunidad y armonía con la naturaleza.

Entender la Salud como Buen Vivir plantea otras estrategias, otra manera de asumir la política, los planes, proyectos y programas en el campo de la salud. Así, salud no es sólo un asunto de médicos, enfermeras, medicamentos, material médico-quirúrgico y equipos médicos; este es el enfoque bio-médico, individual, curativo, hospitalario privilegiado por la industria farmacéutica y tecno-médica, que ha transformado a los médicos en los realizadores de la plusvalía de la salud entendida como mercancía.

La Salud como Buen Vivir exige articularse con todos los sectores de la vida. Se trata de salir de los espacios de la enfermedad y la muerte, es decir del consultorio, ambulatorio u hospital, y alcanzar los espacios de la vida cotidiana, con la gente.

Un componente esencial de la construcción del SPNS y de las estrategias intersectoriales de promoción de la calidad de vida y salud y el Buen Vivir es la participación de la comunidad.

La participación es asumida como parte del proceso de conformación del poder popular como protagonista de la transición a otra sociedad. Por lo tanto, la participación en salud no tiene carácter instrumental. Se fundamenta en la corresponsabilidad y avanza hacia la planificación participativa, en los diferentes espacios y niveles de gestión del SPNS y hacia la contraloría social en todos los establecimientos y niveles de gestión.

Sobre Sistemas de Salud

Según el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud de UNASUR (ISAGS, 2012) el sistema de salud es el conjunto de acciones, normas y personas cuyas actividades se relacionan directa o indirectamente con la atención a la salud individual y colectiva, siendo uno de sus componentes fundamentales su organización y financiamiento, concepto que va mucho más allá que el de servicios de atención médica. Introduce el carácter histórico y temporal de los sistemas de salud, al especificar que se trata de una respuesta concreta que una nación o colectividad construye para satisfacer las necesidades y demandas de salud de su población. El sistema de salud es expresión de las respuestas institucionales ante la salud. Las inequidades de acceso a servicios oportunos y de calidad, de carácter integral se traducen en desigualdades e inequidades en la situación de salud.

En general, se asume que los componentes fundamentales de un sistema de salud son:

- I. las políticas sanitarias y sus normas enmarcadas en las grandes políticas sociales y de desarrollo económico que definen el Estado y la sociedad;
- II. los profesionales, técnicos y personas que conforman el sistema;
- III. la red de servicios y sus modelos de atención y gestión; y
- IV. los insumos necesarios para cumplir sus objetivos.

La dinámica e interrelación de esos componentes está dada por la forma en que se financian, gestionan, regulan y se prestan los servicios, expresadas en los modelos de financiamiento, atención y gestión.

No compartimos el criterio ampliamente difundido en la Salud Pública funcional al mercado, de que las funciones del sistema de salud son la rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, y que esas funciones hay que separarlas para dejar al Estado solo la rectoría mientras los intereses privados se ocupan del resto. Para nosotros las funciones del sistema de salud son la garantía del derecho a la salud a través de políticas promocionales de la calidad de vida, la prevención y anticipación a la enfermedad, y por supuesto, su curación y rehabilitación. Y, desde la perspectiva de la Salud Colectiva, el desempeño integrado de esas funciones es la característica fundamental que debe tener un sistema de salud transversalizado por cuatro categorías: el enfoque de derecho, la determinación social, el género y la interculturalidad, que se expresan en todos los espacios de la vida, y a lo largo de todo el ciclo vital. Ello nos

conduce a una visión más integral y holística, que supera la tradicional Atención Primaria (APS) para convertirse en Cuidado Integral de la Salud.

Los intereses económicos del complejo médico industrial financiero asegurador como determinante de las políticas y sistemas de salud.

En las últimas décadas ha habido una transformación radical de la vida, el trabajo y la salud. Las grandes innovaciones científico-tecnológicas transformaron la salud y la medicina propiciando su incorporación a los circuitos de producción de capital. La salud se ha hecho un espacio fundamental para la acumulación de capital y surge lo que se ha llamado “el complejo médico industrial financiero asegurador” que abarca la poderosa industria farmacéutica, la industria tecno médica, las empresas aseguradoras de salud, y los grandes prestadores de servicios privados. Ese “complejo médico industrial” constituye uno de los sectores más dinámicos de la economía y de los que producen mayores ganancias. Actualmente, están considerados como la primera empresa más rentable del planeta (Forbes, 2015). Hoy, por su influencia, esas empresas se han convertido en actor fundamental en el diseño de las políticas públicas de salud, impulsando una tendencia dirigida a captar recursos públicos para el sector privado. Se convierte el “complejo médico industrial financiero” y sus intereses económicos en uno de los determinantes fundamentales de las políticas públicas y de los sistemas de salud. No es posible entender qué produce o qué compra un sistema de salud, sin pasar por los intereses económicos de ese enorme emporio. Eso incrementa la corrupción en múltiples dimensiones y circunstancias en los sistemas de salud.

Evolución del Sistema de Salud de Venezuela.

En América Latina, los sistemas de salud surgen en la primera mitad del siglo XX con políticas enfocadas básicamente al control de grandes epidemias vinculadas al intercambio comercial. El surgimiento de la salud pública en Venezuela fue un proceso tutelado por el filantropocapitalismo de la Fundación Rockefeller, que en Venezuela tenía grandes intereses económicos y sanitarios, ya que la malaria se convertía en un obstáculo importante para la explotación petrolera.

De tal forma, que en los inicios de la actividad sanitaria venezolana hubo una cesión total de nuestra soberanía, a tal punto que en 1926 el Ingeniero Jefe de la Misión de Ingeniería Sanitaria de la Fundación Rockefeller, T. Saville, fue designado Jefe del Servicio de Ingeniería Sanitaria de Venezuela. Posteriormente, luego de la muerte de Juan Vicente Gómez, quien gobernó 27 años (1908 - 1935) bajo la protección de la gran industria petrolera y de los Estados Unidos, se inician cambios importantes que conducen en 1936 a la creación del Ministerio de Salud, con el nombre de Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

A lo largo de su historia, la salud pública venezolana ha estado sometida a tres ejes de conflicto político-conceptuales:

- a) La salud como beneficencia y asistencialismo, básicamente para “pobres” a través de políticas de asistencia social; opuesto a la salud concebida como derecho que debe ser garantizado a toda la población, con políticas y sistemas universales.
- b) La salud como bien público y responsabilidad del Estado; contra la atención de salud como mercancía, bien privado y responsabilidad individual según las capacidades individuales;
- c) La Salud Pública integral, que ve a la salud como una totalidad, en contradicción con una concepción de la salud pública centrada en la enfermedad y restringida a la prevención y atención de algunos problemas sanitarios particulares a través de programas verticales.

Los avances y retrocesos en estos tres ejes han determinado las políticas públicas predominantes sobre salud y calidad de vida en diferentes momentos de nuestra historia, han marcado su carácter de clase y la han conectado con los procesos económicos y políticos que los han caracterizado.

Hay algunas situaciones en el caso venezolano que ilustran perfectamente estas contradicciones: el primer Ministro de Salud, Enrique Tejera, duró sólo cuatro meses en el cargo y renunció al no estar de acuerdo con la aprobación por el Congreso de la República de una ley Especial de Lucha contra la malaria (Velázquez, 2004) impulsada por la Fundación Rockefeller. Confrontó Tejera una visión que priorizaba los programas verticales sobre la integralidad de la salud pública. Su sucesor Santos Dominici, también dura muy poco en el cargo y renuncia por la aprobación de la Ley del Trabajo, en cuyo articulado se establece la creación del Seguro Social Obligatorio. Señalaba Santos Dominici que la creación de ese seguro iniciaría una fragmentación del sistema de salud en Venezuela, al crear subsistemas que atenderían solo a la población trabajadora asalariada.

Con la creación del Instituto Venezolano de Seguros Sociales (IVSS) y luego del Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME) se contradijo la doctrina *integralista* preconizada en el Ministerio de Salud y se sembró la semilla para el desarrollo de servicios públicos de salud selectivos y segmentados, al margen de un sistema público de vocación universal. Se inició así la gran fragmentación y segmentación que actualmente caracteriza al sistema de salud, en el cual coexisten decenas de pequeños sub-sistemas (fragmentación), dirigidos a determinados sectores de población (segmentación).

Al revisar las políticas de salud durante el Siglo XX en Venezuela, pareciera que hasta los años 60, hubo un predominio de las concepciones universalistas en las políticas de salud, al menos en el marco jurídico. Eso puede verse claramente al comparar las Constituciones de los años 47 y 61, el artículo 51 de la Constitución de 1947 señalaba: “El

Estado velará por el mantenimiento de la salud pública. Todos los habitantes de la República tienen el derecho a la protección de la salud. El Estado establecerá los servicios necesarios para la prevención y tratamiento de las enfermedades” (CONSTITUCIÓN, 1947). Mientras el Artículo 76 de la Constitución de 1961 señalaba: “Todos tienen derecho a la protección de la salud. Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos” (CONSTITUCIÓN, 1961).

Clara diferencia entre la salud concebida como derecho universal para todos y una concepción focalizada en donde el estado garantiza atención sólo a los que carecen de recursos.

Proceso de cambio estructural en el sector: *Las reformas neoliberales en salud*

Las políticas neoliberales para salud fueron parte de las propuestas de reforma del Estado que conocimos como Programas de Ajuste Estructural generadas a partir del Consenso de Washington y que fueron promovidas por los organismos financieros multilaterales, básicamente Banco Mundial y BID. Algunas de las propuestas del Consenso de Washington se aplicaron al sector salud: entre ellas, disminuir el gasto público, abrir la salud a la participación del sector privado, privatizar la atención médica y particularmente los hospitales, y minimizar el papel regulador del Estado.

Todo ello dirigido a reducir el tamaño del estado y facilitar el predominio del mercado. Este planteamiento neoliberal aparece muy claro en los primeros textos del Banco Mundial hasta 1993, afirmando que la salud es responsabilidad individual, que pertenece al ámbito de lo privado y debe resolverse en el marco de la relación entre el individuo, la familia y la iniciativa privada, y que el estado debe garantizar asistencia mínima sólo a los que fracasan en el mundo del mercado, en otras palabras: colocar la salud en el mercado. Esta tesis se camufla a partir del año 1993 dándose un proceso interesante de cooptación o secuestro semántico del discurso. El neoliberalismo y los bancos dejan de hablar abiertamente de privatizaciones, y se apropian de conceptos como equidad y derechos, despojándolos de su contenido político. Para ese momento los postulados fundamentales de los bancos parten de que las funciones del sistema de salud son la rectoría, el aseguramiento, el financiamiento, y la provisión de servicios. Y que estas funciones deben separarse, dejando al Estado sólo la rectoría. Separación de funciones que permiten crear condiciones para la competencia y el mercado.

Hacen dominante el concepto de “aseguramiento”, con dos modalidades, el aseguramiento individual para los que tienen recursos, el aseguramiento público para los que carecen de ellos. Al plantear que el financiamiento es una de las funciones del sistema de salud se induce al cobro por los servicios a través de lo que en Venezuela se llamó la “recuperación de fondos”, que consistía en condicionar el acceso a los servicios de atención médica pagando una “colaboración” en dinero, a veces disfrazada de

“autogestión”. Y se plantea claramente que la función de prestación de servicios (atención a la enfermedad) debe transferirse al sector privado. Sus estrategias son la focalización, para atender solo a los pobres o vulnerables, con paquetes o canastas básicas que en la práctica niegan el derecho a la salud.

Otro planteamiento neoliberal fue la descentralización, pero sin políticas y sin recursos, que se desarrollaba para atomizar el sistema de salud, para disminuir el papel del nivel central y para desembarazarlo de funciones; no se daban los recursos, ni la capacitación del personal, ni los conocimientos, por lo que esa descentralización anarquizaba al sistema y muchas veces precedió a los procesos de privatización. Diferente es una concepción alterna contrahegemónica de descentralización que puede ir dirigida con recursos y con conocimientos, para transferir realmente poder a los sectores locales y las comunidades.

En Venezuela, desde los años 70 se abandonó la noción de salud como derecho universal y responsabilidad del Estado. Las decisiones sobre políticas de salud pasaron a estar fuertemente determinadas por la “necesidad” de recuperar costos, es decir transferir los costos de la atención médica a la población, y se introdujeron mecanismos para desligar al Ministerio de Salud de la responsabilidad de gestionar los establecimientos de atención médica, supuestamente para concentrar su interés en la promoción y prevención. Se estimuló la descentralización de los servicios en múltiples organismos nacionales, estatales y municipales (Fundaciones y Corporaciones), se produjo una notable reducción del gasto público, y se propició el desarrollo de la atención médica privada. Se abandonó el compromiso público con el derecho a la salud y las poblaciones empobrecidas fueron abandonadas a su propia suerte. Progresivamente se construyó el predominio del sector privado y la subordinación de lo público a los intereses lucrativos del mercado.

En ese período se crearon en América Latina proyectos y oficinas paralelas para la modernización del sector salud, que en Venezuela se llamó el “Proyecto Salud” del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (MSAS-BID-BANCO MUNDIAL, 1997), que debilitaron y vaciaron de personal y contenidos a los ministerios, para eliminar o transferir programas y estructuras al sector privado, y un paquetes de medidas políticas.

Así entre 1987 y 1998, Venezuela ensayó diferentes tipos de reformas en el sistema de salud. En dicho período se sucedieron las siguientes reformas: (1) Ley del Sistema Nacional de Salud de 1987 (D’Elia, 2000); (2) descentralización de servicios de salud a partir de 1990 (González y Marino, 1999), (3) reestructuración del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) en 1992, y (4) la aprobación de la propuesta de reforma del Subsistema de Salud de la Seguridad Social en 1998.

La descentralización en Venezuela fue a través de las Direcciones Estadales de Salud y Desarrollo Social que se constituyeron en la instancia descentralizada del Ministerio de Salud y ejercen funciones de planificación, presupuesto, y prestación de servicios. Cada

año se transfieren a través del presupuesto nacional las correspondientes asignaciones, aunque con grados de descoordinación y falta de rectoría pública nacional.

Impacto de las políticas neoliberales.

Las políticas neoliberales tuvieron un impacto nefasto sobre la salud (Carquéz, 1995). Se deterioró la calidad de la vida, favoreciendo la aparición de nuevas enfermedades y de otras que habían sido ya erradicadas. Se privatizaron servicios, se deterioraron programas, se transfirieron facultades al sector privado, se debilitó al Estado y al sector público. El Ministerio de Salud se convirtió en un cascarón vacío sin capacidad de respuesta, con políticas subordinadas a los bancos y a las propuestas de reforma que venían de los ministerios de planificación y finanzas. En Venezuela se llegó al extremo de contratar una consultoría (con financiamiento del Banco Mundial) a una empresa colombiana especializada en elaborar leyes para la privatización y el mercado. Por supuesto, esos financiamientos para las reformas venían como deuda externa.

Financiamiento que en algunos casos no se ejecutaban por la enorme burocracia de los requisitos de desembolso, y terminaban pagándose penalidades por no ejecución e intereses de servicio de la deuda. Una verdadera trampa para cazar incautos. En los quince años de aplicación de las políticas neoliberales se privatizaron o desaparecieron las políticas redistributivas. El mejor ejemplo fue lo que hicieron con los fondos de pensiones, que en la mayoría de los países pasaron de la solidaridad inter-generacional a la capitalización individual, convirtiendo así, uno de las más importantes políticas redistributivas, en un gran negocio para el capital financiero.

Hubo concentración de la riqueza y al mismo tiempo incremento de la pobreza, los ricos se hicieron más ricos y los pobres más pobres. Se acompañó todo este proceso con un cambio de los patrones de acumulación, apareciendo lo que Harvey (2003) denomina acumulación por “aceleración y despojo” con un predominio del extractivismo, que convierte a la naturaleza en materia prima para el mercado mundial. Ello generó un intenso deterioro ambiental cuyo síntoma más evidente es el cambio climático y el calentamiento global, que amenazan gravemente la vida del planeta. Sin duda, las reformas neoliberales acentuaron las desigualdades y el deterioro de la vida.

En resumen de la etapa(1990-1998), para 1999 teníamos un sistema de salud muy debilitado por las reformas privatizadoras, profundamente fragmentado y segmentado en múltiples instituciones y esquemas prestacionales sin ningún tipo de coordinación, donde las principales eran el Ministerio de Salud y Desarrollo Social(MSDS), el Instituto Venezolano de Seguros Sociales(IVSS) organismo autónomo adscrito al Ministerio del Trabajo a cargo de la administración de las prestaciones de seguridad social en especial pensiones (invalidez, vejez, entre otras) y salud (a través del Fondo de Atención Médica) con financiamiento contributivo tripartito, los servicios de las Fuerzas Armadas (sanidad

militar) y su Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), para el sector educativo el IPASME, para trabajadores petroleros (PDVSA), pero existían más de un centenar de organismos del sector público que tenían su propio mecanismo de proveer servicios y asistencia, siendo uno de los más corrientes la contratación de servicios de aseguramiento privado, llamados en Venezuela seguros de hospitalización, cirugía y maternidad (HCM), con los que el Estado terminaba financiando y subsidiando a las clínicas y sector privado del país.

Sólo un ejemplo: para el año 1998 la cobertura de los servicios de salud del IVSS, especialmente del FAM, se estimaba en 35% de la población total, incluyendo los trabajadores asegurados y sus familiares (D´Elia 2000).

Dinámica sociopolítica: Las políticas de salud a partir de 1999

Como hemos señalado, la situación de la salud en Venezuela antes de 1999 se caracterizaba por la aplicación de políticas neoliberales que conducían a la privatización de la salud según el modelo impuesto por el Banco Mundial (Feo, 2003).

Teníamos un sistema de salud centrado en la enfermedad, fragmentado en múltiples instituciones, segmentado por sectores de población, con poca capacidad resolutive, con un Ministerio extremadamente débil, y densos sectores de población excluidos del sistema de salud, lo que generaba una gran deuda social. Había un gran descontento e insatisfacción en la población, que era una de las expresiones del agotamiento del modelo político y sanitario vigente.

El triunfo de Hugo Chávez en 1998 marcó un cambio notable en la vida del país. Las primeras medidas tomadas por su gobierno estuvieron dirigidas a confrontar las políticas neoliberales, y en el campo de la salud se suspendieron las propuestas privatizadoras, ordenando la eliminación de los cobros en las instituciones públicas, y dando prioridad nacional a la reconstrucción del sistema sanitario.

Se convocó a una constituyente para redactar una nueva constitución, que reconoció la salud como derecho social fundamental, que debe ser garantizado de forma universal, sin distinciones de ningún tipo, y se establece la creación de un sistema público nacional de salud (SPNS), bajo los principios rectores de la universalidad, solidaridad, integralidad, intersectorialidad, y que debe ser de carácter descentralizado y con participación popular activa (Armada, 2005).

Sin embargo, a pesar de los grandes avances que contiene la nueva Constitución en lo referido a salud, no fue posible incluir el carácter único del Sistema, debido a la presión e incompreensión de los sectores vinculados al Seguro Social, y a las Fuerzas Armadas, que se negaban a la posibilidad de modificar sus subsistemas de seguridad social.

Paralelamente al proceso de desarrollo de la nueva Constitución, se desarrolló desde el Ministerio de Salud, conducido por el gran sanitarista, Gilberto Rodríguez Ochoa, quien impulsó un modelo de atención integral, centrado en la salud y la comunidad, y dirigido a enfrentar la fragmentación de la atención en los servicios de salud.

Así mismo, se comenzó a promover la participación social en salud y se elaboraron políticas de salud y un plan estratégico social de carácter integral e intersectorial, centrados en un modelo promocional de la vida y la salud (MSDS, 2002).

En relación a las distintas instituciones que desde el sector público fragmentan el sistema de salud, se encontraron serias resistencias para su integración a un sistema único, por lo que, con carácter táctico, se asume iniciar la creación bajo la denominación del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) desde el Ministerio de Salud, intentando extenderlo progresivamente a toda la población.

Para el año 2003 se crea la Misión “Barrio Adentro”, posterior al golpe de Estado fallido del 2002, como una estructura paralela al Ministerio de Salud, bajo el comando de la Misión Médica Cubana en Venezuela. Su nacimiento por fuera y al margen del Ministerio de Salud contribuyó más a la fragmentación del sistema. El objetivo inicial de Barrio Adentro fue fortalecer el primer nivel de atención y eliminar las barreras de acceso, para ello se abrieron más de 6.000 consultorios populares, que permitieron la inclusión en el sistema de salud de cerca de 10 millones de personas que carecían de acceso a los servicios públicos de atención médica, lo cual le generó una gran aceptabilidad dentro de la población (OPS, 2006).

Sin embargo, ese modelo nació con una debilidad sustancial, tomaba como referencia un modelo de atención que no respondía a las realidades de la situación de salud de Venezuela, y continuaba el predominio de un modelo de pensamiento centrado en la enfermedad, en el marco del modelo biomédico hegemónico. Dos ejemplos de esa situación, que luego se traduciría en graves problemas de salud, fue la decisión de que en los consultorios de Barrio Adentro no aplicaban inmunizaciones ni se hacía control prenatal.

Sin embargo, dado el éxito inicial de Barrio Adentro, como mecanismo de inclusión social en salud, llevando consultas médicas a sitios que nunca habían disfrutado de esos servicios públicos y de carácter gratuito, se desarrolló un modelo que fue creciendo en niveles de complejidad y capacidad resolutoria, para lo cual se crearon más de mil (1000) centros de Diagnóstico Integral (CDI) y Salas de Rehabilitación Integral (SRI), que conformaron un nuevo nivel de atención. De igual manera, comenzaron a desarrollarse Misiones Sociales educativas, alimentarias, de protección social, cultura, deportes y de capacitación, tendientes a mejorar la calidad de vida y salud. Tales Misiones contribuían a atacar determinantes sociales de la salud, y que permitieron logros sustanciales en

los primeros años del nuevo gobierno en indicadores sociales y sanitarios (MSDS, 2004) (Curcio, 2012).

También se plantea la construcción de nuevos hospitales y la recuperación de la infraestructura hospitalaria existente, un ejemplo de ello, el Hospital Cardiológico Infantil que presta servicios no sólo a la población venezolana, sino que se ha concebido y puesto en práctica con carácter latinoamericano.

Sin embargo, buena parte de los nuevos hospitales nunca se construyeron, se produjeron procesos de corrupción sistémica al interior de estas medidas, que en su momento se investigaron, pero nunca se tomaron medidas correctivas ni de castigo a los/as responsables, a pesar de estar claramente identificados. La impunidad ha sido sin duda uno de los grandes males del proceso político en el país.

Continuando con Barrio Adentro, sus avances e impacto social, sentaron las bases para la conformación de las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC) que se consideran la unidad básica organizativa y operativa de la estrategia de construcción y gestión del SPNS en el marco de un modelo de Redes Integradas de Salud. Sin embargo, habría que señalar una debilidad de esas ASIC y es que no se ajustan a la configuración geopolítica y sanitaria del país, generando problemas de coordinación con las instancias regionales y locales de dirección sanitaria local y territorial: las gobernaciones y alcaldías.

Paralelamente, se desarrolla una política masiva para la formación de profesionales y técnicos de las diferentes ramas del campo de las ciencias de la salud. Se destaca como logro importante la creación de la carrera de medicina integral comunitaria (MIC) y la especialización de medicina general integral (MGI). De esos programas de formación egresan miles de nuevos profesionales, que se conciben como la columna vertebral del intento de construcción de un nuevo sistema de salud en Venezuela (MPPS, 2016).

Modelo de Participación y control social

Existe consenso general sobre la necesidad e importancia de la participación social, comunitaria, ciudadana, popular, en materia de salud, aún en cualquiera de sus acepciones, tanto a nivel individual como colectivo.

Las diferencias provienen de la comprensión sobre el significado de la participación. En lo fundamental hay tres grandes enfoques, estos son: el conservador (neo-liberal), el reformista (social demócrata), y el social-comunitario-popular-crítico-radical (León, 2012).

El conservador, de ideología liberal, o neoliberal, considera la participación de la comunidad de manera instrumental, como un aporte de la gente, una colaboración, una responsabilidad de las personas, mano de obra gratuita, que generalmente incluye la

recaudación de fondos para contribuir a financiar los servicios de atención médica que se prestan, o la transferencia de responsabilidades del Estado a los individuos.

El enfoque reformista, vigente en muchos Ministerios de Salud de la región, plantea una modalidad un poco más activa de participación en una lógica de “complementariedad”, pero que no se plantea cambios sustanciales. Su carácter es de intermediación/mediación entre la población y los servicios-equipos de salud, de colaboración instrumental en tareas de prevención (campañas de vacunación, de limpieza de los centros de salud, de apoyo a los servicios de atención médica, etc.) o en instancias “consultivas” dentro del marco regresivo de lo que ocurre en el sistema de salud que vienen a complementar la actividad médico-asistencial de los trabajadores y equipos del sector salud. Generalmente recibe el apoyo de organismos e instituciones nacionales e internacionales que promueven estos planteamientos, como la propia Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Banco Mundial, UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia), entre otros.

La propuesta social-progresista considera la participación como una acción de las personas, de manera activa, consciente, crítica y organizada, en la toma de decisiones, en todos los momentos (diseño de las políticas, planificación, supervisión y control) y a todos los niveles (micro-local, local, estatal y nacional) en su condición de ciudadanos que con autonomía respecto al Estado e independencia en relación a los partidos políticos se proponen promover el acompañamiento y los cambios necesarios para hacer realidad la salud como derecho humano y social universal y exigirle al Estado la garantía de su cumplimiento.

En Venezuela, hasta 1999, se llevó a cabo una política de salud con el enfoque conservador y/o reformista. A partir del gobierno presidido por Hugo Chávez y con la aprobación de una nueva Constitución se plantea el impulso del enfoque social o progresista. Así se establece en esa Carta Magna, declarando que se trata de un Estado Social de Derecho y de Justicia sustentado en la democracia participativa y protagónica, en la cual el pueblo organizado como Poder Popular deja de ser objeto y pasa a ser sujeto activo y consciente de su devenir individual y colectivo.

La nueva Constitución venezolana de 1999 catapultó la participación al dotarla de una plataforma jurídica con amplio sustento: 130 de sus 350 artículos tienen que ver directa o indirectamente con el tema de la participación. Es la primera vez que en un texto constitucional venezolano aparecen con claridad y con una orientación definida hacia lo social conceptos como: Estado social, democracia entendida como social de justicia y de derecho, participativa y protagónica, ciudadanía, o participación ciudadana (Escarrá, 2004).

La nueva Constitución promueve la participación y consagra en el texto constitucional un conjunto de principios, tales como los derechos a la participación, incluye lo ciudadano y lo público en términos claramente coherentes con el deseable proceso de construcción de ciudadanía, en el marco de una nueva relación Estado-sociedad, definido éste como un “Estado Social de Derecho y de Justicia”, y establece una base jurídica suficientemente consistente que sirve de referencia para las organizaciones comunitarias en su intento por desarrollar los mecanismos de participación.

Numerosos eventos muestran como la nueva Constitución ha fortalecido, promovido o impulsado la participación de la comunidad. También, de manera categórica, se observa la tendencia hacia el aumento, en la cantidad y extensión geográfica, de organizaciones comunitarias, en el período posterior a su aprobación. El ejemplo más evidente serán la expansión de los “Comités de Salud” en la Misión Barrio Adentro: aun cuando no se cuenta con cifras oficiales, la página web del Ministerio de Salud indicaba que en cada Estado se juramentaron de 100 a 500 de estos comités en actos públicos.

Para ello, en un primer momento (1999-2003) se impulsan los Comités de Salud, que aunque ya existían en el anterior modelo, se les da un carácter más activo y protagónico, mediante los cuales la población, sobre todo en los sectores populares, se organiza, plantea su incorporación en el incipiente intento de crear un Sistema Nacional de Salud en el país con la propuesta de crear el Modelo de Atención Integral (MAI) que contenía una propuesta de Sistema de Salud Pública, universal e integrado con participación activa de la comunidad, con enfoque de derechos y un concepto de salud como bien público y por ende responsabilidad del Estado su cumplimiento.

En noviembre del 2002, producto de eventos diversas ciudades del país, estos Comités y diversas organizaciones y movimientos sociales presentaron las conclusiones y propuestas de sus eventos a la Sub-comisión Presidencial designada para elaborar el Proyecto de Ley de Salud. Llevaron a cabo cuatro encuentros nacionales, donde se conformaron grupos que seguían sus lineamientos; hasta llevarlos a organizar, en noviembre de 2003 el “I Congreso Nacional por la Salud y la Vida”. A este evento asistieron más de 2.000 personas provenientes de todo el país, se editaron varios materiales que orientaron la discusión de los temas centrales: *Salud como Derecho Social, Situación de Salud y Calidad de Vida en Venezuela, Construcción del Poder Local en Salud, Descentralización, Participación y Liderazgo, Marco Jurídico, Ley Orgánica de Salud y de Seguridad Social* (CONSALUD, 2004). Posteriormente, desarrollaron una serie de actividades en todo el país, sumándose a lo que se conformó en el Congreso como “Movimiento por la Salud y la Vida”.

Con la aparición de Barrio Adentro en el 2003 se multiplican los mencionados Comités de Salud en torno a la llegada de los médicos cubanos que en su mayoría se instalaron en consultorios médicos improvisados en los más diversos sitios, incluso en casas de familias que prestaban un espacio para su funcionamiento, y estos Comités

les servían de apoyo funcional. Para el 2005 se llegaron a contabilizar más de 20.000 de estos Comités en todo el país.

Sin embargo, con la creación de los Consejos Comunales, que en su configuración incorpora una vocería de Salud en la cual se incluyeron a los Comités de Salud fueron subsumidos en esa novedosa figura que tendría como propósito contribuir a la creación del Estado Comunal, embrión del nuevo Estado en transición al Socialismo del Siglo XXI como lo concebía el Presidente Hugo Chávez. Paulatinamente los Comités de Salud serían progresivamente absorbidos por estos Consejos Comunales.

Durante el segundo decenio del chavismo, a partir del 2010, se mantiene una importante actividad de participación popular en salud, sobre todo en torno a las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC) que promovidas desde la Misión Barrio Adentro se presentan como la nueva organización territorial sanitaria del país, totalmente cubierto con 493 de estas ASIC en la búsqueda de la universalidad, la intersectorialidad, la integralidad y la equidad en el campo de la salud.

Así en el año 2016 se dio un importante proceso de participación popular en salud en torno al Congreso de la Patria en Salud. Se promovió como iniciativa gubernamental para abarcar todos los sectores sociales y todas las áreas de las políticas públicas sociales con participación de voceros comunitarios, trabajadores, profesionales y técnicos realizando eventos en todo el territorio nacional, cuyas propuestas y conclusiones se llevarían a consideración del Ejecutivo Nacional y de la Asamblea Nacional Constituyente, la cual fue electa el 30 de julio del 2017, conformada por 545 integrantes. Más de 40 eventos en todo el país con participación de los más diversos sectores recogieron un conjunto de planteamientos que se propusieron al gobierno nacional. En lo conceptual planteaban establecer: *la salud como Buen Vivir. La salud como derecho, no como mercancía, bajo responsabilidad del Estado. Favorecer para su operativización la coordinación interinstitucional al interior del Ministerio de Salud y sus entes adscritos, e intersectorial con todos los ministerios del área social y con todas las misiones, instituyendo así la intersectorialidad. Proponían decretar el Sistema Único de Salud, revirtiendo la descentralización, eliminando las Fundaciones y Corporaciones de salud. Unificar todos los servicios públicos de Salud: integrar en un solo ente el Ministerio de Salud, el componente de salud del IVSS, la Fundación Barrio Adentro, el componente de salud del IPAS-ME, Sanidad Militar, Direcciones de Salud de las Alcaldías, servicios de salud de las empresas del Estado y todos los entes públicos de salud. Rectoría única por parte del Ministerio de Salud: mando único, a nivel nacional. Autoridad única en cada estado, Directores estatales de salud designados por el ente rector con perfil técnico, político y ético. Colectivos de Dirección a todos los niveles, con participación del poder popular comunitario y de los trabajadores. Desprivatización del sector salud: progresiva eliminación del pago a seguros privados y seguros auto-administrados de salud que el mismo Gobierno nacional financia. Contraloría Social: en todos los centros públicos y privados. Definir y poner en práctica una política nacional de producción y distribución de insumos,*

material médico-quirúrgico y medicamentos genéricos, y que el ministerio promoviera la creación de empresas de producción social para su elaboración. Enfrentar la mercantilización y la deshumanización de la atención médica. Lucha frontal contra el burocratismo y la corrupción en la administración de los organismos de salud. Nómina única centralizada de todos los entes públicos prestadores de servicios de atención médica. Contrato único para todos los trabajadores del sector salud. ASIC y Redes de Salud como ejes de la nueva forma de organización y de gestión del sistema de salud. Eliminación de los Distritos Sanitarios. Participación autónoma, soberana, efectiva, activa y protagónica del Poder Popular en todas las instancias del Sistema Público de Salud. Participación popular en la toma de decisiones, en todos los momentos del proceso (diseño de las políticas, planificación, supervisión, control y evaluación), y a todos los niveles (micro-local, en el ASIC; local, en el nivel municipal; estatal, y nacional). Consejo Presidencial de Gobierno del Poder Popular con participación del pueblo y de los trabajadores. Rendición pública de cuentas en todas las instancias del sistema, que permita hacer transparente las diferentes formas de administración de recursos.

Lamentablemente este conjunto de propuestas, si bien fueron avaladas por la Ministra de Salud para entonces, Dra. Luisana Melo, y fueron recibidas por el Vice-Presidente Arreaza, y el mismo Presidente Maduro, ninguna de ellas fue asumida ni puesta en práctica.

Más recientemente, en agosto del año 2018, el Presidente Maduro convocó el “Congreso Revolucionario de la Salud”, de nuevo con voceros de diversos sectores de la salud del país, aunque en esta oportunidad más acotados y seleccionados por los organismos gubernamentales y la militancia partidaria del PSUV (Partido Socialista Unido de Venezuela), en el cual una vez más se repiten las propuestas y promesas dirigidas a la creación de un sistema público único nacional de salud con participación protagónica popular en la perspectiva del Buen Vivir, pero aún sin acciones concretas que lo hagan realidad. Lamentablemente, buena parte de ese gran esfuerzo de participación ha sido cooptado, desactivado y controlado por el poder ejecutivo del Gobierno nacional.

Relación Estado-mercado actual y estructura del financiamiento: Mirada crítica del Sistema de Salud de Venezuela desde la perspectiva de la Salud Colectiva

Comprender la situación de salud y en consecuencia del Sistema de Salud de Venezuela pasa por entender la existencia de un doble problema: por un lado, estamos en un país en guerra contra el imperio, pero por otro lado tenemos un gobierno incapaz de resolver los problemas fundamentales del pueblo venezolano.

Es evidente que Venezuela atraviesa una guerra no convencional, híbrida, que combina bloqueo y sanciones económicas, guerra psicológica, bombardeo mediático, sabotaje tecnológico, e incluye acciones político diplomáticas, y operaciones encubiertas.

La guerra no es un invento del Gobierno, es una clara declaración del imperio norteamericano a un pequeño país que trata de salirse de las reglas del capitalismo mundial imperante. Esa guerra tiene dos causas fundamentales:

1. Político ideológica. Los planes de desarrollo de la nación, así como el discurso gubernamental, plantean un proyecto histórico socialista, alternativo al capitalismo imperante. Eso molesta al imperio y a bloques de poder en la región y el mundo del Norte. Sin embargo, habría que señalar que ese discurso anti imperialista y socialista, es de carácter retórico, y encuentra poco sustento en las políticas reales del gobierno.

2. Una pugna geopolítica. Para los EEUU es una absoluta prioridad recuperar el control del continente suramericano. Hay una enorme disputa por el control de los recursos estratégicos esenciales que dispone la región y que son fundamentales para que los Estados Unidos del Norte, se mantengan como la potencia imperial que pretende ser. Venezuela tiene la más alta reserva petrolera del planeta y recursos invaluablees como el oro y el coltán, indispensables para la perdurabilidad del centro capitalista.

Impacto de esa guerra sobre la salud

Son indudables los logros que se obtuvieron en los primeros años de la revolución bolivariana en materia de salud, entendida tanto en su acepción más estrecha de atención médica, como en lo que se refiere a la promoción, prevención, rehabilitación, es decir en abordar la salud en forma integral y actuar sobre su determinación social. De ello dan cuenta las cifras divulgadas por el gobierno nacional hasta el año 2014, convalidadas por organismos internacionales como la OPS/OMS o la FAO, que, a grandes rasgos, reseñamos a continuación (Alvarado, 2008) (Muntaner, 2008) (MPPS, 2016).

- Se alcanzó un alto Índice de Desarrollo Humano (IDH), de 0.64 en 1998 a 0.76 en 2013.
- El Coeficiente de Gini (desigualdad del ingreso) descendió de 0.48 a 0.38 en el mismo lapso.
- La pobreza, en general, descendió de 49.0 % en 1998 a 23.8% en 2009 y, en ese mismo lapso, los hogares en situación de pobreza extrema pasaron de 23.4 a 7.2.
- De una tasa de ocupación en 1999 de 86.5 se alcanzó 95.5 en 2014. La tasa de desempleo disminuyó de 16.6 en 1999 a 7.1 en el 2008.
- Mientras los gobiernos anteriores dedicaban menos de un tercio del presupuesto nacional a la inversión social, el Gobierno Bolivariano le ha dedicado más de dos tercios. Entre 1999 y 2013 la inversión pública destinada a salud se incrementó 59 veces, y la destinada a vivienda 43 veces.
- El ingreso mínimo legal se mantuvo desde 1989 hasta 2013 por encima de la canasta alimentaria normativa.
- En 1998 la cantidad de pensionados apenas alcanzaba a 228.900 personas, incrementándose a 2.565.725 en 2014. Hoy la pensión de vejez es universal.

- La tasa neta de escolaridad en Educación Primaria ascendió de 86.2 en 1999 a 93.0 en 2013; en ese mismo lapso, en el Nivel Pre-escolar, de 37.5 subió a 77.0, y en Educación Secundaria de 48.0 a 76.0. Los alumnos matriculados en Educación Superior se han incrementado de 668.109 en 1998 a 2.692.312 en 2014. En diez años se incorporaron más de dos millones de jóvenes a la Educación Superior.
- La tasa de mortalidad infantil en niños menores de cinco años, que en 1998 estaba en 23.4, descendió a 16.4 para 2008; en ese mismo lapso, la de mortalidad infantil en niños menores de un año de 21.36 descendió a 13.98, y la tasa de mortalidad post-neonatal de 8.0 disminuyó a 4.2.
- Los pacientes que reciben terapia antirretroviral (VIH/SIDA) de forma gratuita pasaron de 3.165 en el 2000 a 42.223 en 2012.
- La tasa de mortalidad por tuberculosis descendió de 3.35 en 1998 a 1.67 en 2013.
- La tendencia del déficit nutricional global en niños menores de cinco años, disminuyó de 5.3 en 1997 a 2.9 en el 2011. El índice de prevalencia de la subnutrición disminuyó de 21 en 1998 a menos de 5 en 2014. La disponibilidad energética en la dieta del venezolano (en calorías), de 2.127 en 1999 ascendió a 3.182 en 2011.
- El porcentaje de lactancia materna exclusiva aumentó de 7% a 27% entre 1990 y 2008.
- La esperanza de vida al nacer ascendió de 72 años en 1998 a 75 años en 2014.
- Se logró el inicio de la formación de médicos especialistas en Medicina General Integral; a partir del 2003 se ha incluido la formación de Médicos Integrales Comunitarios (MIC) a nivel de pregrado (6 años), de los cuales egresaron hasta el 2018: Médicos Integrales Comunitarios (MIC): 25.613 en formación y 24.819 graduados, Médico General Integral (MGI): 4.492 en Postgrado y 12.746 Graduados.
- Hasta 2013 se construyeron y dotaron 6.712 Consultorios Populares y 562 Centros de Diagnóstico Integral (CDI), que incorporan al sistema de salud 130 quirófanos; 584 Salas de Rehabilitación Integral (SRI), se pusieron en funcionamiento 35 Centros de Alta Tecnología (CAT) y 72 Centros de la Misión Milagro, todos en la Misión Barrio Adentro.
- El porcentaje de población con acceso a agua potable ascendió de 80 en 1998 a 95 en 2014, y la recolección de aguas servidas, en ese mismo lapso, de 62 a 84.

Negar los avances y logros de la Revolución Bolivariana en materia social y de salud en esos catorce años resulta realmente absurdo (2000-2014). Cuantitativa y cualitativamente en todos los aspectos de la salud colectiva, en un sentido amplio, los hechos e indicadores demuestran la situación.

Pesa sobre el país y su intento por construir un Sistema Público de Salud una doble tenaza. De una parte, la agresión geopolítica imperial orquestada por los Estados Unidos de Norteamérica alimentada por su intención de apoderarse de las inmensas riquezas del país. Al extremo de que el Presidente Obama llegó a declarar, y luego fue ratificado de manera aún más agresiva por su sucesor, el Presidente Donald Trump, que Venezuela representa una amenaza inusual contra los EE.UU. poniendo en peligro su seguridad

nacional. Todo lo cual ha abierto las posibilidades para cualquier tipo de intervención, abierta o encubierta, contra el país y su sociedad (FEDERAL REGISTER, 2015).

Las sanciones y bloqueo económico constituyen sin duda una medida que afecta al sistema de salud e implican en la práctica una aceleración del deterioro socio-sanitario especialmente entre 2016-2018. Las últimas medidas de expropiación (“robo” podría llamarse) de la empresa petrolera de Venezuela (CITGO) por parte de Estados Unidos, significa un golpe grave al financiamiento del Estado venezolano y del sistema de salud y las políticas públicas en el país. Este tipo de intervenciones similares a las realizadas en Irak, Libia, Siria, Cuba o Palestina; efectivamente producen impactos significativos actuales a nivel epidemiológico sanitario. Es innegable el impacto negativo de la guerra económica encabezada por los Estados Unidos de América sobre la salud y la atención médica, para el que quiera profundizar puede ver el dramático y real informe publicado por Misión Verdad (2018).

Pero también son innegables las enormes deficiencias y errores a nivel de gestión pública. No todo ha sido la guerra. No se logró aprobar una Ley de Salud que responda a los mandatos constitucionales, a pesar del control absoluto que tuvo el actual Gobierno nacional por muchos años de la Asamblea Nacional. No se ha logrado construir el Sistema Público Nacional de Salud previsto en la Constitución. Una altísima rotación ministerial, diecisiete ministros en veinte años, algunos de ellos con importantes denuncias de corrupción, que no han sido debidamente investigados y castigados. La complicidad e impunidad son hechos inocultables en la política gubernamental, donde se han impuesto la corrupción y la ignorancia.

Existieron excelentes ministros, citamos sólo por salvar su responsabilidad a Rodríguez Ochoa, Urbaneja, Capella, Armada, Iturria, Melo; pero hemos tenido ministros que merecen estar en la cárcel por sus dislates y tropelías. Alvarado el actual ministro es un profesional idóneo, honesto, de elevada capacidad humana y técnica, pero al frente de un Ministerio débil y un Gobierno incompetente con poca capacidad de respuesta en materia de salud y políticas sociales integrales y universales.

En resumen, cuando se están cumpliendo 20 años de la “revolución bolivariana” el balance de lo acontecido en relación a la intención de construir en Venezuela el Sistema Público Nacional de Salud que sea garante de un Buen Vivir es deficiente y contradictorio. El retroceso en los últimos años ha sido significativo.

El deterioro de la situación sanitaria ha generado una importante crisis epidemiológica y con emergencias de salud pública asociadas, que ha tratado de ocultarse incluso prohibiendo a las autoridades de salud pública la publicación de los Boletines Epidemiológicos, el último publicado en diciembre 2016 (MPPS, 2016) provocó la salida de altos funcionarios de salud. Ello constituye una aberración imperdonable.

En ese Boletín se evidencia una importante alza de la mortalidad materna e infantil, y el resurgimiento de múltiples enfermedades inmunoprevenibles. Los brotes de difteria y sarampión con 9585 casos y 173 defunciones(OPS, 2019), una epidemia de malaria que supera el millón de casos(OPS, 2018); o la creciente ola de infecciones intrahospitalarias de la cual somos testigos, lo que unido al desabastecimiento de medicamentos esenciales, carencia de reactivos de laboratorio y pruebas diagnósticas, disfuncionalidad de servicios críticos esenciales, la crisis sanitaria en poblaciones indígenas y sobre la salud de las mujeres, plantean un escenario crítico que no puede negarse. Nos avergüenza la incapacidad de nuestro gobierno para reconocer el problema, y nos entristece escuchar al presidente afirmando que tenemos un excelente sistema de salud. No es cierto. El pueblo, nuestra sociedad lo sabe. Además, lo hemos denunciado públicamente (Feo, 2018).

Otro hecho resaltante ha sido el éxodo masivo de trabajadores de la salud, provocado en parte por los bajos salarios y malas condiciones de trabajo, particularmente médicos y enfermeras, y a pesar de carecer de cifras oficiales sobre la materia, es evidente que el déficit de personal sanitario constituye un serio problema y nudo crítico actual de la pérdida de capacidades de los servicios de salud pública.

En conclusión, en términos del discurso político el saldo pareciera positivo, pero en los hechos luce ambiguo, precario, poco coherente con la realidad actual del país. Es cierto que hubo avances y logros que se observan con claridad en los primeros años (periodo 1999-2013), pero las fallas, errores y deficiencias también son evidentes en la actualidad, sobre todo del 2014 en adelante. No se garantiza realmente el Derecho a la Salud. No se ha logrado crear un Sistema de Salud consistente con las necesidades y requerimientos de la población. Más que un sistema es una sumatoria o agregado de instituciones u organismos, sin coordinación o coherencia entre ellos. Aunque el marco legal lo consagra como público en los hechos se ha producido un proceso de privatización directa e indirecta.

Financiamiento. Dinámica e impactos en servicios de salud

Existe una presencia cada vez mayor de seguros privados de hospitalización, cirugía y maternidad(HCM), o seguros auto-administrados pagados por el Estado al sector privado, que en los últimos años alcanzan un monto anual superior al presupuesto ordinario del Ministerio de Salud. Ahora además existe la presencia de la cooperación internacional Norte-Sur de agencias que no fortalecen el sistema de salud sino su industria de la ayuda.

El gasto privado de bolsillo y gasto privado total en salud se expandió (Carrillo Roa, 2018). No hay cobro directo por los servicios, pero hay un cobro indirecto, ya que con suma frecuencia el ciudadano debe aportar los medicamentos y el material médico-quirúrgico necesario para su atención o tratamiento.

Aunque se ha propuesto el carácter único del Sistema de Salud, en la práctica esta segmentado y fragmentado. Los micro-poderes de cada institución han impedido su integración. La Misión Barrio Adentro que surgió como iniciativa para lograr el Sistema único y universal, ha contribuido aún más a la fragmentación, al lado de varios centenares de organismos e instituciones públicas prestadores de servicios de atención médica en gobernaciones, alcaldías, empresas del Estado, universidades, fundaciones y corporaciones todas del mismo Estado.

Si bien el Sistema es nacional no ha sido posible desmontar la descentralización neoliberal urdida en los años noventa creando fundaciones y corporaciones estatales que bajo el mando de los gobernadores se manejaron de manera semiautónoma en relación al Ministerio de Salud afectando su rectoría y aún permanecen intocables.

En cuanto a la participación protagónica del pueblo no hay duda que la Constitución y las leyes la consagran con toda claridad, pero en los hechos se trata de una pseudo-participación manipulada, cooptada, instrumentalizada. No hay real participación de la comunidad organizada y de los trabajadores en la toma de decisiones, ni en el diseño de las políticas, planificación, ejecución, evaluación y control, como tampoco en la estructura organizativa propuesta a nivel micro-local, local, estatal, ni nacional.

Y en lo conceptual, el discurso oficial se maneja en términos de la Salud Colectiva y el Buen Vivir, pero en realidad sigue siendo fundamentalmente un agrupamiento de instituciones dedicadas a la atención médica reparatoria. La prevención y rehabilitación son precarias, y la promoción aún más deficiente.

El complejo tecno-médico-farmacéutico sigue cumpliendo un rol protagónico. El precio de los medicamentos, aun los esenciales y básicos, se ha hecho inalcanzable para el común de la población. Las medicinas alternativas y ancestrales son aún marginales, y la interculturalidad y el enfoque de género muy deficientes. La creación del Conglomerado Productivo Público del Sector Salud integrado por las empresas del Estado productoras de medicamentos (Quimbiotec, Espromed Bio, Profármacos y Laboratorios Miranda), no tuvo el suficiente desarrollo ni apoyo público para lograr una capacidad de sustitución de importaciones y soberanía sanitaria en el sector farmacéutico tecnológico. La red Farmapatria (120 en todo el país), también fue sufriendo el deterioro y el desabastecimiento como punto de acceso de los medicamentos como bien social a bajo costo. La creación de medidas coyunturales como el 0800-SALUDYA para adquirir y ubicar medicación de necesidad inmediata fue sólo una respuesta ineficaz que no atacó el problema sustancial en el acceso a los medicamentos de forma oportuna, efectiva y con uso racional.

En este contexto, visto globalmente, y en función de la creación del Sistema Público Único Nacional de Salud bajo control popular, debemos afirmar que al día de hoy, en Venezuela no se cuenta con un sistema, ni público, ni único, ni nacional, ni de salud,

y agregaríamos, que no hemos logrado el marco jurídico que lo respalde, no ha sido posible la aprobación de una Ley de Salud, ni tampoco el urgente y necesario control popular de la gestión pública en salud.

Hoy Venezuela según cifras oficiales (MPPS, 2018) cuenta con 15.497 equipos básicos de salud (EBS) conformados a nivel nacional (1 médico, enfermera, promotor social en salud), con redes de consultorios Populares (CP), Centros de Diagnóstico Integral (CDI), Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y Centros de Alta Tecnología (CAT) con las Clínicas Populares y la Red Hospitalaria. Pero esto no ha podido desarrollarse como Sistema nacional en si mismo.

Así pues, desde la mirada de la Salud Colectiva el Sistema de Salud venezolano en la actualidad se muestra contradictorio. Si tomamos como referencia los elementos que desde la Salud Colectiva deben caracterizar un Sistema de Salud, para considerar que el rumbo apunta en el sentido técnico-histórico-político correcto, nos encontramos con múltiples dudas e interrogantes.

La política pública social de salud del gobierno venezolano durante las dos décadas que lleva el chavismo en el gobierno ha tratado de incidir sobre los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad. No hay duda de que se produjeron logros en lo que se refiere a renglones como vivienda, educación, pensiones y empleo. Aún visto de esta manera se trata de una política social focalizada en los sectores y estratos más empobrecidos de la población más que una política social inclusiva, de alcance universal y sostenible en términos de un aparato productivo fortalecido.

En cuanto al marco jurídico, no hay duda de que la Constitución venezolana establece con claridad la salud como derecho humano y social fundamental y responsabilidad del Estado el garantizarlo. Sin embargo, el balance de estos 20 años muestra que el marco legal no tiene importancia ni produce materialidad en la vida si no se desarrollan las acciones y políticas públicas para cumplirlo y concretarlo. La enseñanza pareciera indicarnos que es el pueblo mediante la educación, la organización, la movilización y la construcción de una fuerza autónoma e independiente la que como Poder Popular será capaz de hacer que las leyes y normas, por más democratizantes que ellas sean, se cumplan. Y en Venezuela no ha habido una fuerza popular que exija el derecho universal a la salud y la construcción de un sistema de salud universal y eficiente.

Est también un planteamiento expreso desde el marco jurídico y a nivel gubernamental el establecer la salud como un bien público, no como una mercancía, frente a lo privado lucrativo. Sin embargo, en estos 20 años el proceso de mercantilización de la salud en Venezuela ha continuado su marcha implacable. El fortalecimiento del sector privado de la atención médica, el papel protagónico del complejo farmacéutico y tecno-médico y la dependencia sanitaria que genera, la presencia determinante de la rentable empresa

de los seguros médicos, el precio creciente y sin control de los medicamentos, aparatos e insumos médicos y quirúrgicos, la deshumanización en la atención al paciente, la expansión del gasto privado de bolsillo, configuran un cuadro de privatización y fortalecimiento de lo privado en el campo de la salud en Venezuela.

También en cuanto a la participación y el control social el panorama tampoco es alentador. De una parte, desde el gobierno, a todos sus niveles, y en el marco jurídico, Constitución y leyes de la República, el discurso es claro, firme, grandilocuente, pero en realidad no hay tal democracia participativa, deliberativa y protagónica, como ya lo hemos descrito antes. No hay contraloría social, no hay participación del pueblo en la toma de decisiones. Se trata de una pseudo-participación manipulada, cooptada, inducida.

En estos términos, no puede concluir este artículo, sin una nota de severa *autocrítica*. Los autores de este artículo no estamos exentos de responsabilidad, en distintos momentos y en diferentes posiciones, hemos acompañado algunos de los Ministros de Salud en el país. Hemos sido parte de este Gobierno. No estamos haciendo estas críticas desde afuera, ni desde la oposición que se pliega a las políticas de la geopolítica imperial, ni como espectadores de un proceso en crisis. Asumimos nuestra responsabilidad. No hemos logrado colectivamente responder a las expectativas que nosotros/as mismos contribuimos a generar. Llegará el momento en que debemos analizar con mayor detenimiento las causas, pero no debemos eludir esa responsabilidad. Debemos hacerlo!

Conclusiones y aportes para el debate:

1. En Venezuela a pesar del planteamiento constitucional que concibe a la salud como un derecho fundamental, que debe ser garantizado por el Estado a través de la construcción de un sistema público nacional de salud, la realidad es contradictoria, existe un sistema de salud con elevados niveles de fragmentación y segmentación que no garantizan el derecho a la salud.
2. En relación al financiamiento, existen un desvío importante de fondos públicos hacia el sector privado, por lo que el Estado Venezolano se convierte en el financiador fundamental del sector privado en salud.
3. No existe en Venezuela una Ley que articule y regule la organización y funcionamiento del sector salud, a pesar del control absoluto que tuvo el gobierno por muchos años de la Asamblea Nacional.
4. Aunque se asume que el modelo de atención es integral y centrado en la salud, la realidad es bastante diferente, predominando un modelo de atención centrado en la enfermedad y totalmente fragmentado.

5. En relación a participación, a pesar de los diversos intentos realizados, sigue predominando una perspectiva de la participación marcada por el carácter instrumental y utilitario de la misma. No existe una real y protagónica participación social.
6. Corresponde al movimiento de la medicina social y salud colectiva latinoamericana hacer una evaluación de las políticas de salud en los gobiernos progresistas de la región, donde ha habido muchísimas contradicciones e incoherencias, muchos gobiernos progresistas han desarrollado políticas conservadoras en salud. Aunque también es cierto que importantes figuras y colectivos de la medicina social y salud colectiva han tenido la oportunidad de gobernar, en algunos casos con logros significativos. Está pendiente hacer esa evaluación y balance. Sobre todo, porque sin duda nos corresponderá gobernar de nuevo, ya no a nosotros y nosotras, pero si a otras generaciones más jóvenes, y deben aprender de nuestros aciertos, pero también y sobre todo de nuestros errores, que no deben repetirse. Es una responsabilidad histórica hacerlo. Nuestros pueblos, que se mantienen en lucha, y nuestro movimiento sanitario en especial la Asociación Latinoamericana de Medicina Social(ALAMES) que aspira a ser una vanguardia que contribuya a ese proceso, tienen la palabra.

Bibliografía

- Alvarado, Carlos *et al.*, (2008) Cambio social y política de salud en Venezuela. Rev. Medicina Social Vol 3 N. 2
- Armada, Francisco (2005). Logros del Programa de Salud de la República Bolivariana de Venezuela. En: Informe Alternativo sobre la Salud en América Latina, 193-199. Quito: CEAS.
- Choquehuanca, David (2009). Sumaq Kawsay-Buen Vivir. El vivir bien como respuesta a la crisis global, 74-92.
- Carquéz, Freddy y León, José (1995). La crisis sanitario-asistencial venezolana. Los proyectos privatizadores y las políticas del Estado. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo.
- MSAS-BID-BANCO MUNDIAL (1997). Evaluación del Sistema Intergubernamental de Salud de Venezuela (1990-1996): Una Aproximación Inicial. Informe elaborado para el Proyecto Salud (MSAS-BID-Banco Mundial). Caracas.
- D'Elia, Yolanda (2000). El rol del IVSS en la reforma del sector salud. Caracas: IIES (UCAB)-Unidad de Políticas Públicas (USB).
- González, Marino (1999). Evaluación del Sistema Intergubernamental de Salud de Venezuela (1990-1996): Una Aproximación Inicial. Cuadernos de la Reforma de Salud. 1(3): 7- 37.
- Carrillo, Alejandra (2018). Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? Cad. Saúde Pública 2018; 34 (3): e00058517
- CONSALUD (2004). CONSALUD Participación Comunitaria. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo-MSDS.
- Constitución de los Estados Unidos de Venezuela (1947).

Constitución de la República de Venezuela (1961).

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000) Gaceta Oficial No. 5.453 Venezuela.

Contraloría Comunitaria en Salud (2004). Temas para el debate. Maracay: IAES.

Curcio, Pasqualina (2012). Evaluación de la Misión Barrio Adentro Venezuela (2003-2009) Rev. Politeia vol. 35, núm. 48, enero-junio.

Escarrá, Carlos (2004). Las transformaciones constitucionales y los principios de las políticas públicas. En: Seminario Nacional: Política Social ¿Un Nuevo paradigma? Recuperado de: <http://www.gerenciasocial.org.ve>

Federal Register (2015) Presidential document 13.692 publicado 11 marzo 2015 USA

Feo, Oscar (2003). Repensando la salud. Propuestas para salir de la crisis. Análisis de la experiencia venezolana. Maracay: Universidad de Carabobo.

Feo, Oscar (2018). Cómo está la salud en Venezuela. Publicado 7 de enero 2018 en el portal APORREA <https://www.aporrea.org/actualidad/a257515.html>

Forbes (2015). Recuperado de: <https://www.forbes.com.mx/las-industrias-mas-rentables-en-2015/>

Misión Verdad (2018). Sanciones y bloqueo, Crimen de lesa humanidad contra Venezuela. Ediciones Gobierno de Venezuela

Harvey, David (2003). The new imperialism. Oxford University press.

ISAGS (2012). Sistemas de Salud en Suramérica. Rio de Janeiro, Brasil

León, José (2012). La Participación Ciudadana en Salud en Venezuela y el nuevo marco constitucional. Valencia, Venezuela: Signos Ediciones y Comunicaciones, C.A

MSDS- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2002) Plan Estratégico de Salud y Desarrollo Social (3era. Versión). Ed. MSDS, Caracas.

MSDS- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2004). Lineamientos de política de salud: Misión Barrio Adentro. Coordinación Nacional de Atención Primaria. Mimeo. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Medicus Mundi Navarra (2013). Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2002) Plan Estratégico de Salud y Desarrollo Social (3era. Versión). Ed. MSDS, Caracas

MSDS- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2004). Lineamientos de política de salud: Misión Barrio Adentro. Coordinación Nacional de Atención Primaria. Mimeo. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

MPPS (2019). Plan Nacional de Salud 2013-2019.

MPPS (2016). Boletín Epidemiológico Semana 52 Dic. 2016.

Muntaner, Carles *et al.*, (2008). "Barrio Adentro" en Venezuela: democracia participativa, cooperación sur-sur y salud para todos. Medicina Social, 3(4), 306-322, noviembre.

OPS- Organización Panamericana de la Salud (2006). Barrio Adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas: OPS.

OPS- Organización Panamericana de la Salud (2018). 162º Sesión del Comité Ejecutivo 18-22 de junio 2018 Washington DC Respuesta de OPS para mantener la cooperación técnica en Venezuela.

OPS- Organización Panamericana de la Salud (2019). Actualización Epidemiológica Sarampión. Abril, 2019.

OPS- Organización Panamericana de la Salud (2017). Report on the Situation of Malaria in the Americas – 2017.

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2018). Plan de Acción en Salud: Nueva Etapa. Congreso de REDSACOL, Caracas, Septiembre.

Velázquez, Ramón (2004). Memorias del Siglo XX Biblioteca Ultimas Noticias Caracas

CAPÍTULO 3

Cuba, El Salvador,
Haití y Puerto Rico



● Cuba 1959-2018: De un modelo de servicios de salud capitalista a un modelo socialista

Francisco Raúl Rojas Ochoa⁵⁹

Zoe Díaz Bernal⁶⁰

I. Introducción

Este ensayo se propone contribuir al trabajo, pensamiento, descripción, análisis y discusión de las políticas y procesos de reformas y construcción de sistemas de salud en América Latina y el Caribe. Se han intentado o realizado reformas desde la concepción de los seguros de salud y otras variantes que proponen alcanzar la Cobertura Universal en Salud (CUS), generalmente bajo la rectoría de organismos financieros internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), con el apoyo del gobierno de los Estados Unidos de América (EUA), organismos multilaterales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) el Fondo Internacional de las Naciones Unidas para Emergencias en Niños (UNICEF) la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y organizaciones no gubernamentales privadas (ONGs) como la Fundación Rockefeller y la Fundación Bill y Melinda Gates.

En este estudio debemos distinguir dos situaciones muy diferentes: a) al referirnos a América Latina y el Caribe tratamos de procesos de reforma distintos en su contenido y resultados, generados unos por los cantos de sirena de la Alianza para el Progreso (1961) (Oficina Sanitaria Panamericana, 1961). y luego los derivados del Informe sobre el Desarrollo Mundial del Banco Mundial (1993) denominado "Invertir en Salud" (BM, 1993) b) al referirnos a Cuba tratamos no de Reformas, sino de una Revolución, radical, profunda, política, económica, social y cultural, que "cambia todo lo que debe ser cambiado" (Castro, 2000) y que en ese contexto genera un Sistema Nacional de Salud, único, estatal, universal, que no excluye a ninguna persona cubana, y que no implica pago al ser prestado el servicio en cualquiera de las unidades de salud.

Estas características del "caso cubano" lo aleja mucho de los que han estado haciendo reformas de corte neoliberal. En Cuba optamos por un sistema socialista. Es conocido el alto costo que ha soportado el pueblo cubano en defensa de su Revolución, pero también el pueblo defiende las conquistas políticas, económicas, sociales y culturales que ha obtenido, y una de ellas es precisamente esta.

59 Médico salubrista doctorado en Ciencias (1930-2020). Profesor e investigador de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba.

60 zoe@ensap.sld.cu Antropóloga doctora en Salud Pública. Coordinadora de Doctorado en Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba.

Otros movimientos revolucionarios en América Latina se han frustrado o luchan contra una ofensiva del capitalismo salvaje neoliberal, del Gobierno de los Estados Unidos de América y sus cómplices en nuestras repúblicas sojuzgadas. Hoy se repiten viejas estrategias y se emplean otras. En los últimos tiempos hemos visto golpes de estado militares, seguidos de dictaduras (Chile, Honduras), de golpes parlamentarios (Brasil), invasiones mercenarias (Cuba), sabotajes (Cuba, Venezuela), de estrangulamiento económicos (bloqueo, Cuba y Venezuela) guerra mediática cargada de mentiras, guerra diplomática, y otras formas de agresión. Todo esto afecta gravemente la salud de nuestros pueblos: en enfermedades, muertes, mutilaciones, epidemias, refugiados, desempleo, etc.

Al presentar el ensayo propuesto es necesario tratar de todo esto, no podemos limitarnos a consideraciones científicas o técnicas sobre los sistemas y servicios de salud. No vamos a disertar sobre la necesidad de investigar sobre los determinantes sociales de salud, cuando desde 1790 Johann Peter Frank advirtió sobre la miseria del pueblo como madre de las enfermedades (Lesky, 1790). La Revolución cubana erradicó la miseria del pueblo, de eso trataremos.

II. Métodos y técnicas

Premisas

1. Cuba ha construido un Sistema Nacional de Salud, único, público (estatal), de acceso libre y cobertura universal.
2. En América Latina y el Caribe distintas políticas de reformas han fundamentado sistemas de salud muy diversos donde predominan los servicios privados, las aseguradoras y el fraccionamiento institucional.
3. En América Latina y el Caribe desde 1993 se han priorizado las reformas de los sistemas de salud que pretenden la cobertura universal mediante seguros privados.

Objetivos

1. Presentar un relato sobre la creación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud único, de Cuba, sus características y resultados.
2. Comentar los procesos de reforma de sistemas de salud aplicados en América Latina orientados por políticas de aseguramiento inspirados en el documento del Banco Mundial "Invertir en Salud".

Periodización

Para el estudio sobre el Sistema Nacional de Salud de Cuba, es necesario extender el relato a un período mayor que el que se inicia en la década de los 90 cuando la política neoliberal postula los seguros privados como eje de la cobertura universal. Ya Cuba había

avanzado bastante con su política de sistema único, público, incluyendo la extinción de todo lo privado.

Consideramos que un relato más completo y coherente se logra periodizando los últimos 60 años. Un primer período abarcaría de 1959 a 1989, se crea en estos años el sistema único (años 59-69 aproximadamente) y comienza su estabilización y desarrollo (años 70-89). Continúa un período corto (años 90-94) de resistencia heroica de nuestro pueblo y luminosa política del gobierno ante la profunda crisis política, económica, social, cultural y de valores provocada por el derrumbe de los llamados “países socialistas del este de Europa”, donde teníamos concentrada la mayor actividad comercial y científico técnica del país, circunstancia que fue aprovechada por los gobiernos de derecha, en particular el de los Estados Unidos de América para recrudecer el bloqueo que venían aplicando desde la década de los 60. Este período lo hemos denominado “período especial en tiempos de paz”. Un tercer período abarcará de 1995 a 2018, donde se estabiliza y fortalece el sistema, se avanza prácticamente en todos los órdenes, en particular en el subsistema de Atención Primaria de Salud y logros en el campo de la ciencia. Así desarrollaremos el ensayo.

Siempre es oportuno advertir que los puntos de corte entre períodos no ocurren en un día dado o momento que pueda fecharse con exactitud. Es erróneo pretender que un cambio social notable ocurre un día o en un año. Las fechas o años que se mencionan son aproximadas.

Fuentes

1. Documentos oficiales. Gaceta oficial de la República: Constitución, Leyes, Decretos, Resoluciones Ministeriales, Códigos, Reglamentos. Otros documentos oficiales: sentencia de tribunales, informes, estadísticas.
2. Literatura científica nacional e internacional. Ver: revistas, publicaciones de instituciones nacionales y extranjeras, en especial OMS, OPS, UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas, FMI, Banco Mundial.
3. Indicadores de acceso y cobertura de servicios de salud, fuentes oficiales o de investigaciones científicas.
4. Entrevistas y discusiones grupales.
5. Prensa común: periódicos y revistas.

III. Primer período (1959-1989).

Antecedentes

La complejidad del problema que estudiamos nos obliga a conocer la historia del asunto y a describir prolijamente el objeto de estudio, para su mayor comprensión, dado que numerosos autores que lo tratan ocultan ciertas verdades y otros recurren

simplemente a lo que se ha llamado *fake news*, y que de acuerdo con el periodista Marc Amorós en su libro *Fake news, la verdad de las mentiras falsas*, se trata del propósito de ganar dinero como la razón principal de programar una mentira (Granma, 2019).

Como uno de los autores ya es viejo y conoce el problema desde hace tiempo, hemos utilizado un trabajo que se escribió en 1998 y que publicó la OPS en el 2000 como referencia para este primer período. Escrito entonces más cerca en el tiempo, al calor de los tiempos que corrían.

Como se advierte no se acepta que Cuba haya emprendido “reformas” de su sistema de salud. Sostenemos que hicimos “revolución”. No obstante, en el texto publicado en el 2000 utilizamos reformas refiriéndonos a Cuba, dado el contexto en que se produjo la publicación que se preparó en el marco de una convocatoria de la OPS sobre “Reformas sanitarias en perspectiva histórica” (OPS, 1995). Se trata aquí del primer momento de la periodización propuesta.

REVOLUCIÓN SOCIAL Y REFORMA SANITARIA: CUBA EN LA DÉCADA DE LOS 60

Introducción

La transformación ocurrida en la situación de salud y sus tendencias en la década de los 90; condicionada por las transiciones demográfica y epidemiológica; la necesaria respuesta a este cambio centrada en la transformación de los servicios de salud; la comprensión de la naturaleza social de la producción de salud y del rol económico de los servicios; la explosión de innovaciones tecnológicas en el campo de la atención y prevención de enfermedades y el aumento exponencial en el costo de los servicios de salud; son los hechos principales que han traído al debate teórico y al campo de aplicación en la práctica el tema de la reforma sanitaria (Ministerio de Salud Pública, 1996; Guerra, 1993; Banco Mundial, 1993; Granada, 1995).

Este debate y quehacer alcanza escala mundial, como una expresión más de la globalización, con énfasis particular en Las Américas, donde la corriente políticoeconómica de pensamiento neo liberal impulsa reformas que se vienen gestando y aplicando desde la década de los 80 y donde predominan las políticas de privatización como aspectos relevantes de las reformas propuestas o en marcha (Editorial, 1994; Navarro, 1994; BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, 1995).

Los movimientos de reforma en el sector salud, sin embargo, no son un fenómeno exclusivo de nuestra época, sino que se remontan a décadas anteriores. Tal vez no fueron reformas de igual sentido y dirección o a escala internacional tan amplia como las actuales, donde confrontamos a diario la globalización neoliberal acelerada, pero los

modelos que han sido llamados de Bismark, Semaschko y Beveridge alcanzaron a tener expresión fuera de su país de origen, incluyendo nuestro continente (BID, BIRF, CEPAL, OEA,OPS/OMS, UNFPA,UNICEF, USAID, 1995).

Este tema, que para los años 90 toma un vigoroso impulso, tiene una nueva expresión y responde a prácticas macroeconómicas, sin embargo, los procesos de reforma emergen en distintos momentos, determinados por el agotamiento de los modelos o los nuevos retos epidemiológicos, tecnológicos y organizativos. Así en Canadá, donde el sistema de salud es de cobertura universal, la provisión de servicios es principalmente privada (entidades no gubernamentales no lucrativas), pero el financiamiento es principalmente público, lo que asegura la equidad en relación con las posibilidades económicas del contribuyente. Durante los 80' el sistema se vio presionado por la necesidad de controlar los costos ascendentes. La reforma se inició en esos años, contempló la prestación de servicios con base comunitaria, y el desarrollo de enfoques promocionales y preventivos como alternativa a los predominantes servicios curativos. La reforma canadiense reconoce la limitada efectividad de las fuerzas del mercado como regulador y desecha políticas tales como la promoción de mercados regulados, competencia administrada o mercados internos en salud (BID, BIRF, CEPAL, OEA,OPS/OMS, UNFPA,UNICEF, USAID, 1995; Lalonde, 1974).

En Argentina “el énfasis del proceso de cambio orientado desde el Estado se ha puesto sobre la desregulación de las entidades financieras, dejando en penumbra la relación entre financiadores y proveedores directos que constituye la esfera donde se han producido los cambios más significativos y el debate se ha informado en términos fuertemente idealizados, contraponiendo estado a mercado, solidaridad a responsabilidad individual, interés público a interés privado” (Belmartino y Bloch, 1998).

En Venezuela las razones de la reforma se identifican como:

“perfil epidemiológico complejo y heterogéneo que ejerce una gran presión y demanda sobre todos los niveles de la red sanitaria; el sistema de servicios de salud se caracteriza por desintegración e incoherencia y por su baja equidad, accesibilidad, eficiencia y eficacia, así como su limitada capacidad resolutive frente al perfil epidemiológico existente; baja sustentabilidad de los servicios públicos de salud tanto desde el punto de vista de su legitimidad como de su financiamiento; un Ministerio de Salud con capacidad de rectoría comprometida lo que limita su rol en la definición de políticas de conducción, coordinación y regulación del sector”. Para resolver esta situación se proponen como objetivos de la reforma: mejorar la calidad de la salud; conservar la coherencia e integración del sistema sanitario; elevar los niveles de equidad, eficacia y eficiencia de la gestión “ (Jaen et al., 1996).

La cita es de 1996.

Estos ejemplos demuestran las muy diferentes raíces y orientaciones de las reformas, cada una emergerá en su realidad histórica específica.

En este contexto, la reforma ocurrida en Cuba en la década de los 60, consecuencia de un movimiento político revolucionario y de cambios profundos en la estructura y naturaleza de la formación económico social, que se transformó cualitativamente, y que fueron las determinantes y rectores de la reforma, primero del Estado y luego del sector salud, debe ser estudiada procurando encontrar elementos relevantes para el debate actual, en especial porque esta reforma siguió una dirección opuesta a la que hoy se propone en casi todos los países. Fue una reforma de perfil socialista, centrada en el propósito de resolver los problemas de salud de la población a partir de la creación de un sistema de salud nacional único, estatal, de cobertura completa y acceso pleno para la población en condiciones de equidad (Roca, 1961 y 1990; Rodríguez, 1979; Antología de Autores Cubanos, 1984).

El lapso que abarca esta parte del trabajo concierne a un período de transición, del capitalismo dependiente a la construcción socialista, períodos que “suelen ofrecer una visión particularmente cristalina sobre las prioridades, las reglas y las fuerzas que caracterizan la sociedad” (Programa de Subvenciones para la Investigación, 1995).

A partir de los años 60, Cuba construye su modelo sanitario, sienta sus bases y define sus políticas a corto, mediano y largo plazo, que han llevado a que el modelo, por sus propias contradicciones en su aplicación y los cambios generados en su interrelación con la macroeconomía y las relaciones con el mundo, se mantengan sin abandonar ni modificar sus principios, pero efectúe reformas en décadas posteriores, estableciendo diferencias sustantivas con las reformas que cursan en América Latina y Caribe.

Los estudios que conocemos sobre esta reforma sanitaria son escasos en número, limitados en su alcance y salvo excepciones, descriptivos (Rojas, 1964 y 1981).

Para nuestro marco conceptual, es necesario precisar que entenderemos en este trabajo como reforma sanitaria. Escogimos esta definición:

La reforma sectorial en salud es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector salud, con el propósito de aumentar la equidad de sus beneficios, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus prestaciones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de un proceso dinámico, complejo e intencionado, realizado durante un período determinado y a partir de coyunturas que lo justifican y viabilizan (Rojas, 1981).

No obstante los escasos estudios sobre el tema, esto no indica que no se tratara el asunto, o que se desconociera el debate contemporáneo sobre el mismo (Navarro, 1990; Rojas, 1988).

Los numerosos textos citados, salvo los de autores cubanos, sobre todo en años recientes, enfocan el tema desde la órbita de la discusión planteada en torno a la ofensiva neoliberal para la reforma del Estado y de reformas del sector salud, con la privatización como palabra de orden. Esta no es la situación de la época que este estudio abarca; la reforma cubana revolucionaria marchó en otra dirección, creando un Sistema Nacional de Salud, único, estatal, donde desapareció la propiedad privada sobre las unidades de servicios de salud, que devinieron gratuitos para el pueblo. En esta reforma, la concepción marxista de la salud social presidió el proceso.

Resultados

El período que abarca nuestro estudio se inserta en uno algo más extenso que a escala mundial está comprendido entre las explosiones atómicas que precipitaron el fin de la II Guerra Mundial (1945) y la desaparición de la Unión Soviética (1991).

Este período, llamado de la “guerra fría”, no es nada homogéneo, estuvo presidido por el enfrentamiento de las dos mayores potencias militares surgidas de la II Guerra Mundial. Varias generaciones crecieron bajo la amenaza de un conflicto a dirimir con armas atómicas. No llegó a suceder, pero durante 40 años fue una posibilidad cotidiana (Hobsbawn, 1996).

En este contexto varios hechos influyeron en lo que ocurrió en Cuba en los 60: la consolidación del “campo socialista”; la descolonización; el triunfo de la revolución en China; el inicio de movimientos guerrilleros y otras formas de lucha para la independencia o cambio de régimen político-económico; la proliferación de dictaduras militares de derecha, en especial en América Latina, en Europa las revueltas estudiantiles.

En el “tercer mundo” se produjo la explosión demográfica; el inicio del desarrollo acelerado del urbanismo patológico, la entronización de la corrupción administrativa: la progresión del narcotráfico; y en el “primer mundo” el auge económico y la introducción acelerada de nuevas tecnologías, caracterizaron también este período.

En Cuba lo político era marcado por la instauración de una dictadura militar en 1952 que puso fin a un período breve de democracia representativa donde lo más característico fue la corrupción y cierto auge de lucha entre organizaciones armadas civiles. La dictadura, apoyada por las administraciones de los Estados Unidos de América (EUA), era de naturaleza en extremo represiva, defensora de los intereses de la oligarquía nacional y del capital extranjero, casi todo norteamericano.

Contra este régimen se hizo el movimiento revolucionario que tomó el poder en enero de 1959, cuando se podía resumir la situación del país en los siguientes términos:

- Dependencia política y económica de los EUA, que controlaban la industria exportadora principal (con 25% de las mejores tierras agrícolas), energía eléctrica, teléfonos, combustibles, la parte más importante de los bancos, el transporte marítimo y la minería, entre las actividades económicas relevantes.
- Estructura económica predominantemente agrícola, monoprodutora (caña de azúcar); de tipo extensiva, de latifundio.
- Desempleo y subempleo permanentes y masivos, de hasta 25% de la fuerza de trabajo.

Economía abierta, donde de 25 a 28 centavos de peso de producción correspondían a importaciones obligadas, una concentración geográfica de exportaciones (60%) e importaciones (75%) en el mercado de EUA.

Esto puede condensarse afirmando que Cuba era un país neocolonial, agrícola, mono exportador y por tanto dependiente (Rodríguez y Carriazo, 1987).

En este contexto caracterizó nuestra reforma la adopción de la concepción ideológica marxista en todo lo referente a las transformaciones políticas, económicas y sociales del país, que incluyó lo concerniente a la salud pública. Por esto existió correspondencia entre el modelo económico implantado y la reforma sectorial. En consecuencia se adoptaron los principios de la salud pública socialista, tal como eran enunciados en los países de Europa del Este. A estos principios Cuba añadió el del internacionalismo, como forma solidaria de dar y recibir ayuda para el mejoramiento de la situación de salud de los pueblos (Serenko y Ermakov, 1986).

Principios de la Salud Pública Socialista

- La salud es un derecho de la población.
- La salud de la población es responsabilidad del Estado.
- Los servicios de salud alcanzan a toda la población por igual.
- Las prácticas de salud tendrán una sólida base científica.
- Las acciones en salud tendrán una orientación preventiva.
- La participación social es inherente al manejo y desarrollo de los servicios de salud.
- La solidaridad internacional será práctica de los servicios de salud.

Todo lo anterior estuvo presidido por la principal característica de la salud pública cubana a partir de 1959: la voluntad política de transformar la crítica situación encontrada y todo lo que atente contra la salud de la población, que toma su expresión más concreta y visible en la atención personal que el Jefe de Estado y Gobierno ha dedicado al sector salud y su personal intervención en la solución de los problemas más trascendentes en este campo.

La mayor realización en lo relativo al perfeccionamiento de la gestión fue la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS), que toma forma inicial con la ley de Salud Pública de 1961 y termina al final del período con la extinción de mutualismo. Este es a nuestro

juicio el resultado más trascendente a fines de la década (de la reforma: la creación de un sistema de salud, unificado, centralmente planificado y dirigido, descentralizado en su gestión, de cobertura global amplia, altamente eficaz, con participación social satisfactoria, económicamente sustentable y abierto a su perfeccionamiento constante (Delgado,1996; Cuba, 1960 y 1961;Navaro, 1972).

El carácter intersectorial del trabajo se evidencia por las decisiones que se tomaron alrededor de la construcción del SNS. Entre otras:

- Estrecha coordinación y participación del Instituto Nacional de Reforma Agraria (INRA) en el establecimiento y desarrollo del Servicio Médico Social Rural (1960), con apoyo material para la instalación de los consultorios médicos y construcción de hospitales rurales (Cuba, 1960).
- Creación de un organismo autónomo para regir lo relativo al suministro de agua potable y alcantarillado que en parte regía el Ministerio de Salubridad y Asistencia Social (Cuba, 1959).
- Traslado a los municipios de la actividad de recogida y disposición de residuales sólidos desde 1962, quedando la supervisión de este servicio a cargo del Ministerio de Salud Pública (58).
- Coordinación, hasta la integración en el MINSAP, de las acciones desarrolladas por el Ministerio de Bienestar Social (Agentes Comunales rurales, hogares de ancianos, etc.).
- Incorporación al MINSAP y ulterior desarrollo de los servicios médicos de la industria azucarera (1962).
- Apoyo multisectorial a las campañas de vacunación desde 1962 (polio, triple, etc.).
- Política de empleo que permitió reducir el número de desocupados permanentes de 700 mil a 376 mil entre 1958 y 1960 y 215 mil en 1962 (Ministerio de Salud Pública, 1961)
- El acceso a otros servicios sociales básicos como la seguridad y asistencia social, que influyen muy directamente sobre la salud, se vio asegurado e impulsado. Las leyes 351 y 677 de 1959 ampliaron notablemente la cobertura de la seguridad social. Esto se consolida con la ley 1100 de Seguridad Social de 1963, que define esta como de aplicación a todos los trabajadores, en régimen no contributivo, o sea a cargo del Estado y la integración en un solo cuerpo legal e institucional de la seguridad social (Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, 1983).
- Se organizan y entran en función las comisiones de salud del pueblo que reúne los esfuerzos de los ministerios y las organizaciones de masa (sindicatos, asociación de mujeres, de campesinos, etc.); es el punto más alto de convergencia para acciones intersectoriales en salud, y a la vez motor impulsor de la participación social (Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, 1983).

Tabla 1- Porcentaje de población económicamente activa desempleada (años seleccionados)

Año	En %
1958	12.5
1960	11.8
1962	9.0
1970	1.3

Fuente: Rodríguez y Carriazo (1987)

- Respecto al trabajo femenino, mientras en 1958 estaban ocupadas 194,000 mujeres (el 70% en labores domésticas) en 1975 la cifra era de 674,000. La tasa promedio anual de crecimiento ocupacional fue para el lapso 1960-1965 de 11.2% para mujeres y de 1.2% para hombres; en 1965-1970 de 7.1 % para mujeres y 2.3% para hombres (Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, 1983).
- Progresivamente las mujeres han llegado a ocupar la proporción mayor de puestos profesionales y técnicos, en especial en los sectores educación y salud.
- Durante los dos primeros años del periodo de la reforma se desarrolló una política tendente a elevar los ingresos, mediante la disminución de los gastos de las capas económicamente más débiles de la población. Se destacó en primer término la Reforma Agraria, que liberó del pago de rentas al 85% de los campesinos; elevó su poder de compras y aumentó la ocupación en la agricultura en 208,000 puestos, lo que produjo una redistribución de ingresos (clave de la equidad) entre 250 y 300 millones de pesos anuales (pesos de 1960, país de menos de 7 millones de habitantes) (Cuba 1959).
- Otras medidas de similares resultados fueron la Ley 122/59 rebajando las tarifas telefónicas; la 125/59 rebajando alquileres de vivienda entre 30 y 50%; la 502/59 rebajando las tarifas eléctricas y varias resoluciones y disposiciones ya citadas, rebajando el precio de las medicinas. Todo lo anterior produjo una importante reducción del costo de la vida (Cuba 1959, 1963).
- El salario de los trabajadores se elevó entre 30 y 40% de 1958 a 1960.
- Entre 1962 y el final de la década, se aplicó un sistema de racionamiento que hizo absolutamente equitativo la distribución de alimentos, ropa, calzado y bienes de consumo duradero, cuya demanda había aumentado como consecuencia de la elevación del poder adquisitivo de la población, lo que ocasionó aguda escasez, acentuada por la ruptura de los lazos comerciales tradicionales y la imposibilidad de elevar la producción nacional de los renglones mencionados (Cuba, 1963).
- La creación del Banco de Seguros Sociales (ley 351/59), que agrupó 54 cajas de retiros de trabajadores del sector privado; la Ley 677/59 que creó el seguro para trabajadores por cuenta ajena y finalmente la Ley 1100/63 de Seguridad Social

que define su aplicación a todos los trabajadores, en un régimen de carácter no contributivo, asumiendo el Estado para sí esta responsabilidad. Así se consagraba la equidad en materia de seguridad social, incluido lo pertinente a salud (Cuba, 1959, 1963).

Discusión

Para la mejor comprensión de la naturaleza y alcance, de la reforma cubana en el sector salud de la década de los 60 es necesario recordar el contexto, mundial y latinoamericano, en que se desarrolló. A lo dicho antes debemos añadir y destacar la peculiaridad de algunos hechos y su influencia en Cuba. Las fracasadas experiencias, víctimas de presiones externas e internas, de los gobiernos progresistas de Guatemala y Chile enseñaron a Cuba que su defensa sería distinta, en lo militar, social y económico. Así se hizo con éxito.

Este período fue el de las luchas armadas en África (Argelia, Congo, etc.), en América Latina (Guatemala, Nicaragua, etc.) y Viet Nam. La hostilidad, el cerco diplomático, las agresiones militares y el sabotaje económico fue la posición habitual de la casi totalidad de los gobiernos de América, por la actitud solidaria de Cuba con los movimientos independentistas y revolucionarios. Aquello afectó al país y su sistema de salud, en lo económico. Desde entonces sufrimos el bloqueo, mal llamado embargo, que ejerce el gobierno de los EUA y algunos de sus aliados (Editora Política, 1987).

Influencias positivas se recibieron de Europa del Este, en especial de la Unión Soviética: recursos materiales, transferencia de tecnología (no lo más avanzado para el momento), recursos humanos (trabajando en el país y formando especialistas). Esto no obstante no condujo a que copiásemos los modelos de servicios de salud de esos países. La asesoría soviética y checoslovaca fue de alto nivel y sostenida largo tiempo, pero pocas de sus experiencias reproducidas por Cuba (Kriegel, 1963).

Fue relevante la formación de cuadros profesionales en esos países para áreas importantes de la salud pública; además a pesar de las limitaciones impuestas por la situación política las escuelas de salud pública de México, Chile y Colombia formaron cuadros para Cuba, siempre mediados por la gestión de la Organización Panamericana de la Salud, a la sazón dirigida por A. Horwitz.

A nuestro juicio fue más importante la influencia cubana en el contexto latinoamericano de la época. Esta influencia fue en primer término de orden ideológico, el impacto de la Revolución Cubana; luego de orden político, el impulso a los movimientos revolucionarios. También, por los rápidos logros de la Revolución en salud, influencia sobre este sector.

Al respecto nos dice Guerra de Macedo,

"El ejemplo de los mensajes de Cuba tuvieron gran influencia en las luchas políticas de América Latina en la década de los 70. Su experiencia en salud continúa siendo una referencia importante para la Región: en organización del sistema, en investigación y desarrollo tecnológico y encontrando soluciones específicas como las del control del dengue, inmunizaciones, medicina familiar..."(Guerra de Macedo, 1997).

Lo que ocurría en Cuba, fue caracterizado por Ernesto Guevara como "una revolución agraria, antifeudal y antiimperialista, que fue transformándose por imperio de su evolución interna y de las agresiones externas, en una revolución socialista y que lo proclama así, ante la faz de América: una revolución socialista" (Guevara, 1961). Así tenemos que:

"la década de los 60 comienza con una manifestación política internacional contra las injusticias sociales y el crecimiento económico sin contrapartidas sociales deliberadas. El Consejo Interamericano Económico y Social (CIES), en el Acta de Bogotá (1960) reconoce la insuficiencia del crecimiento económico para reducir las profundas desigualdades y carencias sociales existentes en la Región y las necesidades de una acción de los estados, por medio de los gobiernos, para atender, las necesidades sociales y el fortalecimiento de la democracia" (Guerra de Macedo, 1997).

El mismo año se estableció el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), al que se dio mandato para ejecutar proyectos de inversión en el área social, pero que en salud su acción fue inicialmente tímida, restringida a la atención hospitalaria y saneamiento básico.

Las preocupaciones y motivaciones que llevaron al Acta de Bogotá (estabilidad política frente a situaciones de carencias sociales y el aparente avance del socialismo real), orientaron a una reunión especial del Consejo Interamericano Económico y Social (CIES) en Punta del Este, Uruguay, en agosto de 1961. En esta fecha la Revolución Cubana avanzaba por los caminos del socialismo, mostraba logros trascendentes en la esfera social y se defendía con éxito de todo tipo de agresión.

En Punta del Este se emite la Declaración de los Pueblos de América, donde los gobiernos signatarios se comprometieron a 12 acciones (incluidas las de la salud), de las que ya Cuba tenía realizadas 8. De las no realizadas, una era rechazada por Cuba: estimular la actividad privada para promover el desarrollo.

Punta del Este también consagró la Alianza para el Progreso (ALPRO), propiciada por J. F. Kennedy, que en su Resolución A-2 contenía el Plan Decenal de Salud Pública de la ALPRO (Oficina Sanitaria Panamericana, 1961).

En este plan se proponían 16 medidas a largo plazo para mejoras de la salud humana en América Latina y el Caribe. De ellas Cuba alcanzó en la década a cumplir con 15.

La excepción, “recomendar así mismo el uso de otros medios de asistencia técnica, multilateral o habitual, que están a disposición de los países de este continente”. El bloqueo a que está sometida Cuba desde hace ya cerca de 60 años no ha permitido el acceso a fuentes como el BID, el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, y en su época se bloqueó también toda ayuda bilateral. La excepción,

“OPS/OMS fue la única organización regional que no excluyó a Cuba como miembro pleno y que la apoyó en sus esfuerzos en salud, al mismo tiempo que utilizó la experiencia cubana vis-á-vis en las necesidades de otros países” (Guerra de Macedo, 1997).

No obstante lo dicho, la naturaleza verdadera de la ALPRO la denunció Ernesto Guevara en Punta del Este, allí dijo:

“Y voy a explicar, además, por qué esta conferencia es política; es política porque todas las conferencias económicas son políticas; pero es además política, porque está concebida contra Cuba, y está concebida contra el ejemplo que Cuba significa en todo el Continente Americano ... [y más adelante] “... porque Cuba está al margen, puesto que la Alianza para el Progreso no está hecha para Cuba, sino en contra, y no se establece darle un centavo a ella, pero sí a todos los demás ...” (Guevara, 1961).

Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para él Progreso (Síntesis)

1. Preparar planes nacionales para el próximo decenio.
2. Crear en los Ministerios de Salud unidades de planificación.
3. Mejorar la recopilación y análisis de las estadísticas vitales y sanitarias.
4. Dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares.
5. Perfeccionar la organización y administración de los servicios de salud nacionales y locales, integrando las funciones de prevención y curación.
6. Adoptar las disposiciones legales o institucionales que aseguren el cumplimiento de los principios y normas de la medicina individual y colectiva.
7. Hacer el mejor uso posible de los conocimientos derivados de la investigación científica.
8. Dar término a los proyectos en ejecución, en especial los relacionados con el control o erradicación de las enfermedades transmisibles, el saneamiento, la nutrición, la protección de la maternidad e infancia, la educación sanitaria y otros.
9. Suministrar agua potable por lo menos al 70% de la población urbana y 50% de la rural.
10. Reducir la mortalidad de los menores de 5 años a la mitad de las tasas actuales.
11. Erradicar del continente el paludismo y la viruela.
12. Mejorar sustancialmente la alimentación y la nutrición de los grupos vulnerables.
13. Procurar que se atienda cada vez mejor a mayor número de enfermos.
14. Establecer como meta general un aumento de 5 años en la esperanza de vida al nacer.
15. Recomendar a los gobiernos utilicen la asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana.
16. Recomendar el uso de otros medios de asistencia multilateral o bilateral que están a disposición de los países del continente.

Fuente: Oficina Sanitaria Panamericana (1961)

Hersh, biógrafo del gran promotor de ALPRO, escribe:

La esperanza, declaró Kennedy, en el discurso de 1961, consiste en un hemisferio donde cada hombre tenga suficiente para comer y una oportunidad de trabajar, donde cada niño pueda aprender, cada familia hallar un alojamiento decente. El presidente no dijo que la ayuda militar a Latinoamérica, en virtud de la Alianza, había aumentado en un 50% por encima del nivel de la era de Eisenhower, con creciente hincapié en la seguridad interior y la formación policial. Para muchos latinoamericanos era poco más que un medio cínico de facilitar armas para una guerra regional contra el comunismo, la oposición interior y ... Fidel Castro (Hersh, 1998).

A pesar de estas guerras, es Cuba el país donde más alta satisfacción han encontrado las esperanzas de 1961. Así hemos visto la influencia de la Revolución cubana sobre América Latina, en lo político, económico y social.

En años posteriores a la década que estudiamos se confirmó una de las razones que expusimos para la realización de la reforma, que es también la razón de la Revolución: el respaldo popular masivo a las políticas y decisiones respecto a lo político y social, y en especial en educación y salud pública, los beneficios que la población ha recibido son de efecto político profundo y abonan la estabilidad social del país.

Entre las características de la reforma, la práctica del internacionalismo, elevado a principio del sistema, fue iniciada en fecha temprana (1963), cuando 56 profesionales y técnicos llegaron a Argelia, recién conquistada su independencia. Progresivamente la asistencia y cooperación en el campo de la salud fue creciendo. En 1985 Cuba tenía lo que The New York Times definió como *"quizás el mayor programa de asistencia civil en el mundo"*. Cuba tenía entonces más médicos trabajando en el exterior que la OMS (Feinsilver, 1993).

El valor político de esta colaboración se relaciona con la forma de más peso en que se realiza la misma, que es la atención médica directa a la población en el país receptor. Pero junto a esta ayuda también Cuba ha trabajado en numerosos países, en algunos por largo tiempo: recibiendo paciente para atención médica, formando recursos humanos en Cuba y en el país anfitrión, ayudando frente a desastres naturales, donando equipos y suministros, con asesorías de alto nivel y diversas formas de cooperación multilateral. Todo lo referido como aporte gratuito de Cuba, excluye por tanto la hoy frecuente ayuda compensada, o sea pagada parcial o totalmente por el país receptor. La cooperación internacional en el campo de la salud es uno de los hechos trascendentales de la, reforma, y el de más impacto en las relaciones de la salud pública cubana con el exterior.

Un aspecto de la reforma, que hoy suscita discusión, es la concepción totalizadora del sistema de salud cubano que incluyó como partes integrantes del mismo la casi totalidad de las actividades relacionadas con la salud humana. La excepción fue el suministro de agua potable y el saneamiento básico. Lo más relevante de lo asumido fueron la producción y distribución de fármacos, equipos e insumos del sector y la formación de recursos humanos.

Cuando esto ocurrió estuvimos de acuerdo con esta política, pero al evaluar retrospectivamente los hechos, reconocemos como correcto para aquel momento la concentración bajo mando único de tan importantes aspectos relacionados e interdependientes de los servicios de salud, en un momento de convulsión política y económica. Lo que permitió avanzar a soluciones prácticas satisfactorias para el momento y aún años posteriores. Pero esto ocurrió hace más de 40 años, hoy consideramos deben separarse de la órbita del Ministerio de Salud Pública.

Esto corregirá el gigantismo que se aprecia en el sector; que tenía 339943 trabajadores en 1997, el 4.9% de la población en edad laboral; además dejar al Ministerio respecto a, la industria y al comercio farmacéuticos, de los equipos y otros insumos, en libertad de ejercer con rigor la fiscalización de estas actividades, o sea el control de la calidad de los productos. Otro tanto respecto a la formación de personal, en especial a nivel universitario de pre- y postgrado, tarea esencial de las universidades, que no alcanza soluciones óptimas cuando éstas se subordinan a organismos de servicios, como es el de la salud (Ministerio de Salud Pública, 1998).

La intransigencia frente a la corrupción, que desde los primeros días del Gobierno Revolucionario se hizo principio de actuación, se ha mantenido y fortalecido a lo largo del tiempo. Éste es otro de los pilares del respaldo popular que goza la administración revolucionaria y factor de éxito en una gestión de servicio de salud que no ven afectados sus recursos por despilfarro, malversación o robo (Editora Política, 1989).

La planificación, sobre la que insiste la ALPRO, al recomendar, crear en los ministerios de salud unidades específicas para esta función, era ya una realidad en Cuba antes de Punta del Este (Oficina Sanitaria Panamericana, 1961; Machado, 1963).

Tanto la ALPRO como la OPS-OMS insistían reiteradamente en la implantación y desarrollo de la planificación en salud (y la planificación económica y social en general). Se crearon escuela, cursos y métodos de planificación (como el CENDES/OPS). Esto llama la atención por cuanto las economías llamadas centralmente planificadas eran las de países socialistas. Fue el socialismo el que reivindicó la planificación, sin embargo para luchar contra él, se escogía una de sus armas estratégicas. Hoy al calor de las corrientes neoliberales, se condena la planificación y se promueve el juego libre del mercado, del ciego mercado. Cuba ha seguido el camino de la planificación. y

tomando como elemento cardinal de su fundamentación lo que señaló, precisamente en Punta del Este el Comandante y Doctor Ernesto Guevara:

"... la condición previa para que haya una verdadera planificación económica es que el poder político este en mano de la clase trabajadora. Ese es el sine qua nom de la verdadera planificación" (Guevara, 1961).

El resultado de la implantación de presupuestos, expresión concreta del financiamiento estatal, en todas las unidades de servicio y administrativas del sistema, permitió un control económico eficiente para impedir la corrupción, orientar el gasto público en la dirección de las políticas principales de salud, descentralizar la ejecución del presupuesto global del MINSAP y frenar el crecimiento del gasto, en especial en el rubro personal.

A lo largo del proceso de reforma fue importante que se adoptara desde temprano la estrategia de programar, en los primeros años contra daños. En años posteriores los programas fueron dirigidos principalmente a grupos de población vulnerable, con un contenido integral en las acciones programadas (prevención-asistencia) (Capote, 1979).

Atención priorizada mereció el desarrollo de la estadística en el sector salud. En la XIV Reunión del Consejo Directivo de la OPS (1963), su director había dado su impresión de que *"todavía pasarán bastantes años antes de que se pueda contar con una información de calidad excelente"* (Horwitz, 1964). En esos años los anuarios estadísticos de las Naciones Unidas (Demography Yearbook) presentaban los datos de Cuba en letras 'bastardillas' (cursivas), lo que las calificaba como incompletas, por subregistro. En 1974, se pidió por el Ministerio de Salud Pública a la OPS-OMS una evaluación de las estadísticas vitales de Cuba, en especial las de mortalidad infantil. El informe del consultor que hizo la evaluación concluyó que estas estadísticas eran completas y confiables, y recomendó la supresión del citado tipo de letras en los anuarios mencionados, lo que así se hizo (Puffer, 1974).

Apoyándose en este desarrollo de la estadística y para fines de control de programas y planificación, se instrumentó para uso del nivel local de los servicios (áreas de salud) un sistema de información que en un solo documento mostraba las metas propuestas, lo realizado y su grado de cumplimiento, así como otros datos pertinentes. A esta *"carpeta"* se le conoció como *"el libro rojo"*, por el color de su cubierta. Fue una eficiente guía para el trabajo local (Ministerio de Salud Pública, 1974).

Un componente del proceso, que mejoró la eficiencia del sector, fue la creación de los Grupos, definidos como "un conjunto de profesionales que, con el más elevado nivel de conocimientos en sus campos respectivos, estudian los distintos problemas de salud del país de acuerdo con su desarrollo integral, determinan normas que rigen el

cumplimiento de los distintos programas de salud en un plazo determinado, y evalúan periódicamente su ejecución”.

Estas ‘fuerzas de tarea’, en 1968, han realizado una gran labor, caracterizada por su alta calidad, rigor técnico, amplitud en cuanto a cobertura de problemas y su gran importancia al hacer más participativa la acción de personas altamente calificadas y de las instituciones de donde proceden en las tareas de organización y dirección del sistema. La actuación de los grupos es integral: asistencial, docente, de investigación y administración (Escalona, 1972).

Los hechos probatorios de la equidad alcanzada fueron la rápida extensión de cobertura geográfica la. gratuidad de los servicios, la rebaja de precio de los medicamentos, la elevación del nivel de vida de la población, la ampliación de los beneficios de la seguridad social y la eliminación de distintas formas de discriminación lo que dieron a todos los cubanos las mismas oportunidades para su acceso a los servicios de salud. La elevación del nivel de educación y la participación social han completado el sistema cubano de salud como el más equitativo que conocemos. En un sentido más general la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) ha expresado: *“El igualitarismo también se manifestó en un amplio espectro de políticas diseñadas para prohibir la discriminación abierta; compensar determinadas deficiencias económicas, geográficas y culturales en la capacidad de participación entre grupos urbanos y rurales, razas y sexos; dignificar el trabajo manual y movilizar a la conciencia popular en torno a la importancia de la igualdad social”* (CEPAL, 1980).

La mayor eficiencia de los servicios se vio favorecida por el desarrollo de la planificación, el establecimiento de los presupuestos y la formación de administradores. Sin embargo el aumento rápido del número de trabajadores administrativos, no siempre bien entrenados, mantuvo un estilo burocrático de trabajo, que en cierta medida frenaba el estilo ágil de las decisiones. Esto caracterizó todo el período, acentuándose al final del mismo, cuando se hizo un llamado a la lucha contra el burocratismo, de resultados limitados. Hasta fecha relativamente reciente no se comienza una rectificación a fondo en esta situación.

El gran salto de calidad observado en los servicios se alcanzó por el impulso dado a la formación de personal, la creación de los institutos de investigación la constitución del Consejo Científico, la realización del Forum de Higiene y Epidemiología, la implantación de normas de diagnóstico y tratamiento, la permanente supervisión de los servicios. Todo esto se ha descrito ya pero debe añadirse un factor, subjetivo, de enorme valor, para comprender como el país, en permanente escasez de recursos, alcanzó cambios de calidad como los presentados respecto a situación de salud (en especial morbilidad y mortalidad), y que es a lo largo de este período y aún 60 años después, la devoción, la mística, la entrega del personal técnico y profesional de los

servicios de salud a su tarea. Cada uno en su puesto, en atención primaria o secundaria, ganando la confianza plena de la población en el servicio público, estatal, y haciéndose respetar y respaldar por las autoridades de salud y del gobierno.

La sostenibilidad del sistema se ha asegurado desde los años estudiados hasta hoy, y se prevé así el futuro. Esto lo consideramos consecuencia de las tres razones principales que sustentan el sistema:

- La voluntad política, expresada reiteradamente por la atención personal del Jefe de Estado y Gobierno a los problemas del sector; y por la decisión de financiar el sistema mediante el presupuesto estatal, nutrido de los impuestos y ganancias de las empresas, exonerando de este gasto a la población;
- La elección de tecnologías adecuadas, en un sentido amplio, que incluye las de organización y administración, como, es la decisión sobre que programas específicos son pertinentes y sus prioridades; o la elección de la atención primaria de salud como base del sistema;
- La participación social, que acepta y apoya el sistema en su concepción y modo de aplicación, lo que a su vez se torna en apoyo popular al Gobierno que creó y mantiene el sistema.

Así todo esto nos enseña una lección: cuando se reúne voluntad política, tecnología adecuada y participación popular, en un escenario libre de corrupción y de presiones externas, se puede alcanzar resultados como lo demostrado por la reforma de la Revolución cubana. Y no sólo para hacer la reforma, son también las condiciones que conducen a la sostenibilidad de la reforma, que por demás se afianza en sus resultados concretos de mayor equidad y mejoras importantes en el estado de salud de la población, así como en la confianza de la población en su sistema.

Por esto defendemos a ultranza el humanismo y la solidaridad consustanciales a la ética de nuestro sistema político, sostén del modelo de sistema de salud generado por la reforma revolucionaria.

EXTENSIÓN DE COBERTURA EN CUBA (1959-1989)

Introducción

En el título se escogen las palabras “extensión de cobertura” porque así conoció por primera vez de este asunto hace más de 50 años uno de los autores que iniciaba su vida profesional como médico rural y al que alguien dijo que el servicio que se inauguraba por

la generación de médicos graduados en enero de 1960 marcaría el inicio de la extensión de cobertura de servicios de salud para la población rural de Cuba.

Durante más de medio siglo se ha tratado con diferentes calificativos la cobertura y a la fecha actual (2019) sólo la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han publicado miles de páginas sobre cobertura universal.

Se ha postulado que la cobertura sanitaria universal tiene como objetivo "garantizar que todas las personas puedan utilizar los servicios de salud que necesitan sin correr el riesgo de ruina económica o empobrecimiento. Estos servicios van desde la atención clínica del paciente individual hasta los servicios públicos que protegen la salud de una población entera" (OMS, 2013).

"Los servicios de salud comprenden medios de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa, y deben ser suficientes para atender las necesidades de salud, tanto en cantidad como en calidad. Así mismo, han de estar en condiciones de afrontar imprevistos: desastres ambientales, accidentes de origen químico o nuclear, pandemias, etc." (OMS, 2010).

Al postular el objetivo de la cobertura se dijo que las personas utilizarían los servicios sin riesgo de ruina económica o empobrecimiento. Ampliando esta idea se añade citando el "Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal" (OMS, 2010), que en este documento se presentó el concepto de cobertura sanitaria universal en tres dimensiones:

- los servicios de salud que se necesitan
- el número de personas que lo necesita
- los costos para quienquiera que deba pagar-usuarios y terceras partes financiadoras

Se define que habrá costos para quienquiera que deba pagar. El asunto de quien o quienes deban pagar quedó fijado al menos desde el año 2000. Al respecto se escribió:

"El siglo XXI comenzó con los que algunos consideraron un documento aparentemente sorpresivo, pero no fue sorpresa para los más avisados, como Navarro, Hernández Álvarez, un grupo de la Fundación Oswaldo Cruz y ALAMES-IAHP. Se trata de lo que se llama Informe Brundtland 2000 (OMS, 2000; Rojas, 2012; Gervas 2014).

"El informe es un esfuerzo notable, realizado por expertos, conocedores sobre todo de las políticas del Banco Mundial, con el que han trabajado, y apoyado por la experiencia de un notable sanitarista propulsor de la reforma neoliberal".

"No es pues sorpresa el cambio de política que se aprecia en lo que a la OMS respecta. Se defiende la eficiencia económica sobre la equidad social. Se atribuye a los servicios de salud éxitos que no se fundamentan. Navarro hace una certera

crítica a esta posición. Las ideas que el Informe presenta están lejos de los puntos de vista que aquí han expuesto en los párrafos anteriores: lo económico, lo político, lo social, lo cultural; no es pertinente en el análisis de la situación de salud y los sistemas de salud. Lo pertinente es quien paga por los servicios, concluyendo que deben pagar todos (equidad financiera se llama esto). La pregunta es ¿cómo pagan los pobres?, que son muchos, la mayoría".

"En fin, se defienden posiciones conservadoras, se abandonan las ideas que surgieron al llamado de Alma-Atá".

"Es un informe que apoya las reformas que han impuesto el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, la Reforma Neoliberal, ya hoy bien conocida por su fracaso" (Silva Ayçaguer, 2013).

"Mejorar el desempeño" es la palabra clave y objetivo del informe comentado. Esto se declare así textualmente (De Melo, 2013). El informe no refleja la posición de la corriente mayoritaria de los salubristas, de aquellos que luchan por mejorar la salud de los pueblos, para que los sistemas de salud sean de cobertura y accesibilidad total para la población.

Coinciden los autores con el "*Informe sobre la salud en el mundo 2013*" cuando enumera las funciones que deben cumplir los sistemas de salud para asegurar la cobertura universal:

1. acceso a los medicamentos esenciales y los productos sanitarios;
2. un personal de salud motivado y cualificado, accesible a las personas que atiende;
3. unos servicios integrados y de calidad, centrados en el paciente, en todos los niveles, desde la atención primaria hasta la terciaria;
4. una combinación de programas prioritarios de promoción de la salud y control de las enfermedades, incluidos los métodos de prevención y tratamiento, integrados en los sistemas de salud;
5. unos sistemas de información que generan datos oportunos y precisos para la adopción de decisiones; y
6. unos sistemas de financiación sanitaria que recaudan fondos suficientes para la salud, proporcionarán protección contra los riesgos económicos, y velarán porque los fondos se utilicen con equidad y eficiencia (ALAMES-IAHP, 2000).

Puede sugerirse, de acuerdo a los tiempos que corren observar en el cumplimiento de estas funciones los más estrictos principios de la ética, incluida la protección y lucha contra la corrupción. Es particularmente pertinente en su dimensión mundial la vigilancia de la Gran Pharma (industria farmacéutica transnacional) y ciertos manejos en torno a la llamada medicina natural y tradicional, esto último de importancia en nuestro país (MINSAP, 1966, 1972, 1982; Hernández, 1971; Serenko y Ermakov, 1986).

Es necesario avanzar en tratar de conocer como se logró extender la cobertura de servicios de salud a partir del ejemplo de Cuba. Observar hasta donde se amplía la cobertura y como se hizo en cada momento. La meta de una cobertura universal como se ha propuesto no se alcanza en poco tiempo, ni con poco esfuerzo, si con dura lucha.

Al adentrarnos en el estudio del proceso cubano se hará principalmente refiriendo lo ocurrido en el ámbito de la atención primaria de salud (APS).

Es la APS donde se libra y se gana la batalla de la cobertura total o universal. Es en el área rural donde se encuentran los obstáculos mayores. Es sólo con un sistema de salud basado en los principios de la medicina socialista y en un país que avanza en la construcción de una sociedad socialista que puede llegarse o alcanzarse la mayor aproximación a la cobertura que se propone.

Los componentes de alta y novedosa tecnología pueden influir en los avances más rápidos, más seguros o de menor costo, pero no son los decisivos al propósito de la cobertura universal. Comparar dos ejemplos ilustra lo expresado.

La hidratación oral es un proceder muy antiguo, pero no se reconoció como técnica y procedimiento normado basado en un producto de la industria farmacéutica hasta la segunda mitad del siglo XX, con las sales o soluciones de rehidratación oral (SRO). Producto de muy bajo costo, de fácil manejo incluso por personas ajenas a los servicios de salud. Su empleo ha sido aplicado a millones de personas con resultados altamente satisfactorios. Se le atribuyen millones de éxitos terapéuticos. Su cobertura es fácil de universalizar y poner al alcance de miles de personas.

Gran contraste con la tomografía axial computarizada. Un notable resultado científico-industrial. Equipo de alto costo, como lo es su mantenimiento y explotación. Demanda profesionales especializados para su uso. Aplicable en casos seleccionados, nunca uso masivo ampliado, por lo que beneficia a pocas personas, genera radiaciones de fuerte impacto al paciente y al medio. No es elemento de significación al considerar la cobertura.

Un buen ejemplo de conquista de alta tecnología con efecto en cobertura preventiva son las vacunas. Cuba ha logrado dos resultados de singular éxito al crear y producir dos vacunas de alta eficacia, la antimeningocócica contra los serogrupos B y C (*Neisseriameningitidis*) y la vacuna contra el *Haemophilus influenzae* tipo B. Esta última a partir de un antígeno sintético. Por primera vez se ha desarrollado en el mundo una vacuna para uso en humanos con un antígeno sintético. Fueron dos soluciones efectivas a dos importantes problemas de la última década del pasado siglo xx.

Cobertura en área rural

En enero de 1960 se aprueba la Ley 723 que establece el Servicio Social de Postgraduados, que luego llamaríamos Servicio Médico Social Rural. La ley no obligaba a cada recién graduado a concurrir al trabajo en el campo, pero 318 de los 330 egresados lo aceptaron. Fue la punta de lanza del Servicio, lo primero, el recurso humano. Empezaron a trabajar en lugares improvisados, con los medios que cada uno llevó en su equipaje, luego lo que fue gestionando, hasta que llegó un plan de construcción de dispensarios y hospitales, que en tres años sólo en hospitales típicos (27 camas, Rx, laboratorio) alcanzaron el número de 26, a los que se añadieron los que surgieron por iniciativas locales en número menor (entre otros Imias, arrocera al sur de Florida, varios en la zona montañosa del centro del país). Los dispensarios, también llamados puestos médicos o postas médicas eran mucho más numerosos. Siempre cubiertos por médicos, ni enfermeras, sanitarios u otro tipo de paramédico solo. La cobertura llegó a alcanzar una extensión notable.

Fueron las funciones principales del Servicio desde su inicio la atención médica (preventiva y curativa), la vigilancia epidemiológica y la educación sanitaria. Un concepto integral en sus funciones.

En 1965 las consultas del Servicio fueron 1, 247, 347 el 7% del total del país ese año (MINSAP, 1966). El Servicio continuó su desarrollo impetuoso, el MINSAP le otorgó prioridad, el Ministerio de la Construcción (MICONS) construyó con rapidez y calidad las instalaciones necesarias, otras se hicieron con recursos locales, el Instituto de Reforma Agraria (INRA) dio fuerte apoyo.

El Servicio y los avances de la educación en el área rural (alfabetización, maestros voluntarios...) fueron parte de la Reforma Agraria. En 1962 se incorporaron al Servicio los estomatólogos ampliando la cobertura a la salud bucal.

En 1972 se investigó la cobertura del servicio en el área rural del sur de la provincia de Las Villas, es la región "montañosa" del centro del país, llamada generalmente El Escambray, pero que además de esta sierra lo forman las alturas de Trinidad, el grupo de Guamuhaya, la sierra de Agabama y la citada sierra del Escambray. Hoy (2019) este territorio lo comparten tres provincias: Cienfuegos, Villa Clara y Sancti Spíritus.

En la Dirección Provincial de Salud Pública, las Direcciones Municipales y las instalaciones de servicio visitadas obtuvimos los datos que siguen.

La región comprendía una superficie de 3 860 Km², con una población de 209 899 hab. (1971) o sea 54 hab. Por Km². El 60% población rural. Las vías de comunicación se

consideraban satisfactorias. A los fines de la salud pública el territorio se dividió en 8 áreas de salud.

Las áreas variaban mucho en su extensión y población: entre 1 100 y 198 km² y 60 203 y 4 839 hab. La densidad entre 24 y 82 hab. por Km² (1971). La población rural en las áreas variaba entre 36% y 83%. Los núcleos de población urbana en el territorio eran uno de más de 20 mil hab. Y 27 de poco más 500 hab.

La red de servicios para el total de la población del territorio descrito comprendía 1 hospital general, 6 policlínicos, 2 hospitales de área, 6 hospitales rurales, 9 puestos médicos rurales, 1 puesto médico, 1 hogar materno y 28 farmacias, esto es 54 unidades de servicio, 25 de ellas de atención médica.

El núcleo de población de una de las áreas de salud a sólo 17 km. de la capital de la provincia, esto influye en que esta población concorra con alta frecuencia a los servicios de la capital.

Las consultas médicas programadas en la región alcanzaron un índice de 2.0 por hab., las de urgencia 0.8 por hab. Y las de estomatología 0.2 por hab. El índice total fue de 3.0 consultas por hab. al año (1971). Las consultas por parto 6.5 y el parto institucional 85%.

Se registraron 6.6 egresos por 100 hab. Y 30.2 días paciente por 100 hab. En el año de referencia. Estos son índices generales de cobertura satisfactorias para el momento y el lugar.

Una exposición más completa de la investigación que se ha citado se publicó por el MINSAP en un libro titulado "Organización de los Servicios y Nivel de Salud (Rojas, 1972).

De lo expuesto se concluye que para el año 1971, o sea 11 años después de creado el Servicio Médico Social Rural se había logrado una buena cobertura con una red de servicios que atendía la población rural y urbana de pequeños pueblos que antes carecían de esos servicios. Este ejemplo regional era característico del país.

La atención al servicio rural se dirigía desde una unidad del MINSAP a cargo de un Coordinador Nacional y Coordinadores Regionales para zonas específicas en que se dividió el país. Además y como factor principal en el desarrollo del Servicio el interés permanente que mantenía sobre el mismo el Comandante en Jefe, Fidel Castro Ruz.

No obstante los resultados y la prioridad concedida en estos primeros años no era igual la situación en 1982. Basados en elementos que indicaban cierto deterioro de la cobertura y funcionamiento del Servicio se decidió realizar una visita a todos los

hospitales y puestos médicos rurales del país y comprobar el estado del subsistema. Esto lo hicieron en abril-mayo de 1982 los doctores Antonio González y Fernando Verdecia.

El trabajo se concretó en un detallado informe titulado "Informe de la visita de estudio para iniciar la docencia en hospitales rurales, locales y municipales". Lo que sigue a continuación se basa en datos de ese informe, que no fue una publicación, sino un documento de trabajo que se ha podido consultar.

Del título emerge un objetivo del estudio, verificar si era oportuno llevar a los hospitales estudiados la docencia de postgrado, necesidad planteada por el elevado número de graduados que se lograba cada año.

El universo de hospitales fue de 117, a los que tributaban para su atención 2, 211, 196 hab. (mayoría población rural no concentrada). Sus camas alcanzaban la cifra de 3182 (promedio de 29 camas) y trabajan allí 350 médicos (promedio de 3 médicos por hospital).

Otros indicadores calculados fueron el de 1 médico por 6 317 hab. Y 1 cama por 645 hab.

Estos índices globales nos dan una idea demasiado general, de muy deficiente cobertura. Hay que contextualizar el problema. La red de servicios urbanos era ya muy fuerte y las comunicaciones habían mejorado mucho del campo a las ciudades. El acceso a los servicios más calificados era fácil, de ahí que la real cobertura no fuera tan baja.

Pero había deficiencias notables. En el informe se lee:

"Muchas de estas unidades están deterioradas, a lo cual han contribuido factores de orden objetivo por falta de recursos y factores subjetivos, por falta de atención y la inestabilidad del personal que trabaja en las mismas. En muchos lugares, esto ha conducido a una pérdida de confianza por parte de la población, lo cual ha disminuido la demanda de los servicios de salud que se prestan y esto a su vez, ha generado cierto escepticismo por parte del personal médico y paramédico en cuanto a la necesidad en dichos hospitales".

"En algunas unidades actúa como elemento negativo, el hecho de que se encuentran trabajando en ellas médicos sancionados por solicitud de salida del país. En otras, hay médicos que han realizado internado de especialidades de perfil muy estrecho que no están motivados ni preparados para afrontar esta tarea. El régimen actual de vacaciones (8 días cada 2 meses y 1 mes al año), así como la costumbre de que el postgraduado está sólo un año en los hospitales rurales o locales, son las causas más importantes de inestabilidad, factor negativo este que repercute desfavorablemente en el trabajo".

Otros factores hacían mella en la cobertura y calidad de la atención a la población rural, entre ellos: carencia en los centros estudiados de literatura científica actualizada,

carencia de servicios regulares de energía eléctrica, escasez de ambulancias u otros medios de transporte para enfermos, mayoría de hospitales sin equipos de Rx funcionando (rotos), laboratorios clínicos con déficit de equipos.

Para lograr el objetivo de llevar la docencia a los mejores de los lugares estudiados era necesario dedicar importantes recursos financieros, humanos, de coordinación de acciones administrativas y técnicas. Esto se aprobó, en cuantía que necesariamente tuvo que contar con aprobación al máximo nivel de dirección del país. Una vez más Fidel apoyó la medicina rural.

Fue necesaria la reparación capital y remodelación de los 96 centros rurales y locales aprobados de los 117 evaluados. Los hospitales locales atendían principalmente población rural, pero estaban situados en núcleos de población definidos como urbanos (más de 200 hab.). Equipos de Rx para 62 centros, plantas eléctricas para 33, medios de transporte para 76, aseguramiento de albergue para 309 profesionales y técnicos, bibliotecas para los 96 hospitales seleccionados. Los laboratorios clínicos nuevos completos fueron 14 y los que necesitaron reposición de equipos 33.

Los recursos humanos sólo en el renglón médicos reclamaron a 255 de estos profesionales. Unos por nuevas necesidades y otros por sustituciones de los que no se ajustaban al nuevo programa.

Todo esto se hizo en muy breve tiempo. Así se revitalizó con gran fuerza la atención médica a la población rural de Cuba en 1982.

Un comentario sobre la política seguida respecto a la medicina rural se origina en la comparación de las unidades rurales que se estudiaron en 1972 en la región "montañosa" del centro-sur del país, provincia de Las Villas y las que se visitaron en el estudio de 1982 en la misma región, ahora ocupada por tres provincias: Cienfuegos, Villa Clara y Sancti Spíritus.

En 1972 las unidades de servicio en zona rural eran 2 hospitales de área, 6 hospitales rurales y 9 puestos médicos rurales, total 17 unidades. En 1982, en igual espacio territorial en el informe que se ha citado había 23 hospitales rurales, 3 hospitales locales 1 puesto médico rural, total 27 unidades.

Se aprecia un notable crecimiento del número de unidades (10 más, esto a expensa de hospitales rurales (17 más) y una reducción de puestos médicos (8 menos).

Estas cifras han variado más por cambios en la clasificación de las unidades que por abrirse nuevos servicios. El aumento de hospitales incluye entre estos a pequeñas unidades, atendidas por un solo médico y con muy pocas camas. Ejemplos: Mataguá, 4 camas, Siguaney 6 camas, Jibacoa, Pico Blanco, Guasimal, Gavilanes, Juan Francisco,

Itabo, Condado y Pitajones 8 camas. En estos servicios los ingresos eran pocos y la estadía breve, los motivos: la observación hasta decidir evacuar a la ciudad o el regreso al domicilio de un paciente, el control de diarreas agudas, crisis de asma, en fin procesos agudos de fácil solución.

Todo fue necesario rectificarlo, definir con más rigor la categoría hospital, retirar las camas de algunos servicios y junto con la remodelación de locales como verdaderos hospitales dotarlos de los recursos que se describieron.

Así se inició la docencia en las unidades seleccionadas por cumplir los requisitos exigidos en estos hospitales rurales o locales. La cobertura mejoró, sobre todo en la calidad del servicio.

Después de 1982 la revitalización de la medicina rural se mantuvo hasta que la extensión del Modelo del Médico y Enfermera de la Familia, surgido y desarrollado en las ciudades se aplicó también en el área rural. Así se igualó la organización de la atención primaria de salud en zonas rurales y urbanas.

El financiamiento de las transformaciones descritas y su sostenimiento total se hizo con cargo a fondos de presupuestos estatales. Volveremos sobre esto.

Cobertura en área urbana

Surgimiento del Policlínico Integral

Retomando este recuento volvamos a 1960. Este año y el anterior las acciones de la administración revolucionaria se habían limitado a eliminar la corrupción y asegurar que los recursos asignados a las Casas de Socorro y Dispensarios se aumentaran y llegaran a su destino y a la integración de servicios dispersos que era todos cubanos.

Al siguiente año ocurriría un hecho trascendental en la historia de la Salud Pública Revolucionaria Cubana: por la Resolución No. 369 de agosto de 1961 el Ministro de Salud Pública (José R. Machado Ventura), dispuso la creación en el municipio de Marianao de un área de demostración y adiestramiento para el desarrollo y adquisición de experiencias en el funcionamiento de policlínicos.

Citamos el texto de Hernández Elías al respecto:

“En la barriada de la Lisa, con una comunidad de 45 000 habitantes, se delimitó una extensión territorial de 9 km², a la que se dio el nombre de Área de Salud. Se realizó el estudio del cuadro de salud de aquella población y se procedió a la elaboración de un programa preventivo-curativo que se comenzó a ejecutar por un personal seleccionado. El día 8 de mayo de 1964,

concluyó el periodo de demostración y adiestramiento (el experimento). Así se creó en el policlínico integral "Aleida Fernández Chardiet".

"Los resultados positivos de la evaluación periódica y final que se hizo de aquel programa de salud, sancionó favorablemente la experiencia iniciada y trajo como consecuencia la aprobación y multiplicación acelerada de los policlínicos integrales, hasta el momento actual en el que forman una extensa red en todo el país, dando cobertura a las poblaciones urbanas y sub-urbanas" (Martínez,1970).

Así surgió conceptual y operativamente la institución que es la columna central del Sistema Nacional de Salud y escenario mayor de la atención primaria de salud, que hoy se extiende a los consultorios de medicina familiar.

Obsérvese que la Resolución que dispone crear un área de demostración y adiestramiento es de agosto de 1961 y la puesta en marcha del modelo se logra en mayo de 1964, o sea 3 años de trabajo experimental, de investigación, formación, organización y docencia. Esto explica el éxito a que se refiere el texto citado. No se improvisó, se investigó.

Esto debió ser una buena lección, pero no fue como se ha hecho moda decir ahora una lección aprendida. La mayoría de las veces una idea sustentada en un bonito discurso, argumentando además que "no se puede esperar", se emprende con amplia cobertura, a veces nacional, como proyecto al que luego se le descubren los defectos. Casi nunca se obtienen resultados oponiéndose a la improvisación. Así se ha visto fracasar notables ideas geniales: hogares de recuperación nutricional, carpeta familiar (su fracaso ha estado en la falta de exigencia y en no practicar la integración de las funciones de la salud pública), carpeta metodológica, el distrito sanitario y otros.

Otro asunto tiene implicaciones conceptuales y de nomenclatura. El nombre adoptado fue policlínico integral.

Se dijo integral por reunir en un centro o unidad acciones de atención médica y de promoción y prevención (higiene y epidemiología. Por esto no debió llamarse policlínico, hay algo más que clínicas.

Esta proyección se concretó en los programas que se establecieron en 1964:

- Atención integral de la mujer.
- Atención integral al niño.
- Atención integral al adulto.
- Control de nefermedades transmisibles.
- Higiene urbana y rural.
- Higiene de los alimentos.
- Medicina del trabajo.

Estos programas abarcan las funciones que Sigerist atribuyera a la medicina y la salud pública: promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención de enfermos y rehabilitación de discapacitados. En los programas quedó plasmada la política de integración de estas funciones, que hoy 60 años después y ajustados a los cambios económicos, políticos, sociales y tecnológicos ocurridos y la aplicación de las necesarias transformaciones en los propios programas y en la estructura y organización de los policlínicos continúan reclamando la prioridad de las acciones del sistema de salud.

En la segunda década del siglo XXI se destacará el trabajo necesario en la esfera de la salud sexual y reproductiva, el control de enfermedades crónicas (en especial en los adultos mayores), el control de las enfermedades transmisibles (emergentes y reemergentes), la higiene del medio (con énfasis en la calidad del agua, los alimentos y la vivienda), el control de vectores, la seguridad vial y en el trabajo, el control de las adicciones (tabaco y alcohol) y otros problemas de actualidad, todos con un necesario enfoque social y necesitadas de investigaciones específicas para su solución.

Una atención cuidadosa requerirá también la concerniente a la aplicación de las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas de lo que trataré en detalle más adelante. No eran nuestra preocupación y ocupación en los años 60 del siglo XX.

Debates en torno al policlínico

En 1964 surgió como centro de las acciones en la atención primaria de salud el policlínico. Antes se organizaron policlínicos, en algunos casos a partir de las antiguas casas de socorro. No se usó en esos primeros momentos el calificativo de integral. Parece que el término policlínico fuera tomado de unidades de servicio con ese nombre, pero no iguales en funciones, de algunos países del este europeo. Allí se reunían varias clínicas (poli: pediatría, medicina interna, clínica quirúrgica, ginecología, dermatología...), pero no se realizaban en centros con ese nombre tareas de promoción y prevención, como fueron desde esa fecha nuestros centros.

Por lo anterior se añadió al nombre el término integral, carácter que ya tenían nuestros servicios rurales. A mi juicio el nombre policlínico es erróneo, da idea de realizar acciones propias sólo de tipo clínico, aunque diversas.

Pero la fortaleza de estos centros está en la integración de la asistencia y rehabilitación (lo clínico) con la promoción y prevención (higiene y epidemiología). En la Unión Soviética observé esto separado, en alguna ocasión tradujeron el nombre con una sigla -SANEPID-, abreviatura de Estación Sanitaria Epidemiológica. En el último de los textos clásicos de la escuela soviética, el de *Serenko y Ermakov* (1984, traducido en 1986) se denominan instituciones sanitario-epidemiológicas, todas dirigidas desde la Dirección Sanitario-Epidemiológica Principal (DSEP) del Ministerio de la Unión, el Director con rango de

Viceministro, en cada república era similar. También aparece para cada nivel el nombre estación sanitaria-epidemiológica, pero con siglas diferentes (ESE). En la obra citada se dedica un capítulo (el 17) a explicar la estructura y funciones del “Servicio Sanitario-Epidemiológico en la URSS” (MINSAP, S/F).

Es en otras partes del texto donde se expone la organización de lo que llaman servicio terapéutico-profiláctico, servicio para obreros de empresas industriales y los de protección de la maternidad e infancia, todo referido a la atención de enfermos ambulatorios, que se identifica de modo específico como servicio ambulatorio-policlínico y separados los dispensarios (generalmente especializados).

Hemos insistido en estos detalles tomados de un texto oficial soviético, motivado por la frecuencia con que profesionales o personas interesadas de otros países preguntan ¿Copiaron (o reprodujeron) ustedes en Cuba el modelo de organización soviético? ¿O de otro país de Europa del Este? La respuesta es obvia, no seguimos los criterios de aquellos sistemas de salud. Fuimos creativos, eso solo se consigue a partir de libertad de criterio, de ideas propias.

Volviendo al nombre de policlínico, que considero inapropiado, encuentro la solución en el nombre que se da en América Latina y algunos países de habla inglesa a una institución como la nuestra, que integra las cuatro funciones clásicas de la salud pública (promoción, prevención, curación y rehabilitación), el nombre es Centro de Salud (Health Center), y dedicado a la APS. No pocas veces he visto a un visitante confundido cuando hablando de un policlínico destacamos sus funciones preventivas o promotoras de salud.

Otra razón para el nombre de Centro de Salud es que destaca la palabra y el concepto de salud, como lo que debe ser la principal función del centro, la protección de los sanos, el desarrollo de una mejor salud, lo que encuentra su mejor desarrollo en la APS, cuando nos referimos a la clínica, ya entramos en el campo de la enfermedad.

Esto fue reforzado más adelante con el desarrollo a niveles superiores de estas unidades y su red de consultorios de medicina familiar, incluyendo en ellas la educación (formación) de trabajadores de la salud hasta el nivel universitario. Su integración a la comunidad amplía su responsabilidad y acciones en el campo de los sanos, a la promoción y prevención.

Realizada la fase experimental y en acelerada expansión el nuevo modelo, en 1966 se produjeron dos documentos metodológicos que establecieron normas y funciones del policlínico integral y de sus profesionales y técnicos. En el documento “Área, Sector, Policlínico Integral” se definían el área de salud, el sector como parte del área, el personal que realizaba sus funciones en relación con los sectores, la normativa para realizar la sectorización, las funciones de las sectoristas, que eran voluntarias procedentes de las

organizaciones de masa (los Comités de Defensa de la Revolución y la Federación de Mujeres Cubanas), y se indicaba cómo captar sectoristas con la escolaridad suficiente para que según los resultados de su trabajo se les considerara posibles estudiantes de enfermería (auxiliares). También queda establecido en este documento que en cada policlínico se constituyera una Comisión de Salud del Pueblo, instrumento promotor de la participación popular (18).

El segundo documento fijó las funciones de los trabajadores sanitarios (técnicos) y sus auxiliares, así como del jefe de la sección administrativa, y de la sección de admisión, archivo y estadística y para definir el personal mínimo necesario se aplicaron indicadores como los siguientes:

1. Un médico general por cada 15 000 habitantes.
2. Un pediatra a 4 horas diarias por cada 3 600 niños.
3. Un obstetra-ginecólogo a 4 horas por cada 20 000 mujeres (15 años y más).
4. Un estomatólogo a 8 horas por cada 7 000 habitantes.
5. Un técnico de laboratorio clínico por cada 15 000 habitantes.

También se definieron los programas:

- Programa Materno-Infantil.
- Programa de Asistencia Médica al Adulto.
- Programa de Asistencia Estomatológica.
- Programa de Control de Enfermedades Transmisibles.
- Programa de Higiene Urbano y Rural.
- Programa de Higiene de los Alimentos.
- Programa de Higiene Escolar.
- Programa de Higiene del Trabajo.

Los programas o actividades previas como los de control de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, de erradicación del paludismo y del *Aedes aegypti* y otros quedaron incluidos en estos 8 programas (MINSAP, 1966).

También en este período se desarrollaron otros dos instrumentos o recursos metodológicos de importancia y resultados favorables. Uno tomó la forma de compendio de estadísticas, en forma de tablas con desglose según espacios, grupos de edad, enfermedad y series cronológicas, que eran actualizadas cada mes (para algunas variables cada semana), en hojas desechables. Se llamó Control del Programa para la Reducción de la Mortalidad Infantil. Era de uso obligado para todos los directores de policlínicos, que lo tenían siempre a mano. Fue diseñado a solicitud del ministro (H. Martínez Junco), por el estadístico Félix Méndez.

El objetivo de este cuaderno de bitácora era ejercer una estrecha vigilancia sobre las variables que influyen más directamente en la mortalidad infantil y sus tasas. El ministro había propuesto una reducción de la tasa en un 50% en 10 años, lo que se obtuvo.

Otro instrumento fue el Libro Rojo, documento que regía todas las acciones propias de los programas en ejecución, en forma de meta, resultado y cumplimiento (%), o sea un control cuantitativo de los programas muy detallado. El libro se confeccionaba por el Departamento de Estadística del policlínico, en dos ejemplares, el del director y uno para el propio departamento. La idea original para la confección de este documento fue del doctor Roberto Hernández Elías.

Estos instrumentos desarrollaron en poco tiempo una alta disciplina estadística, mejoraron la cobertura y calidad de los registros primarios, también la rapidez en el procesamiento de la información y desarrollaron la capacidad de análisis de los responsables de la institución y de sus programas. Esto fue un factor importante de los avances en la situación de la salud del país.

En 1972 el policlínico se definió como: “la institución de la organización de salud que desarrolla actividades de promoción, protección y recuperación de la salud sobre la población de un área determinada, mediante servicios que alcanzan a sanos y enfermos en el ámbito familiar, laboral, escolar o social en general” (Rojas, 1972).

Esta definición hoy requiere actualización, debe incluirse en ella la función docente, decisiva en la formación del personal de salud, en especial médicos y la función investigación. Esto confirma la visión que sobre el policlínico tuvo el Ministro de Salud Pública (1970), doctor Heliodoro Martínez Junco: cuando dijo: *“La unidad de salud pública más importante es el Policlínico, ella, dentro del desarrollo de nuestra sociedad, conlleva todas las posibilidades transformativas que el incremento de los recursos y el desarrollo de la ciencia puede plantearnos”* (Martienz, 1970).

Esta afirmación está hoy ya demostrada por la práctica, y el desarrollo continúa.

La cobertura de servicios de la población urbana mejoró en lo cuantitativo y cualitativo.

El policlínico comunitario

El Policlínico Integral generalizado a partir de 1964, así como todo lo relativo a la APS, fue revisado 10 años después, encontrándose que:

- El policlínico mantenía cierta integralidad en su conjunto, pero las acciones se desarrollaban de modo compartimentado.
- Predominaban las acciones curativas.
- No se trabajaba en equipo.
- Inestabilidad del personal profesional.

- Excesivas remisiones de pacientes al nivel secundario (escasa resolutiveidad).
- Influencia negativa para la APS de la formación médica en el escenario hospitalario.
- La fuerza creadora de la comunidad no se ha utilizado al máximo de sus posibilidades.
- Estas fueron conclusiones del informe "Fundamentación para un nuevo enfoque de la medicina en la comunidad", elaborado por una comisión *Ad hoc* designada por el ministro J.A. Gutiérrez Muñiz (22).

Esto ocurría a la vez que se desarrollaba una iniciativa que proponía acercar más el servicio a la población, esto fue la introducción de la visita domiciliaria. Esta se había utilizado por algunas clínicas mutualistas. El objetivo era brindar atención a personas que demandaban el servicio con cierta urgencia asociado con dificultad para concurrir al policlínico.

El servicio dependía de cada policlínico, que era donde la población solicitaba la visita, generalmente por teléfono. Los médicos que realizaban esta tarea debían efectuar 15 visitas por día, en horas de la tarde y noche (comunicación personal del doctor Pedro Azcuy).

Para esto fue necesario proveer a cada médico de visitas de un automóvil y financiar el combustible y otros gastos de transporte. El programa resultó un tanto costoso. Los médicos junto a las prescripciones del caso podían decidir un ingreso hospitalario.

A una aceptación inicial siguió un desinterés de la población que prefirió acudir a los servicios de urgencia hospitalarios. Todavía estaba distante el médico y enfermera de la familia. Estas últimas no participaron en las visitas aquí mencionadas.

Hecho el diagnóstico surgió un nuevo modelo de APS, que llamamos de medicina en la comunidad y a su unidad base Policlínico Comunitario.

En esta ocasión se llevó a cabo la prueba experimental en el Policlínico de Alamar que hoy lleva el nombre del director que condujo al experimento, el doctor Mario Escalona Reguera, que había presidido la comisión que elaborara el informe sobre el nuevo enfoque de la APS ya citada.

Las tareas fundamentales a desarrollar por el policlínico se definieron en torno a los Programas Básicos del Área, agrupados de forma coherente para la atención a las personas y al ambiente, y se organizaron de la forma siguiente (Mas Hernandez, 1998):

- I. Programas de atención a las personas.
 - Programa de atención integral a la mujer.
 - Programa de atención integral al niño.
 - Programa de atención al adulto.
 - Programas del control epidemiológico.

II. Programas de control al ambiente.

- Programa de higiene urbana y rural
- Programa de higiene de los alimentos.
- Programa de medicina del trabajo.

III. Programa de optimización de los servicios.

- Programa administrativo.
- Programa docente y de investigación.

Otra innovación fue la introducción del concepto de equipo de salud y la búsqueda de una actitud y trabajo en equipo. Citamos textualmente el documento programático del policlínico comunitario (MINSAP, S/F):

“En el policlínico todo su personal integra el equipo de salud del área. El equipo primario está dado por el colectivo reducido que se forma para abordar una tarea específica, con un contacto estrecho entre sus integrantes. Ejemplo de ellos son las brigadas de trabajadores de saneamiento o el pediatra y la auxiliar de enfermería. El primero de los ejemplos constituiría un equipo primario vertical, por estar integrados por individuos con una misma profesión o actividad. El segundo, es el equipo primario horizontal, integrado por personal de distinta categoría o profesión, siendo por tanto interdisciplinario”... “En el modelo propuesto, estos equipos horizontales lo integran el médico (internista, ginecoobstetra o pediatra), y el personal de enfermería, responsabilizado cada uno de ellos con un sector o número de habitantes”.

Además de lo anterior, el modelo define medidas que procuran asegurar el trabajo integral de los equipos en su dinámica de trabajo, coordinado con los equipos verticales como el de trabajadores sanitarios, o desarrollando acciones con la intervención de los trabajadores sociales. También se imparten en el documento citado indicaciones para el estímulo y coordinación de la participación activa de la comunidad en la protección de la salud de la población, destacando el papel en ello de la educación para la salud. En lo referido se encierran los conceptos que se definieron como elementos esenciales del modelo de APS del Policlínico Comunitario: integral, sectorizado, regionalizado, continuo, dispensarizado, en equipo y con participación activa de la comunidad.

Este modelo de atención representa un avance en la cantidad y calidad de la APS a nuestra población, pero transcurridos alrededor de 15 años, se hicieron evidentes ciertas limitaciones: déficit de recursos humanos calificados para la atención primaria; dinámica organizativa que dificultaba la atención continua y oportuna de las personas; inoperante relación con los hospitales de referencia, en especial en cuanto a información cruzada sobre los pacientes; inadecuada sectorización de la población; acentuado desbalance entre el desarrollo de los hospitales y la atención primaria en el policlínico; creciente

número de especialistas para la atención secundaria, frente a la indefinición del tipo de médico para la atención primaria e insatisfacción de la población. Estas circunstancias motivaron una nueva evaluación integral de la situación de la APS en el país, que condujo a la proposición de un nuevo modelo, el actualmente vigente (y en evolución) que llamamos de Medicina Familiar o del Médico y Enfermera de la Familia.

En este relato se sintetiza lo que parece más relevante en el desarrollo de la APS en Cuba desde 1960 a 1984.

Una reflexión final, para el momento actual (2019): la APS es el campo de acción por excelencia para la aplicación de las ciencias sociales en la investigación y la solución de problemas de salud colectivos. Es por esto que consideramos esencial el fortalecimiento de los conocimientos y habilidades del personal profesional y técnico de la APS en estas disciplinas. A esto han contribuido en el pasado algo lejano Virchow, Shemasko, Sigerist y Rosen, más reciente en Cuba Ilizástigui y Escalona, y casi cotidianamente nos llegó ese enfoque en las palabras del Comandante Fidel Castro.

Modelo del Médico y Enfermera de la Familia

En 1984 se hizo evidente que el modelo de Policlínico Comunitario había agotado sus posibilidades de ofrecer la cuantía y calidad de los servicios en la APS que se proponían. Se revisó la situación y una primera conclusión emergió con fuerza. La APS en sus componentes asistencial y preventivista no se lograban con los tres médicos de especialidades clínicas que actuaban en el policlínico, era necesario un solo profesional con conocimientos y habilidades para la atención médica de personas y enfoque salubrista para actuar en la comunidad sobre este campo.

Fue necesario reformar el plan de estudios de la carrera de medicina fijando el objetivo de graduar un médico general capaz de asumir la atención primaria asistencial y sanitaria de la población en lugar de los graduados de internados verticales que venían trabajando en los policlínicos.

Cambios importantes se introdujeron en la organización del servicio:

- El médico y la enfermera se acercarían más a la población, trabajarían en consultorios fuera del policlínico, en el seno de la comunidad que atendían: consultorios de medicina familiar.
- Fue necesario ejecutar un gran plan de construcciones o adaptaciones de consultorios y viviendas donde trabajaran y residieran los trabajadores involucrados.
- El nuevo profesional trabajaría durante un año como médico de familia, al terminar ese año de postgraduado, continuaría trabajando en la atención primaria mientras cursaba el programa de estudio-trabajo hasta calificarse como especialista en Medicina General Integral (MGI).

- Se dispuso que el equipo formado por el médico y la enfermera de la familia y, siempre que fuera posible el psicólogo, atendieran 120 familias, o sea alrededor de 600-700 habitantes. Se fueron haciendo ajustes en esas cifras, sin rebasar la de 1 000 habitantes. En su momento se extendió el modelo al área rural. Se empezaba a borrar las diferencias urbano-rural de modelos anteriores.
- Los médicos se encargarían también de la atención a grandes centros de educación y de trabajo.
- Se crearon Grupos Básicos de Trabajo (GBT) formados por un gineco-obstetra, un pediatra y un internista, encargados de la docencia, las interconsultas y la supervisión de la labor asistencial de 15-20 médicos de familia.
- Los consultorios de médico-enfermera de familia son parte del policlínico y de su área de salud.
- Los médicos y enfermeras de la familia interactúan con el área preventiva del policlínico (higiene y epidemiología), visitan a las familias en sus viviendas y actúan en este campo y el asistencial.

El modelo se fue perfeccionando y ampliando, se introdujo el ingreso domiciliario. Se crearon los círculos de abuelos. Se hizo rehabilitación. Todos los programas del MINSAP reclamaron acciones específicas de los que trabajaban en el consultorio, en especial el materno infantil rebasando la capacidad de actuación del médico y enfermera del consultorio.

En opinión del Dr. Félix Sansó Soberats, Especialista en MGI, que trabajó en los años a que hacemos referencia en un consultorio de medicina familiar, concurrieron al deterioro del modelo tres factores principales (Sansó Soberats, 2005):

1. La crisis económica y su repercusión en el sistema de valores morales de la sociedad y de los profesionales de la salud.
2. La replicación del modelo a nivel de país no alcanzó el resultado logrado a escala de laboratorio.
3. La falta de capacidad de adaptación del sistema de salud a los cambios necesarios.

Explicando lo anterior el autor en el artículo citado añade, entre otros comentarios:

"Inmersos en un contexto socioeconómico adverso, los médicos de familia asistimos al progresivo deterioro en la aplicación del método clínico. Fuimos testigos de la escasez o desaparición de reactivos en los laboratorios clínicos de los policlínicos. Los servicios de rayos X se limitaron a un mínimo inimaginable; los equipos situados en los hospitales constantemente se averiaban debido a los años de explotación, el sobreuso y la falta de piezas de repuesto para su reparación; algo similar ocurrió con otros equipos para diagnóstico mucho más sofisticados, a los cuales muchas veces nunca pudieron acceder nuestros pacientes, por no estar técnicamente disponibles.

Solo unos pocos policlínicos del país contaban con servicios de fisioterapia y el nivel de acceso de nuestros pacientes a los de los hospitales era muy bajo".

"En las áreas de salud de Lawton y Plaza de la Revolución, donde se desarrollaron los laboratorios de la medicina familiar cubana, se constituyeron sendos equipos de trabajo con profesores de prestigio. El Policlínico de Lawton estaba dirigido por el Profesor José Rodríguez Abrines y el Plaza por el Profesor Cosme Ordóñez Carceller. Estos lugares llegaron a constituir la prioridad del gobierno y de manera personal el Comandante en Jefe Fidel Castro se reunía con frecuencia con los gestores de su proyecto, conversaba con los médicos; indagaba los pros y los contra y proponía soluciones inmediatas a problemas que surgieron en la marcha. El éxito del experimento estaba garantizado: buenas ideas en un buen momento, buenos equipos de trabajo, buenos médicos y enfermeras, recursos y prioridad política".

"En los primeros cinco años, las buenas ideas se multiplicaron por todo el país, la prioridad política y los recursos se mantuvieron. Pero el factor humano no estuvo al mismo nivel. Las mentes no cambian con la misma rapidez. Muchos graduados de entonces no habían siquiera considerado ser médicos de familia algún día y soñaban con hacer residencias en especialidades verticales. Esta transformación en sus vidas repercutió sin dudas en su proyección hacia la nueva especialidad de Medicina General Integral. No se podía esperar de todos ellos expresiones de satisfacción con su nueva e inesperada condición. Es justo reconocer que, no obstante esto, la calidad de la atención médica que se ofreció fue cualitativamente mejor y estos profesionales desempeñaron su labor con evidentes muestras de amor que la comunidad supo apreciar desde los primeros momentos".

"En el caso de los profesores ocurrió algo similar. Hubo docentes del nivel secundario que debieron desplazarse a trabajar al nivel primario. En los hospitales no siempre seleccionaron a los mejores, ni se capacitó a los elegidos para asumir la conducción del novedoso modelo y ello limitó el nivel y la calidad en la formación de los futuros especialistas. Incluso entre los más capaces, existían quienes no tenían plena claridad ni confianza en relación con los nuevos conceptos, debido a lo cual no podían transmitirlos con claridad ni lograr el compromiso necesario".

"El acceso al puesto de Jefe del Grupo Básico de Trabajo (GBT) nunca ha sido por oposición. Esta situación condiciona que lo puedan ocupar personas sin resultados destacados en su trabajo previo como médicos de familia; incluso peor: que quienes dirijan a los médicos y enfermeras de la familia puedan ser profesionales no comprometidos con la medicina familiar que accedieron al puesto por escapar del "infierno del consultorio". Si bien se sabe de muy buenos ejemplos de jefes de GBT, esta cualidad no es la que ha predominado en estos 20 primeros años".

“La llegada masiva de médicos de familia debió suponer una “crisis por incremento” para el sistema pero los roles no se redistribuyeron adecuadamente entre sus componentes. Las interconexiones internas no fueron redefinidas de manera que respondieran a las nuevas necesidades. Los cuadros no se prepararon adecuadamente para desarrollar los nuevos conceptos. En la práctica no se apreció la aplicación del concepto de regionalización de Escalona y se incrementaron los problemas relacionados con la interrelación policlínico-hospital (docentes, asistenciales, investigativos y administrativos). Numerosos conflictos se derivaron de esta situación, que afectaron el principio de la atención continuada a los pacientes. Los médicos de familia, sufrieron la falta de reconocimiento a su trabajo por parte del resto de las especialidades, cuestionándosele su actuación incluso delante de pacientes”.

“Desde el comienzo mismo del Programa de Medicina Familiar se interpretó que al tener a un médico y a una enfermera residiendo en la comunidad se podía acceder a ellos en cualquier momento durante las 24 horas del día. Las personas podían incluso solicitar una visita a su hogar cuando lo consideraran necesario y el médico o la enfermera estaban en la obligación de acudir y ofrecer un trato esmerado y amable ante cada llamado”.

“Este mensaje de accesibilidad desmesurada, de gran impacto político al inicio del desarrollo del modelo, probablemente ha sido -sin que haya constituido un propósito- una de las causas que más pesan hoy en la desmotivación de nuestros médicos y enfermeras de la familia y es en parte responsable de la tendencia a la informalidad que pudiera estar presente hoy en la atención médica que brindamos en el nivel primario en nuestro país”.

“Estos y otros vicios surgieron o se consolidaron durante los años más crudos del Período Especial. Ellos contribuyeron a la pérdida del sentido de pertenencia y fueron fuente de desmotivación entre muchos de los que hicieron medicina familiar”.

Pero antes del Período Especial la medicina familiar o el Modelo de medicina familiar de la APS en Cuba tuvo una fase o momento que llamamos política y de puesta en marcha (1984-1989) que transcurrió bajo la atención personal de Fidel. Se hizo el experimento asistencial-docente en los Policlínicos Lawton y Plaza de la Revolución. Se elaboró el Programa de Atención Integral a la Familia (PAIF) en 1987. Se construyeron aceleradamente los consultorios-viviendas en las comunidades. Se extendió el modelo al área rural.

En los párrafos previos se describió el deterioro de los servicios en el Período Especial en Tiempos de Paz, adelantándonos al segundo período de este relato general (1990-1994).

IV. Segundo período (1990-1994)

El Período Especial en Tiempos de Paz

Los cambios radicales ocurridos en los países del este de Europa que fueron conocidos como el Campo Socialista, donde perdieron el poder los partidos de filiación marxista, produjeron una drástica alteración de sus relaciones con Cuba, en especial en las esferas económica y militar. En los primeros años de poder revolucionario fue decisiva la cooperación y solidaridad de estos países, en especial la Unión Soviética (URSS) para sostener la revolución cubana.

Se detuvo súbitamente así, el comercio, los convenios de colaboración, las becas para técnicos y profesionales, los intercambios científicos y artísticos.

Esta situación fue aprovechada por el Gobierno de los Estados Unidos de América (EUA) para recrudecer su política de boqueo económico, agresión mediática, sabotajes, conspiración y todo cuanto pudiera lesionar material o culturalmente a Cuba y a su pueblo.

A este período lo llamamos Período Especial en Tiempos de Paz. Fue la máxima prueba de resistencia de nuestro pueblo, genuina resistencia heroica. Resistencia conducida con dignidad y acierto por el Jefe de la Revolución.

El comienzo de la fase aguda de la crisis se ha fijado en 1990 (Carranza, et al., 1995), aceptamos esa fecha no obstante conocer otros criterios al respecto. Esto es frecuente al fechar hechos históricos. El Período Especial en Tiempos de Paz, se definió así:

"el tiempo mínimo que la sociedad cubana necesita para reorientar sus relaciones económicas y comerciales internacionales, para reestructurar su aparato productivo y de servicios en función de las nuevas circunstancias, y hacerlo salvando las conquistas principales de la Revolución Socialista y preservando nuestro derecho y disposición de retomar la construcción del socialismo cuando las condiciones lo permitan"(Partido Comunista de Cuba, 1995).

Como se presenta en el título de este ensayo, el período lo consideramos de 1990 a 1994.

Pero la crisis (el Período Especial) tiene antecedentes. A mediados de la década de los 80 la economía nacional comenzó a enfrentar serias limitaciones al tratar de mantener una tasa de crecimiento sustentada en el modelo económico existente. El modelo intensivo que hasta entonces se había aplicado –que, era inspirado y seguidor de experiencias de los países de Europa del Este– produjo un conjunto de factores negativos. Entre ellos: niveles insatisfactorios de eficiencia económica, utilización de tecnologías energéticamente deficientes, falta de una sólida producción nacional de alimentos, fuerte

sustento de otras importaciones y la existencia de un modelo de gerencia económica que producía ganancias artificiales en las empresas (Cuba National Report, 1995).

Debido a esta situación, se hizo necesario emprender un proceso de rectificación de errores y tendencias negativas, que permitirían enfrentar las dificultades ya evidentes en la URSS y el resto de los países del Este de Europa. Entre los errores se identificaron aquellos relacionados con la actividad empresarial en los que se manifestó una contraposición de sus intereses con los intereses de la sociedad. Asimismo, se hizo evidente un debilitamiento del trabajo voluntario, un bajo aprovechamiento de la jornada laboral, y otros signos de falta de trabajo político (Castro, 1998).

Alrededor de 1985 comenzaron a deteriorarse las relaciones de intercambio del comercio exterior debido a una reducción de los precios de nuestros productos de exportación y un aumento de los precios de aquellos que importamos. El país no pudo cumplir con sus obligaciones financieras en fecha y se vio privado de la concesión de créditos. Frecuentes efectos climáticos adversos (tormentas tropicales, inundaciones, sequías) produjeron cuantiosas pérdidas.

Entre 1985 y 1989 el Producto Social Global (PSG), según los precios de 1981, aumentó solo el 0.5%, contrastando con un crecimiento medio de 4.3% entre 1959 y 1989. Las exportaciones en igual periodo, 1985-1989, descendieron 10%, en tanto las importaciones ascendieron solo 1.1% (Comité Estatal de Estadística, 1991).

Desde el comienzo de 1962 el gobierno de los EUA estableció el bloqueo comercial contra Cuba, que se extendió a medicinas y alimentos en mayo de 1964, ya que se habían excluido (Martínez, 1989).

Durante el gobierno de George H. W. Bush el bloqueo se agudizó al aprobarse el "Acta para la Democracia en Cuba" (o Ley Torricelli) a finales de 1992. Los efectos del bloqueo se calcularon en 44 mil millones de dólares como valor acumulado hasta 1993, unas 6 veces el valor de la deuda externa cubana en la fecha (Aguilar, 1995).

Durante el gobierno de William Jefferson Clinton fue aprobada Ley Helms-Burton que recrudesció aún más el bloqueo. Fue una clara prueba, ahora de un presidente del partido Demócrata, de no preverse una modificación de la política contra Cuba (Press and Cultural Affairs Office, U.S., 1995).

La necesidad de poner fin al bloqueo económico, comercial y financiero impuesto por los EUA a Cuba ha sido propuesta en forma particular por muchos países y en distintos foros internacionales, incluyendo la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. En particular la aprobación de la Ley Helms-Burton ha sido condenada

por su característica de extraterritorialidad (Rojas y López, 1997). Las últimas votaciones en la Asamblea General obtuvieron solo dos votos contra Cuba, el de los EUA e Israel.

Redactamos este texto bajo la amenaza de Donald John Trump de aplicar una parte de la Ley comentada que permitiría reclamaciones de indemnizaciones en tribunales de EUA sobre nacionalizaciones de propiedades en Cuba. Sería una nueva y grave agresión. Esta parte de la ley no ha sido utilizada por autoridades de ninguna administración de los EUA desde 1995 hasta hoy (marzo, 2019).

En 1990 se inició el proceso de la desaparición de lo que llamamos el campo socialista europeo, coincidiendo con el proceso en Cuba de rectificación de errores y tendencias negativas (Castro, 1998). La modificación abrupta de los sistemas económicos de Europa Central y Oriental tuvo consecuencias dramáticas para Cuba por tres razones: dejó al país sin una apreciable ayuda; le redujo sustancialmente los mercados a sus productos y le canceló sus fuentes de abastecimiento; y provocó por segunda vez en pocas décadas una ruptura súbita de las relaciones de integración económica que el país había desarrollado (Lage, 1994).

Con los países mencionados se realizaba el 80% del comercio exterior con condiciones de intercambio ventajoso respecto a las que se habrían producido si se consideran los precios del mercado internacional. De éstos países se obtenía el 63% de los alimentos que consumía la población, el 75% de los suministros requeridos por el proceso inversionista, el 98% del petróleo, el 86% de las materias primas y el 80% de maquinarias y equipos. En esos mercados se situaba el 63% del azúcar, el 73% del níquel y el 95% de los cítricos. Cuba se vio privada por la disolución del Consejo de Ayuda Mutua Económica (CAME) de un financiamiento vital. Solo la ayuda soviética entre 1960 y 1990 se estimó en 40 mil millones de dólares (Rodríguez, 1994; Pérez, 1994; Zimbalist, 1989).

Algunos indicadores ilustran la magnitud de la crisis económica de Cuba:

- La variación acumulada del Producto Interno Bruto (PIB) de 1981 a 1990 fue según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), de 39.5. Para el mismo período, 24 países de América Latina y el Caribe (de 32, excluyendo Cuba) tuvieron un menor desempeño de su economía que Cuba. Sin embargo, entre 1991 y 1995 la variación acumulada del PIB para Cuba fue de -30.6, la mayor en sentido negativo de América latina y el Caribe (CEPAL, 1995).
- La tasa anual de variación del PIB fue negativa desde 1990 hasta 1993, llegando a ser de -14.9 en 1993 (ONE, 1995).
- La variación anual del PIB per cápita fue negativa desde 1989 llegando a ser de -15.6 en 1993 (CEPAL, 1995).
- El nivel de importación pasó de 8 124 millones de dólares EUA en 1989 a 1 956 millones en 1994, fecha de menor nivel de importación en los últimos años (ONE, 1995).

- La capacidad de importar de Cuba se redujo a una cuarta parte en un quinquenio, a lo que debe añadirse el fuerte deterioro de los términos de intercambio frente al mercado internacional en esta etapa (Rojas y López, 1997).
- Los ingresos por exportaciones descendieron entre 1989 y 1993, año del menor nivel de exportaciones en el Período Especial, de 5 292 a 1 137 millones de pesos, o sea se redujo al 23% (ONE, 1995).
- Los gastos presupuestarios se redujeron de 1989 a 1995 en más de 3 000 millones de pesos. Sin embargo, debido a que la proporción de los gastos dedicados al sector salud se han incrementado del 5.8% al 9.0% en 1995 (muestra de la invariable prioridad que el gobierno da a esta esfera), la magnitud absoluta se incrementó en 210 millones de pesos (MF, 1990 y MFP, 1995).
- En el sector salud el financiamiento en moneda libremente convertible en 1994 fue menos de la tercera parte del disponible en 1989 (Ministerio de Salud Pública, 1995).
- Se produjo una reducción notable en la importación de petróleo, que es uno de los renglones más deficitarios de la economía cubana (Treuba, 1993) Cuba recibía altos volúmenes de petróleo soviético que llegó a alcanzar 13 millones de toneladas métricas por año en 1989. Se fue reduciendo esta cifra: en 1990 a 10 millones, a 8.6 millones en 1991, alrededor de 6 millones en 1992 y 1993 y 7.2 millones en 1994 (ONE, 1995 y Trueba, 1993).
- La producción azucarera, tradicionalmente fuente primaria de ingresos al país, se ha reducido ostensiblemente, de niveles de 7 o más millones de toneladas al año, a valores alrededor de 4 millones en 1993 y 1994, y 3.3 millones en 1995 (Lage, 1995 y Colectivo de Autores, 1995).

La gravedad de la contracción económica sufrida por Cuba en el período narrado ha sido conocida por pocas sociedades, por su profundidad y súbita aparición. En el siglo XX una caída del PIB del 30% solo fue conocida por la economía estadounidense en la gran crisis de 1929. Ningún país de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE) ha conocido crisis de esta magnitud desde la Segunda Guerra Mundial.

Esta compleja situación económica, junto con algunas medidas tomadas para resolverlas, impactó el contexto social del país. Aspectos vitales del entorno socioeconómico como la educación, la alimentación, la vivienda, el transporte, el empleo y el ingreso, todos ellos se han visto afectados y los mismos se relacionan con la salud de la población.

Cuba ha ocupado y ocupa un lugar destacado en el campo de la educación respecto al mundo en desarrollo en general y con relación a América Latina en particular. Fue voluntad política que estos logros en educación –junto con los obtenidos en el campo de la salud– se mantuvieran a pesar de la situación económica que atravesaba el país. Las mayores dificultades en estos factores se presentaron en los aseguramientos materiales.

La alimentación ha sido uno de los aspectos de las condiciones de vida que más se ha visto afectada por la crisis económica. Después de poder satisfacer cerca del 140% de las necesidades calóricas, en 1993 –momento considerado consensualmente como el más crítico del Período Especial– el consumo promedio de la población cubana cubrió solo el 78% de los requerimientos de calorías, el 64% de proteínas y el 35% de grasas (Rojas y López, 1997; Colectivo de Autores, 1995).

Grupos específicos de población, como las embarazadas, se vieron afectadas, para lo que el Estado tomó medidas tendientes a mejorar su estado nutricional (Gutiérrez y Delgado, 2007).

Todas las esferas de la vida económica, social y cultural sufrieron duros reveses en este período. Pero resistimos.

De las afectaciones en los servicios de salud se destacan: gran déficit de medicamentos, repuestos y reactivos de laboratorio, y de repuestos e insumos de radiología (Sansó Soberats, 2005).

En el estancamiento que se observó en el período 1990-1994 a lo ya referido se adicionaron como factores adversos respecto al Modelo de APS, la práctica por organismos e instituciones, sobre todo del sector salud, de utilizar los Equipos Básicos de Salud como colectores de información sobre asuntos relativos a la comunidad para propósitos ajenos al trabajo del Consultorio, abrumándolos con trabajo que no le correspondía. Se evaluaba a partir de metas cuantitativas sin apreciar lo cualitativo. Por otra parte, se detuvo el proceso de categorización docente de especialistas en MGI (Sansó Soberats, 2005).

Se añadieron los daños materiales causados por lo que podría considerarse, una poco común tormenta invernal, que se conoció como Tormenta del Siglo. Los daños en Cuba se estimaron en algo más de 1 000 millones de dólares.

Todo esto ocurría en el momento en que la situación de salud alcanzaba los mejores indicadores de su historia. En 1992, en pleno período especial, la mortalidad infantil registró una tasa de 10.2 por 1 000 nacidos vivos, situándonos entre los 25 países con tasas más bajas del mundo. La supervivencia hasta la edad de 5 años fue de 98.7% y la mortalidad materna de 3.2 por 10 000 nacidos vivos (Ramírez, et al., 1995).

En medio de las penurias del período especial podemos decir que disfrutábamos de un Sistema Nacional de Salud, único, público, sin pago por el servicio, ya de amplia cobertura y libre acceso.

Por eso sostenemos que un factor importante de nuestra resistencia estuvo en el Sistema de Salud, que estaba desarrollando el subsistema de APS basado en el Modelo del Médico y Enfermera de la Familia.

Durante el período especial ocurrió una de las más importantes epidemias sufridas en los 60 años de salud pública revolucionaria. Los primeros casos se notificaron a fines de 1991 en la provincia de Pinar del Río. Se describió como una enfermedad que afectaba la visión, cuya agudeza se perdía, junto con la dificultad de visión a los colores y fotofobia. Se concluyó que se trataba de una neuritis óptica tóxico-nutricional. Después aparecieron casos con localización en nervios periféricos con síntomas irritativos sensitivos en las extremidades: pinchazos o hincos, calambres, quemazón... (Ramírez et al., 1995; Pérez, 1995). Luego aparecieron los casos que mostraban trastornos ópticos y neuroperiféricos. Así se conocieron tres formas clínicas de la misma entidad: óptica, periférica y mixta.

Se evocó un síndrome muy parecido comunicado en Cuba a fines del siglo XIX, asociados en su origen a tabaquismo, alcoholismo y déficit nutricional (Madan, 1898; Santos Fernandez, 1900; López, 1890).

Es fuerte la sugestión de evocar lo que ocurrió con una entidad muy parecida, con descripciones clínicas similares, que tenían en común la aguda crisis alimentaria provocada por la "reconcentración" de la población rural de Cuba en las ciudades para que no cooperaran con los guerrilleros cubanos que ya ganaban la guerra por la independencia de España, que fue seguido por el bloqueo que aplicó la flota estadounidense al intervenir al final de esa guerra y compararla con la crisis económica y alimentaria de los años del período especial con pérdida de mercados y el nuevo bloqueo del gobierno de los EUA.

El curso de la epidemia alcanzó su máxima expresión entre abril y mayo de 1993, en noviembre ya se había extinguido su fuerza. Al 30 de junio de 1993 se habían registrado 50 963 casos en todo el país (Pérez y Fleites, 1995).

Se ensayaron numerosos modelos terapéuticos, de ellos 11 fueron seleccionados y sometidos a un estudio clínico-terapéutico controlado multicéntrico en pacientes con neuropatía epidémica en forma óptica.

Los tratamientos empleados fueron:

- Dexametasona
- Metilprednisolona
- Hidroxicobalamina, añadiendo Metionina, Tiosulfato de sodio y vitaminas B₁, B₂, B₆, A, E, ácido fólico y nicotinamida.
- Esquema de vitaminas: B₁, B₂, B₆, nicotinamida, B₁₂, A, E y ácido fólico.
- Magnetoterapia
- Ozonoterapia
- Oxigenación hiperbárica
- Electroforesis endonasal más vitamina B₁
- Factor de transferencia
- Interferón alfa leucocitario
- Interferón alfa 2b recombinante

Se concluyó que *"los tratamientos empleados no mostraron una mayor utilidad que el esquema de vitaminas en los pacientes afectados por la forma óptica de la neuropatía epidémica"* (González, et al., 1995).

Sobre las causas de la epidemia se llegó a las siguientes conclusiones generales:

"la neuropatía ocurrida en Cuba no puede atribuirse exclusivamente a un daño del estado nutricional, pero este proporcionaría un ambiente permisible para el estrés oxidativo y la acción de agentes tóxicos" (Pérez y Fleites, 1995). Ej. Tabaco.

Y que *"El fundamento fisiopatológico para considerar que esta neuropatía puede definirse como una neuropatía tóxico-nutricional está dado por una concurrencia en ella de un desequilibrio nutricional que determina un estrés oxidativo reforzado por la acción tóxica del cianuro motivada por una deficiencia en los mecanismos de detoxificación de este compuesto"* (Pérez y Fleites, 1995).

Al quedar controlada la epidemia, el análisis final y las reflexiones muy diversas respecto a lo ocurrido llaman la atención:

- La incertidumbre inicial frente al hecho, las múltiples posibles explicaciones, lo desconcertante de algunos hallazgos.
- La búsqueda inicial dirigida a encontrar un agente biológico causal, sobre todo encontrar un virus.
- La dedicación personal y alta prioridad estatal que le imprimió Fidel en su contenido de trabajo cotidiano donde lo más visible eran las reuniones cada noche actualizando información y tomando decisiones.
- La política de información abierta a organizaciones internacionales, gobiernos, instituciones y personalidades científicas foráneas invitadas a colaborar en la lucha contra la epidemia.
- La importante colaboración internacional que se hizo efectiva, sobre todo de la Organización Panamericana de la Salud.

Como colofón del trabajo realizado se convocó y realizó el Taller Internacional sobre Neuropatía Epidémica en Cuba. En la clausura del Taller hizo uso de la palabra el Cmte. J. Fidel Castro Ruz, de su discurso son estos fragmentos:

"En general nos sentíamos satisfechos de nuestros centros de investigación y de los adelantos científicos alcanzados por Cuba, pero vimos que en algunas áreas éramos débiles. Descubrimos que en toxicología, por ejemplo, éramos débiles, descubrimos que en epidemiología teníamos lagunas y atrasos; descubrimos que en cuanto a laboratorios, en el análisis de determinados elementos, vitaminas, y microelementos, teníamos también debilidades, inexperiencias, que no contábamos con toda la tecnología, con todos los equipos necesarios".

"La epidemia fue una lección para nosotros, y sirvió para descubrir, en el campo de las investigaciones, cuales eran nuestros puntos más débiles" (Castro, 1995).

Lo expresado por Fidel fue lección aprendida, que sirvió para notable impulso de la investigación que animó lo que llamamos el Tercer Período en este ensayo.

V. Tercer Período (1995-2019)

Introducción

Este ensayo ha progresado hasta el último período previsto para desarrollar nuestras ideas, contar historias, valorar posiciones, tomar las propias y tratar de avizorar el futuro.

De todo esto insistiremos al escribir. El período puede apreciarse en su conjunto como de recuperación del que llamamos "especial en tiempos de paz", de avances notables en lo que ya se había alcanzado y que sufrió duro embate en la crisis, de nuevas y muy notables conquistas, que permiten proponer metas más avanzadas.

El período se inicia dando impulso al perfeccionamiento metodológico de la APS. Fueron de importancia a ese propósito el I Congreso Nacional de Medicina Familiar y posteriormente el Centro Nacional de Debate sobre Medicina Familiar, organizado por la Unión de Jóvenes Comunistas. Fueron dos elementos de muy amplia participación de los médicos de consultorio (especialistas o residentes de MGI), con respaldo de tipo político. No se han repetido eventos como estos.

Al redactar la evolución del SNS nos hemos detenido en lo más sobresaliente de lo concerniente a la APS, no seguiremos ese estilo que es de perfil histórico. Utilizaremos lo propuesto en la fundamentación del "Estudio comparativo sobre los procesos de reforma de los sistemas de salud de América Latina y Caribe" del Grupo de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO que toma 5 dimensiones para el análisis de los SNS de 1990 a 2019. Estos son:

1. Derechos sociales y salud (base legal y participación social).
2. Estructura y organización del sistema de salud (componentes del sistema de salud, modelos de atención, prestación de servicios).
3. Situación con relación a la universalidad, la integralidad y la equidad (modelos para la cobertura poblacional, cobertura de servicios, brechas de equidad).
4. Financiamiento del sistema de salud (fuentes del financiamiento, gastos públicos y privados de salud).
5. Macrogestión (rectoría, formación de políticas, atribuciones de las esferas gubernamentales y coordinación interinstitucional, modelos de gestión de servicios y redes, regulación de servicios y seguros privados).

Veamos estos cinco asuntos:

1. Derechos sociales y salud.

La salud, entendida como el más completo estado de bienestar físico, psíquico, social, cultural y espiritual y los servicios de salud, son derechos respaldados jurídicamente en Cuba al más alto nivel de la legislación, en primer lugar por la Constitución de La República. Ya era así en la Constitución aprobada en 1976, primera del periodo revolucionario. Ahora en 2019 esos derechos han sido ratificados, expresados con mayor nitidez y mencionados en más artículos. Esta nueva Constitución fue aprobada por el voto favorable de la mayoría de los ciudadanos con derecho electoral, en Referendo efectuado el 24 de febrero de 2019.

Votaron en el Referendo el 90.5% de los electores registrados. Votaron SI el 78.30% de los electores registrados, y el 86.85% de los que votaron.

El resultado del Referendo fue ratificado por la Asamblea Nacional del Poder Popular el 10 de abril de 2019, al proclamarse vigente la Constitución. Así se consolidó el Sistema Nacional de Salud de un Estado de Derecho Socialista. Este sistema es por tanto un Sistema Nacional de Salud Socialista.

La Constitución en su Capítulo II. Derechos, Artículo 46, dispone:

"Todas las personas tienen derecho a la vida, la integridad física y moral, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz, la salud, la educación, la cultura, la recreación, el deporte y a su desarrollo integral".

En su artículo 69 dispone:

"El Estado garantiza la seguridad y salud en el trabajo mediante la adopción de medidas adecuadas para la prevención de accidentes y enfermedades profesionales. Las personas que sufren un accidente de trabajo o contraen una enfermedad profesional tienen derecho a la atención médica, y a subsidio o jubilación en los casos de incapacidad laboral temporal o permanente de trabajo o a otras formas de protección de la seguridad social".

En su artículo 72:

"La salud pública es un derecho de todas las personas y es responsabilidad del Estado garantizar el acceso, la gratuidad y localidad de los servicios de atención, protección y recuperación. El Estado para hacer efectivo este derecho instituye un sistema de salud a todos los niveles accesible a la población y desarrolla programas de prevención y educación, en los que contribuyen la sociedad y las familias". La ley define el modo en que los servicios se prestan.

La ley o leyes que complementan la Constitución son ahora tarea priorizada del parlamento, Asamblea Nacional del Poder Popular. En plazo dado deberán promulgarse las leyes suplementarias, entre ellas la de salud pública, ya obsoleta. Se han constituido ya las comisiones de la Asamblea que están trabajando para resolver este aspecto de las bases legales de la institucionalización del país.

Lo dispuesto por la Constitución define la cobertura universal y el acceso libre a los servicios. La cobertura la asegura la red de policlínicos y consultorios de medicina familiar, en la APS, complementada por hospitales y otros centros para los niveles secundario y terciario de atención.

Con respecto a la garantía al derecho lo más trascendental ha sido la gratuidad en todas las unidades de servicio, que varían en su costo desde una entrevista con la enfermera de un consultorio a una cirugía de corazón en un centro de alta especialización.

La participación social en la consecución del respeto a estos derechos de toda la población ha sido notable en lo cuantitativo y en la calidad de la misma. El más completo ejemplo, la discusión en millares de reuniones, que llegaron a sumar millones de participaciones, del proyecto de Constitución, editado y distribuido a todo el país, que fue la base de las discusiones en sindicatos, asociaciones estudiantiles, en los Comité de Defensa de la Revolución, en la Federación de Mujeres Cubanas, en otras organizaciones de la sociedad civil, en las fuerzas armadas. De estas discusiones surgieron modificaciones, adiciones y supresiones al texto del proyecto. Con estos cambios se editó y distribuyó de nuevo, estuvo con tiempo suficiente en manos de los electores que votaron en el Referendo Sí con conocimiento de causa.

2. Estructura y organización del sistema de salud.

El Sistema Nacional de Salud de Cuba, es único, público (estatal), planificado y dirigido centralmente, descentralizado en su gerencia, financiado con fondos fiscales, de cobertura universal y acceso libre, integral en el contenido de sus acciones: promoción, prevención, atención y rehabilitación, sin pago por el servicio que se presta, que fundamenta su desarrollo en los resultados de la ciencia, que promueve la participación popular, practica la solidaridad entre nacionales e internacionalmente, y comparte el indispensable trabajo intersectorial en la solución de problemas.

La estructura del sistema se fundamenta en la complejidad de las acciones técnicas que se emplean y el necesario acceso y cobertura de la población. Se consideran así tres niveles en la estructura: primario, secundario y terciario.

La Atención Primaria de Salud (o nivel primario) es a nuestro juicio el espacio de las acciones más importantes y que incluyen a más personas en cuanto a la atención de su salud. Es objeto frecuente de fraccionamiento en la organización de los servicios que necesita. En Cuba el sistema de salud es integral, la política de no desagregar algún problema para tratarlo con programas verticales y personal especializado nos ha dado excelentes resultados.

El policlínico y sus consultorios de medicina familiar, que desde sus programas actúan en todo lo concerniente a cada persona, preferiblemente enfocando cada asunto como familiar, es la clave en el éxito.

El quehacer desde el consultorio es integral, promoción, prevención, atención y rehabilitación. El apoyo del policlínico es esencial: laboratorio clínico, imagenología, otras exploraciones asistenciales, además del componente higiénico-epidemiológico. La vigilancia epidemiológica cobra gran importancia a este nivel dada la fina red que alcanza cobertura universal.

La educación para la salud “cara a cara” es más efectiva en la APS.

Los más exitosos programas de salud en Cuba han fundamentado sus resultados en el trabajo de esos programas en el área de la APS: el Programa de Atención Materno Infantil, el Programa Ampliado de Inmunizaciones, el control de la hipertensión arterial.

El segundo nivel lo preside la atención hospitalaria, a enfermos en cama o ambulatorios pero necesitados de recursos tecnológicos más especializados, también más costosos y manejados generalmente por especialistas con calificaciones científicas más altas según la costumbre de los organizadores y evaluadores. Nos separamos de ese criterio un médico(a) o enfermera(o) de familia puede alcanzar una muy elevada experticia en el método clínico y resolver problemas de gran complejidad.

En este, nivel el auxilio de los medios diagnósticos y terapéuticos, es relevante. Cada unidad de servicio, hospital, dará cobertura a un número más elevado de personas. Un hospital puede recibir y atender las necesidades de la población de varios policlínicos.

El tercer nivel se destaca por la dedicación mayor a la investigación y a la enseñanza de posgrado que se añade a la atención médica en situaciones más complejas. Además de los hospitales de más nivel científico incluye los Institutos de Investigación, u otro centro igualmente relevante, así como universidades. Una evolución favorable que ha dado más valor a los resultados de estos institutos y centros y el papel de la industria farmacéutica y de equipos e insumos médicos ha sido la unión de estos componentes en una organización superior empresarial que comprende más de 30 empresas que producen más de 1000 fármacos. Antes habíamos avanzado a “centros de investigación producción”, trabajando en proyectos de producción a ciclo completo: hallazgo u obtención del agente, estudio del mismo, ensayos preclínicos, ensayo clínico, escalado de producción, distribución nacional, exportación, estudios pos-aplicación, vigilancia post comercialización.

El conjunto de unidades del tercer nivel también ha sido la escuela de formación de los más destacados investigadores, profesores y especialistas del país en diversas ramas de las ciencias biomédicas.

Una peculiaridad cubana es la integración del Sistema de Salud en la integración de los programas de salud, la investigación y la producción industrial. Son ejemplos la vacuna contra el meningococo tipo B, que controló una epidemia producida por el germen, otra vacuna con igual efecto buscada por la presencia de una epidemia es la lograda contra *Haemophilus influenzae* y el modelo de tratamiento del pie diabético basado en el factor de crecimiento epidérmico recombinante en inyección intralesional.

Estos niveles de estructura a su vez, están organizados territorialmente. En la APS el policlínico tiene asignado un territorio con una población variable (25 a 50 mil hab.), la llamamos área de salud, se divide en sectores, territorios de muy diverso tamaño, procurando no sean de más de 1500 hab. Cada uno se atiende desde un consultorio de medicina familiar. En el área rural las cifras mencionadas son difíciles de precisar y se observa notable variación.

En los policlínicos se forman grupos básicos de trabajo, con tres especialistas (pediatra, medicina interna, gineco-obstetra) que cumplen funciones docentes, de consultoría y evaluación del personal de los consultorios. Un Grupo Básico de trabajo atiende alrededor de 12-15 consultorios.

Los municipios, que suelen abarcar las áreas de varios policlínicos se dirigen desde una unidad administrativa, la Dirección Municipal de Salud. En municipios pequeños esto puede resolverse dando estas "funciones municipales" a un policlínico al que se le asigna algún personal adicional.

Las funciones de las direcciones municipales son principalmente de gestión: control de presupuestos, de personal, abastecimiento, mantenimiento. Las relaciones intersectoriales. También acciones de promoción de salud, educación para la salud, control de vectores, zoonosis, sobre todo orientando y supervisando policlínicos.

El conjunto de municipios de una provincia se subordina a la Dirección Provincial de Salud Pública. Esta es una unidad técnico-administrativa que controla todas las acciones del sistema en el territorio de la provincia. Sus cuadros de mando y funcionarios son profesionales especializados agrupados según departamentos y programas.

Algunas tareas y programas tienen personal especializado desde el policlínico, las direcciones municipales, las provinciales y se reproducen a nivel nacional en el Ministerio de Salud Pública. Ej. Programa de atención Materno Infantil, oficinas de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, o de Recursos Humanos.

Debe observarse un equilibrio muy necesario en esta estructura ya que existe en municipios y provincias una doble subordinación: técnico metodológica al Ministerio de Salud Pública y el político y administrativa a las Asambleas Municipales y Provinciales del Poder Popular, donde residen los gobiernos municipales y provinciales. Esto se completa con el trabajo del Partido Comunista de Cuba vigilando, denunciando, sancionando las desviaciones de la política del Partido, combatiendo la corrupción, apoyando en el trabajo político las tareas del sistema de salud, reconociendo los éxitos, analizando los fracasos.

A nivel nacional son el Consejo de Ministro, el Consejo de Estado, la Asamblea Nacional y Comité Central del Partido y su Buró Político los que actúan en relación con el Sistema Nacional de Salud, regido por el Ministerio de Salud Pública.

Estas descripciones sumarias siempre resultan insuficientes y hoy para Cuba están en etapa de cambios. La nueva Constitución modifica alguna estructura de gobierno, por cómo y cuándo está sujeta a la promulgación de leyes complementarias. En 2020 algo estará cambiado.

Para tratar de los modelos de atención en Cuba participé de los que identifica en un notable trabajo publicado en Salud Colectiva de la autoría de Eduardo Menéndez (Menéndez, 2008).

Para identificar los modelos de atención Menéndez los ordena en conjuntos sociales estratificados y/o diferenciados a través de condiciones ocupacionales, económicas, étnicas, religiosas etc. Que operan en diferentes contextos latinoamericanos.

Las formas de atención son (resumen):

- a. Formas de atención de tipo biomédica referidas a médicos del primer nivel de atención y del nivel de especialidades para padecimientos físicos y mentales que la biomedicina reconoce como enfermedades.

A esta forma de atención se han añadido algunas que no fueron originalmente consideradas como de tipo biomédico. Tal es el caso de la homeopatía. En Cuba esto ha ocurrido en años recientes, y así vemos en los servicios de salud la terapia floral, el uso de hojas, semillas, frutas u otras partes de vegetales (fitoterapia o medicina verde), la opinión de los autores de este texto no participan de esta estimulación y autorización, sin los ensayos pertinentes de estas prácticas, aunque sabemos que si existen numerosos resultados positivos desde siglos atrás.

- b. Formas de atención de tipo “popular” y “tradicional” expresadas también a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos...

Se incluyen algunos santos o figuras religiosas.

En Cuba son populares entre la población rural, los “sobadores de empacho”, también entre la población urbana los “babalaos” de religiones afro.

- c. Formas de atención alternativas, paralelas o *new age* que incluyen sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario.

Estas prácticas casi ausentes en Cuba hace algunos años, están hoy más representadas por los que practican lo que llaman fuerza o poder bioenergético. Un médico en un servicio de salud estatal alcanzó cierta popularidad efímera con estas prácticas. El número de los que la practican ha posibilitado que se constituya la Sociedad Cubana de Medicina Bioenergética.

- d. Formas de atención devenidas de otras tradiciones médicas académicas: acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina...

La acupuntura es conocida en Cuba desde tiempos lejanos, pero toma un gran auge en especial como proceder analgésico en las últimas décadas. Aprobada y promovida desde el Ministerio de Salud Pública hoy se le ve como un componente de las formas de atención biomédicas. Ha dicho presente días atrás la medicina ayurvédica.

- e. Formas de atención centradas en la autoayuda: Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Clubes Diabéticos...

Existen algunas asociaciones de este tipo en Cuba, pero se les ve trabajar luchando contra la discriminación, encarando procedimientos de rehabilitación más eficiente, pero de más esfuerzo personal, dirigidos técnicamente por los servicios de salud. Son notables los avances de los ciegos y débiles visuales, los discapacitados físico motores y la de sordos e hipoacúsicos (Asociación Nacional del Ciego - ANCI, Asociación Cubana de Limitados Físico Motores - ACLIFIM, Asociación de Sordos de Cuba - ANSOC).

El predominio de la atención que llamamos biomédica ha sido lo más constante en el tiempo en Cuba, ya desde mediados del siglo XIX. En épocas recientes han crecido varios de los grupos que practican las formas de atención que hemos mencionado, sobre todos los que utilizan la fitoterapia, la acupuntura y fisioterapia en forma de ejercicios (Taijiquen, Liangong, Hata Yoga...).

Este crecimiento se ha visto favorecido por la aprobación de numerosas prácticas para ser incorporadas oficialmente (ya se utilizaban) en los servicios de salud, en especial en el espacio de la APS.

El documento oficial que las autoriza es la Resolución No. 381 de 9 de mayo de 2015 del Ministro de Salud Pública.

Las modalidades reconocidas en la Revolución son: acupuntura, terapia floral, fitoterapia, apiterapia, ozonoterapia, homeopatía, hidrología médica, helio-talasoterapia, ejercicios terapéuticos tradicionales, orientación nutricional naturista.

La Resolución establece procedimientos que deben cumplirse en cada caso para aplicar estas prácticas que se presentan con gran diversidad de formas e infinitas indicaciones. También prohíbe su uso por personas no calificadas ajenas a los servicios de salud.

De esta política se puede entender que todas las prácticas mencionadas han quedado incluidas en el modelo de atención biomédico.

Al tratar en párrafos que siguen sobre la prestación de los servicios de salud tenemos una característica singular reciente en nuestros servicios y que incluyen todos los modelos de atención que mencionamos. Pero hay otras singularidades respecto a diferencias con América Latina. Todos los servicios son de libre acceso y la cobertura de los mismos es universal. Todas las prestaciones se realizan sin mediar pago económico alguno. Estos son criterios para definir que un sistema de salud es socialista.

La forma de organizar las prestaciones no difiere mucho de lo que ocurre en otros sistemas. Cierta tipo de atenciones a pacientes ambulatorios requieren disponer de un turno para ser recibidos. Esto no se aplica en los consultorios de medicina familiar, salvo en ciertos programas de visitas: niños menores de 1 año de edad (puericultura) y embarazadas. Si es práctica común en las consultas de especialidades de policlínicos y unidades del 2do y 3er nivel.

Para las interconsultas del consultorio médico con el policlínico están normados los procedimientos de referencia y contra referencia, al igual que las remisiones de un nivel a otro.

Los puntos para prestaciones de urgencia, que llamamos cuerpos de guardia, son de libre acceso con iguales condiciones que las descritas.

Los consumos de medicamentos, vacunas, sangre, pruebas de laboratorio, estudios imagenológicos, alimentación y cualquier otra necesidad en la atención de las personas en los servicios de salud, incluidos los hospitales de muy alta tecnología, son siempre de libre acceso y sin pago alguno por el usuario.

3. Universalidad, integralidad e igualdad

El lenguaje contemporáneo sobre temas de salud pública está cargado de términos como lo universal (por cobertura de servicios que tantos reclaman), lo global (que convoca a comprenderlo o integrarlo todo) y la equidad (que nos propone que seamos todos, si no iguales, al menos parecidos).

Estas palabras se utilizan en un discurso edulcorado con el que se inundan los medios masivos de comunicación para proponernos las recetas que prescriben los rectores de las finanzas mundiales, en un mundo que es capitalista y que a partir de los principios que en 1993 definió el Banco Mundial en su célebre texto "Invertir en Salud", se ha convertido en la guía de la política del propio banco, del Fondo Monetario Internacional, Banco Interamericano de Desarrollo, la banca privada, fundaciones como la Bill y Melinda Gates y la Rockefeller, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Población, gobiernos de extrema

derecha en países de gran poder económico y las burguesías nacionales de los países subdesarrollados que se doblegan al capital foráneo.

Debemos escribir en términos categóricos para dejar claro por qué y cómo mienten cuando esta poderosa asociación de los más ricos del mundo que son el centro del capitalismo salvaje lo proponen mediante el aseguramiento privado (o sea cuando un inversionista coloca dinero en una empresa privada de seguros de salud). El que invierte o coloca su dinero en un negocio donde obtendrá ganancias, lucro. No lo hace para dar servicios de salud a los asegurados. Los asegurados son clientes a los que se les vende servicios, siempre que produzcan ganancias al que invirtió. Siempre deberá haber ganancias. El servicio que se da tendrá un costo para el asegurado que garantice el lucro. Esta es la prioridad, no la salud del asegurado.

Esta simple ecuación no hay que enredarla con consideraciones técnico-económicas.

Las reformas según lo propuesto por el Banco Mundial y sus acompañantes han sido ensayadas en varios países de América Latina, pero ninguna ha asegurado el derecho a la salud.

Se ha estado prestando atención a los debates sobre servicios de salud y su cobertura y proponiendo el ideal de alcanzar la cobertura universal de esos servicios en todo el planeta.

Al respecto Cristina Laurell nos ha advertido de algo a veces oculto:

“La ofensiva actual de la Cobertura Universal en Salud (CUS) emprendida por la Fundación Rockefeller, Lancet, el Banco Mundial –entre otros– debe ser analizado en este contexto (el neoliberal) porque impulsa directa o indirectamente al aseguramiento y separación de funciones” (Laurell, 2014).

Se trata en fin de privatizar los servicios de salud, vía seguros privados, e introducir la administración privada de los fondos públicos. Así convertiríamos el campo de la salud en un jugoso mercado de ganancias. La salud humana como fuente de lucro. El capital financiero, que reside en el norte, invadirá el sur. La atención médica se define como un bien privado, el costo de la atención será pagado por el usuario (un asegurado). Así se cumplen los postulados propuestos en “Invertir en Salud” del Banco Mundial de 1993.

“Para superar la crisis económica que comenzó alrededor de 1980, el Fondo Monetario Internacional exigió a los gobiernos que cortaran los gastos en los sectores sociales entre ellos el sector salud (los llamados ajustes estructurales). La reducción de los presupuestos de salud provocó un deterioro aun mayor de los servicios y el aumento de la insatisfacción de los proveedores y de los usuarios. El Banco Mundial aprovechó la crisis del sector para fortalecer su programa de préstamos al sector de la salud y a finales de la década de 1990,

según los precios de 1996, el Banco Mundial había concedido préstamos por un valor total de US\$ 16 800 millones”.

“Apoyándose en el poder de sus recursos el Banco Mundial ha promovido una reforma de salud basada en los principios básicos de que el sector público y de que la función del Gobierno es regular y no proveer servicios. Siguiendo su ideología neoliberal, el Banco Mundial propone la privatización de los servicios, su descentralización, la separación de funciones de financiación y provisión, y la universalización del acceso a un paquete de servicios mínimos que cada país debe definir de acuerdo con sus recursos y estudios de eficiencia en función de los costos” (Homedes y Ugalde, 2005).

Todo lo descrito en la cita anterior de Homedes y Ugalde lo han tenido en cuenta Iriart, Marhy y Waitzkin al enumerar lo que determinados “expertos” han aportado a la construcción de ideas como “fundamento” de las políticas del Banco Mundial y sus asociados. Estos son:

1. la crisis en salud obedece a causas financieras; b) el gerenciamiento introduce una “nueva” racionalidad administrativa indispensable para salir de la crisis; c) es imprescindible subordinar las decisiones clínicas a esta nueva racionalidad, si se quieren disminuir los costos; d) la eficiencia aumenta si se separa el financiamiento de la prestación y se generaliza la competencia entre todos los subsectores (estatal, seguridad social y privado; e) se debe desarrollar el mercado de salud porque es el mejor regulador de la calidad y costos; f) no se debe subsidiar a la oferta sino a la demanda; g) la flexibilización de las relaciones laborales es el mejor mecanismo para lograr eficiencia, productividad y calidad; h) la administración privada es más eficiente y menos corrupta que la pública; i) los pasos a la seguridad social son propiedad de cada trabajador; j) la desregulación de la seguridad social permitirá al usuario la libertad de elección para poder optar por el mejor administrador de sus fondos; k) el pasaje del usuario/paciente/beneficiario al de cliente o consumidor es la garantía para que exija que sus derechos sean respetados; l) la garantía de la calidad está dada por la satisfacción del cliente (Iriart, et al.,2000).

Bajo una creciente marea de documentos programáticos, contentivos de muy variadas conceptualizaciones, proponiendo y ejecutando reformas distintas a partir de la década de 1990, se implantaron en América Latina numerosas reformas, incluso más de una en un mismo país. La que se acepta por la mayoría de los estudiosos del tema como la ortodoxa respecto a las propuestas originales del Banco Mundial fue la reforma de Colombia, plasmada en la Ley 100 de 1993 que estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En este sistema se separaron claramente los servicios individuales y los colectivos para dejar los primeros (lo asistencial curativo) en manos del mercado, vía el aseguramiento privado y los segundos a cargo del Estado.

Finalizando la década del 2010, esta reforma y las demás no han alcanzado lo prometido. Tesis como el pluralismo estructurado o la atención gerenciada no concluyeron, y hoy es lejana la meta, de cobertura universal en casi todo el continente.

Cuando se trata de cobertura es necesario hacerlo considerando también la integralidad. Ya describimos la integralidad del sistema cubano, en sus tres niveles, haciéndose más evidente en la APS. Promoción, prevención, curación y rehabilitación están integrados en los programas básicos de la APS. El objetivo principal de crear el especialista en Medicina General Integral es lograr la integralidad en la APS, también la continuidad en la atención a lo largo del proceso salud-enfermedad-atención-muerte.

La integralidad así conseguida se fractura en los sistemas en que intervienen distintos prestadores, además se excluyen componentes cuando se diseñan paquetes o casi siempre “paquetes para pobres”.

De todos los males mencionados se ha librado la salud pública revolucionaria cubana ya que no suscribió ninguna de las ideas de la ofensiva neoliberal privatizadora. Navegamos a contracorriente, eliminamos toda práctica privada, construyendo un sistema único, público (estatal) de cobertura universal y acceso libre, sin pago por el servicio en las unidades del sistema. Dicho de otro modo, un sistema socialista, ajustado al modelo de formación económico social que se construye. Por esto nos abstenemos de comparaciones específicas entre Cuba y el resto de América Latina. Partimos de situaciones muy distintas: Cuba de un proceso político radical, la Revolución, el resto intentando reformar el sistema de salud en el marco del sistema capitalista dependiente.

La cobertura universal y el acceso libre tan apreciado solo se materializan en un escenario de equidad social. No hemos encontrado una conceptualización de equidad que no reciba serias críticas, sobre todo cuando filósofos o bioeticistas las analizan. No obstante, reconocemos como útil la muy difundida desde la década 1990 que formulara Margareth Whitehead: “equidad es la ausencia de desigualdades innecesarias, injustas y evitables”.

Recordemos entre sus críticos los que se preguntaron ¿quién y cómo se define lo innecesario, lo injusto y lo evitable? Probablemente cada interesado habrá dado estas definiciones según sus criterios.

Volviendo al sistema cubano, sin estar libre de pecados, es bastante equitativo. Son muy diversas las situaciones en que nos podemos encontrar ante una iniquidad, una es la que puede ocurrir en los servicios de salud: rechazar a quien solicita el servicio por no pagar el mismo, o por su color de piel, o por no tener seguro de salud. Las circunstancias que provocan discriminación son muy numerosas en relación con los servicios de salud son frecuentes las siguientes: sexo, género, orientación sexual, color de la piel, pobreza, baja escolaridad, extranjería, inmigrante, religión, credo político, etnia y algo más.

De todo esto pueden encontrarse ejemplos en América Latina. En Cuba en los últimos años se ha avanzado mucho en la lucha contra las iniquidades, en especial en el aspecto jurídico. La Constitución recientemente aprobada es categórica, no admite las iniquidades.

De las muchas prácticas discriminatorias las más extendidas en Cuba eran la racial (contra negros, mulatos y amarillos – chinos – en orden decreciente) y la homofobia. Legalmente hoy todos los cubanos somos iguales, no importa el color. Pero lo legal no ha calado en el pensamiento, en las ideas, de algunas personas. Es necesario seguir educando hoy lo consideramos una tarea educativa, obtener el cese definitivo de la discriminación según el color de la piel, que a veces se mezcla con un sesgo religioso, ya que religiones de origen afro tienen más feligreses entre negros y mulatos.

La educación contra esta iniquidad continúa y se apoya en políticas definidas en instituciones del Estado cuidando de asegurar representatividad en cargos ejecutivos, candidaturas a cargos electivos, presencia en medios de comunicación masiva de personas de “colores oscuros”.

Igual trabajo se hace contra la homofobia, transfobia y otras discriminaciones por orientación sexual diferenciada. El liderazgo en esta lucha lo ha sostenido el Centro Nacional de Educación Sexual, los avances logrados son notables, pero falta camino por recorrer. A partir de la apertura que ofrece la nueva Constitución se preveen avances mayores en un nuevo Código de Familia que deberá elaborarse como ley complementaria. La educación seguirá jugando un papel protagónico en este empeño por la equidad.

La medición de la cobertura de servicios de salud es un viejo problema no resuelto. Cada sociedad (país, parte de un país, pequeña localidad) tiene sus peculiaridades. Será necesario también, además de utilizar indicadores de uso frecuente, realizar investigaciones para situaciones específicas. Y necesitamos investigaciones cualitativas. Todo no lo dará la estadística medir todos los aspectos de la cobertura asistencial no parece factible, ni necesario. Se impone la selección de un grupo de indicadores para el caso concreto que abordamos. En el 2010 la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud publicó un texto titulado “Indicadores Básicos para el Análisis del Estado de Salud de la Población”. Se presentan 133 indicadores, entre ellos numerosos que miden cobertura de servicios. En los Anuarios Estadísticos de Salud se publican los datos de Cuba, desagregados en varias clases.

Utilizando esta fuente (el Anuario de 2017, que se publica en 2018) resumiremos la cobertura de servicios de salud en Cuba.

Tabla 1 – Indicadores del año 2017

Nacidos vivos en servicios de salud	99.9%
Niños supervivientes a los 5 años de edad	95.5%
Población menor de 1 año de edad con las dosis de inmunización completas contra poliomielitis (oral), difterias-tétanos-pertusis(DPT), rubéola-parotiditis-sarampión (RPS), enfermedad meningocócica, hepatitis B, meningococcal por H. <i>influenzae</i> tipo b y tuberculosis (BCG)	90.5 a 100%
Consultas médicas por habitantes	
Ambulatorias	6.8
Urgencias (cuerpos de guardia)	1.8
Consultas estomatológicas por habitante	2.7
Total de consultas por habitante	11.3
Consultas médicas ambulatorias	
En hospitales	6.6%
En la APS	93.4%
Consultas médicas por 100 habitantes según especialidad	
Medicina General Integral	279.4
Medicina Interna	14.8
Geriatría (hab. De 60 y + años de edad)	6.9
Oftalmología	14.3
Pediatria (0-14 años)	6.4
Obstetricia (por parto)	16.1
Ginecología (15 años y + de edad)	23.3
Consultas de estomatología por 100 habitantes	
Estomatología General Integral	119.4
Periodoncia	5.4
Cirugía Máxilo Facial	2.3
Prótesis (15 y + años de edad)	13.3
Ortodoncia (hasta 18 años)	35.6
Ingresos en hogares maternos (por 100 nacidos vivos)	55.0
Cobertura de métodos anticonceptivos (mujeres en edad fértil con pareja)	77.1%
Cobertura de la población por médico de familia	100%
Camas de hospital por 100 habitantes	4.2
Ingreso en hospital por 100 habitantes	12.0
Ingresos en el hogar por 100 habitantes	4.4
Donaciones de sangre x 100 habitantes (de 18 a 59 años de edad)	3.1
Personal profesional y técnico por 10 000 habitantes	
Médicos	81.9
Estomatólogos	16.6
Enfermeras (licenciadas)	56.7
(técnicas)	21.0
(auxiliares)	0.2
(Total)	77.9
Técnicos medios	
Laboratorio clínico y microbiológico	4.9
Banco de sangre	0.7
Imagenología	2.0
Estomatología	4.0
Terapia física y rehabilitación	3.6
Higiene y epidemiología	1.3
Trabajadora social	1.1
Registros médicos y estadística	1.0

Este conjunto de indicadores confirman el criterio de que en Cuba se ha alcanzado la cobertura universal de servicios de salud, destacándose el área de la APS. Los indicadores son todos cuantitativos, lo cualitativo, que no se mide al menos en lo publicado en la fuente utilizada, alcanza respaldo en lo expuesto sobre el derecho a la salud, la gratuidad de los servicios y la equidad en la práctica de los mismos.

Cuba ha avanzado mucho, pero no todo está hecho, entre otras razones porque muchas soluciones generan nuevos problemas. Ejemplo cubano, las transiciones demográfica y epidemiológica, que son un gran logro, nos ha dado una población envejecida con mayor porcentaje de enfermedades crónicas y una tasa de reproducción que no asegura el remplazo generacional. Estos son dos notables problemas que no estaban a la vista cuando empezábamos a crear el nuevo sistema. Y muy pronto, en una generación pasamos a otra condición muy distinta.

Otra razón para no tener avances mayores en distintos campos son el bloqueo financiero, comercial, científico, cultural en general que ha sostenido el Gobierno de los EUA desde los tiempos iniciales del proceso transformador cubano, hoy recrudecido llegando a lo no intentado antes. Insistiremos en resistir, luchar y vencer.

4. *Financiamiento del Sistema de Salud*

La comprensión del financiamiento del Sistema Nacional de Salud de Cuba es fácil, dada su condición de único, público, presupuestado por el Estado.

"Presupuesto del Estado. Constituye el plan financiero fundamental para la formación y utilización de los recursos financieros del Estado a través del cual se distribuye una parte sustancial del ingreso nacional destinado al fomento de la economía nacional, al incremento del bienestar material y cultural de la sociedad, a la defensa nacional, y al funcionamiento de los órganos y organismos del Estado" (Oficina Nacional de Estadística e Información, 2017).

Este presupuesto:

"Se forma a partir de los ingresos ordinarios recaudados, servicios no mercantiles, ingresos extraordinarios derivados del manejo de provisiones y las donaciones vinculadas con este presupuesto así como los gastos devengados en las actividades presupuestadas y no presupuestadas en las que participa el presupuesto del Estado" (Oficina Nacional de Estadística e Información, 2017).

Presupuesto Central. Contiene los ingresos redistribuidos del Presupuesto del Estado y gastos de los Organismos de la Administración Central del Estado y sus entidades subordinadas y otros compromisos que asume el

Estado centralmente, contiene además las operaciones vinculadas con el presupuesto de la Seguridad Social y el crédito público. Dentro del sistema es el único que posee capacidad legal para endeudarse (Oficina Nacional de Estadística e Información, 2017).

Presupuestos Locales. En los presupuestos locales se concentra una parte importante de las actividades socioculturales que brindan los servicios básicos a la población: educación preescolar, primaria, media, salud pública, asistencia social, servicios comunales, actividades culturales, deportivas y recreativas y las de funcionamiento de los órganos locales de gobierno, incluye los presupuestos de los municipios y el de subordinación provincial (Oficina Nacional de Estadística e Información, 2017).

Algunos aspectos de la salud humana son atendidos por la seguridad social, que los asumen en su presupuesto.

La Seguridad y Asistencia Social incluye:

Prestaciones a corto plazo relacionadas con enfermedad y accidente común o profesional, licencia por maternidad, reintegros de subsidios de la seguridad social al sector privado.

Prestaciones a largo plazo que incluye pensiones por edad, invalidez total y parcial, muerte, reforma urbana, invalidez total por participación en Playa Girón, lucha contra bandidos y otros hechos relevantes; por protección social a los internacionalistas lesionados en cumplimiento de misiones militares o civiles; por protección social a combatientes de la Guerra de liberación; los subsidios a enfermos de tuberculosis, prestaciones a trabajadores seleccionados para cursos de carreras universitarias; sistema de seguridad social al sector artístico; renta vitalicia concedidas: régimen de seguridad social que protege a los cooperativistas; indemnizados que tiene derecho a recibir pensión con cargo a la seguridad Social; sistema de seguridad social de las Fuerzas Armadas Revolucionarias (Oficina Nacional de Estadística e Información, 2017).

En los párrafos citados que condensada la gran cobertura de la seguridad social. Prácticamente nadie queda desamparado.

La tendencia en las seis últimas décadas indica un constante ascenso en los presupuestos de Salud Pública y Asistencia Social, así como en los de Seguridad Social. En 2015 se alcanzó por primera vez los 10 mil millones, 10 650.1 y en 2016 el presupuesto fue de 105 71.6 millones de pesos.

Esta última cifra contiene el Presupuesto del Gobierno Central 2901.3 millones, y el Presupuesto de los Gobiernos Locales 7670.3 millones.

Todas las cifras se refieren al peso cubano no convertible, CUP.

5- Macrogestión

Las ideas que originan la formulación de políticas estatales han tenido en Cuba numerosas fuentes durante la historia del periodo revolucionario. Las primeras políticas que con gran rapidez y firmeza aplicó la Revolución eran reclamadas desde largo tiempo por las grandes mayorías de la población: la ley de la Reforma Agraria, que se aceptó proponer en la Constitución de 1940 y que no se había empezado a discutir 18 años después, se hizo realidad en 1959, meses después del triunfo de las armas revolucionarias. Esta Ley se acompañó de dos políticas (una plasmada en Ley) con el establecimiento del Servicio Médico Social Rural (1960) y la campaña de alfabetización, seguida del aumento del número de escuelas rurales, la formación masiva de maestros. La ley agraria, la salud para todos y la educación de todos eran viejos anhelos que la Dirección de la Revolución y su Jefe, Fidel Castro Ruz hicieron realidad.

Al avanzar la institucionalización llegamos a la forma actual de formular políticas y leyes. Los Organismos de la Administración Central del Estado, los diputados de Asamblea Nacional del Poder Popular, las Comisiones de la Asamblea, los órganos de gobierno de provincias y municipios y las organizaciones de la Sociedad Civil (sindicados, sociedades científicas, artísticas y literarias, de estudiantes, de campesinos, etc.), son la que toman las iniciativas que cristalizan en procesos de debate y análisis en leyes, decretos, programas que se aplican en la solución de la situación considerada. Esta forma de hacer implica una importante participación de la ciudadanía en las discusiones durante el proceso de gestión del proyecto.

El más notable ejemplo ha sido el debate en torno al proyecto Constitución que en millones de ejemplares impresos se distribuyeron a la población y que se discutió en 133 681 reuniones, por 1706 872 participantes, donde se propusieron 666 995 modificaciones, 32 149 adiciones y 45 548 eliminaciones. Se formularon 38 482 preguntas (Granma, 2009).

Se publicó la nueva versión del proyecto con las modificaciones pertinentes y con conocimiento de ellas votó, aprobando la nueva Constitución el pueblo de Cuba.

Se ha entrado ahora en un intenso trabajo de preparación de numerosas leyes complementarias que son necesarias para que se ajusten a la nueva "ley de leyes", ya que las vigentes resultan obsoletas. Las comisiones de la Asamblea Nacional y los Organismos de la Administración Central del Estado trabajan ya en esto. Se esperan nuevas y numerosas consultas llevando a debate popular los proyectos antes de la discusión final en el parlamento.

En algunas ocasiones un proyecto o programa se ha experimentado antes de ponerlo en práctica. Un caso fue referido en este texto, el ensayo o experimento del nuevo modelo de APS basado en la práctica de la medicina familiar, que se sometió a prueba en el área del Policlínico Lawton en La Habana. Más recientemente se han probado cambios en la estructura administrativa de provincia y municipio en las provincias de Artemisa y Mayabeque.

Todo lo anterior está también estrechamente vinculado a la actividad rectora del Partido Comunista de Cuba. Al respecto la Constitución de la República, en su artículo 5 dispone:

El Partido Comunista de Cuba, único, martiano, fidelista, marxista y leninista, vanguardia organizada de la nación cubana, sustentado en su carácter democrático y la permanente vinculación con el pueblo, es la fuerza política dirigente superior de la sociedad y el Estado. Organiza y orienta los esfuerzos comunes en la construcción del socialismo y el avance hacia la sociedad comunista. Trabaja por preservar y fortalecer la unidad patriótica de los cubanos y por desarrollar valores éticos, morales y cívicos (Granma, 2009).

Todos los procesos mencionados obligan a un sistema de relaciones y regulaciones que hace indispensable un ejercicio permanente de la interdisciplinariedad, institucionalidad e intersectorialidad. Cuando en este ejercicio nos equivocamos o exageramos, generamos burocracia, grave mal que no hemos podido erradicar, se está atenuando. El impulso a la informatización debe influir positivamente en la reducción del “papeleo” y aquello de “elevar el problema”, que el lenguaje popular codificó en lugar de consultar al nivel superior.

Una regulación no existente en Cuba es la que se refiere a la regulación de acciones o procedimientos entre los servicios de salud y los seguros privados de salud, estos últimos no existen en Cuba.

Bibliografía

- Aguilar, Alejandro (1995). Relaciones Cuba-Estados Unidos: actualidad y perspectiva en la esfera económica. Edit. Instituto Nacional de Investigaciones Económicas. La Habana.
- ALAMES-IAHP (2000). Declaración. En: Memorias de un encuentro. CD-Rom. Edit. Sociedad Cubana de Salud Pública. La Habana.
- Antología de Autores Cubanos (1984). Saúde e Revolução: Cuba. Rio de Janeiro: Achiamé/Cebes.
- BM- Banco Mundial (1993). Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud. Resumen. Washington, D.C.:Banco Mundial.

Belmartino, Susana (1990). Políticas Neoliberales en Salud. La discusión de una Alternativa. *Dibulgação em Saúde para Debate* 1990 (Março/2).

Belmartino, Susana y Bloch, Carlos (1998). Desregulación/privatización: La relación entre financiación y provisión de servicios en la reforma de la seguridad social médica en Argentina. *Cuadernos Médicos Sociales* 73 (mayo): 62,

Belmartino, Susana (1991). Estado y políticas de Salud: opciones y perspectivas. En: *II Taller Latinoamericano de Medicina Social*. Caracas: Editorial ALAMES/Universidad Central de Venezuela, Marzo 16-19.

BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, USAID (1995). Acceso equitativo a los Servicios Básicos de Salud: Hacia una Agenda Regional para la Reforma del Sector Salud. En: *Reunión especial sobre reformas del Sector Salud*. Washington, D.C., junio.

Capote, Robert (1979). La evolución de los servicios de salud y la estructura socioeconómica en Cuba, La Habana: Instituto de Desarrollo de la Salud.

Carranza, Julio *et al.*, (1995). Cuba: la reestructuración de la economía. Cap. 1. Edit. Ciencias Sociales. La Habana.

Castro, Fidel (2000). Discurso pronunciado por el Presidente del Consejo de Estado de la República de Cuba, Fidel Castro Ruz, en la Tribuna Abierta de la Juventud, los estudiantes y los trabajadores por el día Internacional de los Trabajadores, en la Plaza de la Revolución, el primero de mayo del 2000. Recuperado de: <https://www.cuba.cu/gobierno/discursos/2000/esp/fo105000e.html>.

Castro, Fidel (1995). Discurso pronunciado en la Clausura del Taller Internacional sobre Neuropatía Epidémica en Cuba. En: *Neuropatía Epidémica en Cuba 1992-1994*. Edit. Ciencias Médicas. La Habana.

Castro, Fidel (1998). *Por el camino correcto*. Compilación de textos de Fidel Castro. Editora Política. La Habana.

CEPAL- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (1980). Cuba: Estilo de desarrollo y políticas sociales. México D.F. Edit. Siglo XXI.

CEPAL- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (1995). Balance preliminar de la economía de América Latina y el Caribe 1995. Cuadro A2. CEPAL. Stgo. de Chile.

Cohn, Amelia (1991). Condições políticas, projetos políticos e construção de estratégias em saúde. En: *V Congreso Latinoamericano de Medicina Social*. Caracas:Editorial ALAMES/Universidad Central de Venezuela, Marzo 16-19.

Colectivo de Autores (1995). *Neuropatía Epidémica en Cuba 1992-1994*. Edit. Ciencias Médicas. La Habana.

Comité Estatal de Estadística (1991). *Anuario Estadístico de Cuba 1989*. Tablas III. 1 y XI. 1. Edit. Estadística. La Habana.

Cuba (1963) Ley 1097 de 25 de marzo de 1963. *Gaceta Oficial Ordinaria* 29 de marzo. (Modifica la Ley 1015 de 12 de marzo de 1962, aparecida en esta misma fecha en *Gaceta Oficial Ordinaria*.)

Cuba (1959).Ley 502 de 19 de agosto de 195\$. *Gaceta Oficial Ordinaria*, 25 de agosto.

Cuba (1959).Ley 677 de 23 de diciembre de 1959. *Gaceta Oficial Ordinaria*, 24 de diciembre.

Cuba (1959).Ley 122 de 3 de marzo de 1959. *Gaceta Oficial Ordinaria*, 4 de marzo.

Cuba (1959). Ley 168 de 2 de marzo de 1960. *Gaceta Oficial Ordinaria*, 24 de marzo.

- Cuba (1959). Ley 135 de 10 de marzo de 1959. Gaceta Oficial Ordinaria, 11 de marzo.
- Cuba (1959). Ley 351 de 29 de mayo de 1959. Gaceta Oficial Ordinaria, 4 de julio.
- Cuba (1960). Ley 771 de 21 de abril de 1960. Gaceta Oficial Ordinaria, 25 de abril.
- Cuba (1961). Ley 959 de 1ro. de agosto de 1961. Gaceta Oficial Ordinaria, 3 de agosto.
- Cuba (1963). Ley 1100 de 27 de marzo de 1963. Gaceta Oficial Ordinaria, 4 de abril.
- Cuba National Report (1995). World Summit for Social Development. Copenhagen.
- Cuba (1960). Ley 717 de 22 de enero de 1960. Gaceta Oficial Ordinaria de 26 de enero.
- De Melo, Osvaldo (2013). Un debate sobre la medicina natural y tradicional en Cuba. Edit. UH. La Habana.
- Delgado García, Gregorio (1996). Conferencias de historia de la administración de salud pública en Cuba. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. No.81. La Habana.
- Díaz, Ana *et al.*, (1994). Sistemas de Salud en proceso de reforma. Buenos Aires: Representación OPS/OMS en Argentina.
- Díaz, J. (1991). Algunos problemas teórico-conceptuales del proceso de privatización de los servicios de salud en Venezuela. En: V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas: Editorial ALAMES/ Universidad Central de Venezuela, Marzo 19-23.
- Editora Política (1987). Cronología 25 años de Revolución. La Habana: Editorial Política.
- Editora Política (1989). Vindicación de Cuba. La Habana: Editorial Política.
- Editorial (1994). Algunas reflexiones sobre las reformas de los sistemas sanitarios. Koadernoak 14: 1.
- Eibenschutz, Catalina (1991). Poder, Salud y Democracia. En: II Taller Latinoamericano de Medicina Social. Caracas: Editorial ALAMES/ Universidad Central de Venezuela. Marzo 16-19.
- Escalona, Mario (1972). Integración de la administración, docencia, asistencia e investigación en la atención de la salud en Cuba. Educación Médica y Salud 6 (2./abril-junio): 130—134.
- Escuela, Mauricio (2019). Fake news, la verdad de las mentiras. En: Granma, martes 19 de febrero de 2019.
- Feinsilver, Julie (1993). Healing the Masses. Cuban Health Politics at Home and Abroad, p. 157.
- FIOCRUZ (2000). Considerações sobre o relatório OMS. Fiocruz. Río de Janeiro (reproducción facsimilar).
- Frenk, Julio *et al.*, (199 (1). La transición epidemiológica en América Latina. Bol. Of. Sanit. Panam. 111 (6): 485-496.
- Gérvas, Juan (2014). El asunto Tamiflú-Relenza, la salud pública y algunas lecciones para la decisión y la ética. RevCubana Salud Pública (revista en la Internet). Dic. (citado 2014, nov 27) 40(4)334-48 Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000400009&lng=es.
- González, P, et al., (1995). Estudio clínico-terapéutico controlado y multicéntrico en pacientes con neuropatía epidémica en su forma óptica. En: Neuropatía Epidémica en Cuba 1992-1994. Edit. Ciencias Médicas. La Habana.
- Granados, Ramón (1995). Reforma de los Sistemas de Salud. Tegucigalpa: OPS/OMS.

Granma (diario) (2009, 22 de febrero). suplemento: 4.

Guerra de Macedo, Carlyle (1993). Salud y desarrollo social. En: Reforma social y pobreza. OPS, BID y PNUD. Washington, D.C.

Guerra de Macedo, Carlyle (1997). Nota para una História Recente da Saúde Pública na América Latina, p. 39. Brasilia: Representação do Brasil OPAS/OMS.

Guevara, Ernesto (1961). Exposición del Dr. Ernesto Guevara, Presidente de la delegación de Cuba, en la Quinta Sesión Plenaria celebrada el 8 de agosto de 1961. Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social a Nivel Ministerial, p. 10. Montevideo, Uruguay: Documentación Oficial OEA/Ser.H/X.1.

Gutiérrez, José y Delgado, Gregorio (2007). Los hogares maternos en Cuba. Colección Monográfica "Cuadernos de Historia de la Salud Pública. No. 101. La Habana. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=0045-977800700005&ing=es&nrm=iso&ting?es>

Hernández, Mario (2000). El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. En: Memorias de un encuentro. CD-ROM. Edit. Sociedad Cubana de Salud Pública. La Habana.

Hernández, Roberto (1971). Administración de Salud Pública. Edit. Ciencia y Técnica. Instituto Cubano del Libro. La Habana; 658-662 y 671.

Hersh, Seymour (1998). La cara oculta de JF. Kennedy. Barcelona: Planeta.

Hobsbawn, Eric (1996). Historia del Siglo XX (1914-1991). Barcelona: Editorial Crítica Grigalbo Mondadori.

Homedes, Nuria y Ugalde, Antonio (2005). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. Rev Panam Salud Pública. 17(3).

Horwitz, Abraham (1964). Intervención en la XIV Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Documentos Oficiales de la OPS 55. Washington, D.C.: OPS/OMS, de una reunión con fecha de 16-25 de septiembre de 1963.

Huertas, Rafel y Maestro, Ángeles (1991). Orígenes y contradicciones del concepto de medicina social. En: La ofensiva neoliberal y la sanidad pública. Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas.

Iriart, Celia *et al.*, (2000). La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. Cad. Saude Pública. Rio de Janeiro, 16(1).

Jaen, Maria *et al.*, (1996). La reforma de salud en Venezuela. Caracas: Unidad Coordinadora del Proyecto de Salud. Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, agosto.

Kriegel, F. (1963). Informe final de nuestra asesoría durante el período comprendido de diciembre de 1960-1963. Mimeógrafo. La Habana: MINSAP.

Lage, Carlos (1994). Intervención en la conferencia "La Nación y la Inmigración". Mimeógrafo, abril de 1994. Citado en: Boletín ICE Económico. (2433):3003-11.

Lage, Carlos (1995). Entrevista concedida a S. Lee. Granma, 25 de enero de 1995.

Lalonde, Marc (1974). A new perspective on the health of Canadians. A working ocument. Ottawa: Government of Canada, Minister of National Health and Welfare.

Laurell, Asa Cristina (1991). Proyectos políticos y opciones de salud en América Latina (Ideología, discurso y realidades). En: V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas: Editorial ALAMES/Universidad Central de Venezuela, Marzo 16-19.

Laurell, Asa Cristina (2014). La reforma del Sistema de Salud en México: una historia no contada. En: La lucha por el derecho a la salud en América Latina. Edit. ALAMES y People's Health Movement. Cap. 10. San Salvador.

Lesky, Erna (1984). Introducción al discurso académico de Johann Peter Frank sobre la miseria del pueblo como madre de las enfermedades. (Pavia, 1790). En: Lesky Erna Medicina Social. Estudios y testimonios históricos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Madrid, 1984:133-152

López, Enrique (1890). Ambliopía por desnutrición. Ambliopía del bloqueo. Archivo de la Policlínica;8.

Loureiro, Sebastián (1991). Crise, medidas de ajuste e o seu impacto na saúde. En: V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas:Editorial ALAMES/Universidad Central de Venezuela, Marzo 16-19.

Machado, José (1963). Intervención en la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana. Acta de las Sesiones Plenarias y de las Comisiones. OPS. Washington D.C.1963:128

Madan, Domingo (1898). Notas acerca de una forma sensitiva de neuritis periférica. Ambliopía por neuritis óptica retrobulbar. Crónica Médico Quirúrgica de La Habana.

Marsset Campos, Pedro (1990). Políticas Neoliberales en Salud. Dিবল্গাণ em Saúde para Debate 1990 (Março/Z): 29-32.

Martínez, Heliodoro (1970). Discurso de clausura del Curso de Medicina del Trabajo. Diciembre 3 de 1970. Citado en Rojas Ochoa F, 1972.

Martínez, Alfonso (1989). Agresiones económicas del imperialismo yanqui contra Cuba. En: Agresiones de Estados Unidos a Cuba revolucionaria. Edit. Ciencias Sociales. La Habana.

Menéndez, Eduardo (2008). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: Salud Colectiva. Hugo Spinelli, compilador. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Ministerio de Salud Pública (1974). Programas básicos del área salud y su evaluación. La Habana: Dirección Nacional de Planificación.

Ministerio de Salud Pública (1998). Anuario Estadístico 1997. La Habana: Dirección Nacional de Estadística.

Ministerio de Salud Pública (1973). Cuba: Organización de los Servicios y Nivel de Salud. La Habana: CNICM.

Ministerio de Salud Pública (1996). Análisis del Sector Salud en Cuba (Colaboración de OPS/OMS). La Habana: MINSAP.

Ministerio de Salud Pública (1969). Diez Años de Revolución en Salud Pública. La Habana, Instituto Cubano del Libro.

Ministerio de Salud Pública (1975). Cuba: La Salud en la Revolución. La Habana: Editorial Orbe.

Ministerio de Salud Pública (1961). Resolución 27 de 13 de enero de 1961 (en Archivos de la Dirección Jurídica del MINSAP).

MF- Ministerio de Finanzas (1990). Liquidación del presupuesto del Estado para 1989. La Habana.

MFP- Ministerio de Finanzas y Precios (1995). Presupuesto del Estado. Anteproyecto 1996. La Habana.

Ministerio de Salud Pública (1995). Balance de trabajo, año 1994. MINSAP. La Habana.

MINSAP (1966). Área, Sector, Policlínico Integral. MINSAP. La Habana.

MINSAP (1966). Organización y funciones del policlínico integral. MINSAP. La Habana.

MINSAP (1972). Organización de los Servicios y Nivel de Salud. Informe del Ministerio de Salud Pública de Cuba a la XXVI Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública. MINSAP. La Habana: 39-41.

MINSAP (1982). La atención a la salud en las zonas rurales en la revolución. Citado en: Encuentro Nacional del Servicio Médico Rural. La Mícara, 2-3 de septiembre de 1982. La Habana. (En la cita se referencian las págs. 24-25 de un documento fechado en 1965).

MINSAP (S/F). Fundamentos para un nuevo enfoque de la medicina comunitaria. MINSAP. La Habana.
Navarro, Vicente (1972). Health, Health Services and Health Planning in Cuba. International Journal of Health Services 2 (3): 407-413, 419-430.

Navarro, Vicente (1990). El estado de Bienestar y sus Efectos Distributivos. Parte del Problema o Parte de la Solución. *Dibulgaçã em Saúde para Debate* 1990 (Março/Z): 16-29.

Navarro, Vicente (1994). Las reformas sanitarias de Clinton y su posible relevancia en España. *Koadernoak* 14:162.

Navarro, Vicente (2000). Assessment of the World Health Report. *TheLancet* (356): 1598-601.

ONE- Oficina Nacional de Estadística (1995). La economía cubana en 1994. La Habana.

Oficina Nacional de Estadística e Información (2017). Anuario Estadístico de Cuba 2016. Edición 2017. Capítulo 6. Finanzas. ONEI, La Habana.

Oficina Sanitaria Panamericana (1961). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana: Información General, Reunión de Punta del Este, Uruguay. *Bol. Of San. Pan.* LI (5/noviembre): 475-476, 490-491.

OMS- Organización Mundial de la Salud (2000). Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. OMS. Ginebra: XIV.

OMS- Organización Mundial de la Salud (2010). Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. OMS. Ginebra: XVI-XVII

OMS- Organización Mundial de la Salud (2013). Informe sobre la salud en el mundo – Investigación para una cobertura sanitaria universal. OMS. Ginebra: 5.

OPS- Organización Panamericana de la Salud (1995) Programa de Subvenciones para la Investigación (PSI). Manual de Políticas, Normas y Procedimientos para Concurso de Investigación: "Reforma Sanitaria en Perspectiva Histórica en América Latina y el Caribe, de OPS/OMS. Washington, D.C. División de Salud y Desarrollo Humano. Coordinación de Investigaciones (HDP/HDR). Washington, D.C. 1995:7.

OPS/OMS (1991). La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate. Washington, D.C.: OPS/OMS.

OPS/OMS (1992). Reforma de los sistemas sanitarios en Europa. Editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

OPS/OMS (1992). Salud Internacional. Un debate Norte-Sur. Washington, D.C.: OPS/OMS.

OPS/OMS (1993). Sobre la teoría y práctica de la salud pública: Un debate, múltiples perspectivas. Washington, D.C. OPS/OMS.

Partido Comunista de Cuba (1995). El trabajo del Partido en la actual coyuntura. Material de estudio para las organizaciones de base del Partido y la Unión de Jóvenes Comunistas. La Habana.

PCC (1976). Tesis y Resoluciones. Primer Congreso del Partido Comunista de Cuba. La Habana, Editorial Departamento de Orientación Revolucionaria del C.C. del PCC.

Pérez, Ricardo y Fleites, Pedro (1995). Análisis y discusión de la hipótesis tóxico-nutricional, como posible causa de la neuropatía epidémica. En: *Neuropatía Epidémica en Cuba 1992-1994*. Edit. Ciencias Médicas: La Habana.

Pérez, N. (1995). Cuadro clínico y fisiopatología de la forma periférica de la neuropatía epidémica. En: *Neuropatía epidémica en Cuba 1992-1994*. Edit. Ciencias Médicas. La Habana.

Pérez, J. (1994). Implicaciones para Cuba de las reformas de las REI de la URSS y países del Este. Síntesis 1991. Citado en: *Boletín ICE Económico*, (2433):3003-11.

Press and Cultural Affairs Office, U.S. (1995). Fact sheet on President' decisions on Cuba. Unclassified. Interest Section. Havana, Cuba.

Programa de Subvenciones para la Investigación (PSI) (1995). Manual de Políticas, Normas y Procedimientos para Concurso de Investigación: "Reforma Sanitaria en Perspectiva Histórica en América Latina y el Caribe" de OPS/OMS, Washington, D.C.: OPS/OMS, División de Salud y Desarrollo Humano, Coordinación de Investigaciones (HDP/HDR).

Puffer, Ruth (1974). Informe acerca de la calidad y cobertura de las estadísticas vitales y sobre estudios de mortalidad infantil en Cuba. OPS/OMS. Washington, D.C.1—de marzo de 1974.

Ramírez, A. *et al.*, (1995). Síntesis de los principales aspectos y manejo de la neuropatía epidémica. En: *Neuropatía epidémica en Cuba 1992-1994*. Edit. Ciencias Médicas. La Habana.

Roca, Blas (1990). *Los fundamentos del socialismo en Cuba*. La Habana: Ediciones Populares.

Roca, Blas (1961). *¿Médico cubano, cuál es tu porvenir?* La Habana: Imprenta Nacional de Cuba.

Rodríguez, Carlos (1979). *Cuba en el tránsito al socialismo 1959-1963*. La Habana, Editora Política,

Rodríguez, José (1994). El desarrollo alcanzado en los años de revolución. Síntesis 1991. Citado en: *Boletín ICE Económico*, (2433):3003-11.

Rodríguez, José (1995). Informe a la Asamblea Nacional del Poder Popular sobre el plan económico y social para 1996. Granma, 27 de diciembre de 1995.

Rodríguez, José y Carriazo, George (1987). *Erradicación de la pobreza en Cuba*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.

Rojas, Francisco (1981). El desarrollo de la Salud Pública Socialista en Cuba (1959-1973) (2a ed.). En: *Socialismo y Salud Pública: Problemas de la salud y el desarrollo físico del hombre*. 1era ed. Moscú: Editor Ya. Chikin, Meditzina, 1977 (en ruso); segunda edición corregida, en 1981. Traducido al alemán, 1979 (1era ed.) en *Medicin und Gesellschaft*. Jena: VEB Gustavo Fisher Verlag.

Rojas, Francisco (1964). Informe Anual del Director Regional. Dirección Regional de Salud Pública de Camagüey. Camagüey. Dirección Regional.

Rojas, Francisco y López, Cándido (1997). Economy, politics, and health status in Cuba. *International Journal of Health Services*. Vol. 27. No. 4.:791-807.

Rojas, Francisco (1971). El policlínico y la asistencia a pacientes ambulatorios en Cuba. *Rev. Cub Med.* 1971. (10): 2.

Rojas, Francisco (1972). El Policlínico. Serie de Informes Técnicos No.3. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. La Habana.

Rojas, Francisco (1973). El proceso de socialización de los servicios de salud en Cuba. La Habana: MINSAP.

Rojas, Francisco (1988). Acerca de la historia de la protección de la salud de la población. Mimeógrafo. La Habana: ISCM-H.

Rojas, Francisco (2003). El desarrollo de la economía global y su impacto sobre la salud. Rev Cubana Salud Pública. Vol.29 No. 3: 253-259.

Rojas, Francisco (2012). La publicidad comercial de medicamentos es también corrupción (Editorial). Rev Cubana Salud Pública. 2012 Dic; 38(4): 500-501. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400001&lng=es (citado 27.11.14).

Rojas, Francisco (2013). En defensa de una medicina natural y tradicional avalada por la ciencia. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2014 nov 27]; 39(4): 623-626. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400001&lng=es

Sáenz, Orlando (1990). Impacto de la crisis económica y las políticas neoliberales sobre la salud colectiva en América Latina.

Sansó Soberats, Félix (2005). Veinte años del modelo cubano de medicina familiar. Rev Cubana Salud Pública. Vol. 31 No. 2: 138-148.

Santos Fernández, Juan (1900). Ambliopía por neuritis periférica debido a auto-intoxicación de origen intestinal por alimentación defectuosa. Crónica Médico Quirúrgica de La Habana.

Serenko, A. y Ermakov, V. (1986). Higiene social y organización de la salud pública. Moscú: Editorial Mir.

Silva Ayçaguer, Luis *et al.*, (2013). Medicina Convencional y Medicina Natural y Tradicional: razones y sinrazones metodológicas. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. Sep [citado 2014 Nov 27]; 39(3): 556-570. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000300011&lng=es

Torres, Cristina (1991). Procesos de privatización en los servicios de salud en América Latina. En: V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas:Editorial ALAMES/Universidad Central de Venezuela, Marzo.

Torres Goitía, Javier (1991). Condiciones políticas, proyectos políticos y construcción de estrategias en salud. En: V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas: Editorial ALAMES/Universidad Central de Venezuela, Marzo.

Trueba, Gerardo (1993). Cuba: una potencia caribeña en transición. Boletín Visión-USA del Centro de Estudios sobre Estados Unidos de la Universidad de La Habana. Vol. 2(10):2-14.

Zimbalist, Andrew (1989). La economía cubana al comienzo del cuarto decenio. Trimestre Económico; (224). Citado en 1994; (2433):3003-11.

● Avances y retrocesos entre reformas regresivas y procesos emancipatorios en el sistema de salud de El Salvador

Antonio Hernández Reyes⁶¹

Introducción

La construcción del sistema de salud de El Salvador ha sido por muchos años un campo de disputa entre el mercado a través del complejo médico industrial junto a la dependencia a la cooperación internacional “al desarrollo” y el Estado salvadoreño como garante de un bien público colectivo donde la salud es un derecho universal.

La comprensión histórica del sistema de salud salvadoreño implica analizar el valor de la lucha ciudadana organizada por evitar el desarrollo de un modelo privatizador, excluyente e inequitativo. De la misma manera comprende identificar el juego de reproducción de dependencia sanitaria de la diplomacia en salud para la incidencia de propuestas de reformas regresivas; o aún más, exponer el rol que los bancos multilaterales han tenido con una lógica de control geopolítico y de imposición de la agenda de salud global en el país.

Este análisis del sistema de salud de El Salvador y de su reciente reforma señala los elementos innovadores y procesos de éxito que desarrolló, tales como: Los Equipos Comunitarios de Salud(ECO), el Foro Nacional de Salud y la Comisión Intersectorial de Salud, entre otros; que marcaron una diferencia en el quehacer diario del abordaje de la salud colectiva y su determinación social.

Asimismo, se señalan las grandes debilidades para la gobernanza, la falta de materialidad en la vida del pueblo salvadoreño en la construcción de las etapas de un sistema universal e integral -más allá de las consignas partidarias- y la baja capacidad para el gobierno en salud que llevaron a que el impulso inicial del proceso de reforma no haya permeado ni enfrentado claramente la narrativa neoclásica sanitaria en la sociedad y por tanto a partir del deterioro de la gestión en salud pública se haya comenzado a convertir en una fuente de *deslegitimización* del propio proceso de gobierno general en El Salvador.

De acuerdo a estas reflexiones se proponen algunas estrategias emancipatorias para la refundación hacia un nuevo sistema público y universal.

61 antoniohernandezreyes@gmail.com – Médico Salubrista y magíster en salud pública de El Salvador, Investigador del Núcleo Centroamericano del GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO. Equipo de Coordinación Red Latinoamericana de Sistemas y Políticas de Salud de ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social)

Proceso de cambio estructural del sector salud

- Derecho a la salud como epistemología de derechos humanos y ordenador normativo

En general, se puede afirmar que los sistemas de salud latinoamericanos comparten un desarrollo histórico similar. Para el caso de El Salvador se pueden identificar al menos tres momentos en la concepción de salud en su historia reciente: a) Salud como caridad, a principios del siglo XX, que implicaba el modelo asistencial a través de hospitales para pobres, b) Salud como mercancía, que inicia en la postguerra y que coincide con la primera reforma del Estado y las transformaciones marcadas por el neoliberalismo (Sader y Gentili, 1999), estallando en conflictos sociales y luchas en contra del modelo de política de salud privatizadora propuesta por el Banco Mundial (Laurell, 2016a) y que llevaron en 1999 a la creación del Consejo de Reforma del Sector Salud (CRSS) como una entidad encargada de formular una reforma del sector con la participación de diferentes entidades públicas y privadas. El CRSS señaló que el sistema de salud salvadoreño mantenía un modelo centralista, excluyente y restrictivo del ejercicio democrático en la toma de las decisiones (Acosta, Sáenz, Gutiérrez y Bermúdez, 2011); y c) Salud como Derecho, que a pesar de haberse consagrado en la Constitución Política de El Salvador de 1983 como un bien público, es a partir de la instauración de la gratuidad de los servicios de salud en 2009 (Rodríguez, 2010) y el inicio de la reforma de salud el año siguiente, que se impulsa el reconocimiento de la salud como un derecho humano.

Este cambio de paradigma de salud como un bien sujeto a la regulación del mercado hacia la salud como un derecho ha permitido generar lógicas de atención hacia poblaciones históricamente marginadas y empobrecidas (Hernández, 2018).

- Relación Estado-mercado actual

El sistema de salud salvadoreño está compuesto por dos sectores, el público y el privado. El sector público incluye el Ministerio de Salud (MINSAL), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), Comando de Sanidad Militar (COSAM), el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) y el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) (López, Fuentes, Priegue, Salazar y Molina, 2017). El sector privado comprende las entidades privadas lucrativas (hospitales y clínicas privadas) y no lucrativas (Clínicas de Organizaciones No Gubernamentales, clínicas parroquiales, aseguradoras y hospitales privados).

La cobertura actual del MINSAL es del 72% de la población compartida con FOSALUD⁶²; mientras que, entre el ISSS, ISBM y COSAM, cubren un 27% sobretodo en las

⁶² FOSALUD se creó como una modalidad de extensión de horarios por lo que utiliza la misma infraestructura del MINSAL en tres modalidades: Días feriados, fines de semana y 24 horas, según el tipo de establecimiento y la demanda de pacientes.

áreas urbanas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014) calculándose un 1% de la población para ser cubierta por el sector privado.

En cuanto a la Seguridad Social, esta cubre a trabajadores y familiares del sector formal, además de pensionados del antiguo sistema de reparto⁶³, cubriendo los riesgos de los trabajadores en dos regímenes: Régimen de salud (enfermedad, maternidad y riesgos profesionales) y régimen previsional (invalidez, vejez y muerte). En el caso del ISBM, comparte infraestructura con el MINSAL, las atenciones brindadas están orientadas hacia los empleados y familiares del sector educativo con un enfoque de asistencia médico hospitalaria y con cobertura de riesgos profesionales y otras prestaciones económicas en favor del docente público y sus beneficiarios (López et al., 2017).

FOSALUD es una institución de derecho público y con autonomía en la prestación de los servicios de salud, adscrito al MINSAL (OPS y MINSAL, 2011). Básicamente se diseñó para formular y ejecutar programas especiales que amplían la cobertura en los servicios de salud y el fomento campañas de educación de salud, aunque en la práctica es una extensión de horarios que ocasiona duplicidad de funciones con el MINSAL.

El ISRI atiende a personas con discapacidad y adultos mayores, mientras que el COSAM atiende a miembros de la fuerza armada y sus familias, ofreciendo servicios preventivos y curativos, ambulatorios y hospitalarios, aunque también brinda servicios privados financiados por pago directo (Acosta *et al.*, 2011)

El sector privado está conformado por entidades lucrativas y no lucrativas (MINSAL, 2004). Las lucrativas se financian a través de pago directo de la población con la capacidad económica necesaria para financiarla. También incluye a las aseguradoras de salud que venden pólizas de seguros de vida y de salud. Por otra parte, se cuenta con entidades no lucrativas en las que se incluyen las iglesias y organizaciones no gubernamentales financiadas principalmente por donaciones y copagos.

Se identifica dentro del sistema público de salud diferentes mecanismos de tercerización de servicios de apoyo como lo son: Los servicios de alimentación hospitalaria, servicios de limpieza en hospitales y establecimientos de primer nivel, mantenimiento y reparación de flota de vehículos y ambulancias, así como servicios de vigilancia en toda la red pública.

63 El Sistema de Pensiones de El Salvador fue privatizado en 1998, instalando un sistema con características similares al modelo chileno de capitalización individual y administración privada por la vía del privado sustitutivo a través de Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).

- Estructura del financiamiento

En El Salvador a partir del 2009 se estableció la gratuidad para los servicios del MINSAL eliminando las cuotas voluntarias (copagos) (Rodríguez, 2010). El MINSAL recibe su financiamiento casi en su totalidad del presupuesto general del Estado, aunque también recibe aportes de la cooperación internacional, donaciones y fondos de actividades especiales; FOSALUD se financia de la recaudación por la producción y comercialización de alcohol y bebidas alcohólicas, productos del tabaco, armas de fuego, municiones, explosivos y artículos similares (OPS y MINSAL, 2011), mientras que el ISSS, ISBM y COSAM son financiadas con las contribuciones de los patronos y afiliados más una pequeña aportación por parte del Estado (López *et al*, 2017).

Según el último informe del MINSAL (2018) se ha incrementado el gasto nacional en salud en más de un 40% pasando de US\$1,270 millones para el 2007 hasta US\$1,914.1 millones para el 2017 representando un 67% correspondiente al gasto público.

La composición del gasto privado ha tenido una variación importante, específicamente en el gasto de bolsillo, teniendo una disminución de un 36% en 2007 a un 27% para 2017, pero que, paradójicamente, significa un incremento de US\$459.9 millones en 2007 a US\$516.8 millones (MINSAL, 2018), a pesar de la gratuidad instaurada en el 2009.

Se señala que el sector de los seguros privados de salud ha crecido en los últimos años pasando de un 4% en 2007, a un 6% en 2017. Parte de este incremento se debe al aumento en el precio de la póliza anual de los seguros, pero también se debe a la contratación de más seguros privados de salud en instituciones públicas, siendo las que más gastan en este rubro la Corte Suprema de Justicia y la Asamblea Legislativa con un total de US\$10 millones anuales (Noticias UCA, 2016).

En términos nominales, el mercado de los seguros privados de salud ha incrementado al doble de US\$56.8 millones en 2007 a US\$113.9 millones (MINSAL, 2018). Estos datos nos señalan que a pesar de que se eliminaron las cuotas voluntarias, la brecha del gasto de bolsillo en salud y la derivación de fondos públicos para financiar seguros privados se ha ido acrecentando año con año.

El gasto público en salud representa el 5.1% del PIB para el 2017 (MINSAL, 2018), el cual se reparte en las diferentes instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud de la siguiente manera: MINSAL 2.6%, ISSS 2.0%, ISBM- ISRI-COSAM 0.5%. Estos porcentajes se han mantenido aproximadamente distribuidas de igual forma desde el 2009 hasta el 2017. Sin embargo, al revisar las cifras del gasto per cápita institucional anual quedan en evidencia las inequidades en salud, ya que la brecha se ha ido ampliando cada vez más hasta encontrarse un gasto per cápita institucional dispar, siendo para el

MINSAL \$136, el ISSS \$290, el COSAM \$356 e ISBM \$631 remarcando la segmentación del sistema que privilegia a aquellos que participan en los sistemas contributivos.

Cuando se establece un promedio nacional se tiene un gasto per cápita en salud de \$195 (MINSAL, 2018) que obviamente enmascara las inequidades que se generan al interior del sistema manifestándose en una provisión de los servicios diferenciada, acceso preferencial a medicamentos e insumos médicos para las personas beneficiarias del COSAM e ISBM.

- Formas de participación social en el sector

Antes de 2009 había mecanismos para la participación social en el sector del tipo utilitarista sin capacidad de incidencia en el sector. Es hasta 2010 que se crea el Foro Nacional de Salud (FNS) como uno de los ejes de la reforma de salud, el cual se define como un espacio de organización de la ciudadanía en torno al derecho a la salud. El FNS no depende de forma orgánica ni administrativa del MINSAL, ni recibe financiamiento público.

Los antecedentes históricos del Foro Nacional de Salud vienen desde la alianza antiprivatización de la salud en El Salvador liderada ya desde sus inicios por Margarita Posada.

La composición del FNS incluye a líderes comunitarios, organizaciones no gubernamentales y de base. Actualmente se han incorporado a participar de manera constante en 40 microredes⁶⁴ de salud, abarcando 94 de los 284 municipios con presencia en todos los departamentos del país. También se ha consolidado la integración en todas las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS) departamentales y en 19 de los 30 hospitales nacionales (MINSAL, 2018).

El liderazgo comunitario del FNS ha sido capacitado especialmente a través de mayoría de ONG's que la componen, en temas de reforma de salud, administración pública y la normativa del servicio de salud. Esto le ha convertido en un agente crítico que conoce los procesos y las debilidades del sistema sanitario permitiéndole participar en procesos de formulación de políticas de salud como parte de los comités técnicos y consultivos que se forman en el MINSAL y contraloría social en los diferentes niveles de atención en salud. (Hernández, 2018).

El FNS en general mantuvo una capacidad de autonomía económica del gobierno nacional de El Salvador, aunque se mantuvo financiado en su estructura y funcionamiento por la cooperación internacional del Norte global desde la Agencia de Cooperación Española al Desarrollo(AECID), Médicos Mundi, entre otras.

⁶⁴ El sistema de salud salvadoreño está organizado en redes integrales e integradas de salud. Una microred está compuesta por los establecimientos de primer nivel que se encuentran en un área geográfica determinada y que tienen una población asignada.

El FNS desarrolló consensos para la toma de decisiones estratégicas impulsando la equidad, calidad e inclusión y un abordaje intersectorial con base en la determinación social de la salud mediante un amplio proceso de participación ciudadana propositiva y vigilante en el marco del ejercicio del derecho a la salud (Rodríguez, 2010). Sin embargo, la clausura de espacios de diálogo y las fallas en la administración pública han llevado a generar tensiones entre el Foro Nacional de Salud y la gestión de las autoridades sanitarias nacionales, elemento que contrasta con el discurso gubernamental de apertura y diálogo.

Se suma a este hecho, el que no se haya podido coordinar acciones de contraloría y participación social en el ISSS, BM y COSAM, principalmente debido a la baja voluntad política de las autoridades gubernamentales de cada uno de ellos, así como a la dificultad en la organización de los derechohabientes y ciudadanía de los subsistemas.

Dinámica sociopolítica del proceso de reforma

- El proceso sociopolítico de la formulación de la reforma

Fue entre 1993 y 1994, durante la primera oleada de reformas sectoriales (Almeida, 2001), que se elabora la primera propuesta de reforma de salud en El Salvador, a cargo del Grupo de Análisis del Sector Salud en El Salvador (ANSAL) denominada “Reforma de salud hacia su equidad y eficiencia” (Gómez, 2004). Este informe fue realizado gracias a un préstamo del Banco Mundial (BM) y por el financiamiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Agencia de Cooperación de los Estados Unidos (USAID); y desarrollado con la cooperación técnica de éstas instituciones (Federación Internacional de los Derechos Humanos [FIDH] y Médecins du Monde [MDM], 2004).

Esta iniciativa derivada del informe del BM (1993) “Invertir en Salud”, propuso un sistema de salud privatizado en el que los hospitales del sector público pasaban a la administración del sector privado, así como aumentar el financiamiento público e instalar el pago por capitación, crear un seguro universal y obligatorio con modalidades de copago; así como poner en práctica el “asistencialismo focalizado” (Barbeito, Lo Vuolo, Pautassi y Rodríguez, 1998) consistente en una reorganización del primer nivel de atención en salud implementando una Atención Primaria de Salud (APS) selectiva que incluía dos canastas de servicios (básica y ampliada) dirigida a los focos de pobreza y grupos vulnerables.

Esta propuesta del grupo ANSAL fue rechazada por el gobierno y el gremio médico probablemente porque aún no se había instalado toda la narrativa privatizadora que llegó a predominar en otros países de América Latina.

En 1995 se formó una Comisión Intersectorial de Salud integrada por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Planificación, la Coordinación de Desarrollo Social y el ISSS. Dicha Comisión formuló el documento titulado: “Guía para la reforma del sector salud en El Salvador” (MINSAL, 2014), que básicamente proponía la inclusión del sector privado en la prestación de los servicios de salud.

Tres años después, por decreto presidencial, se conformó la Comisión Nacional de Salud, CONASA, que presentó en 1999 al presidente de la República el documento: “Propuesta de lineamientos para la reforma del sistema de salud en El Salvador” que proponía el establecimiento de un seguro general obligatorio, con diferentes modalidades de seguro privado, la organización en sistemas sanitarios con autonomía de gestión, un Consejo Nacional de Salud como asesor del Ministerio de Salud, la creación de un Fondo de Solidaridad para la Salud, operado a través de un consorcio bancario y la modalidad de contratos de gestión para las relaciones comerciales con los proveedores (Gómez, 2004).

En ese escenario, también hubo mucha discusión por parte de la sociedad civil y el gremio médico. Resalta una propuesta elaborada entre 1998 y 1999 en el marco de la Comisión Nacional de Desarrollo para la Elaboración del Plan de la Nación, en la mesa de discusión número 13 titulada “Reforma del Sistema de Salud”, en la que participó el Colegio Médico, el Sindicato de Médicos del ISSS (SIMETRISS) y el gobierno con su tecnocracia nacional que dominando la discusión presentaron el documento “Temas Claves para el Plan de Nación. Consulta Especializada” (MINSAL, 2014) que en el capítulo de reforma de salud proponían esencialmente lo mismo que la iniciativa del CONASA haciendo énfasis en los recursos humanos, medicamentos, financiamiento y el marco legal.

En respuesta a estas propuestas privatizadoras de la salud, se presentó la “Propuesta Ciudadana por la Salud” elaborada por diversos actores sociales, entre ellos el Colegio Médico, SIMETRISS y otros sindicatos y organizaciones de salud, gremios de técnicos y profesionales de la salud, empresa privada, líderes comunales, iglesias, ONG’s, universidades y gobiernos municipales (Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud [CNSPRIS], 2007). La propuesta hacía énfasis en la rectoría del Ministerio de Salud, el aumento de la cobertura a través de la ampliación de cotizantes del sector informal y agrícola al ISSS, un modelo de provisión mixta con participación privada complementaria al rol público, la creación de un fondo nacional solidario administrado con participación de la sociedad civil.

Casi de manera simultánea en 1999 el Sindicato de Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (STISSS) presentó el “Modelo de Protección Social para El Salvador” en el que se proponía la separación de funciones, asumiendo la rectoría el Ministerio de Salud, mientras que el aseguramiento, financiamiento y la provisión de servicios le correspondería el ISSS (MINSAL, 2014). Asimismo, proponía la eliminación del techo de contribución y el aumento de la cotización, transferencias estatales para

el aseguramiento de los sectores sin capacidad de pago, la aplicación de impuestos progresivos y la elaboración participativa de una política nacional de salud, la cual era inédita a la fecha. Contemplaba a su vez la participación privada en la provisión de servicios de salud bajo modalidades de tercerización.

Por otra parte, ese mismo año, la Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES) presentó su propia propuesta bajo el título de “La Organización del Sistema de Salud en El Salvador: una propuesta de Reforma” en la que, al igual que las anteriores le asigna al Estado solo una función reguladora mientras que el ISSS se transformaría en una superintendencia. El documento proponía un seguro de salud obligatorio, provisto por entidades privadas, que también proveerían los servicios de salud (CNSPRIS, 2007). Entre otras cosas, se incluía un paquete básico financiado total o parcialmente por el Estado, quien también determinaría los criterios de elegibilidad para la población subsidiada y fijaría las primas de seguro a pagar por esta población atendiendo a la asistencialismo focalizado descrito por Barbeito et al. (1998). Es así como la población no subsidiada pagaría sus gastos del bolsillo y las primas para esta población serían fijadas por las aseguradoras. Se resalta que esta propuesta se basó en el modelo de reforma de Chile con elementos fuertes neoliberales y que despertó una movilización de diversos sectores en pleno rechazo a la privatización de la salud en El Salvador (Hernández, 2018).

Producto de una negociación entre el Gobierno, el gremio médico y otros sectores, el Consejo de Reforma del Sector Salud (CRSS), presentó en diciembre de 2000 la “Propuesta de Reforma Integral de Salud”, identificando los principales retos en ese momento, entre los que se mencionan: La falta de equidad y cobertura insuficiente, baja calidad y eficiencia limitada, aplicación inadecuada del marco legal, segmentación e insuficiente coordinación del sistema sanitario, centralismo e incipiente participación social en salud (CRSS, 2000).

La importancia de este documento consistió en presentar los primeros grandes acuerdos para desarrollar una reforma, entre los que se mencionan: Consolidar un sistema nacional de salud, un modelo de atención integral, un modelo de provisión mixta y un modelo de gestión basado en la rectoría del MINSAL; así como institucionalizar la participación social y promover la descentralización como un eje transversal del sistema de salud, invertir en los recursos humanos para la salud como elemento central del cambio y gestión del sistema, fortalecer la intersectorialidad en respuesta social organizada a los retos en salud garantizando los servicios esenciales de salud a toda la población (MINSAL, 2014). Sin embargo, hubo dos elementos en los que el que no se pudo llegar a un acuerdo en el debate: El financiamiento y el marco legal (Gómez, 2004).

Cabe destacar el papel no neutro de los bancos multilaterales y agencias de cooperación internacional, que durante la primera y segunda oleada de reformas sectoriales (Almeida, 2001) asumieron una posición más agresiva para la imposición

de la agenda global. De hecho Laurell (2016b) hace mención que “el BM asumió el papel de diseñador supranacional de las políticas de salud marginando a la OMS”. La incidencia del BM y otros organismos internacional ha sido tan insistente e insidiosa que no han desaprovechado ninguna oportunidad para impulsar su agenda. Como cuando aprovecharon la crisis generada por los terremotos del año 2001 y el daño a la infraestructura hospitalaria pública para introducir créditos que vinculaban la reparación de la red hospitalaria con la subcontratación de organizaciones no gubernamentales para la tercerización de servicios de salud en áreas rurales del país (FIDH y MDM, 2004).

El BM y el BID constituyen los principales donantes de El Salvador en materia de salud y educación. Desde 1961 hasta 2002, el BID ha otorgado 2362,5 millones de US\$ a El Salvador (FIDH y MDM, 2004). Estas instituciones han presionado para que a cambio de la aprobación de créditos se creen condiciones para impulsar estas reformas sectoriales de segunda generación. El BM (2004) en su informe sobre el desarrollo: ‘Los servicios para pobres’, hace referencia que “la falta de acceso de los más pobres a los servicios de salud y de educación se debe ante todo a un problema de gobernabilidad interna” (p. 138) que tanto el gobierno como los ciudadanos podrían resolver de mejor manera; y ésta es que la infraestructura básica de salud y educación sea provista por prestatarios privados nacionales o extranjeros.

De igual manera el BID a través del programa de apoyo a la transformación institucional del ISSS en 2000 propuso facilitar la implantación de transformaciones instrumentales para una futura reforma estructural a fin de reducir los conflictos políticos inherentes a este tipo de reformas y a minimizar los riesgos de las futuras operaciones en este sector (FIDH y MDM, 2004). Este tipo de programas financiados por el BID han pretendido instalar procesos preparatorios para desarrollar reformas del sector de la salud que giren en torno al aseguramiento privado.

También la OPS ha tenido un rol importante en los intentos privatizadores de la salud. En 2001 y 2005 realizó 2 mediciones de las llamadas Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) en las que señaló que no se ha logrado el consenso necesario para que el sistema de salud transite hacia la integración sistémica, ni hay suficiente delimitación de roles institucionales, ni separación de funciones (OPS, 2007), requisito indispensable para la instalación del ‘pluralismo estructurado’ de Frenk y Londoño (1997).

Otro actor que se sumó a las arenas del debate fue la Presidencia de la República, con una propuesta en 2002 titulada: “Democratización del Sistema Previsional de Salud”, que privilegiaba la participación privada en la prestación de servicios, mediante la introducción en el sistema público de entes privados mediante la modalidad de libre elección (CNSPRIS, 2007). Esta propuesta, sumada a las condiciones económicas y sociales, la falta de voluntad política y las iniciativas que pretendían favorecer al sector privado en la prestación de servicios de salud, desencadenaron una amplia movilización del sector

salud y organizaciones sociales (Hernández, 2018) que mantuvieron un conflicto durante nueve meses, el cual finalizó en junio de 2003 (MINSAL, 2014).

Los diferentes actores del conflicto acordaron dar continuidad a la Propuesta de Reforma Integral de Salud e institucionalizar la existencia de una Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud (CNSPRIS). Durante 2003 y 2007 se presenta por parte de la Comisión una política de participación social en salud, una ley de Creación del Sistema Nacional de Salud y la oficialización del modelo de Salud Familiar (MINSAL, 2014).

Es importante mencionar otras iniciativas como la de la Mesa Permanente por el Derecho a la Salud (MPDS) de la Procuraduría de Derechos Humanos (PDDH) que en 2005 propusieron los siguientes fundamentos para la reforma: La salud es un bien público y no una mercancía, el derecho a la salud es integral e intersectorial, la equidad en el goce de la salud integral, el fortalecimiento institucional y la salud con derecho a la participación (MPDS-PDDH, 2005).

Finalmente, a raíz del agotamiento del modelo neoliberal (entre otras causas) El Salvador se suma al ciclo de gobiernos progresistas latinoamericanos en el 2009, donde se instaló un amplio proceso de consulta y participación popular para elaborar la primera política nacional de salud que incluiría, según el MINSAL (2009), cinco documentos como insumos principales: 1) Las discusiones sostenidas en el Diálogo Social Abierto⁶⁵ que abarcó al movimiento social y las bases partidarias del Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN), 2) La posición política del FMLN en salud contenido en la Plataforma Electoral “Nace la Esperanza Viene el Cambio”, 3) Las propuestas de la Alianza Ciudadana contra la Privatización de la Salud (ACCPS), 4) Los planteamientos técnicos del equipo de salud del FMLN, y 5) El discurso del candidato presidencial del FMLN en la jornada de reflexión sobre salud convocada por las organizaciones integrantes del Sistema de Naciones Unidas.

La Política Nacional de Salud titulada “Construyendo la Esperanza” destaca el garantizar el derecho a la salud a toda la población Salvadoreña a través de: a) Un sistema nacional integrado de salud que fortalezca sostenidamente lo público (incluyendo a la Seguridad Social) y regule efectivamente lo privado, b) El acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, c) Un ambiente sano y seguro, d) La creación y el mantenimiento de un sistema de atención a la salud, eficiente, de alta resolutivez y con acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas (MINSAL, 2009). Es así como dicha política marcó la pauta para el lanzamiento del proceso de reforma de salud en El Salvador en 2010.

65 *El Diálogo Social Abierto fue un proceso de consulta promovido por el Frente Farabundo Martí para la generación de alianzas con sectores para las elecciones del 2009 en El Salvador.*

- El proceso sociopolítico de implementación de la reforma

El inicio del proceso de reforma tuvo como punto de partida la voluntad explícita del Presidente de la República y la asignación de los recursos necesarios, para construir un nuevo sistema nacional de salud que, desde la concepción y el reconocimiento de la salud como un bien público y un derecho humano fundamental, es garantizado por el Estado.

La reforma de salud salvadoreña planteó 8 ejes de desarrollo (Rodríguez, 2010) los cuales fueron:

- Construcción de la Red Integrada e Integral de Servicios de Salud (RIISS).
- Recursos Humanos en Salud como piedra angular del sistema.
- Respuesta a la demanda de medicamentos y vacunas.
- Instauración del Foro Nacional de Salud (FNS).
- Construcción de un Sistema de Emergencias Médicas (SEM).
- Desarrollo de un Sistema Único de Información Estratégica.
- Articulación progresiva con el ISSS y otros prestadores públicos de salud.
- Creación del Instituto Nacional de Salud (INS) y Fortalecimiento de la Red de Laboratorios.

La construcción de un sistema con estas características implicaba desarrollar una institucionalidad que era inexistente para el sector salud, y que necesitaría una organización comunitaria amplia que posibilitara generar los cambios sociales y culturales que la reforma propuso.

Se podría identificar 3 etapas que atravesó la reforma salvadoreña: La primera (fase de instalación) desde 2009 hasta 2014, la segunda (fase de mantenimiento) desde 2014 hasta 2015; y la tercera (fase de crisis) 2015 hasta 2019.

Fase de Instalación

La primera medida implementada en el marco de la reforma fue la supresión de todo tipo de cobros en el sistema público, a fin de eliminar el programa de recuperación de costos a través de un copago conocido como “cuotas voluntarias” pero que se constituían en una barrera económica para el acceso a los servicios de salud. Al suprimirse dicha cuota se generó un incremento en la demanda de los servicios; por ejemplo, se incrementaron los egresos hospitalarios en 51,27% para el año 2011, en comparación con el 2008 (OPS, 2012a).

Se definió un plan para implementar la reforma que incluía los siguientes elementos: a) El incremento de cobertura y mejora sustancial de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, b) El fortalecimiento del segundo y tercer nivel de atención, c) La atención Integral a la persona, la familia y la comunidad, d) La eliminación de las barreras económicas, geográficas y culturales para el acceso a la salud, e) Enfoque centrado en la

promoción de la salud, f) Efectiva articulación entre los diferentes niveles de atención, y g) Establecer una población nominal a cargo y no solo por demanda.

En conjunto, los objetivos de la política de salud y de los 8 ejes de la reforma procuraron garantizar el derecho a la salud de manera universal con un enfoque basado en la Determinación Social de la Salud y la participación social, así como lograr equidad en el acceso a bienes y servicios de salud, desarrollar un modelo de atención integral e integrado basado en la Atención Primaria de Salud (APS) con énfasis preventivo y un enfoque familiar⁶⁶ y mejorar la infraestructura de la oferta de servicios ambulatorios y hospitalarios.

Para el desarrollo del modelo de atención se inició el desplazamiento de Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) los cuales están conformados por un médico, enfermera, técnico en enfermería, tres promotores de salud y un polivalente. La instalación de estos equipos inició en los cien municipios más pobres del país con el objetivo disminuir las barreras geográficas. Entre el año 2010 y el 2016, se desplegaron 536 equipos comunitarios, cada uno, acompañándose de un aumento significativo del presupuesto del MINSAL hacia el primer nivel de atención (PNA) de 35% a 38% (López et al., 2017). A esto se suma la implementación de la estrategia de APS en el ámbito rural, a través de los ECOS familiares y Especializados⁶⁷ (OPS, 2012b).

Los ECOS formaron parte de las RISS, las cuales tuvieron como uno de sus mayores logros el dismantelar lo que Hernández (2018) define como “feudalismo hospitalario” caracterizado por la gestión aislada de un hospital, en el cual ‘avasalla’ a sus establecimientos de primer nivel potenciando su funcionamiento (o disfunción, en la mayoría de casos) como una entidad independiente (feudo).

Simultáneamente en esta fase se invirtió en infraestructura y equipamiento de la red de servicios de salud más de USD \$300 millones, de los cuales USD \$81.8 se derivó para el PNA y USD \$224.7 millones se destinaron para construcción y equipamiento de hospitales. (MINSAL, 2014). Asimismo, se reorientaron las contrataciones de recursos humanos entre el PNA y los hospitales. Entre 2008 y 2016 se crearon más de 7 000 plazas para trabajadores de salud en los distintos niveles de atención, sobre todo en el PNA (López et al., 2017) a raíz de la expansión de los ECOS y las unidades comunitarias de salud familiar (UCSF), las cuales se instalaron en más de la mitad de los municipios del país.

Para la instauración de la reforma se contó con dos actores que influyeron en generar condiciones para el impulso del proceso. El primero fue el Foro Nacional de Salud, el cual no depende de forma orgánica ni administrativa del MINSAL ni recibe subvenciones

66 El modelo de atención en salud propuesto en el marco de la reforma es un modelo de salud basado en la atención primaria de salud con enfoque familiar y comunitario.

67 Los ECOS Familiares están integrados por un médico general, enfermera, técnico en enfermería, promotores de salud, mientras que en los Especializados se agrega un tocoginecólogo, un médico internista y un pediatra.

públicas. Su liderazgo comunitario ejerció procesos de participación en la formulación de políticas de salud y contraloría social en los diferentes niveles de atención en salud.

El segundo actor es el Movimiento por la Salud Dr. Salvador Allende (MSSA), el cual está conformado en su mayoría por profesionales de la salud que laboran principalmente en el MINSAL y que tuvieron un peso importante en el cambio organizacional de las y los trabajadores de salud. Fueron los primeros en difundir información sobre los 8 ejes al interior del MINSAL e ISSS y también en adaptar operativamente las estrategias que se diseñaron. De igual forma participaron en el diseño de políticas públicas y otros documentos normativos.

Tanto el FNS como el MSSA compartieron espacios para la coordinación con autoridades del MINSAL con el objetivo de hacer realidad el derecho a la salud a toda la población salvadoreña. En esta fase se contó con una correlación objetiva y subjetiva para el proceso de transformación del sistema.

Por otra parte, el sistema de información unificó más de 40 sistemas de información que estaban dispersos en una plataforma de software libre estableciendo elementos para el trabajo en red, la atención integral y la investigación de las desigualdades en salud.

Durante esta primera fase hubo resistencia de parte de la clase trabajadora de salud sobre todo hacia el modelo de atención en los hospitales porque se veía en la reforma una amenaza a su *status quo*. También se confrontó con el complejo médico industrial debido a la discusión y aprobación de la Ley de Medicamentos, así como las comercializadoras de sucedáneos de la leche materna por la Ley de Lactancia Materna, entre otras.

Fase de Mantenimiento

Esta fase inicia en 2014 con la incorporación de dos ejes más: Violencia y Salud, y Salud Ambiental. El primero incorporó el componente de prevención y atención a víctimas de violencia del plan El Salvador Seguro⁶⁸ y la atención a todas las formas de violencia en el ciclo de vida. El segundo se enfocó en acciones de regulación y gestión de la calidad del aire, agua, manejo de desechos sólidos, cambio climático, entre otros. También se conformó un observatorio de la reforma en el que se monitoreaba periódicamente el avance de los 10 ejes.

Sin embargo, a pesar de los logros sanitarios del proceso de reforma, se mantuvo incólume la idea de 'buena medicina' (Laurell, 2016b) concebida como hospitales, asistencia sanitaria, medicamentos y tecnología sanitaria, lo que lleva a contemplar la

68 El Plan Salvador Seguro es un plan nacional que involucra a casi todas las dependencias del Gobierno consistente en cinco componentes que incluyen medidas para la prevención de la violencia, persecución del crimen y la atención a víctimas.

reforma de salud como un asunto técnico y de recursos financieros sin analizar la mejor manera de abordar las necesidades sanitarias de la población.

Durante esta fase se intentó que se profundizaran las transformaciones iniciadas. Esto implicaba acelerar los cambios en el sistema para reducir las inequidades en salud, tal y como se expresó en el documento de Consulta para la Profundización de la Reforma⁶⁹, elaborado por el MPSSA y que fuera entregado a las autoridades (*“Profundización de Reforma de Salud piden organizaciones sociales”*, 2014); sin embargo, hubo falta de voluntad política la que se sumó a muchas otras limitantes que impidieron la profundización de los cambios.

Fase de Crisis

Se puede afirmar que no hubo profundización de la reforma de salud hacia la construcción de un sistema universal de salud, ni siquiera un mantenimiento de lo logrado, sino que se produjo un espiral de crisis por distintas causas, entre las que se pueden mencionar:

- a. La unilateralidad vertical asumida por las autoridades del MINSAL del periodo donde comenzó a primar una especie de centralismo autoritario burocrático del proceso en la que sólo las autoridades gubernamentales son las que gobiernan la reforma en esta etapa especialmente en el discurso más que en la materialidad de la salud pública. El ISSS y los otros prestadores de salud continuaron con sus propias proyecciones y planes fragmentados;
- b. Los 10 ejes de la reforma no se estructuraron de tal manera de que hubiera metas concretas que alcanzar. Se asumió una inercia tecnocrática en donde la cooperación técnica y financiera de la OPS, BID y BM progresivamente fueron ocupando posiciones y colocaron sus agendas al interior del MINSAL;
- c. Se reemplazaron los cuadros técnico-políticos sanitarios con actitud crítica por tecnocracias sanitarias liberales con bajo nivel de liderazgo y sin formación política sanitaria crítica;
- d. Las autoridades centrales del MINSAL se distanciaron del FNS y dejaron de escuchar sus iniciativas, se persiguieron a múltiples integrantes del MSSA, sindicatos y organizaciones gremiales lo que frenó el acompañamiento de los actores del movimiento social sanitario y de la propia población lo que derivó en una cadena de malas decisiones gerenciales donde ya no se escuchaba ni se debatía ni problematizaba el creciente deterioro del proceso de reforma del sistema sanitario salvadoreño, sólo se administraba y repetían consignas;
- e. La oposición política bloqueó sistemáticamente los préstamos para salud pública y otras fuentes de financiamiento en la Asamblea Legislativa y en la Sala de lo Constitucional

⁶⁹ El documento de Consulta para la Profundización de la Reforma fue el resultado de varios talleres en los que se instalaron mesas de trabajo participando sindicatos, gremios y movimientos por la salud y que generaron recomendaciones para el ajuste del proceso de reforma.

de la Corte Suprema de Justicia; lo que cual significó que la inversión pública en el sistema sanitario quedara totalmente paralizada.

Se señalan las deudas pendientes que dejó la reforma de salud salvadoreña, entre las que se pueden enumerar:

- *Se mantuvo la fragmentación y segmentación del sistema sanitario a pesar de que existieron condiciones objetivas y subjetivas para trazar una ruta hacia la integración, unificación y real universalización.*
- *La reforma no se elevó de una política gubernamental a una política de Estado con apropiación popular lo que expone a que se desmonten las medidas innovadoras del proceso en periodos posteriores.*
- *El modelo de atención no se pudo adaptar a las áreas urbanas continuándose con un modelo asistencialista biomédico que aunque fue denominado “salud urbana”, continuó haciendo enfermología clínica curativa.*
- *El expediente único en línea sigue siendo un elemento vital y aún pendiente de implementarse en el sistema.*
- *Las inequidades financieras entre los prestadores de servicios de salud no se disminuyeron, por el contrario, se ampliaron.*

La inercia tecnocrática en la que se encuentra el sistema de salud es producto de la falta de una conducción político técnica, la cooptación de la agenda sanitaria y de la propia diplomacia en salud salvadoreña por las agencias de cooperación técnica internacional especialmente en el rol de OPS-OMS, Banco Mundial, las ONGs europeas especialmente y de la ausencia de una visión política en salud, lo que conlleva a un retroceso paulatino y sistemático de muchos de los logros de la reforma, entre los que se encuentran: 1) El retorno a la contratación con fondos públicos de organizaciones no gubernamentales para capacitar personal de salud, 2) El desabastecimiento de medicamentos e insumos médicos que ha llevado a un incremento nominal del gasto de bolsillo a pesar de la gratuidad (MINSAL, 2018), 3) Una política de recursos humanos en salud y manual de puestos con un enfoque que atenta contra los derechos de los trabajadores, 4) La incorporación de las garantías explícitas propuestas por el Banco Mundial, 5) La reorganización de los servicios en torno a la enfermedad como lo es la creación de la Dirección Nacional de Enfermedades No Transmisibles, y 6) La vuelta al funcionamiento por programas verticales.

Esta fase termina con la pérdida de la hegemonía en el campo de la salud, con un distanciamiento con la academia, con los sindicatos de salud en contra por un mal manejo político del escalafón salarial, con un MINSAL con una calificación pública de 5,4 de 10 (la más baja recibida en la última década) (Instituto Universitario de Opinión Pública [IUDOP], 2018) con insatisfacción en la población por el desabastecimiento crónico de medicamentos, con un FNS que exige públicamente la renuncia de autoridades de salud

(*"Foro Nacional de Salud pide destitución de viceministro por incapacidad"*, 2018), con los medios de comunicación señalando los grandes desabastecimientos de medicamentos y con un liderazgo sanitario incapaz de dar un golpe de timón en la conducción estratégica del MINSAL.

Dinámica e impactos en servicios de salud e infraestructura

- El proceso institucional y los servicios de salud

La reforma de salud salvadoreña desarrolló innovaciones importantes, entre las que podemos mencionar: Los ECOS, el FNS y la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD).

Los ECOS han sido el elemento más visible de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS). Entre 2008 y 2016 se crearon más de 7 000 plazas laborales en el MINSAL para formar parte de los distintos niveles de atención, sobre todo del PNA (MINSAL, 2017), de esta manera se amplió la base del sistema disminuyendo las barreras geográficas e institucionales, sobre todo para las zonas rurales del país.

El FNS inició procesos de participación social importantes como la generación de procesos participativos para la comprensión de la reforma, formación comunitaria en derecho a la salud, capacitación para la contraloría social, participación en las reuniones de las RIIS⁷⁰ y en la formulación de políticas de salud.

De igual manera el FNS se ha sumado a otras luchas sociales más allá del sector salud como la lucha por una reforma tributaria justa, por la no privatización del agua, por una reforma integral al sistema de pensiones, entre otras.

La CISALUD aglutina a más de 40 instituciones entre públicas, privadas y ciudadanas para el abordaje de la determinación social de la salud. A través de ella se ha podido incidir en problemas importantes como la ley de prohibición de la minería (MINSAL, 2011), la regulación de los pirotécnicos, gestión integral de desechos sólidos y el abordaje de las epidemias de las arbovirosis, entre otras.

Entre los logros sanitarios de la reforma se destacan: a) La reducción de la tasa de mortalidad materna de 66,29 por cada 100 000 nacidos vivos (NV) en 2006 (MINSAL, 2011) a 27,4 por cada 100 000 NV en 2016, con El Salvador como uno de los cinco países con la tasa de mortalidad más baja en la región (MINSAL, 2017); b) La Mejora de las coberturas de vacunación infantil de 89,1% y 84,7% en 2008 a 93,9% y 94,6% en 2016 en pentavalente y triple viral, respectivamente. (López et al., 2017); c) El incremento de la cobertura del parto hospitalario de 43,9% en 2005 (MINSAL, 2011) a 99,1% en 2016

⁷⁰ Conceptualmente las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) pasaron a ser definidas como Redes Integradas e Integrales de Salud (RIIS) para incorporar más efectivamente a otros actores más allá de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

(MINSAL, 2017); d) La reducción en 15 puntos porcentuales la desnutrición crónica de niñas y niños menores de cinco años, de 29% en 1990 a 14% en 2014 (MINSAL, 2017); e) El convertirse en el segundo país de la región con la mejor tasa de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de 31,4% en 2011 a 47% en 2015 (López et al., 2017) y f) La mejora de las coberturas en salud en los municipios más pobres a través de la instalación de los equipos comunitarios de salud, de 59% en 2007 a 78% en 2011 (OPS, 2012).

No obstante, hubo algunos retrocesos, como es el caso de la tasa de mortalidad infantil que subió de 7,7 por cada 1 000 NV en el año 2008 a 9,8 por cada 1000 NV en 2016 (López et al., 2017), en parte por la prevalencia del embarazo en adolescente, que representa para 2016 el 30% del total de embarazos en El Salvador (MINSAL, 2017).

- Gobierno y tensiones en los servicios de salud

Una primera tensión desarrolladas entre MINSAL y las/os trabajadores de salud es la ocasionada por la falta de asignación de fondos suficientes para el mantenimiento y compra de insumos generales que ha llevado a un deterioro de las condiciones laborales, tales como: Falta de mantenimiento de consultorios, baños de usuarios y personal deteriorados, sin papel higiénico, sin agua para el consumo, sin áreas para tomar los alimentos, entre otros. Estos fondos anteriormente eran obtenidos del copago de los servicios de salud, los cuales se utilizaban en parte para la autogestión de reparaciones y compras de insumos para el establecimiento y que al instalarse la gratuidad no se desarrollaron mecanismos administrativos compensatorios para suplir estas necesidades.

Los mecanismos de centralización de compras implementadas por el MINSAL lograron ahorrar presupuesto en el valor de un producto a través de la economía de escala pero en otras ocasiones generaron desabastecimientos a nivel nacional al declararse desiertas algunas licitaciones. A esto se suma el discurso de la Presidencia de la República acerca de mantener austeridad en el Ejecutivo que chocó con la calamidad de los servicios del nivel local.

Otro de los elementos que han desarrollado tensiones con la clase trabajadora ha sido el hiperburocratismo que se ha implementado. Cada programa vertical exige un seguimiento particular a nivel local que incluye un comité de seguimiento, levantamiento de actas y demás fuentes de verificación de actividades, evaluaciones trimestrales, informes particulares, capacitaciones, objetivos e indicadores para cada uno de ellos. Este tipo de carga burocrática es un factor de desmotivación para el personal, verticaliza cada vez más al sistema, responde a una salud individual y fragmentada en lugar de una colectiva e integral.

Una tercera tensión que se desarrolló fue la falta de medicinas, de material quirúrgico, de equipos, de servicios diagnósticos y de mantenimiento que desestabilizaron al sector de salud en los últimos años y que han reforzado la idea de la ineficacia de lo público. Los medios de comunicación explican a la población que la privatización es el único medio de mejorar la calidad y la eficacia de los servicios (FIDH y MDM, 2004).

El maltrato del personal de salud ha sido un elemento sensible por la población y que ha tensionado las relaciones laborales. Según Echeverría (2012), se ha identificado que hay falencias en el trato entre miembros del equipo de salud con las y los pacientes. El MINSAL y el ISSS trataron de subsanar este aspecto sin éxito, lo que mantiene una distorsión para la consolidación del modelo de atención.

Estas tensiones afectaron la gobernabilidad del sistema y el avance del proceso de reforma. Como explica Matus (1987), la capacidad del gobernante se ve reflejada en los resultados de su gestión en relación a la dificultad del proyecto de gobierno que impulsa y el grado de gobernabilidad del sistema en que actúa.

Se puede concluir que a partir del 2015 el proceso de reforma fue disminuyendo su velocidad hasta estancarse dentro de un Estado que rápidamente fue perdiendo correlación de fuerzas con sectores afines, movimientos sociales y actores progresistas, con servicios de salud que no garantizaban la 'materialidad institucional' (Tapia, et al., 2010) y que desembocaron en la deslegitimización de la reforma por la propia crisis y deterioro que sufre en los últimos años.

Relaciones entre Reforma y modo de regulación (régimen de acumulación y régimen de representación) en la Sociedad y el Estado

- Modo de inserción en la economía global

Después del fin de la guerra civil y con la firma de los acuerdos de paz en 1992, El Salvador inició un proceso de reestructuración social en el que se crearon nuevas instituciones que garantizaran la naciente democracia. En ese período, las expectativas de consolidar una democracia no fueron retomadas en el plano económico por agentes del BM y el BID sino que al contrario debía enrumbar la dinámica nacional según los lineamientos impuestos por los programas de ajuste estructural (Weinberg y Ruthfauff, 1998). Es así como se propuso desarrollar una transición del modelo de producción agroexportador hacia un modelo de venta de servicios en el marco de un proceso neoliberal denominado "Modernización del Estado".

De igual forma, la Organización Mundial del Comercio (OMC), de la cual El Salvador es suscriptor, contribuyó a la adopción de muchas políticas económicas sin cuestionarlas. El rol de la OMC se complementó con el BM y el FMI, encargándose de liberalizar la

mayor cantidad de sectores incluyendo la salud, convirtiéndose una instancia clave en el proceso global de acumulación.

En esta economía global, el complejo médico industrial y financiero en El Salvador representan poderosos grupos de presión que buscan generar condiciones para multiplicar sus márgenes de lucro a costa del Estado. Para esto se valen del discurso neoliberal el cual instala la narrativa de la “ineficiencia natural” del Estado, cuestiona las “distorsiones” provocadas por la intervención pública en los mercados y sobretodo los “desincentivos” del sector productivo ante cualquier regulación gubernamental. Moreno (2005) lo define como *“una furibunda crítica al Estado y su consiguiente ‘satanización’, que se contrapone a la fe ciega en la ‘supremacía moral del mercado’ y la ‘sacralización de la iniciativa privada’”* (p.18).

En este marco, la ley de medicamentos aprobada en El Salvador en el 2012 fue un revés para esta hegemonía empresarial, ya que creó una nueva entidad reguladora, eliminó los conflictos de intereses de las grandes empresas farmacéuticas transnacionales, los importadores y comercializadores nacionales de medicamentos con la entidad reguladora anterior, estableció un mecanismo de regulación de precios y lineamientos claros para el control de calidad en la producción y distribución de medicamentos.

Relación salarial

En El Salvador, la Población Económicamente Activa (PEA) está constituida por 2,960,788 personas (Dirección General de Estadísticas y Censos [DIGESTYC], 2018) que se encuentran realizando alguna actividad económica u ofrecen su fuerza en el mercado laboral, de las cuales cerca del 70% están en el sector informal.

El último incremento en el salario mínimo en El Salvador se hizo en 2016 estableciendo un salario mínimo de US\$300 mensuales en el sector comercio y US\$295 en el sector textil y confección. Según el Banco Central de Reserva de El Salvador (BCR, 2017) los salarios promedios mensuales a nivel nacional fue de \$306.66, percibiendo los hombres en promedio \$330.05 mensuales y las mujeres \$276.60, registrando una diferencia salarial de \$53.45 a favor de la población masculina.

Según cifras del ISSS (2017), entre diciembre del 2006 y febrero del 2017, el número de trabajadores cotizantes tuvo un incremento del 22% (de 664,570 a 810,371). Es decir que ha habido un incremento en los últimos 12 años del 22% de trabajo formal, sin embargo, las cifras de informalidad y de desocupación siguen siendo altas. Se estima que la tasa de desempleo es del 7% (DIGESTYC, 2018).

Este crecimiento de afiliados al ISSS refleja un incremento en el empleo digno en El Salvador. Cerca del 14% de hogares en el país han tenido una mejora en su condición actual de pobreza (BCR, 2017) lo que tiene un impacto en la salud general de la población.

- Dinámica de la regulación monetaria.

El Salvador aprobó en el año 2000 la ley de Integración Monetaria que desarrollaba una política de bimonetarismo en la que se permitía la circulación del dólar americano y el colón salvadoreño. Progresivamente el colón dejó de imprimirse y se fue reteniendo en los bancos quedando fuera de circulación logrando que hubiera una dolarización completa de la economía.

La ley también eliminó funciones del BCR como el de formular la política monetaria y cambiaria. Moreno (2005) señala que el impacto directo de una dolarización es la pérdida de la autonomía en la definición y manejo de la política económica en sentido amplio, y de las políticas monetaria, cambiaria y comercial en sentido estricto.

La gran empresa se ha visto favorecida por esta política que ya lleva 19 años en ejecución en detrimento del trabajo digno. La dolarización de la economía salvadoreña constituye una pieza clave en la precarización del mercado laboral, en la medida en que los exportadores salvadoreños están limitados de elevar la competitividad de sus precios internacionales por la vía de la devaluación monetaria —dado que el tipo de cambio está fijado por ley—, con lo cual sólo les queda ganar competitividad en precios a través de la reducción de los costes laborales (Moreno, 2005).

- Cambios en la estructura de la economía nacional

Después de treinta años de reformas neoliberales y de políticas públicas de corte neoliberal El Salvador se ha transformado significativamente, con cambios experimentados en su estructura socio-económica, en las fuentes primarias de divisas, en las instituciones, en el paisaje y la calidad de vida de su población. Moreno (2005) expresa que el neoliberalismo profundizó los problemas nacionales perpetuando la exclusión, la desigualdad, la fragilidad del aparato productivo y la profunda dependencia externa, determinada por su fragmentaria inserción en los mercados internacionales.

Otro elemento estructural de la economía nacional son las remesas que representan el 16.5% del PIB y que se reciben cada mes principalmente de los salvadoreños viviendo en Estados Unidos con un promedio de US\$326.4. De esta remesa el 95.2% se gasta en el financiamiento de los gastos de manutención y en segundo lugar en medicamentos y servicios médicos (77.4%) (Maldonado, 2016).

- Cambios en las formas de representación política.

El gobierno del FMLN que impulsó el proceso de reforma y que se mantuvo en la presidencia por 10 años, perdió las elecciones en febrero de 2019 estrepitosamente pasando a convertirse la tercera fuerza política del país después de Alianza Republicana Nacionalista (ARENA) (2da. Fuerza), siendo la primera fuerza la coalición de los partidos Nuevas Ideas, Cambio Democrático (CD) y la Gran Alianza por la Unidad (GANU).

Esta hecatombe electoral del FMLN era previsible a partir de la pérdida de la correlación de fuerzas expresadas en el distanciamiento de la clase trabajadora, movimientos sociales y otros aliados tradicionales del FMLN (Hernández, 2019); también debido a la incapacidad de su gestión en el gobierno para responder a las necesidades cotidianas de la ciudadanía que alimentaron el relato de que ya no representaban los intereses del pueblo llevándolos finalmente a la pérdida de la legitimidad.

Se mantiene un distanciamiento de las organizaciones sociales de los partidos políticos, por lo que no hay un acompañamiento de la agenda social. Se han fracturado los bloques políticos del FMLN y ARENA obligándoles a una recomposición y/o reorganización de su estructura y militancia. En cuanto a la coalición Nuevas Ideas, GANU y CD es posible que continúe extendiéndose en un bloque en la Asamblea Legislativa.

Al momento no hay una identidad ideológica definida en Nuevas Ideas. Sin embargo, resulta interesante conocer que en sus estructuras de conducción se encuentran empresarios y algunos ex miembros del FMLN y otros partidos de la derecha salvadoreña; mientras que en las bases se encuentra una gran parte de veteranos de guerra del FMLN, personas sin afiliación política previa y ex militantes de ARENA y el FMLN descontentos con los liderazgos partidarios.

Propuestas emancipatorias para un nuevo sistema nacional de salud

El Salvador se encuentra nuevamente en una encrucijada donde se va a decidir si mantener la ruta que se inició con la reforma de salud, iniciar un camino hacia el desmontaje de las innovaciones implementadas, o peor aún, tomar un rumbo hacia la privatización de los servicios de salud.

En la plataforma de gobierno de Nuevas Ideas denominado Plan Cuscatlán (2019) menciona, en su apartado de salud, que *“se definirán las acciones necesarias para consolidar los avances sociales básicos que garanticen los Derechos Humanos a fin de avanzar en la integración del Sistema Nacional de Salud...incrementando el monto y el uso eficiente de los recursos en salud”* (p.1). Parece apuntar que la intencionalidad de la nueva administración será la de mantener aquellas medidas sanitarias que alcanzaron buenos resultados y reestructurar aquellas que no funcionaron o que no han dado los resultados esperados.

A pesar de que la continuidad en una política de salud (como la gratuidad, la universalidad, etc.) podría significar un alivio en materia de garantía del derecho a la salud, no hay nada que denote que la gestión de Nuevas Ideas no caerá también en la misma inercia neoliberal en la que se encontraba el FMLN (Hernández, 2019) y/o se deje imponer las agendas de los organismos multilaterales y de la dependencia sanitaria.

El reto para refundar un sistema de salud libre de prejuicios, discriminación y sin mercantilización que responde a las necesidades colectivas del pueblo salvadoreño es un proceso enorme, complejo y en movimiento. A continuación, se delinearán algunas propuestas para el tránsito hacia un sistema de salud emancipado y emancipador:

Transformación de su estructura. Con redes que permitan la compatibilidad operativa entre los diferentes prestadores y con la ciudadanía.

Cambio cultural en la formación de personal de salud y en las instituciones de salud. Un cambio en la formación de pregrado y posgrado de profesionales de salud, como también de las tecnocracias de salud pública y en la manera en que se concibe los servicios de salud y los valores del personal de salud.

Formación de líderes en salud. Potenciar la formación permanente de su liderazgo a nivel técnico y político.

Apropiación ciudadana del derecho a la salud. Un sistema que permita todas las formas de participación ciudadana (individual, colectiva, virtual, contralora, entre otras).

Establecer un espacio fiscal para salud. Que garantice el acceso gratuito a servicios de salud financiado por impuestos generales y procesos de justicia fiscal transformadora para la protección de la vida.

Instaurar mecanismos para la soberanía sanitaria. Un sistema de salud que tenga autodeterminación y claridad en su agenda política sanitaria nacional.

Bibliografía

Acosta, Mónica, Sáenz, María, Gutiérrez, Blanca y Bermúdez Juan (2011). Sistema de salud de El Salvador. Salud Pública México. 53(S2), S188-S196.

Almeida, Celia (2001). Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud. Cuadernos Médico-Sociales. 79, 27-58.

Banco Central de Reserva (2017). Análisis de impacto ante el incremento al salario mínimo 2017. Recuperado de: <https://www.bcr.gob.sv/bcrsite/uploaded/content/category/1056561252.pdf>

BM- Banco Mundial (1993). Invertir en salud. Recuperado de: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/282171468174893388/pdf/121830WDR0SPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf>

BM- Banco Mundial (2004). Informe sobre el desarrollo mundial. Servicios para los pobres. Recuperado de: <http://documents.worldbank.org/curated/en/972191468320374337/pdf/26895010spanish10paper.pdf>

Barbeito, Alberto *et al.*, (1998). Asistencialismo focalizado vs. Ingresos básicos universales. Recuperado de: <http://www.ciepp.org.ar/images/ciepp/docstrabajo/doc%2019.pdf>

Consejo de Reforma del Sector Salud (2000). Propuesta de Reforma Integral de Salud. Recuperado de: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=32-colegio-medico-reforma-del-sector-salud-2008&category_slug=reforma-del-sector-salud&Itemid=364

Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud. (2007). Propuesta Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Recuperado de: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1022-organizacion-y-funcionamiento-sns-final&category_slug=reforma-del-sector-salud&Itemid=364

Dirección General de Estadísticas y Censos (2018). Encuesta de hogares y propósitos múltiples 2017. Recuperado de: <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/ehpm/publicaciones-ehpm.html?download=652%3Apublicacion-ehpm-2017>

Echeverría, Ramiro (2012). Avances en el proceso de reforma de salud de El Salvador y estrategias para la sostenibilidad financiera, legal e institucional. Recuperado de: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1016-avances-en-el-proceso-de-reforma-de-salud-en-el-salvador-y-estrategias-para-la-sostenibilidad-financ&category_slug=reforma-del-sector-salud&Itemid=364

Fondos públicos para beneficios privados (28 de octubre de 2016). Noticias UCA. Recuperado de: <http://www.uca.edu.sv/noticias/texto-4459>

Federación Internacional de los Derechos Humanos y Médecins du Monde (2004). El Salvador .Violaciones flagrantes al derecho a la salud. La salud entre servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿Un lujo mañana? (373/3). Recuperado de: <https://www.fidh.org/IMG/pdf/salvador373-3.pdf>

Frenk, Julio y Londoño, Juan (1997). Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Salud y Gerencia*, 15:6-28.

Foro Nacional de Salud pide destitución de viceministro por incapacidad. (22 de marzo de 2018). *El Urbano*. Recuperado de: <https://elurbano.news/foro-nacional-de-la-salud-pide-destitucion-de-viceministro-de-salud-por-incapacidad/>

Gómez, G. (2004). Principales desafíos: La reforma y el sector salud. Recuperado de: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1019-principales-desafios-de-la-reforma-2004&category_slug=reforma-del-sector-salud&Itemid=364

Hernández, Antonio (2018). La atención primaria de salud como fundamento de la Reforma de salud salvadoreña. *Rev Panam Salud Publica*, 42(e130), <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.130>

Hernández, Antonio (4 de febrero de 2019). Cinco claves para el análisis de los resultados electorales en El Salvador. *Síncopa*. Recuperado de: <http://sincopa-sv.blogspot.com/2019/02/cinco-claves-para-el-analisis-de-los.html>

Instituto Salvadoreño del Seguro Social (19 de mayo 2017). ISSS registra aumento en trabajadores activos en los gobiernos del cambio. Recuperado de: http://www.iss.gov.sv/index.php?view=article&catid=1%3Anoticias-ciudadano&id=1504%3Aiss-registra-aumento-en-trabajadores-activos-en-los-gobiernos-del-cambio&format=pdf&option=com_content

Instituto Universitario de Opinión Pública de El Salvador (2018). Encuesta de evaluación del cuarto año de Gobierno de Salvador Sánchez Cerén, Asamblea Legislativa, Corte Suprema de Justicia y evaluación poselectoral. *Serie de Informes*, 145, 1-164.

Laurell, Asa Cristina (2016a). Políticas de salud en pugna: aseguramiento frente a sistemas universales públicos. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 24(e2668), 1-8. DOI: 10.1590/1518-8345.1074.2668

Laurell, Asa Cristina (2016b). Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. *Cuad Relac Labor*, 34(2), 293-314, <http://dx.doi.org/10.5209/CRLA.53458>

López, Victor, Fuentes, Julieta y Molina Oscar (2017). Estudio de pertinencia y calidad del gasto público del sector salud de El Salvador, 2010-2016. San Salvador, El Salvador: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Maldonado, René (2016). Migración internacional, remesas e inclusión financiera. Caso El Salvador. Ciudad de México, México: Centro de Estudios Monetarios Latinoamericanos.

Matus, Carlos (1987). Planificación y Gobierno. *Cuadernos de Economía*. 23, 233-259.
esa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud en El Salvador de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos. (2004). Fundamentos del proceso de reforma del sector salud de El Salvador. Recuperado de: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=33-mesa-permanente-sobre-

el-derecho-humano-a-la-salud-en-el-salvador-de-la-pddh-2004&category_slug=reforma-del-sector-salud&Itemid=364

Ministerio de Salud de El Salvador. (2004). Exclusión social en salud en El Salvador. San Salvador, El Salvador: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud de El Salvador. (2009). Política Nacional de Salud 2009-2014. Construyendo la Esperanza. Estrategias y Recomendaciones en Salud. San Salvador, El Salvador: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud de El Salvador (2011). Informe de labores 2010-2011. Recuperado de: <https://w2.salud.gob.sv/servicios/descargas/documentos/Documentaci%C3%B3n-Institucional/Memorias-de-Labores/Memoria-de-Labores-2010-2011/Memoria-de-Labores-2010-2011/>

Ministerio de Salud de El Salvador (2014). Resultados del taller de profundización del proceso de reforma de salud. San Salvador, El Salvador: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud de El Salvador (2017). Informe de labores 2016-2017. Recuperado de: <http://www.salud.gob.sv/informe-de-rendicion-de-cuentas-2016-2017/>

Ministerio de Salud de El Salvador (2018). Informe de labores 2017-2018. Recuperado de: <http://www.salud.gob.sv/download/informe-de-labores-2017-2018/>

Moreno, Raúl (2005). La globalización neoliberal en El Salvador. Un análisis de sus impactos e implicaciones. Barcelona, España: Fundación Món-3.

Nuevas Ideas (2019). Plan Cuscatlán. Recuperado de: <http://www.plancuscatlan.com/tema.php?tema=8>

OPS- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Perfil del sistema de salud de El Salvador 2000-2005: monitoreo y análisis de los procesos de cambio. Washington D.C., Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud (2011). El Salvador. Estudio de Caracterización y Análisis de la Exclusión Social en Salud. San Salvador, El Salvador: Organización Panamericana de la Salud.

OPS- Organización Panamericana de la Salud. (2012a). Análisis de los Avances de la Reforma de Salud en El Salvador en el período 2009-2011. San Salvador, El Salvador: Organización Panamericana de la Salud.

OPS- Organización Panamericana de la Salud (2012b). Avances y Desafíos Políticos, Financieros y Organizacionales de la Reforma de Salud de El Salvador. Recuperado de: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1314-informe1-reforma&category_slug=reforma-del-sector-salud&Itemid=364

OPS- Organización Panamericana de la Salud (2014). El Salvador en el camino hacia la cobertura universal de salud: Logros y desafíos. Recuperado de: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-estrategicos&alias=1482-el-salvador-en-el-camino-hacia-la-cobertura-universal-de-salud-logros-y-desafios&Itemid=364

Profundización de Reforma de Salud piden organizaciones sociales. (4 de octubre 2014). Diario Colatino. Recuperado de: <https://www.diariocolatino.com/profundizacion-de-reforma-de-salud-piden-organizaciones-sociales/>

Rodríguez, María (2010). La Reforma de Salud en El Salvador. Recuperado de: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=reforma-del-sector-salud&alias=1047-reforma-de-salud-1&Itemid=364

Samir, Emir y Gentili, Pablo (1999). La trama del neoliberalismo. Mercado, crisis y exclusión social. Buenos Aires, Argentina: Eudeba.

Tapia, Luis et al., (2010). El Estado. Campo de lucha. La Paz, Bolivia: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

Weinberg, Stephanie y Ruthfauff, John (1998). Estrategias y proyectos del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo en El Salvador (pp. 25-26). Washington D. C., Estados Unidos: CED-SAPRIN.

● Mecanismos de implementación de la reforma neoliberal en el sistema de sanitario en Haití de 1986 a 2020

Tania Pierre-Charles⁷¹

Introducción

La globalización basada en el hegemonismo del sistema imperial, del modo de producción capitalista y de sus relaciones sociales de producción de riqueza, es hoy el principal desafío para los sistemas de gobierno nacionales para las políticas sociales y para las políticas públicas en salud particularmente, es el principal detonante de la determinación de la salud. (Franco, 2002).

En esta perspectiva, en el mundo globalizado, como lo menciona Feo (2002) la ideología neoliberal promueve diversos tipos de acciones con miras a lograr sus objetivos, entre ellos, las privatizaciones no solo con la transferencia de empresas públicas al sector privado sino también la conversión de derechos sociales como la salud que pasan a formar parte de los intereses de mercado y la focalización de programas que aumentan aún más la exclusión social.

Sumado a lo anterior esta también el hecho de que la salud en este contexto de globalización es un instrumento de geopolítica en donde se cristalizan relaciones de poder global, y también se establece una *colonialidad* del conocimiento produciendo una asimetría, el Norte es el que concentra conocimiento y poder y el Sur los problemas (Quijano, 2000). Esta asimetría hace también que la cooperación norte-sur se enfoque más a las transferencias de tecnologías y a las enfermedades y no a los abordajes transformadores políticos, sociales y económicos que determinan la salud de la población.

Según Navarro (2005) son los grupos de poder económicos, políticos y sanitarios del Norte, y especialmente los de Estados Unidos (incluyendo sus agencias, fundaciones e instituciones académicas), que tienen una enorme influencia en los discursos, y políticas del mundo Occidental, incluidas las agencias internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial, la Organización Mundial del Comercio (OMC) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El poder que tienen muchos gobiernos para diseñar políticas públicas autónomas es limitado y se va perdiendo en el caso de Haití por el rol de la cooperación internacional como mecanismo principal de dependencia, restricciones de soberanía sanitaria y la industria del desarrollo (Basile, 2018).

71 tanpicha04@yahoo.com.mx Médica salubrista haitiana. Investigadora del CRESFED (Centre de recherche et de formation économique et sociale pour le Développement), centro miembro CLACSO. Investigadora asociada del GT de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO.

En los años ochenta en América Latina, comenzó un proceso de transformación de los sistemas de salud, en Haití, en el transcurso de esa década hay dos hechos determinantes económica y políticamente. Por un lado, una página nueva en la vida de la nación con el derrocamiento en 1986 de la sanguinaria dictadura de los Duvalier y el comienzo de una transición democrática y por el otro el principio del torbellino neoliberal que se fue imponiendo, que se fue instalando y consolidando día a día hasta hoy.

Con la caída del régimen de Jean Claude Duvalier, en 1986, se vislumbra un futuro lleno de esperanza donde las aspiraciones fundamentales del pueblo haitiano sean cristalizadas. Así en 1987 la nueva constitución haitiana es adoptada y en su artículo 19 queda plasmada la obligación del Estado de garantizar el derecho a la vida, a la salud y al respeto de la persona a todos los ciudadanos sin distinción. Este deseo en el espacio de conquista democrática desafortunadamente no ha sido una realidad.

De 1986 a 1990 hay una serie de gobiernos sucesivos y en 1990 se llevan a cabo las primeras elecciones democráticas del país, donde sale electo Jean Bertrand Aristide como representante de las mayorías excluidas y cuya brújula es la teología de la liberación. Sin embargo, paralelamente al entusiasmo social de las masas y a la aspiración de una justicia social, los cimientos de la reforma neoliberal, particularmente en el ámbito sanitario estaban siendo colocados.

Recientemente Jovenel Moïse con la comisión presidencial de la reforma en salud trató de estructurar un proceso de profundización del aseguramiento en salud en Haití.

Haití inició su reforma al sistema de salud a principios de los años 90, proceso que se ha ido consolidando, con los diferentes gobiernos de este largo proceso de transición democrática. El objetivo de este trabajo es analizar las estrategias de implementación de la reforma en las etapas tempranas con la descentralización, intermedias de los 1990s con la focalización y mercantilización y tardías actualmente con la universalización.

Estructura del sistema de salud haitiano

El sistema de salud haitiano cuenta con dos sectores, el público y el privado. Del total de la red de infraestructura sanitaria el 34% pertenece al sector público y 47% al sector privado el resto a instituciones mixtas (públicas-privadas). Lo que es importante mencionar es que independientemente del tipo de sector, en el 93% de las instituciones sanitarias del país existe pago directamente por los servicios que se brindan (Banco Mundial, 2017).

El sector público está compuesto por el Ministerio de Salud Pública y Población (MSPP) y la Caja de Seguro de Accidentes de Trabajo, Enfermedades y Maternidad (Ofatma). El sector privado incluye a los seguros y prestadores de servicios de salud privados. Estos últimos comprenden a prestadores que ofrecen servicios con fines de

lucro y las organizaciones no gubernamentales (ONGs) en su mayoría internacionales, que ofrecen servicios de salud con fines no lucrativos.

El MSPP ofrece servicios básicos de salud a la población no asalariada, que representa a 95% de la población total. Estos servicios los prestan profesionales de la salud (médicas/os, enfermería, y otros trabajadores de la salud) contratados por dicho ministerio, en clínicas y los 10 hospitales públicos departamentales que instituciones públicas estatales. Estos servicios de salud pública se financian con impuestos generales y cooperación internacional externa.

Ofatma que llega al 5% de la población aproximadamente, por su parte, ofrece seguros contra accidentes de trabajo, enfermedades y maternidad a los trabajadores del sector formal privado y público. Está basado en un modelo bismarkiano de seguro social de salud. El paquete de servicios incluye atención ambulatoria (planificación familiar, prevención de enfermedades sexualmente transmisibles y prevención de riesgos de accidentes laborales), atención de urgencias, servicios quirúrgicos, atención dental y hospitalización.

La Ofatma también ofrece servicios de diálisis a las personas con insuficiencia renal. Los servicios de salud están prestados por personal propio en clínicas y hospitales de esa misma institución, aunque también esta última contrata a prestadores privados para atender a sus afiliados. La Ofatma se financia con contribuciones de los trabajadores (3% de su ingreso) y sus empleadores (3% del ingreso del trabajador/a). Los trabajadores del sector informal pueden afiliarse a la Ofatma pagando una cuota mensual de dos dólares por persona (MSPP, 2013).

El sector privado, por su parte, cuenta con nueve instituciones de seguro privado que administran fondos de pensiones y aseguramiento voluntario de enfermedades, que cubren alrededor de 4% de la población haitiana.

Dentro del sector privado, tiene una gran presencia las ONGs internacionales como Zanmi Lasante y Médecins sin Frontiere, cuentan con sus propios centros de salud y hospitales, y atienden a la población que no está cubierta por ningún seguro de salud. Dichos prestadores de salud privados ofrecen atención integral de primer y segundo nivel en zonas específicas de Haití. Aunque el actor de aseguramiento privado de salud es Desarrollo de Actividades de Salud en Haití (DASH), siendo una institución con estatus de ONG financiada por agencias internacionales y por atención lucrativa que tiene una cobertura de alrededor de 50,000 afiliados (Laroche, 2012); presta servicios básicos de salud a 20,000 empleados de empresas que pagan 500 dólares mensuales por cada 500 empleados (Lamaute-Brisson, 2013). Actualmente DASH es el principal actor sanitario lucrativo que busca promover la creación un mercado de coberturas financieras bajo

la denominación de “cobertura universal de salud” para expandir la intermediación y asociaciones públicos-privadas en el propio sistema sanitario.

El gasto total en salud en Haití representó 5.4% del producto interno bruto (PIB) en 2016 (PNUD, 2018). Ese mismo año, el gasto en salud per cápita fue de 38 dólares. El gasto público en salud representó 15% del gasto total en salud (0.8% del PIB) en 2016, una disminución de 25% en comparación con el año 2000. El 2% corresponde a las instituciones de seguridad social y 13% al MSPP. El gasto privado representó 46% del gasto total en salud: 42% corresponde a gasto de bolsillo y 4% a seguros privados. El resto del gasto (39%) proviene de fuentes externas (agencias y ONGs de cooperación internacional).

En lo que se refiere a la distribución del gasto total en salud por fuente de financiamiento, resalta la importancia de la cooperación internacional que en 2015-2016 representó un promedio del 40%, y el gasto directo de los hogares fue tres veces superior al de los fondos públicos. Hay que mencionar que el aporte directo de pago constituye una barrera económica para el acceso a servicios de salud de grandes segmentos de la población y que compensa paulatinamente la tendencia de disminución del financiamiento externo (Banco Mundial, 2017). El gobierno de los Estados Unidos a través la USAID ha apoyado la atención de los servicios de salud por más de 20 años y actualmente es el donante más importante en el desarrollo de programas sanitarios en el país.

Haití contaba en 2016 con 1 007 instalaciones sanitarias: 131 hospitales, 161 centros de salud con camas, 361 centros de salud sin camas y 352 clínicas y centros de salud comunitarios. Según la OMS (2017), Haití contaba en 2013 con 7 camas por 10 000 habitantes, dato muy inferior a la cifra promedio de América Latina y el Caribe que es de 20 (OMS, 2017). Del total de unidades de salud, 34% son públicas y se ubican, en su mayoría, en la región del departamento del Oeste en donde reside 37% de la población total del país. El sector privado concentra 47% de los establecimientos sanitarios: 30% corresponde a instituciones con fines de lucro y 17% instituciones sin fines de lucro (ICF, 2019). El resto de las instalaciones pertenecen a organizaciones mixtas de salud (público-privadas).

Del total de la red de infraestructura sanitaria 34% pertenece al sector público y 47% al sector privado el resto a instituciones mixtas (públicas-privadas). Lo que es importante mencionar es que independientemente del tipo de sector el 93% de las instituciones sanitarias hacen pagar directamente por los servicios que brindan en el punto de atención (Banco Mundial, 2017).

Haití contaba en 2016 con 23 171 trabajadores de la salud: 15 988 trabajan en el sector público y 7 183 en el privado (MSPP, 2018). La mayor parte del personal de salud se concentra en zonas urbanas (18 537). Del total de trabajadores de salud, 7 021 son profesionales de salud esenciales (médicos, enfermeras y parteras) y el resto son otros profesionales de salud y personal administrativo (MSPP, 2018). En Haití, la razón

de profesionales de salud esenciales por 10 000 habitantes es de 6.3, lejos del umbral mínimo recomendado por la OMS que es de 23 por 10 000 habitantes (OMS, 2011).

El gasto total en salud en Haití representó 5.4% del producto interno bruto (PIB) en 2016 (PNUD, 2018). Ese mismo año, el gasto en salud per cápita fue de 38 dólares. El gasto público en salud representó 15% del gasto total en salud (0.8% del PIB) en 2016, una disminución de 25% en comparación con el año 2000. El 2% corresponde a las instituciones de seguridad social y 13% al MSPP. El gasto privado representó 46% del gasto total en salud: 42% corresponde a gasto de bolsillo y 4% a seguros privados. El resto del gasto (39%) proviene de fuentes externas (agencias y ONGs de cooperación internacional).

En lo que se refiere a la distribución del gasto total en salud por fuente de financiamiento, resalta la importancia de la cooperación internacional que en 2015-2016 representó 41%, y el gasto directo de los hogares fue tres veces superior al de los fondos públicos. Hay que mencionar que el aporte directo de pago constituye una barrera económica para el acceso a servicios de salud de grandes segmentos de la población y que compensa paulatinamente la tendencia de disminución del financiamiento externo. (Banco Mundial, 2017). El gobierno de los Estados Unidos a través la USAID ha apoyado la atención de los servicios de salud por más de 20 años y actualmente es el donante y actor más importante en el desarrollo de programas sanitarios en el país.

Desde la Constitución de 1987 se consagra el derecho a la vida y a la salud como obligaciones de derechos humanos que el Estado debe asegurar a todas y todos los ciudadanos sin discriminación. Su Art. 23, establece que: *"El Estado está obligado a garantizar a todos los ciudadanos en todas las colectividades, el mantenimiento y el restablecimiento de su salud, mediante la creación de hospitales, de centros de salud y de dispensarios"*.

¿Cómo se desarrollan las estrategias de implementación de la reforma en Haití?

Independientemente de las crisis sociopolíticas sucesivas y de los múltiples cambios de gobierno, desde 1986 hasta 2020 el proceso de reforma nunca se ha detenido, se ha adaptado a las especificidades del contexto y como cualquier política sanitaria neoliberal tiene ejes comunes a todas las reformas de salud de los países latinoamericanos y caribeños donde se han implementado : *Focalización de poblaciones, privatización de lo público "rentable", conformación de paquetes básicos de atención, promoción de seguros privados y financiamiento por resultados, promoción de mercados de coberturas sanitarias, entre otros.*

El primer elemento estratégico de esta reforma fue la creación en junio de 1990 del fondo de asistencia económica y social (FAES), institución autónoma administrativa y financieramente, bajo tutela del Ministerio de la Economía y de las Finanzas (Le

Moniteur, 1990). En 1991 el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) otorga un préstamo cofinanciado por el Banco Mundial (BM) para mejorar la calidad de vida de la población más pobre y vulnerable, así como el fortalecimiento de grupos de base, organismos no gubernamentales, municipalidades y cooperativas para participar activamente en el desarrollo local.

Con el FAES empieza de manera clara la focalización de programas sociales, por medio de los cuales las instituciones financieras identifican a la pobreza y exclusión social como problemas profundos y diseñan medidas focales para el combate de estas. Argumentan que el problema fundamental es una inadecuada distribución de la riqueza y en consecuencia se diseñan programas de asistencialismo focalizado hacia los “pobres” en vez de políticas con carácter estructural para enfrentar los reales problemas de la economía. (Feo, 2003).

Después del embargo internacional impuesto al país de 1991 a 1994, en la estrategia operativa del BID en 1995 para Haití se encuentra la racionalización del sector salud, como herramienta de combate a la pobreza extrema.

En 1998 otorgó un préstamo (N° 1009/SF-HA) en dos fases hasta 2004. La segunda fase condicionada a la comprobación de un progreso satisfactorio en acciones precisas y pasos firmes para la “descentralización y reorganización” del sistema de salud haitiano (BID, 1998). La descentralización es el componente fundamental en las reformas tempranas que fueron inducidas con el fin de liberar fondos de los gobiernos centrales para pagar la deuda externa, y es lo que explica porque los organismos financieros internacionales promovieron y financiaron esos procesos de reforma (Barba, 2012).

Con este préstamo se introduce la creación de estructuras autónomas territoriales denominadas “Unidad Comunal de Salud” (UCS) que es una red de servicios en un territorio definido cubriendo un número determinado de personas en donde los proveedores privados como las ONG participan al igual que organizaciones de base con el objetivo que estas se involucren y la participación comunitaria sea clave. En esencia, las ONG serían contratadas para entregar un paquete definido de servicios, lo que queda oficialmente plasmado en el plan estratégico nacional para la reforma del sector salud 2005-2010.

Para sentar las bases legales de este proceso de reorganización, en noviembre de 2005 se elabora la ley orgánica del Ministerio de Salud que *redefine* su papel como regulador de las intervenciones de los diferentes actores en el sector de la salud, así como la obligación que tiene de asegurar la cobertura médico-sanitaria en todo el país mediante un sistema de atención integrando instituciones públicas y privadas. Estos son dos componentes principales de la reforma intermediaria: promoción de la separación de funciones de provisión de servicios y

promoción de la competencia con la combinación de los sectores públicos y privados como mecanismo para buscar eficiencia en el uso de los recursos (Barba, 2012).

Se crean a nivel del Ministerio de Salud Pública y Población, nuevas instancias con funciones específicas entre las cuales: la Unidad de Programación y Evaluación (UPE) que tiene como misión el seguimiento y coordinación de las ayudas internacionales *multi o bilaterales*, así como la negociación con los donantes de la cooperación internacional en el marco de subvenciones y préstamos para la salud y la unidad de apoyo a la descentralización sanitaria (UADS). También hay que mencionar la creación de la dirección de epidemiología, laboratorios e investigación (DELR) y la dirección de promoción a la salud y protección del medio ambiente (DPSPE).

En 2009 se publica la política de promoción de la salud en donde uno de sus objetivos es estimular la asociación público/privada (APP) nacional/internacional a favor de la mejoría de las condiciones de vida de la población y entre sus ejes estratégicos esta la sensibilización comunitaria para crear una demanda en salud de parte de la población que pudieran ser resueltas en asociaciones APP.

En 2012 se elabora el plan maestro de Salud 2012-2022 que constituye el marco estratégico para orientar la respuesta del país a la problemática sanitaria a través el Estado, la sociedad civil y la cooperación internacional. El punto fundamental es el Paquete Esencial de Servicios (PES) en cada una de las categorías de las instituciones sanitarias. Este paquete incluye servicios conexos tales como el laboratorio, la imagenología y los bancos de sangre entre otros. También se considera la cobertura sanitaria universal (CSU), la mejora, reforzamiento y extensión de la oferta de servicios, control de los gastos y el financiamiento basado en resultados (FBR).

Desde el punto de vista de la gobernanza, en este plan maestro se crea una unidad de “contractualización” que es la entidad responsable en el marco de la FBR de los pagos por los servicios brindados, que cuantifica la cantidad y calidad de los servicios producidos en el cálculo de la remuneración y evalúa el rendimiento individual e institucional para la atribución de bonos de rendimiento a cada establecimiento sanitario. Es el componente operativo del financiamiento basado en resultados.

Hay que subrayar que este último fue puesto en marcha en otros contextos muy específicos como Camboya, Ruanda y Burundi y que de pequeños proyectos pilotos, esta estrategia fue desarrollada a gran escala por primera vez en Ruanda, donde las conclusiones de efectividad y equidad son cuestionables (Paul et. al, 2018). En Haití, se implementó como proyecto piloto en 1999 con 3 organizaciones no gubernamentales: *Centre pour le Developpement et la Sante (CDS)*, *Comité Bienfaissance de Pignon (CBP)* y *Save the Children*. Como lo subrayan Pavignani et Al. (Citado en Paul et al, 2018) esta estrategia ha sido promovida desde el principio de manera “evangélica” no solo en Haití.

En el FBR (siglas en inglés) se establece un contrato en donde un “pagador” -sea una fundación, o un donante internacional o el gobierno de Haití en la menor cantidad de casos- condiciona su pago a un proveedor de servicios de acuerdo con los resultados deseados y establecidos por el contrato. Es decir, condicionalidad de lo que se debe hacer en los programas y acciones de salud pública a condición de pago.

Parte de este esquema fue implementado progresivamente por ejemplo con los Agentes de Salud Comunitaria Polivalentes (ASCP) que pasaron de ser formados por la cooperación de Brasil-Cuba desde una metodología de salud colectiva a nivel territorial con abordaje comunitario integral, y luego pasaron a trabajar financiados por USAID en un paquete básicos de procedimientos para ser financiados por resultados incluso cobrando a la población por sus acciones (Ej: medicamentos de Malaria, otros).

Es la gerencia de las finanzas para controlar costos, ampliar los mercados y garantizar la penetración transnacional de servicios que no pueden ser ofertados ni desarrollados en Haití. Tiene serias implicaciones sobre la práctica clínica, la calidad de atención sanitaria toma las instituciones públicas para el servicio del capital internacional y subordina la práctica clínica al control administrativo de los organismos financieros tanto de orden nacional como internacional (Franco, 2002).

En 2016, la unidad de “*contractualización*” del MSPP realiza un estudio de impacto sobre el financiamiento basado en resultados en Haití con el apoyo de la Agencia Estadounidense de Cooperación Internacional para el Desarrollo (USAID por sus siglas en inglés) y el Banco Mundial.

También se difunde un documento elaborado por el Banco Mundial sobre financiamiento denominado “*Gastar mejor, servir mejor. Revisión de las finanzas públicas en Haití*” en donde el objetivo es formular una visión a largo plazo para el sector salud haitiano y así acelerar el progreso hacia la cobertura universal de salud, que no es más que una estrategia de la agenda global impuesta desde los países del Norte que se enfoca como un “seguro” médico para brindar una cobertura mínima a través del paquete esencial de servicios (Basile, 2020).

En esta lógica en 2017, desde la Presidencia de la nación es creada la Comisión Nacional de Reforma del Sistema de Salud y de los Servicios Hospitalarios cuyos objetivos son: *apoyar el proceso de puesta en marcha de un sistema de cobertura universal basado en un sistema de seguros, dar autonomía a los hospitales y regular las profesiones médicas y paramédicas.*

Para acceder al seguro / aseguramiento en salud se definieron 3 mecanismos: ya sea el seguro Ofatma a través del empleador para los trabajadores formales (mínima

expresión en Haití), la compra directa de servicios para los empleados informales/independientes que deberían pagar una cápita para luego poder ser atendidos en sector privado de salud (propuesta impulsada por DASH), y a través de un fondo especial para los pobres denominado fondo nacional de asistencia a la salud (FONASA) para subsidiar la demanda. Es decir, que el Estado haitiano pague una cápita, y los que proveen coberturas y atenciones sean el sector privado.

Se desarrollan diversas consultorías internacionales desde la comisión presidencial de salud de Haití para hilvanar los documentos estructurantes de la reforma. Este proceso fue financiado por el Banco Mundial y la propia Organización Panamericana de la Salud(OPS-OMS) en Haití.

La propia OPS-OMS realizó sucesivos encuentros de trabajo con especialistas de Perú implementadores del Seguro Integral de Salud (SIS) de ese país, y se generó una dinámica de actores para incluso emular el modelo de reforma sanitaria peruana en Haití.

En cuanto al objetivo de dar autonomía a los hospitales queda claro que esta reforma de los servicios hospitalarios legitima una privatización sobre todo a nivel de ciertos establecimientos sanitarios departamentales más significativos de los 10 departamentos del país como unidad subnacional más importante.

Tal es el caso del hospital universitario de Mirebalais para el cual un estudio de Baruwa *et al.*, (2014) financiado por el Banco Mundial cuantifica los costos por día de hospitalización, así como el costo anual de funcionamiento en una lógica mercantil de venta de servicios y cobro para recuperación.

En 2018, paralelamente, es lanzada también la política nacional de laboratorios, como pieza estratégica de la mercantilización de la salud, ya que el laboratorio clínico es una parte esencial del paquete de servicios. Se subraya en ella la importancia de la armonización de un tarifario de precios de los exámenes biológicos y la definición de tarifas por nivel de atención, así como la revisión periódica de estas para ajustarlas en función de las fluctuaciones económicas inflacionarias y comerciales. En este sentido, la política está enfocada claramente a la privatización mediante la creación, apertura y explotación de laboratorios (publico-privados, mixtos), a la apertura del mercado con la importación, distribución y puesta en venta de reactivos y material desechable de insumos médicos, así como la acreditación de estructuras privadas de fabricación y/o comercialización. Se abre el espacio a nuevos actores con bases y garantías legales.

En esta dinámica de reforma sanitaria en 2020, también se enlaza con el lanzamiento de la política nacional de investigación. Para Lander (2005) el campo de las ciencias biológicas y biomédicas es donde se están prefigurando con mayor nitidez las características del nuevo paradigma de la producción científica crecientemente

mercantilizada. Es un ámbito privilegiado en donde el proceso de producción del conocimiento científico esta asumiendo nuevas formas de financiamiento para intereses puramente comerciales.

Este último punto como lo menciona Lander (2005) se da en un contexto en donde hay un desplazamiento del financiamiento público por el corporativo y las relaciones cada vez más estrechas entre la universidad e industria especialmente la farmacéutica que han producido transformaciones en la cultura académica. Así, hay una subordinación a la lógica mercantil en la cual, los investigadores y universidades tienen un interés directo en los resultados de la investigación que llevan a cabo con patrocinio empresarial, conduciendo a lo que Sheldon Krinsky a denominado el capitalismo académico (Krinsky, 2003).

¿Cuál es el mapa de resistencias y de reconfiguración de las alianzas para la implementación?

¿Resistencias? Al contrario. La apropiación de los conceptos, políticas y los mecanismos de implementación de la reforma en los discursos y tomas de posición oficiales de las autoridades sanitarias están siempre alineados en la lógica y en el discurso de la globalización, de la salud global y las iniciativas del Norte global. Estas dinámicas sociopolíticas se presentan siempre como tecnocráticas: generalmente los análisis y recomendaciones aparecen como libres de *intereses* guiados principalmente por consideraciones técnicas y científicas cuyas conclusiones y recomendaciones coinciden exactamente con los del "establishment" sanitario global y nacional necesita. (Navarro,1999). El rol de consultores internacionales especialmente economistas es revelador de esto.

También es importante resaltar que esta matriz de conceptos, ideas y políticas como la propia cobertura universal de salud, o el negocio de DASH de expandir un mercado de coberturas financieras de salud en Haití (Laroche, 2012), la autogestión hospitalaria basada en los principios de *management care* del Banco Mundial, también atraviesan las formaciones de salud pública en universidades, centros de estudios y organizaciones de la sociedad civil de Haití.

En el contexto neoliberal, todo este proceso en la política sanitaria de Haití es presentado como un asunto técnico, siempre adornado por palabras nobles y loables en clave occidental que por definición nadie se opondría: *basado en derechos humanos, equidad, acceso a servicios de salud de calidad, cobertura universal, entre otros.*

Así se posicionan como *la solución* para afrontar los desafíos de reingeniería de la intervención del Estado en lo social y lo sanitario, las crisis estructurales de financiamiento público y los criterios que deben orientar la configuración de los servicios sanitarios bajo la

teoría de *recursos escasos* que enfrenta Haití lo cual lleva a que frente a las precariedades y adversidades lo mejor es contar con consultores internacionales a cargo de esto.

Es decir, sin dudas la larga reforma haitiana ha sido "*facilitada*" por los diferentes gobiernos haitianos y también por diversos actores de la sociedad civil haitiana, pero también es evidente participación central y protagónica de la OPS-OMS, del Banco Mundial, de las agencias de cooperación internacional y de las propias grandes ONGs internacionales principalmente de Europa y Estados Unidos.

Esta concepción despolitizada de las reformas no se limita ni al sector salud, sino que se da en otras esferas del Estado, aunque a su vez la salud pública no se encuentra en la agenda central de políticas públicas y de los movimientos políticos y sociales en Haití.

En cuanto a las alianzas para la implementación de macro y micro reformas surgen nuevos actores como las fundaciones filantrópicas.

Es interesante por ejemplo el caso de la francesa fundación Mérieux actor fundamental en la elaboración de las políticas de laboratorio y de investigación. Es un ejemplo claro de cómo los intereses públicos están sometidos a la lógica de mercantilización, rasgo característico de la salud global. El hecho de que esta fundación este estrechamente ligada con la empresa líder mundial en biotecnología deja suponer que no es mera casualidad que los tipos de investigación definidos en la política oficial del Ministerio de Salud Pública y Población de Haití coincidan con los intereses de acción y campos comerciales y biotecnológicos de la empresa Bio-Mérieux.

Haití viene siendo hace año un campo de prácticas de investigación clínica experimental sin prácticas bioéticas rigurosas sobre los cuerpos y poblaciones haitianas donde las industrias farmacéuticas e incluso universidades como Harvard o instituciones como Zanmi Lasante (Partners in Health) desarrollan proyectos de ensayos experimentales con bajos estándares bioético y de conocimiento público. Partners in Health fue el principal actor que motorizó la incidencia para la compra y desarrolló parte de las fases experimentales de la vacuna de Cólera.

Este fenómeno no es nuevo, de hecho, Birn (2014) señala un ejemplo de cabildeo realizado por Bill Gates con el Ministerio de Salud de la India para la introducción de la vacuna Merck contra el rotavirus en ese país. Al mismo tiempo la fundación Gates ha financiado estudios controvertidos sobre las vacunas de Merck y GlaxoSmithKline contra el papiloma virus humano (asociado con algunas formas de cáncer del cuello uterino). La misma autora subraya la metamorfosis ideológica que se produjo bajo el neoliberalismo contemporáneo que vuelve perfectamente aceptable e incluso deseable el lucro como un objetivo directo de las acciones de salud pública.

Otro componente de las alianzas de la implementación se refiere a la consolidación del mercado financiando y reforzando directamente al sector privado de salud.

En 2013, el fondo de inversiones (FOMIN) miembro del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) otorgo una donación importante a la organización haitiana local "*Development Activities and Services for Health*" conocida como DASH, para poner en marcha un modelo de negocios cuyo objetivo es proveer servicios básicos a personas de bajos ingresos a través de una tarjeta de salud pre pagada (MIF, 2013) . La idea es introducir el mercado y la competencia, tanto en la administración de fondos/ compra de servicios, como en la prestación de servicios médicos. En 2017, esta organización DASH integrante de la comisión presidencial de reforma desempeño un cabildeo para extender este tipo de seguro con intereses meramente mercantiles a todo el país.

Conclusiones:

Las manifestaciones de la implementación progresiva y acumulada de esta reforma son múltiples y quizás más profundas e irreversibles comparadas a las de otros países latinoamericanos y caribeños, ya que como lo menciona Tavares (2014) el grado de profundidad de las transformaciones neoliberales es directamente proporcional a la capacidad de revertir el escenario resultante. Mientras más débil el Estado haitiano en el ámbito de la política sanitaria y de protecciones sociales, el neoliberalismo entra con más fuerza. En Haití ha entrado por la puerta grande y se sigue reproduciendo.

También como en otros países y contextos latinoamericanos, la cobertura universal de salud (CUS) (Laurell et al. 2010) busca generar un mercado de salud donde el financiador principal continúe siendo el Estado, pero las coberturas y servicios sean prestados por empresas privadas por medio de "paquetes esenciales de servicios" a los más pobres en Haití. Esto ha tomado un gran consenso dentro del sector privado de salud haitiano que la promueve, en actores políticos partidarios del Parlamento que presentaron propuestas al respecto, pero también en organizaciones y agrupaciones médicas de profesionales que sin darse cuenta instalaron como un camino irreversible la *cobertura universal en salud* en Haití. Es decir, la implementación del pluralismo estructurado con un mercado de coberturas financieras donde el 95% de la población haitiana es el objetivo para que paguen una cápita o tengan un subsidio estatal para una cobertura con su atención mínima con el sector privado.

¿Qué resultados se pueden valorar respecto de las promesas de la reforma?

Todos los elementos tanto estructurales (descentralización, autogestión hospitalaria, financiamiento basado en resultados, otros) como legales se han ido acomodando para llegar a la mentada Cobertura Universal Sanitaria.

Se tienen muchas expectativas gracias al discurso emitido por diferentes voces y grupos hegemónicos globales pero también actores nacionales, que vislumbran en este proceso como algo que viene a resolver los problemas estructurales de salud pública en el país. Desde hace un par de años se tiende a poner a Ruanda como el ejemplo a seguir. También al modelo neoliberal de reforma de República Dominicana y Perú.

Comparando con experiencias latinoamericanas que ya han pasado por este proceso de reforma de forma acelerada e institucionalizada, es evidente que las desigualdades van a aumentar, y los valores que responden a la lógica neoliberal seguirán generando entramados en la propia sociedad haitiana y su Estado. Todos los conceptos tienen referentes teóricos e históricos que no son neutros (Basile, 2020).

A modo de recomendaciones finales:

Es indispensable continuar construyendo redes de análisis y formación desde el pensamiento crítico latinoamericano en salud para ampliar los espacios de comprensión, de organización y de incidencia de lo que significa la reforma sanitaria lenta pero constante en Haití, ya que para entender la simultaneidad de la implementación de este proceso progresivo y sus consecuencias se tienen que observar todos los elementos y componentes a lo largo del periodo, y como entran en un complejo rompecabezas en donde cada pieza tiene su razón de ser en término de relaciones de poder para la estructuración de la política pública sanitaria haitiana.

Es indispensable deconstruir la dinámica de los dictámenes impuestos por actores nacionales especialmente del sector privado, los mandatos globales y principalmente de la cooperación internacional que no buscan "*ciudadanizar*" a los excluidos ni constituir un sistema de salud pública bajo las necesidades epidemiológicas sino satisfacer intereses mercantiles nacionales y/o de geopolítica internacional de la industria del desarrollo.

Desde Haití, estas redes necesitan generar espacios y grupos de formación, de debate y reflexión colectiva con experiencias similares en Latinoamérica y Caribe con una mirada del Sur para el Sur en términos de soberanía sanitaria y alianzas estratégicas. Ese es el camino para una segunda independencia de Haití.

Bibliografía

- BID- Banco Interamericano de Desarrollo (1996). Inversiones sociales. Loan Proposal 983/SF-HA; HA0037 <https://www.iadb.org/es/project/HA0037>.
- BID- Banco Interamericano de Desarrollo (1998). Reorganización del sistema nacional de salud - Primera etapa Loan Proposal 1009/SF-HA;HA0045 <https://www.iadb.org/es/project/HA0045>.
- BM - Banque Mondiale (2017). Mieux dépenser pour mieux soigner, un regard sur le financement de la santé et Haïti. Disponible en <http://documents.worldbank.org/curated/en/292631498246577035/pdf/116682-WP-v1-wb-Haiti-French-PUBLIC-summary.pdf>.
- Basile, Gonzalo (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.
- Baruwa, Elaine *et al.*, (2015). Hopital universitaire de Mirebalais (HUM) Costing Study. MD: Health Finance & Governance Project. Abt Associate.
- Barba, Carlos (2012). La reforma de los sistemas de salud en América Latina: Los casos de las reformas tempranas, intermedias y de tercera generación en México y Chile. En (Des) encuentros entre reformas sociales, salud, pobreza y desigualdad en América Latina. Buenos Aires. CLACSO.
- Birn, Anne-Emanuelle (2014). Filantropocapitalismo, pasado y presente: la Fundación Rockefeller, la Fundación Gates y los ajustes de la salud global.
- Franco, Álvaro (2002). La globalización de la salud: entre el reduccionismo económico y la solidaridad ciudadana. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2002;20(2).
- Feo, Oscar (2002). Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente. II conferencia internacional sobre salud ocupacional y ambiental. Ponencia. Brasil.
- Feo, Oscar (2003). Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4), 887-896.
- ICF- Institut Haïtien de l'Enfance (2019). Évaluation des Prestations des Services de Soins de Santé (EPSS) 2017-2018. Puerto Príncipe: IHE.
- Krimsky, Sheldon (2003). *Science and the Private Interest. Has the Lure of Profits Corrupted Biomedical Research?* Rowman & Littlefield Publisher, Inc., Landham.
- Lander, Edgardo (2005). La ciencia neoliberal. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, 11(2), 35-69.
- Lamaute-Brisson, Nathalie (2013). Systèmes de protection sociale en Amérique latine et dans les Caraïbes: Haïti.
- Laroche, Ronald (2012). Financement du système de santé en Haïti. *Haiti Perspect.* 2012;1(3):37-41
- Laurell, Asa Cristina y Ronquillo, Joel (2010). La Segunda Reforma de Salud: Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud colectiva.* 2010 Ago. [citado 2018 Mar 03]; 6(2): 137-148.
- Le Moniteur journal officiel de la République d'Haïti. (1990). 145 années No.49
- MSPP- Ministère de Santé Publique et de la Population (2013). Plan directeur de santé 2012-2022. Puerto Príncipe : MSPP.
- MIF- Multilateral Investment Fund (2013). MIF and DASH to facilitate pre-paid health services for low-income population in Haiti. Disponible en: <https://www.fomin.org/en-us/HomeOld2015/News/>

PressReleases/ArtMID/3819/ArticleID/834/MIF-and-DASH-to-facilitate-pre-paid-health-services-for-low-income-populations-in-Haiti.aspx

Navarro, Vicente (1999). Health and equity in the world in the era of 'globalization'. *International Journal of Health Services*, 29(2), 215-226.

Navarro, Vicente (2005). Situación de salud en el mundo en Federación de asociaciones para la defensa de la sanidad pública (comp) *Globalización y Salud*. Madrid

OMS- Organización Mundial de la Salud (2011). Personal sanitario, infraestructura, medicamentos esenciales. *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011*. Ginebra: OMS.

OMS- Organización Mundial de la Salud (2017). *Cuentas nacionales de salud*. Ginebra.

OMS- Organización Mundial de la Salud (2017). *Densidad de camas hospitalarias. Datos por país*. Ginebra: OMS.

Paul, Elisabeth *et al.* (2018). Performance-based financing in low-income and middle-income countries: isn't it time for a rethink? *BMJ Global Health* 2018;**3**:e000664.

PNUD- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2018). *Índices e indicadores de desarrollo humano: Actualización estadística de 2018*. Nueva York: PNUD.

Quijano, Aníbal (2000). *Colonialidad del poder, eurocentrismo y Americana Latina. Colonialidad del sector: eurocentrismo y ciencias sociales*. Argentina.

Tavares, Laura (2014). CLACSO TV: Tenemos una crisis muy seria de la prestación de servicios de salud". Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=kSLRmjyWS5w>.

Velásquez, Fabio (2001). Desarrollo local y globalización una reflexión sobre América Latina. *Sociedad y economía*, (1),9-26.[fecha de Consulta 11 de Febrero de 2020]. ISSN: 1657-6357. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=996/99617827001>.

● Apuntes históricos de la colonialidad neoliberal en el sistema de salud de Puerto Rico

Marinilda Rivera Díaz⁷², Nylca J. Muñoz Sosa⁷³ y Juan F. Correa Luna, JD⁷⁴

“De todas las formas de desigualdad, la injusticia en el cuidado médico es la más impactante e inhumana”.

Martin Luther King Jr. (1966)

Introducción

La salud es un fenómeno social (Benach y Muntaner, 2005). Como tal, existe abundante evidencia sobre las inequidades en salud, definidas como aquellas diferencias injustas y evitables en la salud entre los grupos sociales (OMS, 2008). Sin embargo, el discurso predominante en salud consiste en una visión individualista que se alinea con los intereses de la clase capitalista, y dejando fuera del análisis la responsabilidad que tiene el gobierno y la economía de mercado sobre la salud de la población. Esta visión ha sido ampliamente debatida por diversos sectores, proponiéndose un enfoque en derechos humanos como vehículo para resaltar y luchar contra las inequidades (OMS, 2010).

Sin embargo, la utilización del enfoque en derechos humanos, no ha estado exenta de críticas. En particular, el discurso de derechos humanos ha sido utilizado por los capitalistas occidentales para promover sus intereses económicos y ha servido para la expansión de la agenda imperialista (Pagdem, 2003). A pesar de estas críticas, De Sousa Santos (2002) postula que, si bien los derechos humanos se pueden concebir para estar “al servicio de los intereses económicos y geopolíticos de los Estados capitalistas hegemónicos” (p. 67), también puede ser concebido como un proceso contrahegemónico procedente del sur global o “globalización desde abajo” (p.66). Los marcos e instrumentos de derechos humanos son tomados en cuenta para garantizar el bienestar colectivo de los grupos sociales (Barreto, 2014). Por tanto, Ishay (2008) plantea que los derechos humanos pueden ser vistos como el resultado de un proceso histórico acumulativo.

72 Profesora y Coordinadora del Programa Doctoral en Determinantes Sociales de la Salud de la Escuela Graduada de Salud Pública de Universidad de Puerto Rico; Investigadora del Centro de Investigaciones Sociales(UPR). Coordinadora del Grupo de Trabajo “Salud Internacional y Soberanía Sanitaria” del Consejo Latinoamericano de las Ciencias Sociales. Activista en movimientos sociales en salud y trabajo social.

73 Abogada doctorada en Salud Pública con especialidad en Determinantes Sociales de la Salud en la Escuela Graduada de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico. Catedrática asociada, Recinto Humacao, Universidad de Puerto Rico; integrante de Alianza de Salud para el Pueblo, y co-coordinadora del Colectivo Somos Dign@s y Trayecto Dignidad 3 y 4.

74 Profesor de Derecho en la Facultad de Derecho de la Universidad Interamericana de Puerto Rico y fundador del Colectivo Somos Dign@s, Coordinador de Trayecto Dignidad, ediciones 1, 2, 3, 4 y 5.

Esta discusión sobre la utilización de los derechos humanos como herramienta para reducir las inequidades en salud, se cuestiona en el caso de Puerto Rico, donde por ser un territorio de los Estados Unidos de Norteamérica no participa de los procesos locales o internacionales de la misma forma en que lo hacen otros países del mundo.

A través de este artículo, utilizando como referencia la conceptualización de los derechos humanos de De Sousa Santos sobre *“globalización desde abajo”*, se explicará la validez del derecho a la salud en virtud del derecho internacional y bajo la situación colonial de Puerto Rico. Además, con el propósito de contextualizar históricamente el artículo, se brindará un breve trasfondo y descripción del sistema de atención de la salud en Puerto Rico así como de algunos colectivos de derechos humanos en resistencia y a favor de un sistema universal de salud. El artículo culminará con unas reflexiones finales en torno a acciones concretas que encaminen la justicia en salud para el pueblo de Puerto Rico.

El derecho a la salud y su validez

El 10 de diciembre de 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (documento no vinculante de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)), y como tal, se consideraba una mera declaración que necesitaba discusiones adicionales para crear un pacto vinculante bajo el derecho internacional. En ese momento, esto respondió a que no todos los países estaban preparados para obligarse legalmente con el cumplimiento de los derechos económicos y sociales (Wolff, 2012). Sin embargo, la DUDH en su Artículo 25 dispone sobre el derecho a la salud:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (ONU, 1948).

Posteriormente, en 1966 la ONU adoptó dos convenios: uno para los derechos civiles y políticos, y otro para los derechos económicos, sociales y culturales. Estos no fueron ratificados sino hasta el 1976. En el segundo convenio, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), se incluyó una disposición más elaborada que el primero relacionada al derecho a la salud, en su artículo 12:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a. La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b. El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c. La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d. La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (ONU, 1966).

Este segundo Pacto encontró más oposición que el primero, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), ya que pocos países aceptaron ratificarlo. No obstante, para enero de 2018, el PIDESC ha sido ratificado por 166 naciones. Cabe destacar que los derechos allí contenidos se consideran parte del derecho internacional consuetudinario, moral y legalmente vinculantes para los países dado el apoyo internacional recibido (Wolff, 2012). Por lo tanto, con respecto al derecho a la salud, ningún país puede justificar su violación bajo la premisa de que no ha ratificado el PIDESC. Por ejemplo, los Estados Unidos de América (EE. UU.), si bien no han ratificado el PIDESC, sí han ratificado otros convenios internacionales que contienen disposiciones relacionadas con el derecho a la salud. EE. UU. ratificó la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. Al hacerlo, se obliga a tomar medidas para eliminar las disparidades raciales en la salud pública y su cuidado (Yamin, 2005).

En el caso de Puerto Rico, el derecho internacional nos permite construir el significado del derecho a la salud que se adapte a nuestro contexto. Tobin (2012) propone una metodología legal para la construcción de este significado, a través del estudio de los conceptos claves que son reconocidos en el derecho internacional y otros tratados que pueden servir como guías. Un ejemplo de un tratado no ratificado, pero firmado por los EE. UU. que contiene disposiciones relacionadas al derecho a la salud, es la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CDN, 1989; Rivera Díaz, 2014).

Entre las medidas que los Estados deben tomar para garantizar el derecho a la salud (habiendo ratificado el PIDESC o no), se encuentran las siguientes: (1) el desarrollo de planes nacionales de salud; la creación de mecanismos efectivos para la rendición de cuentas; la recopilación de datos apropiados y el desarrollo de indicadores y puntos de referencia relevantes; (2) la facilitación de estrategias participativas efectivas; la fomentación de iniciativas multisectoriales e interdisciplinarias; y (3) el desarrollo de políticas de salud específicas para grupos especialmente vulnerables (Tobin, 2012).

Estas medidas constituyen obligaciones mínimas que los países deben asumir para proteger el derecho a la salud de la población y sirven como guías para analizar si un país

está cumpliendo con su obligación, bajo el derecho internacional, de proteger y asegurar la salud de las poblaciones. Según el mandato internacional emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2008 y 2010, los países deben concentrar sus esfuerzos en identificar y lidiar con las inequidades existentes en la salud en los países y entre los países.

El derecho a la salud y el caso de Puerto Rico como colonia de los Estados Unidos

Puerto Rico es un ejemplo de una población vulnerable y marginada que ha estado sujeta a una larga condición colonial. Esta condición, ha tenido un impacto en todos sus aspectos sociales y económicos, incluyendo la inequidad en salud. A los efectos de este artículo, se dará énfasis al impacto que ha tenido en el reconocimiento del derecho a la salud. Además, se proporcionarán ejemplos de algunas luchas contrahegemónicas que se desarrollan y que exigen el reconocimiento de este derecho humano fundamental.

Puerto Rico (PR), es parte de un archipiélago de islas en el Caribe que ha sido caracterizado como la “colonia más antigua del mundo” (Trías Monge, 1997). De acuerdo con Trías Monge (1997), Puerto Rico fue una colonia española por más de 500 años y para el 1897, había adquirido importantes derechos y reconocimientos bajo el mandato español. Por ejemplo, con la Carta Autonómica de 1897, PR tenía derechos y privilegios similares sino iguales, a los reconocidos en las provincias españolas (Delgado, 2012). Sin embargo, en 1898 y como resultado de la Guerra Hispano-Cubano-Norteamericana, Puerto Rico fue transferido como botín de guerra a los Estados Unidos, quienes impusieron un régimen militar y luego un gobierno civil con un gobernador, y funcionarios legislativos y judiciales, nombrados por el Presidente de los EE.UU. (Ayala y Bernabe, 2015). En 1917, el Congreso de los Estados Unidos aprobó la Ley Jones (Puerto Rican Federal Relations Act, 1917), que les impuso la ciudadanía estadounidense a los puertorriqueños, como parte del proyecto colonial estadounidense en Puerto Rico, sujeta al poder del Congreso (Rivera Ramos, 2001).

Luego de la Segunda Guerra Mundial, y como resultado del poder que ejercía los EE.UU. en la ONU, este logró sacar a Puerto Rico de la lista de territorios no autónomos en las Naciones Unidas mediante la resolución 748, alegándose falsamente que el archipiélago entró en un pacto con los Estados Unidos para la creación del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. No fue sino hasta el 1950, que el Congreso de los Estados Unidos permitió a Puerto Rico redactar su propia Constitución, que fue posible después de la promulgación de la Ley Federal 600 de los Estados Unidos (81 PL 600, 64 Stat. 319, 48 USCS §731b-731e, 1950).

Aunque Puerto Rico pudo redactar su propia constitución, la soberanía y el control total de los asuntos fundamentales de las relaciones públicas quedaron en manos del presidente y del Congreso de los Estados Unidos. Este arreglo político no solo ha sido cuestionado desde entonces, sino que los registros oficiales demuestran que el

gobernador en ese momento, Luis Muñoz Marín, sabía que Puerto Rico permanecía bajo la subordinación política y judicial de los Estados Unidos.⁷⁵

El 14 de diciembre de 1960, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución 1514 (XV) que reconoce que la existencia continuada del colonialismo impide el desarrollo económico intercultural de las personas dependientes y militares, en contra del ideal de paz de las Naciones Unidas. Esta expresión se dio gracias a la experiencia de numerosas naciones que obtuvieron su independencia en la década del 60 y que pasaron a formar parte de las Naciones Unidas.

Con respecto al derecho a la salud, al redactar su Constitución, los constituyentes de Puerto Rico incluyeron el derecho a la salud, como lo reconoce la Declaración Universal de los Derechos Humanos desde el 1948:

El derecho de toda persona a disfrutar de un nivel adecuado que asegure para sí y para su familia la salud, el bienestar y específicamente la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. El derecho de toda persona a la protección social en el desempleo, la enfermedad, la vejez o la incapacidad física (Constitución de Puerto Rico, Art. II, Sección 20, 1952).

A pesar de que la Ley 600 requería que Puerto Rico incluyera una Carta de Derechos en su constitución y que la voluntad del pueblo de Puerto Rico incluyera el derecho a la salud, la Sección 20 fue rechazada por el Congreso de los Estados Unidos. La aprobación de la Constitución de PR estuvo condicionada, entre otras razones, a la eliminación de la Sección 20 (Rivera-Díaz, 2015).

Aunque la incorporación del derecho a la salud fue rechazada por el Congreso de los Estados Unidos, la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico reconoce el derecho a la vida y la dignidad de todos los seres humanos como plenos. Defensores de los derechos civiles y humanos han declarado en los tribunales puertorriqueños, que no puede haber reconocimiento del derecho a la vida y la dignidad de un ser humano si no

75 Específicamente, en las Audiencias del Congreso que tuvieron lugar en 1950 sobre la Constitución de PR, durante un intercambio con el congresista Lemke, quien le preguntó al gobernador Muñoz si prefería un gobierno autónomo como posesión o territorio de los Estados Unidos; Por un lado, Muñoz respondió: "Ciertamente no como una posesión, señor. No creo que los estadounidenses puedan ser posesiones de otros estadounidenses", pero más tarde, Muñoz admitió abiertamente que la autoridad final en los asuntos de relaciones públicas se mantuvo bajo el gobierno federal de los EE. UU. A tal efecto, el gobernador Muñoz hizo los siguientes comentarios: "Usted sabe, por supuesto, que si el pueblo de Puerto Rico se vuelve loco, el Congreso siempre puede moverse y legislar nuevamente" (Audiencia ante el Comité de Tierras Públicas, Casa de Representantes, 81 Cong., 2 d. Sess., 14 de marzo de 1950, p.18). En la misma audiencia, el Comisionado Residente de Relaciones Públicas, Antonio Fernós Isern, también agregó: "Me gustaría hacer dos comentarios: uno, el camino a los tribunales siempre estaría abierto para cualquier persona que descubriera que una enmienda a la Constitución fue más allá del marco establecido por el Congreso; y en segundo lugar, la autoridad del gobierno de los Estados Unidos, del Congreso, para legislar en caso de necesidad siempre estaría allí" (Audiencia ante el Comité de Tierras Públicas, Cámara de Representantes, 81.a reunión, 2. ° sesión, marzo 14, 1950, p.18).

se respeta y reconoce plenamente su derecho a la salud (Constitución del Estado Libre Asociado, 1952, art. II, secc. 1 y 7).

El estatus colonial de Puerto Rico ha afectado negativamente que se le reconozcan derechos civiles y humanos a la población puertorriqueña. No obstante, Puerto Rico ha presentado solicitudes de audiencia ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre violaciones a derechos humanos en el archipiélago, siendo las más recientes las de los años 2016 (Instituto Caribeño de Derechos Humanos, 2016) y 2017 (Instituto Caribeño de Derechos Humanos, 2017). En el 2017, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas emitió un informe en el que denunció la situación precaria de derechos humanos en Puerto Rico como consecuencia de la deuda pública vigente (ONU, 2017). Por otra parte, el relator de extrema pobreza y desigualdad social de las Naciones Unidas, Philip Alston (2018), expresó en un informe rendido ante la Comisión de derechos humanos de las Naciones Unidas, que Puerto Rico ilustra a la perfección la relación entre la pobreza y la ausencia de derechos políticos (ONU, 2018). Estos son algunos ejemplos de denuncias sobre la situación de Puerto Rico, a pesar de la limitada participación de Puerto Rico en el ordenamiento jurídico de derechos humanos a nivel internacional.

En el ámbito judicial federal, el Tribunal Supremo de los Estados Unidos ha expresado consistentemente que se puede tratar a Puerto Rico de manera diferente en comparación con otros Estados de la Unión debido a su condición como territorio no incorporado. En *Califano v. Torres*, 435 US 1 (1978), este Tribunal señaló que un estatuto federal que excluyó a Puerto Rico de los beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario era constitucional.

Además, afirmó que el Congreso de los Estados Unidos tiene el poder de tratar a Puerto Rico diferente, sin violar la cláusula de Igual Protección de la Constitución federal. Incluso, en 1980, en el caso *Harris v. Rosario*, 446 US 651 (1980), el Tribunal Supremo declaró: “el Congreso está facultado por la Cláusula Territorial de la Constitución para ‘hacer todas las reglas y reglamentaciones necesarias respecto al territorio... perteneciente a los Estados Unidos’, puede tratar a Puerto Rico de manera diferente a los Estados de la unión, siempre que haya una base racional para su acción”.

Esto se ve claramente reflejado en los Programas de Medicare y Medicaid. A pesar de que Puerto Rico adoptó el Programa de Medicare⁷⁶ y Medicaid⁷⁷ en 1966, los gastos totales de salud per cápita son un tercio (\$3,400) en comparación con el promedio de los EE. UU. (\$10,000) (Benach, Rivera Díaz, Muñoz, Martínez Herrera y Pericás, 2019). De acuerdo con el Informe titulado Deuda Pública, Política Fiscal y Pobreza en Puerto Rico

76 Programa de seguro médico federal elegible a personas de 65 años o más. Personas menores de 65 años pudieran resultar elegibles siempre y cuando tengan una incapacidad. Cubre servicios médicos sin importar condiciones preexistentes, ingreso o lugar de residencia en los Estados Unidos. Se cubre a través de aportaciones del trabajador o trabajadora.

77 Programa que brinda cobertura médica a personas con bajos ingresos en Estados Unidos y territorios. Los estados administran el programa de acuerdo a estatutos federales.

(2016), en el caso del Programa de Medicaid, las reglas del mismo difieren si se trata de un estado o de un territorio, particularmente en la partida de pareos que se ofrece a los estados versus los territorios (Instituto Caribeño de Derechos Humanos, 2016). Por ejemplo, los territorios, incluyendo Puerto Rico, tienen un porcentaje fijo de 55% en el pareo de fondos a diferencia de los estados que el pareo es calculado según el ingreso per cápita hasta un 83%. Como colonia de los Estados Unidos, Puerto Rico ostenta el doble de índice de pobreza en comparación a los estados de los Estados Unidos (EFEUSA, 2019). De no tener dicho estatutario, Puerto Rico le correspondería recibir el 83% de los fondos de Medicaid.⁷⁸

Por otro lado, el 9 de junio de 2016, en la capital federal hubo dos eventos trascendentales que reafirmaron la relación política colonial existente entre Puerto Rico y Estados Unidos. En la mañana, el Tribunal Supremo federal, en el caso *Puerto Rico v. Sánchez Valle*, 579 U.S. ___ (2016):136 S.Ct.1863; 195 L. Ed. 2d 179 reiteró que, aunque a los puertorriqueños se les confirió la autoridad de crear su propia Constitución, la fuente última de la soberanía reside en el Congreso de los EE. UU. En la tarde de ese mismo día, el Congreso estadounidense aprobó la ley titulada “The Puerto Rico Oversight, Management and Economic Act”, conocida bajo el acrónimo P.R.O.M.E.S.A., la cual fue aprobada a pesar de la sólida oposición del pueblo de Puerto Rico y su gobierno. Conforme a esta ley, el gobierno de Puerto Rico es colocado en un fideicomiso virtual, y permite que el gobierno federal designe a siete (7) personas no elegidas por el pueblo de Puerto Rico, con el propósito de controlar las finanzas e imponer medidas de austeridad fiscal sobre el archipiélago (Torruella, 2016).

Estas medidas afectan las pensiones de los trabajadores y trabajadoras, así como otros derechos laborales, la salud, la educación y otros servicios públicos y derechos humanos esenciales de la población.

El senador federal Bob Menéndez, que lideró la oposición al proyecto de esta ley en el Congreso de los EE. UU., la consideró como un “colonialismo descarado”. Igualmente, el senador Bernie Sanders (2016) afirmó que esta ley “hace de los Estados Unidos un ‘maestro colonial’, a favor de Wall Street y los fondos buitres de interés”. Asimismo, expresó que la ley “...le quita los poderes más importantes a los funcionarios elegidos democráticamente de Puerto Rico” (Sanders, 2016).

La respuesta de las personas a la legalidad de un tratamiento distinto para Puerto Rico por parte del gobierno de Estados Unidos ha resultado en el surgimiento de nuevos grupos y el resurgimiento de activistas de derechos civiles y humanos exigiendo el pleno reconocimiento de sus derechos humanos y constitucionales tales como la Alianza de Salud para el Pueblo, así como otros grupos profesionales y comunitarios. Sus reclamos

⁷⁸ Sin embargo, es importante señalar que ello no resuelve del todo el problema que enfrenta el sistema de salud de Puerto Rico, pues el mismo está diseñado bajo la lógica mercantilista de la salud y ello no es garantía de que las personas serán tratadas dignamente y les será reconocida la salud como un derecho humano fundamental fuera de la lógica del lucro.

incluyen no solo el reconocimiento del derecho a la salud, corolario del derecho a la vida y la dignidad en la Constitución de Puerto Rico, sino también el de un sistema universal de salud que garantice la salud como un derecho y un bien común, sistema que ha sido denegado a Puerto Rico por los intereses económico-capitalistas e intereses político-coloniales.

Descripción general del sistema de salud de Puerto Rico como un componente fundamental para el reconocimiento del derecho a la salud

La atención médica adecuada, accesible y asequible son componentes fundamentales para el reconocimiento del derecho a la salud en cualquier país. Como se discutió anteriormente, cada país debe construir el significado del derecho a la salud de acuerdo con sus propios procesos políticos, sociales e históricos (Tobin, 2012). La evaluación del sistema de salud de Puerto Rico como un componente de la protección del derecho a la salud debe analizarse en estos contextos.

El sistema de salud de Puerto Rico, conocido como Sistema de Salud Dr. Guillermo Arbona pasó de ser un modelo de solidaridad durante los años 50 (Arbona y Ramírez de Arellano, 1978) a uno principalmente privatizado en los años 90 (Santos, 2013). El mismo consistía en un programa de justicia social presentado por el Partido Popular Democrático (PPD) y los ideales del “Nuevo Trato”, donde el gobierno era el principal proveedor de servicios de salud.

Según Rivera Díaz (2018), el Sistema de Salud Dr. Guillermo Arbona:

...estaba montado en un modelo planificado de salud comunitaria preventiva, el cual garantizaba servicios de salud desde los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT y unidades de salud) en las comunidades, hasta los hospitales municipales regionales o de distrito y el Centro Médico (p. 43).

En 1992, se promulgó una reforma de salud, donde los proponentes cayeron bajo el paradigma neoliberal de ese momento, dando paso a la privatización y desmantelamiento del sistema de salud. Utilizaron un discurso sobre los derechos humanos y el derecho a la salud, para justificar la reforma de salud, bajo el supuesto de que la atención médica privada tenía más recursos y ofrecía servicios de mejor calidad (Rivera Díaz, 2018). Argumentaron que, con la inclusión de las fuerzas económicas privadas, el sector de la salud crecería y los costos relacionados se reducirían (Mulligan, 2014). Este discurso es el que ha sostenido el modelo de salud norteamericano. Sin embargo, las reglas de oferta y demanda que sostienen este sistema bajo la lógica neoliberal capitalista opera en detrimento de los derechos humanos y el derecho a la salud.

El proceso de privatización se llevó a cabo desde el 1994 hasta el 2002. Como parte de este proceso, se implementó una modalidad de manejo de cuidado (*manage care*) con

proveedores privados y el pago de un *capitation*⁷⁹ por paciente (Rivera Díaz, 2018). Se creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), agencia creada para la administración del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, conocido por la ciudadanía como la Reforma. Esta agencia es la encargada de llevar a cabo la negociación de los servicios de salud de la población médico indigente con las compañías aseguradoras con fines de lucro, aunque ello implique la limitación de servicios, la restricción de fármacos y tratamientos, la denegación de cubiertas a la población y el impedimento para nuestra gente de alcanzar mínimamente condiciones de salud dignas.

Por otro lado, casi todos los edificios de infraestructura de salud pública (que consistían principalmente en hospitales y centros de atención primaria del Estado) se vendieron al sector privado a precios muy por debajo de su valor para el financiamiento de esta reforma que alcanzó costos insostenibles al erario (Santos, 2013).

Como consecuencia de la reforma de salud, hubo: (1) *problemas de acceso, eficiencia y equidad para los servicios de salud*; (2) *insatisfacción con el nuevo sistema por parte de los profesionales de la salud como de los pacientes*; (3) *la creación de dos sistemas paralelos de financiación competitivos (uno público y otro privado) que exacerban aún más la desigualdad existente para proveer los servicios*; (4) *sistema fragmentado de salud y salud mental*; (5) *problemas para controlar los costos*; (6) *falta de políticas públicas centradas en la prevención*; (7) *más de 300,000 personas quedaron sin seguro de salud*; (8) *altos costo en los medicamentos, entre otros* (Comisión para Evaluar el Sistema de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, 2005; Rivera Díaz, 2014; Rivera Díaz, 2018).

Pese a que, en el 2010, se amplió la reforma para extender la cubierta de seguro a la población que no tenía seguro de salud en el país, ello no resolvió el problema. Esto se debió a que el modelo seguía enmarcado en uno corporativista con fines de lucro basado en la agenda global neoliberal. Esta medida, sumado a otros factores como el déficit económico estructural enfrentado en los últimos años, resultó que, en menos de un año, el sistema comenzara a colapsar. Para atenderlo, el Banco de Desarrollo Económico de Puerto Rico comenzó a regular todas las operaciones del plan, sin éxito (Santos, 2013).

El 1 de noviembre de 2018 entró en vigor una nueva reforma de salud en Puerto Rico conocida como Plan de Salud Vital. Esta reforma convirtió a Puerto Rico en una sola región de salud, a diferencia de las 7 regiones con las que contaba el Departamento de Salud en reformas previas. Ello fue trabajado por el Departamento de Salud de Puerto Rico de esta manera para darle la opción a la persona asegurada de escoger la aseguradora, médico primario y grupo primario de su preferencia alrededor del archipiélago. La ASES contrató a cinco compañías aseguradoras privadas con fines de lucro: a) Plan de Salud Menonita, b) MMM, c) First Medical, d) Triple-S, y e) Molina Health Care. Las denuncias

79 Capitation significa un pago de una cantidad uniforme o fija por paciente dentro del grupo de médico asignado.

sobre el proceso de implementación no se hicieron esperar por parte de profesionales de la salud y coaliciones de pacientes.

Entre las deficiencias señaladas se encuentran: a) la falta de transparencia de parte de la ASES durante el proceso de implantación y contratación de las aseguradoras, b) la no estandarización de las cubiertas médicas, tarifas a pagar a los profesionales y procedimientos de laboratorios a ser cubiertos, c) falta de información de cubiertas y derechos de los pacientes, d) reducción arbitraria de tarifas por parte de las aseguradoras en el pago a los profesionales de la salud sin procesos actuariales que lo justifiquen, e) limitación de cubiertas, f) cancelación de contrato con profesionales y hospitales de parte de las aseguradoras, afectando los servicios médicos y hospitalarios a pacientes, denotando la contradicción del derecho a un libre acceso a servicios, g) denegación de servicios ambulatorios, cirugías, entre otros a menos que exista garantía de pago de parte de la aseguradora, h) entre otras (Cordero, 2019; Rivera, 2018; Suroeste, 2019).

En el mes de julio 2019, se dio a conocer un esquema de corrupción en la ASES con el Plan Vital, donde se conspiró a favor del enriquecimiento de compañías privadas y aseguradoras de salud vinculadas al Plan Vital a costa de los servicios de salud destinados a la población del país. El Gobierno Federal de los Estados Unidos reveló un esquema donde señalaron irregularidades incurridas por parte de la ASES durante el proceso de contratación de las aseguradoras (González, 2019; Cordero, 2019), algunas de ellas denunciadas por asociaciones profesionales de la salud a escasamente un mes de su implementación (Rivera, 2018).

El resultado de estos años de reforma en el sistema de salud de Puerto Rico bajo este paradigma neoliberal ha sido nefasto para la salud del pueblo, no así para las compañías de seguros que se hacen parte de este mercado de la salud. Una vez el sistema de salud de Puerto Rico cambió de un modelo solidario a uno basado en el mercado, las enfermedades se convirtieron en los bienes más deseables para los capitalistas que se beneficiaron de la administración del sistema. Los principales administradores del plan de salud del gobierno y otras compañías de seguros extranjeras acumularon y aún están acumulando enormes cantidades de capital, principalmente como resultado de este modelo de mercado.

Por ejemplo, una de las principales compañías de seguros de salud con fines de lucro en Puerto Rico, "Triple S", miembro asociado de Blue Cross Blue Shield,⁸⁰ incrementó drásticamente sus ingresos en el 2015 en comparación con el 2014. Los ingresos consolidados de Triple S para el cuarto trimestre de 2015 ascendieron a \$773.9 millones de dólares, un aumento de 34% con respecto al mismo período durante 2014 (García,

⁸⁰ Triple S es una de las cinco aseguradoras que sirve al Plan Vital y la cual presuntamente se encuentra bajo pesquisa por supuestas irregularidades en el proceso de adjudicación de propuestas en la que la directora de ASES, y otros empresarios han sido acusados de corrupción con el Plan Vital (González, 2019b).

2016). Las compensaciones recibidas por los Oficiales Ejecutivos (CEO´s) de algunas de las principales compañías de seguros que hacen negocios en Puerto Rico, durante el 2014, 2015 y 2018 fueron las siguientes (ver Tabla 1) (García, 2016; Health Bussines Daily, 2016).

Tabla 1 - Compensaciones a los Oficiales Ejecutivos de las principales compañías de seguros en Puerto Rico

Compañía de Seguro	2014	2015	2018
Triple S	4.2 Millones	5.2 Millones	3,249,141 ⁸¹
Plan Molina	7.9 Millones	10.3 Millones	15, 219,770 ⁸²
Humana	10.1 Millones	10.3 Millones	16,312,517 ⁸³
United Healthcare	14.9 Millones	14.5 Millones	18,107,356 ⁸⁴

Fuente: Elaboración propia

A pesar de las influencias del mercado neoliberal y colonial en el sistema de salud en Puerto Rico, ha habido varias iniciativas de resistencia importantes para transformar el actual sistema de salud fragmentado, costoso, ineficiente, desigual y con fines de lucro, a un sistema que garantice la salud universal, reconociendo el derecho a la salud y el bien común.

La globalización desde abajo

El término globalización, como lo explica Navarro (2007), se conoce comúnmente como la aplicación de políticas neoliberales, es decir la reducción en la participación del Estado en todas las dimensiones de la vida económica y social, la desregulación en el comercio internacional, el aumento en la movilidad capital y laboral, y la eliminación de los pactos sociales, al orden económico internacional. De Sousa Santos (2002), clasifica los procesos de globalización como “globalización desde arriba” y “globalización desde abajo”, en lugar de utilizar el término globalización per se, para incluir las relaciones y los procesos sociales. La “globalización desde arriba”, circunscribe dos tipos de relaciones: (1) localismo globalizado y (2) globalismo localizado.

El primero, es un proceso en el que un fenómeno local, trasciende las fronteras geográficas y se establece en otro lugar. El segundo, se define como un “impacto específico de las prácticas e imperativos transnacionales en las condiciones locales que son de ese modo desestructuradas y reestructuradas para responder a los imperativos

81 Información accedida en: <https://www1.salary.com/TRIPLE-S-MANAGEMENT-CORP-Executive-Salaries.html>

82 Información accedida en: <https://www1.salary.com/Joseph-M-Zubretsky-Salary-Bonus-Stock-Options-for-MOLINA-HEALTHCARE-INC.html>

83 Información accedida en: <https://www1.salary.com/Bruce-D-Broussard-Salary-Bonus-Stock-Options-for-HUMANA-INC.html>

84 Información accedida en: <https://www1.salary.com/David-S-Wichmann-Salary-Bonus-Stock-Options-for-UNITEDHEALTH-GROUP-INC.html>

transnacionales” (De Sousa Santos, 2002, p. 64). Un ejemplo de globalismo localizado pudiera ser imponerle legislación a un país, que puede afectar su salud o sus recursos naturales, para pagar una deuda externa. A estos procesos se les asocia generalmente con el término globalización, pero De Sousa Santos (2002) amplía el uso del término, como se discutirá más adelante.⁸⁵

Por otro lado, en cuanto a “globalización desde abajo”, De Sousa Santos (2002) identifica dos tipos de relaciones: el *cosmopolitismo* y las cuestiones que afectan la *herencia o patrimonio común de la humanidad*. El cosmopolitismo es el proceso de “solidaridad transfronteriza entre grupos que son explotados, oprimidos o excluidos por la globalización hegemónica” (De Sousa Santos, 2002, p.65).

Asimismo, De Sousa Santos (2002) indica que “[l]as formas predominantes de dominación no excluyen la posibilidad para Estados-nación, regiones, clases o grupos sociales y sus aliados de organizarse transnacionalmente en defensa de intereses que se perciben como comunes, y de usar en su beneficio las capacidades para la interacción transnacional creadas por el sistema mundial” (p. 65). En resumen, este autor propone que un marco de derechos humanos se aprovecharía para operar como una forma de globalización cosmopolita y contrahegemónica, reconceptualizándolo como un fenómeno multicultural. En este sentido, el uso de un marco de derechos humanos crítico podría ser útil para acompañar desde el trabajo social a los grupos que abogan por la justicia y el cambio social.

Ejemplos de la resistencia de Puerto Rico: la globalización desde abajo

En Puerto Rico, varias coaliciones de la sociedad civil, en la lucha por la transformación social, desarrollaron iniciativas para defender y promover el derecho a la salud como un derecho humano fundamental. Aunque reconocemos la multiplicidad de organizaciones que han trabajado en esta agenda tales como Taller Salud Inc., Pro-Familias, movimientos feministas, Asociación de Padres y Niños con Impedimentos, coaliciones de pacientes, grupos ambientalistas, entre otras, concentraremos la discusión en dos grupos que han desarrollado proyectos de investigación y de acción social en torno a la urgencia de transformar el sistema de salud hacia uno fuera del afán de lucro: Colectivo Somos Dign@s, con la campaña Trayecto Dignidad 3 y la Alianza de Salud para el Pueblo. Somos Dign@s tiene su origen en el 2010, cuando un grupo de estudiantes, profesores, organizaciones comunitarias y sindicatos protestaban frente al principal edificio legislativo de Puerto Rico -El Capitolio- contra la legislación para llevar a cabo recortes presupuestarios que afectaron la educación, la salud y otros servicios públicos en la isla (Cortés, 2013). Todo

⁸⁵ Navarro (2007) explica que la aplicación de políticas neoliberales -reducción del papel del estado en todas las dimensiones de la vida económica y social, desregulación del comercio mundial, aumento de la movilidad del capital y del trabajo, y la eliminación de los arreglos sociales- para el orden económico internacional es lo que se conoce como globalización.

esto fue parte de las medidas de austeridad del gobierno para enfrentar la crisis fiscal de Puerto Rico. En ese momento, el presidente del Senado, Tomás Rivera Schatz, fue criticado por la prensa y los grupos de derechos civiles porque ordenó a los guardias de seguridad del edificio, evitar que el público en general, e incluso los medios independientes de comunicación, ingresaran a las galerías de observación en el edificio legislativo (Luna, 2010). Esta acción, fue claramente inconstitucional y una violación a los derechos de expresión y reunión del pueblo (American Civil Liberties Union, 2012).

Somos Dign@s, como colectivo, identificó la necesidad de: (1) colaborar y unirse con otros grupos de derechos humanos y organizaciones comunitarias para cabildear a favor de legislación concerniente a derechos humanos; (2) apoyar a comunidades a través de la acción social y el intercambio de documentación relacionada a derechos humanos; (3) investigar y documentar el conocimiento que tienen las personas sobre sus derechos constitucionales, civiles y humanos; (4) exponer y documentar las historias de lucha, frustración, desprecio e ira de las personas; e (5) identificar acciones concretas para condenar y exponer las violaciones de derechos humanos del gobierno. Esta campaña educativa emuló a la iniciativa *Freedom Riders* de la década de 1960, que denunciaba las violaciones de los derechos humanos contra los afroamericanos estadounidenses (Somos Dign@s, 2011).

Cinco campañas educativas o “Trayectos” han sido desarrolladas hasta el momento por el colectivo Somos Dign@s, cada una para abordar un tema específico de derechos humanos en el archipiélago. En 2011, Trayecto Dignidad 1, desarrolló un cuestionario para medir el conocimiento, la percepción y la importancia de los derechos humanos (Cortes, 2013); Trayecto Dignidad 2, realizado en el 2013, recopiló y analizó las experiencias de discriminación dentro de la sociedad de Puerto Rico y el impacto de los prejuicios raciales; Trayecto Dignidad 3, realizado en el 2015, investigó y estudió las experiencias de las personas con los servicios de salud, su conocimiento con relación a los derechos en materia de salud y la legislación aplicable (Microjuris, 2015). En marzo de 2017, Trayecto Dignidad 4 abordó aspectos relacionados al derecho a la autodeterminación de los pueblos y el colonialismo. Trayecto 5, es el más reciente estudio del colectivo Somos Dign@s, realizado en marzo 2019, el cual abordó el tema de las violencias de género, incluyendo la violencia institucional ejercida contra las mujeres y las poblaciones LGBTTTQI+ en materia de salud.

Por otro lado, la Alianza de Salud para el Pueblo (ASPP) ha tenido un papel fundamental en las iniciativas ciudadanas que trabajan para lograr un sistema universal de salud en Puerto Rico (Parés, 2016). ASPP está compuesta por dos grupos. A Su Salud, Inc., un grupo multisectorial, no partidista, sin fines de lucro, constituido el 2009 y la Unión General de Trabajadores (UGT), un sindicato que agrupa a la mayoría de los trabajadores del sector de la salud en Puerto Rico. Aunque la Alianza se formalizó en julio de 2011, A Su Salud, Inc. ha estado trabajando en el estudio y defensa de un sistema universal de salud con

un único pagador para Puerto Rico desde el 2007. Colegios y asociaciones profesionales como el Colegio de Médico-Cirujanos de Puerto Rico, el Colegio de Profesionales del Trabajo Social de Puerto Rico, laboratorios, cooperativas de servicios de salud, pacientes, grupos comunitarios, así como académicos y estudiantes en el campo de la salud, participaron en el desarrollo de esta iniciativa.

En el 2013, la Alianza elaboró un proyecto de ley (P de la C 1185) que en lugar de apuntar a otra reforma de salud que atendiera asuntos cosméticos del sistema, pretendía hacer un cambio en las estructuras de poder alrededor de este sistema. Este proyecto proponía la creación de una comisión multisectorial que se encargaría de diseñar un Sistema Universal de Salud para Puerto Rico, y la evaluación de un modelo de financiamiento más apropiado para la población, incluyendo el modelo de pagador único. Este proyecto fue finalmente aprobado en diciembre 2015, dando paso a la creación de esta Comisión que creó un precedente en la forma de constituirse de manera autónoma y democrática, fuera de intereses político-partidistas (Ley 235 de diciembre 2015).

Los reclamos de democratización de los procesos en la toma de decisiones, implementación y fiscalización de políticas sociales y servicios se hacen cada vez más fuertes por los grupos de la sociedad. En días recientes, los esquemas de corrupción develados en las áreas de salud y educación, así como el abuso de poder de parte de principales ejecutivos del país, incluyendo el gobernador de Puerto Rico, y reflejado a través de un chat el 6 de julio de 2019, levantaron la indignación del país (Valentín y Minet, 2019). Miles de personas, ejerciendo su legítimo derecho a manifestarse, ocuparon las calles por trece días consecutivos solicitando la renuncia del primer ejecutivo (Alvarado, 2019). La organización y apoyo trasnacional fue fundamental en este proceso democrático del pueblo de Puerto Rico.

La diáspora, así como movimientos y grupos alrededor del mundo, se unieron en solidaridad transfronteriza, tal como lo plantea De Sousa Santos (2002) y su propuesta de un cosmopolitismo en la lucha contra la globalización hegemónica, haciendo de esta lucha una exitosa. Sin duda, los movimientos sociales de resistencia tienen las respuestas a las transformaciones sociales que ameritan los pueblos, incluyendo el derecho a la salud y a la autodeterminación.

Recomendaciones finales

Cualquier solución a la crisis política, económica y de salud que enfrenta la isla debe tratar y cambiar la actual condición colonial de Puerto Rico.

Según Mulligan (2014), el colonialismo ha moldeado consistentemente la estructura y los objetivos del sistema de salud en Puerto Rico. Los niveles desiguales de financiamiento en Medicare y Medicaid y el cambio a un modelo de mercado son artefactos de esta relación

colonial con los Estados Unidos. Desafortunadamente, Puerto Rico, está vinculado al país desarrollado que más gasta en atención médica a nivel mundial a cambio de resultados de salud mediocres. Para esta autora, a medida que se implemente una nueva ronda de reforma de salud, esta relación colonial probablemente llevará a Puerto Rico a un modelo de mercado repleto de muchos de los mismos problemas que en los Estados Unidos: *a) creciente desigualdad, b) marcadas disparidades de salud, c) costos crecientes en los servicios y tratamiento, y d) problemas de seguridad -Instituciones de red. Estos problemas se complican aún más en Puerto Rico debido a las altas tasas de pobreza y desigualdad.*

Puerto Rico tiene que vencer y rechazar la ideología colonial y neoliberal que devalúa la dignidad humana a través del reclamo del derecho a la libre determinación y la soberanía sanitaria. Esta ideología no toma en serio la importancia de los derechos humanos en la sociedad, reclamada a través de la militancia de diversas organizaciones de la sociedad.

Tomar en serio los derechos humanos significa, como afirma Quigley (2006) respetar la promesa de todos los derechos humanos, sociales, políticos, económicos y culturales en nuestras leyes, significa poner a las personas en el centro de todas las decisiones políticas y tratar a cada persona con la dignidad y el respeto que merece. También significa colocar el bien común sobre los intereses de los derechos de propiedad y el motivo de la ganancia, aspecto ampliamente sostenido desde diversas miradas críticas al paradigma de los derechos humanos. Finalmente, existe una necesidad urgente de establecer un sistema universal de salud que garantice que todos y todas recibamos los servicios de salud que necesitamos sin tener que pasar por penurias financieras que comprometan el futuro de nuestro pueblo.

Bibliografía

American Civil Liberties Union (2012). Island of Impunity. Puerto Rico's Outlaw Police Force. Recuperado de https://www.aclu.org/files/assets/islandofimpunity_20120619. (Accedido el 5 de julio de 2018).

Alvarado, Gerardo (2019). Marcha del pueblo: Puerto Rico clama la renuncia del gobernador Ricardo Rosselló. Periódico El Nuevo Día. Recuperado de <https://www.elnuevodia.com/noticias/locales/nota/marchadelpueblopuertoricoclamalarenunciadelgobernadorricardorossello-2507138/>

Arbona, Guillermo y Ramírez de Arellano, Annette (1978). Regionalization of Health Services – The Puerto Rican experience.

Arteaga, Carlos (2008). El contexto de la globalización y la política social. En Burgos, N. & Benítez, J. (Eds.) Política social y Trabajo Social: Comunidades y políticas sociales entre la academia y la práctica cotidiana. (3), 53-66. Madrid: Editorial Atenea y la Universidad de Puerto Rico.

Asamblea General de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 16 de diciembre de 1966, United Nations, Treaty Series, vol. 999, p. 171. Recuperado de <http://www.refworld.org/docid/3ae6b3aa0.html> (Accedido el 12 de junio 2018).

Audiencia ante el Comité de Tierras Públicas. (1950). Casa de Representantes, 81 Cong., 2 d. Sess., 14 de marzo de 1950.

Ayala, César y Bernabe, Rafael (2015). Puerto Rico en el siglo Americano: su historia desde 1898. 2da Ed. San Juan: Ediciones Callejón.

Balakrishnan, Vishalache y Claiborne, Lise (2015). Participatory Action Research in culturally complex societies: opportunities and challenges. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/09650792.2016.1206480> (Accedido el 6 de julio 2018).

Barreto, Jose-Manuel (2014). Epistemologies of the south and human rights: Santos and the quest for global and cognitive justice. *Indiana Journal of Global Legal Studies*, 21, 395-422.

Benach, Joan y Muntaner, Carles (2005). Aprender a mirar la salud. Instituto de Altos Estudios en Salud Pública "Dr. Arnoldo Gabaldon", Maracay, Venezuela.

Benach, Joan *et al.*, (2019). What the Puerto Rican hurricanes make visible: Chronicle of a public health disaster foretold. *Social Science & Medicine*, <https://doi.org/10.1016/j.socimed.2019.112367>.

Benach, Joan, Vergara, Montse y Muntaner, Carles. (2008). Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles*, 103, 29-40. Recuperado de https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/PDF%20Papeles/103/desigualdad_en_salud_.pdf

Bernardini-Zambrini, Diego (2012). El día mundial de la salud, los determinantes sociales y las oportunidades. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29 (2), 287-288. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1726-46342012000200022>

Califano v. Torres. (1978), 435 US 1.

CEPAL- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2002). Experiencias y metodología de la investigación participativa. Serie Políticas Sociales. Naciones Unidas.

Comisión para Evaluar el Sistema de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. (2005). Hacia el desarrollo integral del sistema de salud de Puerto Rico: ciudadanos de conciencia salubrista, y un sistema de salud con perspectiva intersectorial, holística, emancipadora, proactiva y a base del derecho humano a la salud. San Juan, PR.

Constitución de Puerto Rico, art. II, § 20 (1952).

Contreras, Rodrigo (2002). La investigación acción participativa (IAP): revisando sus metodologías y sus potencialidades. 9 Serie Políticas Sociales. CEPAL, Naciones Unidas.

Cordero Mercado, David (2019). Limitarían servicios a pacientes Vital. *Metro*, 20 de febrero de 2019. Recuperado de: <https://www.metro.pr/pr/noticias/2019/02/20/limitarian-servicios-pacientes-vital.html>

Cordero Mercado, David (2019b). Así ocurrieron los esquemas de corrupción en Educación y ASES. *El Nuevo Día*, 10 de julio de 2019. Recuperado de <https://www.elnuevodia.com/noticias/locales/nota/asiocurrieronlosesquemasdecorrupcioneneducacionyases-2504624/>

Cortés, Ricardo (2013). En el olvido los derechos humanos. *El Nuevo Día*, 1 de diciembre 2013, pp. 4-5.

De Sousa Santos, Boaventura (2012). Toward a multicultural conception of human rights in moral imperialism. *A critical anthology* 45. Traducido por Libardo José Ariza: Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos. Recuperado de http://www.uba.ar/archivos_ddhh/image/Sousa%20%20Concepci%C3%B3n%20multicultural%20de%20DDHH.pdf

Delgado-Cintrón, Carmelo (2012). III Historia constitucional de Puerto Rico 1800-2012. San Juan: Escuela de Derecho, Universidad de Puerto Rico.

EFEUSA (2019). Puerto Rico ostenta el doble de índice de pobreza entre los estados de EE.UU. Agencia EFE. 26 de abril de 2019. Recuperado de <https://www.efe.com/efe/usa/puerto-rico/puerto-rico-ostenta-el-doble-de-indice-pobreza-entre-los-estados-ee-uu/50000110-3962324>

García Pelatti, Luisa (2016). Triple S cuadruplica sus ganancias. Sin Comillas. Recuperado de <http://sincomillas.com/58170-2/> (Accedido el 5 de jul. de 18)

González, Joanisabel (2019). Autoridades federales investigan cómo se pactó plan Vital. El Nuevo Día, 9 de julio de 2019. Recuperado de <https://www.elnuevodia.com/noticias/locales/nota-autoridadesfederalesinvestigancomosepactoelplanvital-2504258/>

González, Joanisabel (2019b). Triple-S rechaza presunta intervención de autoridades federales. El Nuevo Día, 10 de junio de 2019. Recuperado de <https://www.elnuevodia.com/negocios/empresas/nota/triple-s-rechaza-presunta-intervencion-de-las-autoridades-federales-2504665/>

Gorrín Peralta, Carlos (2010). La Declaración Universal de Derechos Humanos en la Jurisprudencia del Tribunal Supremo de Puerto Rico, 44 Rev. Jur. U. Inter. P.R. 1 Harris v. Rosario (1980), 446 US 65.

Health Business Daily (2016). Merger mania help health CEO increase 2015 compensation. May 19, 2016. Recuperado de <https://aishealth.com/archive/nhpw050916-03>.

House of Representatives, U. S. (1952, April 25). A Joint Resolution Approving the Constitution of the Commonwealth of Puerto Rico, which was adopted by the people of Puerto Rico on March 3, 1952. Hearing before the Committee on Interior and Insular Affairs House of Representatives. Washington, D.C.: Government Printing Office.

Instituto Caribeño de Derechos Humanos (2016). Deuda pública, política fiscal y pobreza en Puerto Rico. Facultad de Derecho, Universidad Interamericana de Puerto Rico. Recuperado de <http://periodismoinvestigativo.com/wp-content/uploads/2016/04/FINAL-Informe-Audiencia-Pública-PR-4-DE-ABRIL-2016.pdf>

Instituto Caribeño de Derechos Humanos (2017). Justicia Ambiental, Desigualdad y Pobreza en Puerto Rico. Facultad de Derecho, Universidad Interamericana de Puerto Rico. Recuperado de <https://noticiasmicrojuris.files.wordpress.com/2018/05/final-informe-cidh-audiencia-pr-dic-2017.pdf>

Ishay, Micheline (2008). The history of human rights 2. University of California Press, 2nd ed.

Luna, Angel (2010). Capitolio-estudiantes UPR vs fuerza de choque. 30 junio 2010. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=G7O0vOr679o> (Accedido el 5 de julio de 2018)

MacDonald, Cathy (2012). Understanding participatory action research: a qualitative research methodology option. Canadian Journal of Action Research, 13 (2), 42-43.

Microjuris (2015). La salud como derecho humano fundamental, inicia «Trayecto dignidad 3». Recuperado de <https://aldia.microjuris.com/2015/03/18/la-salud-como-derecho-humano-fundamental-inicia-trayecto-dignidad-3/> (Accedido el 5 de julio de 2018).

Mulligan, Jessica (2014). Unmanageable care, an ethnography of healthcare privatization in Puerto Rico. New York: NYU Press. ISBN: 9780814770313

Muñoz, Nylca, Rivera Díaz, Marinilda y Correa, Juan (2018). Right to health in the oldest colony of the world; an interdisciplinary participatory action research. Revista Estudios del Derecho, 14 (1), 119-144.

Navarro, Vicente (2007). *Neoliberalism, globalization and inequalities, consequences for health and quality of Life*. New York: Baywood Publishing Company, Inc.

ONU- Organización de las Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos Recuperado de https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf (Accedido el 12 de junio de 2018).

ONU- Organización de las Naciones Unidas (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx> (Accedido el 8 de junio 2018).

ONU- Organización de las Naciones Unidas (1989). Convención de los Derechos del Niño. Recuperado de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/crc.aspx> (Accedido el 3 de junio de 2018).

OEA- Organización de los Estados Americanos (1988). Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 17 de noviembre de 1988, OASTS No. 69 (Protocolo de San Salvador).

OMS- Organización Mundial de la Salud (2008). Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final.

OMS- Organización Mundial de la Salud(2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Recuperado de http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

OMS- Organización Mundial de la Salud (2013). Informe sobre salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf?ua=1 ISBN 978 92 4 356459 3

OMS- Organización Mundial de la Salud (2013). Derecho a la salud. Nota descriptiva N 323. Noviembre de 2013 Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

ONU- Organización de las Naciones Unidas (2015). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966. Recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

ONU- Organización de las Naciones Unidas (2017). Crisis de deuda de Puerto Rico: Experto de la ONU advierte que los derechos humanos no pueden ser marginados por Juan Pablo Bohoslavsky, Experto Independiente sobre los efectos de la deuda externa sobre los derechos humanos. Oficina del Alto Comisionado. 9 de enero de 2017. Recuperado de <https://www.ohchr.org/sp/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21060&LangID=S>

ONU- Organización de las Naciones Unidas (2018). Report of the Special Rapporteur on Extreme Poverty and Human Rights on his Mission to the United States of America. Asamblea General. 18-june-6 July 2018. Recuperado de https://digitallibrary.un.org/record/1629536/files/A_HRC_38_33_Add-1-EN.pdf

Pagdem, Anthony (2003). Rights, natural rights, and Europe's imperial legacy. *Political Theory*, 31(2), 171-199.

Parés, Marga(2012). Reconocen la labor de la Alianza de Salud para el Pueblo. *El Nuevo Día*. Recuperado de <https://www.elnuevodia.com/noticias/locales/nota/reconocenlabordelaalianzadesaludparaelpueblo-2241634/> (Accedido el 5 de julio de 2018).

Puerto Rico v. Sánchez Valle (2016). 579 U.S. ___ (2016):136 S.Ct.1863; 195 L. Ed. 2d 179. Recuperado de https://www.supremecourt.gov/opinions/15pdf/15-108_k4mp.pdf

Puerto Rican Federal Relations Act of 1917, Jones-Shafroth Act, Pub.L. 64-368, 39 Stat. 951, enacted March 2, 1917.

Quigley, William (2006). Revolutionary lawyering: addressing the root causes of poverty and wealth. *Washington University Journal of Law & Policy*, 20, 101-168.

Rivera Díaz, Marinilda (2014). *Ciudadanos invisibles: niñez, política y salud mental en Puerto Rico*. San Juan: Centro de Investigaciones Sociales, Universidad de Puerto Rico.

Rivera Díaz, Marinilda (2015). La desigualdad en salud de la niñez en Puerto Rico: Un elemento social, político y económicamente determinado. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 26 (1), 123-137.

Rivera Díaz, Marinilda (2018). *Derechos humanos en salud y trabajo social en Puerto Rico: un ensayo reflexivo para una propuesta de acción*. Publicaciones Puertorriqueñas: San Juan.

Rivera Clemente, Yaritza (2018). "Caos" por nuevo plan de salud. *El Vocero*, 13 de diciembre de 2018. Recuperado de https://www.elvocero.com/gobierno/caos-por-nuevo-plan-de-salud/article_7806b5f0-fe88-11e8-9a4d-c3a6c22ee356.html

Rivera Ramos, Efrén (2001). *The Legal Construction of Identity: The Judicial and Social Legacy of American Colonialism in Puerto Rico*. American Psychological Association Press. ISBN 9781557986702.

Sanders, Bernie (2016). WATCH: Sanders blasts 'Colonial' Puerto Rico bill and Wall Street vulture funds in powerful senate speech. Recuperado de <https://www.alternet.org/election-2016/watch-sanders-blasts-colonial-puerto-rico-bill-and-wall-street-vulture-funds-powerful> (Accedido el 5 de julio 2018)

Santos-Lozada, Alexis (2013). Transformations of public healthcare services in Puerto Rico from 1993 until 2010. *Population Association of American 2013 Annual Meeting Program 2013*, 1-5. Recuperado de <http://paa2013.princeton.edu/papers/132763> (Accedido el 5 de julio 2018).

Somos Dign@s (2011). ¿Quiénes somos? Trayecto Dignidad. Recuperado de <http://www.trayectodignidad.com/> (Accedido en julio 25, 2017).

Suroeste (2019). Hospital Damas busca alternativas para pacientes. *Primera Hora*, 26 de julio de 2019. Recuperado de <https://www.primerahora.com/suroeste/estilos-de-vida/salud/nota/hospitaldamasbuscaalternativasparapacientes-1354960/>

Tobin, John (2012). *The right to health in international law*. New York: Oxford University Press.

Torruella, Juan (2016). Discurso de Juan R. Torruella en el John Jay College of Criminal Justice. 13-15 de abril de 2016.

Trías Monge, José (1997). *Puerto Rico, trials of the oldest colony in the world*. New Haven: Yale. University Press.

Valentín Luis y Minet, Carla (2019). Las 889 páginas de Telegram entre Roselló Nevares y sus allegados. Centro de Periodismo Investigativo. Recuperado de: <http://periodismoinvestigativo.com/2019/07/las-889-paginas-de-telegram-entre-rossello-nevares-y-sus-allegados/>

Wolff, Jonathan (2012). *The human right to health*. W.W. Norton & Co.: New York.

Yamin, Alicia (2005). The right to health under international law and its relevance to the United States. *American Journal of Public Health*, 95 (7), 1156-1161.



REFUNDACIÓN DE SISTEMAS DE SALUD EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE:

DESCOLONIZAR LAS TEORÍAS Y LAS POLÍTICAS



CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales