

COLECCIÓN GRUPOS DE TRABAJO



Serie Estado, políticas públicas y ciudadanías

DEMOCRATIZACIÓN, UNIVERSALIZACIÓN Y DERECHO A LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE DESAFÍOS CONTEMPORÁNEOS EN LA POSPANDEMIA

Carolina Tetelboin Henrion
Daisy Iturrieta Henríquez
Ana María Costa
[Coords.]

**DEMOCRATIZACIÓN,
UNIVERSALIZACIÓN Y DERECHO A LA
SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

Los trabajos que integran este libro fueron sometidos a una evaluación por pares.

Democratización, universalización y derecho a la salud en América Latina y el Caribe : desafíos contemporáneos en la pospandemia / Carolina Tetelboin Henrion ... [et al.] ; Coordinación general de Carolina Tetelboin Henrion ; Daisy Iturrieta Henríquez ; Ana María Costa. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2025. Libro digital, PDF - (Grupos de trabajo de CLACSO)
Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-631-308-032-8
1. Democracia. 2. Derecho a la Salud. 3. América Latina. I. Tetelboin Henrion, Carolina II. Tetelboin Henrion, Carolina, coord. III. Iturrieta Henríquez, Daisy, coord. IV. Costa, Ana María, coord.

Salud / Sanitarismo / Políticas Públicas / Estado /
Desigualdad / Pospandemia / América Latina

COLECCIÓN GRUPOS DE TRABAJO

**DEMOCRATIZACIÓN,
UNIVERSALIZACIÓN Y DERECHO A LA
SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

**DESAFÍOS CONTEMPORÁNEOS EN
LA POSPANDEMIA**

**Carolina Tetelboin Henrion
Daisy Iturrieta Henríquez
Ana María Costa
(Coords.)**

**Grupo de Trabajo
Estudios sociales para la salud**



CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales

Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

Colección Grupos de Trabajo

Director de la colección - Pablo Vommaro

Rodolfo Gómez - Coordinador

CLACSO Secretaría Ejecutiva

Karina Batthyány - Directora Ejecutiva

Maria Fernanda Pampín - Directora de Publicaciones

Pablo Vommaro - Director de Investigación

Equipo Editorial CLACSO

Lucas Sablich - Coordinador Editorial

Solange Victory y **Marcela Alemandi** - Producción Editorial

Área de investigación

Natalia Gianatelli - Coordinadora de Investigación

Cecilia Gofman, Marta Paredes, Rodolfo Gómez, Sofía Torres, Teresa Arteaga y Ulises Rubinschik - Equipo de Gestión Académica



**Librería
Latinoamericana
y Caribeña de
Ciencias Sociales**

Los libros de CLACSO pueden descargarse libremente en formato digital o adquirirse en versión impresa desde cualquier lugar del mundo ingresando a www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana

Democratización, universalización y derecho a la salud en América Latina y el Caribe (Buenos Aires: CLACSO, Mayo de 2025).

ISBN: 978-631-308-032-8



CC BY-NC-ND 4.0

© Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales | Queda hecho el depósito que establece la Ley 11723.

La responsabilidad por las opiniones expresadas en los libros, artículos, estudios y otras colaboraciones incumbe exclusivamente a los autores firmantes, y su publicación no necesariamente refleja los puntos de vista de la Secretaría Ejecutiva de CLACSO.

CLACSO

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Conselho Latino-americano de Ciências Sociais

Estados Unidos 1168 | C1023AAB Ciudad de Buenos Aires | Argentina

Tel [54 11] 4304 9145 | Fax [54 11] 4305 0875 | clacso@clacsoinst.edu.ar | www.clacso.org



Este material/producción ha sido financiado por la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Asdi. La responsabilidad del contenido recae enteramente sobre el creador. Asdi no comparte necesariamente las opiniones e interpretaciones expresadas.

Financiado por el Proyecto Anillo Converging Horizons: Production, Mediation, Reception and Effects of Representations of Marginality,

PIA-ANID/ANILLOS SOC180045.

ÍNDICE

Carolina Tetelboin Henrion

Prólogo. Las complejas trayectorias hacia la universalidad de los sistemas de salud | 11

Pasqualina Curcio-Curcio

El monopolio mundial de las vacunas como factor determinante de la disminución de la cobertura de vacunación en América Latina y el Caribe (2000-2022) | 23

Graciela Silvia Biagini

Sociedad civil y vacunas COVID-19: una mirada a las demandas y reclamos desde Argentina | 45

Asa E. Cristina Laurell

Procesos de universalización de la salud en la Cuarta Transformación política de México | 71

Juan Carlos Eslava Castañeda, Mauricio Torres-Tovar y Mario Hernández-Álvarez Contienda política por el sistema de salud en Colombia: entre bien de mercado y derecho humano fundamental	93
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, Maria Lucia Frizon Rizzotto e Ana Maria Costa O Brasil que emerge do domínio da ultradireita: desmonte, resiliência e reconstrução do Sistema Único de Saúde	133
Herland Tejerina Silva, Carlos Andrés De la Rocha Guerra, Eduardo Aillón Terán y Nila Heredia Miranda Tejerin Crisis política en Bolivia y sus consecuencias para el Sistema Nacional de Salud (2019 y 2020)	155
Mario Parada-Lezcano y Carmen Gloria Muñoz El espejismo de los derechos sociales en Chile. Desde el Estallido hasta el Rechazo (2019-2023)	203
Carolina Tetelboin Henrion, Mario Parada Lezcano y Fabian Moraga Cortés La crisis de las ISAPRE y las tensiones políticas históricas por la recuperación del sistema público de Chile. Procesos, actores y posiciones	231
Mariluz Martín Martínez y Patricia Lima Pereira Reforma del sistema de salud en Paraguay, un Estado cooptado: el modelo de acumulación de capital y el negocio de la enfermedad	293
Daisy Iturrieta Henríquez, Ignacio Herrera Soto y Soledad Rojas Rajs Controversias en los procesos de atención de salud de mujeres en privación de libertad en Chile y duelo perinatal en México. Análisis desde la perspectiva de género y el derecho a la salud	323
Sobre los autores y autoras	365

PRÓLOGO¹

LAS COMPLEJAS TRAYECTORIAS HACIA LA UNIVERSALIDAD DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Carolina Tetelboin Henrion

Este libro es la contribución de un grupo de profesionales de la salud, cientistas sociales, académicos, funcionarios de instituciones de salud, ONG, exministras y ministros de salud, servidores públicos y trabajadores de salud, activistas y luchadores por la salud, que desde 2013 han reflexionado colectivamente en el Grupo de Trabajo Estudios Sociales para la Salud de CLACSO, en el seguimiento de la situación de la salud y los sistemas de salud. En una somera síntesis, en su contenido se pueden encontrar problemáticas a nivel mundial y regional en torno a la cuestión de las vacunas en general, y para el COVID-19, que aportan claridad a los silencios y que buscan reinstalar la idea de la soberanía en torno a la integración latinoamericana y caribeña en la producción de vacunas, medicamentos e insumos para la salud.

1 Las coordinadoras de esta obra agradecen y reconocen la valiosa colaboración profesional en la edición del libro a Agustín Pernía, licenciado en Nutrición, maestro en Medicina Social, ayudante de posgrado de la Maestría en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México.

Por otro lado, se destacan los trabajos desde el campo de los sistemas de salud en sus respectivos contextos e historias; en ellos se da cuenta de países como Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Paraguay, Venezuela y México, desde los antecedentes y problemáticas de sus sistemas públicos y de seguridad social durante gran parte del siglo XX, sobre los cuales se montaron las experiencias neoliberales en cada uno de ellos con dramáticos resultados institucionales y sociales. Sin embargo, en gran parte de los casos, se destaca un momento de quiebre y búsqueda, bajo gobiernos progresistas, de recuperación del papel de un Estado de derecho, hacia la inclusión, la articulación, la universalización y la participación no instrumental, con esfuerzos, dificultades y resultados diversos en cada caso de los aquí expuestos. Algunos no se han logrado por el momento; otros están en desarrollo, con resistencias u obstáculos; otros fueron interrumpidos por cambios políticos, golpes de Estado duros, administrativos o parlamentarios; y otros fueron retomados después de la interrupción en una porfiada y permanente lucha. En síntesis, un ir y venir entre condiciones más democráticas y recomposiciones hacia la derecha. Finalmente, se presenta la experiencia particular de dos grupos de mujeres en dos países, en relación con su situación respecto de sus derechos humanos y de atención de salud física y emocional en sus respectivas condiciones. Cada uno se expone en un resumen al final.

El campo problemático que ocupa el contenido de este libro, el cuarto del Grupo de Trabajo “Estudios Sociales para la Salud” de CLACSO, da seguimiento a las tendencias generales mundiales y regionales que atingen al campo de la salud y la atención de las poblaciones, y estudia de manera específica la situación de algunos países de América Latina y toca la relación con Cuba, respecto de estos temas.

La mirada de los trabajos es enfocada desde la determinación social, es decir, la consideración de aquellos elementos estructurales, económicos, políticos e ideológico-culturales, bajo la influencia de las tendencias y correlaciones mundiales, que definen las características de los sistemas de salud en contextos históricos específicos. No

se trata solo de decisiones científico-técnicas como se han disfrazado en el pasado las reformas neoliberales a la salud, sino del curso de las dinámicas económicas de reproducción entre capital y trabajo en pugna, con la tensión entre ganancia y necesidad, que se expresa políticamente a través de actores sociales. Sus posiciones y contradicciones se definen en el debate y en la correlación de fuerzas, y se traducen en determinadas legalidades e institucionalidades, y por la continuidad o la transformación. Tal perspectiva resalta también los resultados de estos procesos y tendencias en función de a quiénes, de qué modo y con qué se privilegia a determinados grupos sociales en vez de otros, que significa inmediatamente un *quantum* en la distribución de la riqueza nacional, y en determinados territorios.

En el caso de los gobiernos progresistas, se busca orientar la política pública, social y de salud hacia la inclusión y la universalidad, respetando singularidades, estableciendo derechos sociales y de salud en beneficio de las mayorías. Interesa por tanto conocer y transformar en función de este interés orientado por las necesidades y la dignidad humana, el derecho a ser atendidos y cuidados, y a las demandas socialmente organizadas y cambiantes, para la mejora de las condiciones de vida, de salud y su atención.

Los sistemas de salud hasta ahora fundamentalmente públicos y los de seguridad social orientados al cuidado de la fuerza de trabajo productiva, en sus diversas combinaciones, y de financiamiento público y/o solidario, no obstante sus debilidades, constituían la base de una institucionalidad fundamental para avanzar a su democratización. Actualmente, se hallan en procesos de recuperación. Con base en su destrucción, desarticulación, desfinanciamiento y traspaso de sus fondos, se instaló una empresa de salud privada nacional y transnacional, destinada al objetivo del lucro, más que a resolver los problemas de salud de la población. Esta empresa promovida a través de distintas variantes creó expectativas, que después de tres décadas ha demostrado su fracaso e inviabilidad técnica financiera y socialmente.

Actualmente el debate en sistemas de salud alude a dos concepciones: la Cobertura Universal de Salud y los Sistemas

Universales de Salud. El uso discursivo de la palabra universal, en los dos grandes proyectos de atención a la salud, representa dos caras irreconciliables, cada vez más radicalizadas y evidenciables por las poblaciones, por la disputa y continuidad de la hegemonía del mercado, que liberaliza y privatiza los recursos públicos para el sector privado, y la del Estado, por recuperar la conducción, el financiamiento y la prestación de servicios hacia la universalidad. Dos visiones de sociedad en pugna.

El concepto de Cobertura Universal se origina en el pensamiento de los organismos financieros internacionales desde fines de los ochenta, coincidente con el Consenso de Washington y el ajuste fiscal (Laurell, 1994), que significa la reingeniería profunda de la política social y de salud y sus instituciones. Surge para limitar el papel del Estado y, junto con otro principio propio del mundo privado, la separación de funciones rompe su integralidad y su responsabilidad social. De rector, financiador y prestador, pasa a ser regulador, una ente-lequia que lo transforma en árbitro de unas reglas impuestas a modo de una supuesta transparencia y un discurso técnico coherente y convincente, que intenta igualar lo desigual, lo público a lo privado. El objetivo, al limitar sus funciones, obedece a la necesidad financiera de desviar recursos públicos a otras inversiones productivas, evitando el gasto que se considera dispendioso en servicios de salud para la población, que en adelante debe obtenerla en el mercado. Para ello se aplican y adecuan al campo de la salud los criterios y conceptos económicos, de la mano del traspaso del poder médico de los salubristas a los economistas. Entre ellos, el criterio costo-eficiente, las externalidades, los nuevos indicadores como la carga global de la enfermedad, los techos financieros, los empadronamientos, las prestaciones condicionadas, que racionalizan el gasto social a los mínimos costos y las intervenciones, a problemas sanitarios de probada eficacia para muchos. A la vez, estratifican a la población en segmentos, y a la oferta de servicios en paquetes. Con ello, un campo intocado hasta entonces, los servicios de salud y la atención médica pública, son mercantilizados y privatizados. Esta política todavía se mantiene hasta hoy en algunos países, y

es morigerada por los organismos internacionales y sanitarios ante la voluntad o imposibilidad de resistirse, más allá de exigir servicios esenciales en su momento. A la vez, persiste la pugna por los Sistemas Universales de Salud, que representan la aspiración al derecho a la salud de la sociedad con responsabilidad del Estado y sus instituciones.

Estas luchas, en el campo de la salud, se corresponden con un período de grandes tensiones y contradicciones sistémicas y políticas que permean a nuestras sociedades, a la región latinoamericana y al mundo. Las dinámicas de tales resultados transcurren, de modo coincidente, con un proceso de metamorfosis profundo en el ordenamiento de los factores que definen el poder global. Por un lado, las visibles fisuras del liderazgo mundial de Estados Unidos, aferrado al hegemonismo unipolar y el G7, frente a un notable desarrollo de países que participan en el BRICS que, mediante su proyección política, económica, tecnológica y poblacional, diseñan un nuevo orden caracterizado por el multipolarismo. No obstante las señales inequívocas de la decadencia de su dominación imperial en todos los terrenos, Estados Unidos mantiene intacta su política belicista, sostén de la guerra de Ucrania y del régimen sionista, ante el inaceptable genocidio que perpetra en la Franja de Gaza, y que amenaza con su escalamiento. También, las agresiones, bloqueos y sanciones como las de Cuba y Venezuela, así como el apoyo a las intentonas golpistas de las oligarquías y la ultraderecha de la región. Con todos estos agudos indicadores de su presencia, a la vez de crisis, no se puede omitir su capacidad de incidencia en los organismos internacionales como la OEA, el Consejo de Seguridad Nacional de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, y las contradicciones en la Organización Panamericana de la Salud. Habida cuenta de su maquinaria mediática y de financiamiento a través de sus agencias, como la USAID, genera una trama adversa para el debate sobre las soluciones políticas a los graves problemas sociales y de la salud que afectan a las poblaciones del mundo, especialmente en la ancha franja del Sur Global. En ese marco de relaciones

entre estos dos esquemas, polarismo/multipolarismo, se va definiendo la transición hacia un nuevo orden global.

La pandemia estuvo precedida, y a la vez es producto, de los profundos cambios sociales y ambientales especialmente durante el período neoliberal, de intensificación de la explotación humana y de la tierra, que impactaron en su desarrollo y resultados. La precarización de las condiciones de vida y de salud de los grandes grupos socialmente marginados del mercado se agudizaron por el desempleo, el trabajo precario, la desregulación y la flexibilización, los bajos salarios, y lo principal, por el abandono de la protección social por el deterioro de las instituciones públicas del Estado, sometidas a diversas formas de privatización, que producen más muertes. La pobreza y la profundización de la desigualdad en la distribución del ingreso generaron migración, sectores cooptados por la ilegalidad y el narcotráfico, y corrupción, especialmente la de gran escala de cuello y corbata originadas en torno a la privatización de bienes públicos.

La pospandemia trajo consigo evidencias y saldos cuya densidad mostró las limitaciones estructurales de las políticas y su impacto en la salud de las poblaciones, cargadas de otras pandemias estructurales de largo plazo vinculadas a la pobreza y la desigualdad. Destacamos aquí como determinantes del exceso de muertes causadas durante la pandemia, además de las señaladas, y las relativas al tamaño de la afrenta sanitaria, la experiencia inédita, global y peligrosa para la vida, la alta incidencia de enfermedades crónico-degenerativas y obesidad de las personas, por el cambio de la dieta impuesto a los gobiernos por los *lobbies* de la industria alimentaria y sus medios de comunicación, que explican una parte de ellas. Otro factor, sin lugar a duda, fue el estado en el que se encontraban los servicios de salud, en general desmantelados para enfrentarla o prevenirla. Sin embargo, no obstante el evidente estado de lo público y la seguridad social, fue el sector que enfrentó la pandemia, dejando en evidencia su presencia, imprescindible y necesidad de fortalecimiento, que se hizo visible para la sociedad. Y una tercera evidencia a destacar tiene que ver con la dependencia

tecnológica y de insumos para la salud en países de bajo ingreso, rehenes de la industria farmacéutica.

En la pospandemia se da también un proceso de realineación y reubicación del capital y la producción de componentes e insumos electrónicos, *chips* y micropartes y, en el caso del ámbito de la salud, tecnologías, medicamentos, vacunas e insumos para la salud, dando lugar a nuevas dinámicas entre las regiones. No obstante los aprendizajes de la crisis sanitaria, las estructuras de decisión no se han modificado en favor de la población, especialmente para los segmentos históricamente más vulnerables. Por el contrario, a su costa, la ganancia de las empresas productoras y comercializadoras de las vacunas y los insumos durante la crisis sanitaria, han alcanzado niveles de ganancias extraordinarias, profundizando la desigualdad mundial.

Entre procesos diversos, las experiencias latinoamericanas de profundización democrática, incluyentes, redistributivas y con políticas basadas en derechos se enfrentan al riesgo de su avance o regresión neoliberal, cada vez más radicalizada hacia la ultraderecha. Nada está escrito definitivamente, y los retrocesos políticos repercuten y se expresan en las dinámicas de sus sistemas de salud. Algunas de las pistas a extraer, de las experiencias de este libro, podrían ser: la mantención de la capacidad de representación de la sociedad diversa por los gobiernos progresistas; la capacidad de comunicación contra la influencia de los medios; la claridad de los elementos esenciales del proyecto social y de salud; la politización de la sociedad con información veraz; la construcción colectiva del proyecto; la unidad de las fuerzas progresistas y la resolución política de las diferencias; los principios, la coherencia; la recuperación de la historia y las raíces y la lucha contra la desmemoria, las buenas gestiones de gobierno con los agentes **más preparados**; la crítica y la autocrítica, la profundización de la participación popular y la redistribución del ingreso. Vendrán tiempos de mayor radicalidad hacia nuevos retos para la salud, como el cambio del modelo médico hegemónico.

RESUMEN DE LOS CAPÍTULOS DEL LIBRO

El primer capítulo bajo el título del “El monopolio mundial de las vacunas como factor determinante de la disminución de la cobertura de vacunación en América Latina y el Caribe (2000-2022)”, de Pasqualina Curcio-Curcio, plantea que la pandemia dejó en evidencia que la investigación y el desarrollo de la vacuna del COVID-19 fueron financiados por los gobiernos y no por la industria, y su compra anticipada aseguró un mercado cautivo por la necesidad, y a los precios fijados por la industria con ganancias millonarias. La autora advierte que América Latina y el Caribe ha registrado la mayor caída mundial de la cobertura de todas las vacunas entre 2011 y 2021, con una tasa promedio de 10,96 puntos porcentuales e inversamente proporcional al aumento del precio. Propone resolver la dependencia promoviendo y financiando la investigación, desarrollo, producción y distribución de vacunas por los Estados, en cooperación con los bloques de integración de organismos como la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños [CELAC], la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América-Tratado de Comercio de los Pueblos [ALBA-TCP] y la **Unión de Naciones Suramericanas** [UNASUR].

Un segundo capítulo en la misma línea titulado “Sociedad civil y vacunas COVID-19: una mirada a las demandas y reclamos desde Argentina”, de Graciela Biagini, presenta los resultados de una investigación realizada entre 2021 y 2022 en Argentina, sobre los fundamentos y concepciones de organizaciones de la sociedad civil en lucha por el derecho al libre acceso a las vacunas COVID-19 como bien público y no mercancía, y los reclamos y llamamientos internacionales a la industria farmacéutica, a la Organización Mundial del Comercio y a la Organización Mundial de la Salud. Más allá de los postulados de la sociedad civil, propone incorporar en esa lucha de la disputa por el poder y la contrahegemonía, las dimensiones de poder y desigualdad de Gramsci, recuperando de la experiencia de los organismos de derechos humanos de Argentina; las madres y familiares de desaparecidos, las organizaciones de la sociedad civil y a los partidos políticos, porque en conjunto han

incidido en la ampliación de derechos. También el capítulo contribuye a conocer las luchas a nivel internacional de los países para exigir la renuncia a las Normas y Acuerdos de Propiedad Intelectual de la OMC, y la decisión tardía de su adopción, y se pregunta si no resulta sospechosa –en tiempos de capitalismo cognitivo y desarrollo de internet– la postergación que tuvo la 12ª Asamblea de la OMC.

La tercera contribución titulada “Procesos de universalización de la salud en la Cuarta Transformación política de México”, de Asa Cristina Laurell, analiza el proceso de transformación del sistema público de salud mexicano hacia su universalización en el período 2019-2024. Para ello, la autora hace un recuento histórico de la conformación del sistema, así como de las circunstancias políticas de sus transformaciones. Asimismo, pone énfasis especial en la interacción entre el sistema de aseguramiento obligatorio (seguro social público) y el de la población sin seguro social laboral; así como en el papel crucial de los conocimientos y capacidades de los dirigentes del proceso, en los recursos económicos escasos y la infraestructura deficiente. Muestra cómo la pandemia impulsó la colaboración interinstitucional. Por último, concluye que el proceso de universalización durará no menos de dos sexenios.

En el trabajo “Contienda política por el sistema de salud en Colombia: entre bien de mercado y derecho humano fundamental”, de Juan Carlos Eslava Castañeda, Mauricio Torres-Tovar y Mario Hernández-Álvarez, los autores realizan un recorrido y un análisis del proceso político por el que ha transcurrido el desarrollo del sistema de salud colombiano, desde la promulgación de la Ley 100 de 1993 que creó el Sistema Integral de Seguridad Social y que configura el modelo de salud actual, en el marco de una constitución neoliberal; la llamada “emergencia social en salud”, declarada para enfrentar la crisis financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud [SGSSS], declarada inexecutable por la Corte Constitucional; la Ley Estatutaria en Salud de 2015, que enfrentó a los actores del sector salud sobre el alcance del derecho a la salud en el país. Y, finalmente, el debate reciente alrededor de la propuesta gubernamental

del presidente Petro, quien en campaña tituló su propuesta “Salud para la vida y no para el negocio”, y se comprometió a garantizar “el derecho fundamental a la salud a través de un sistema único, público, universal, preventivo y predictivo, participativo, descentralizado e intercultural, que no dependa de la capacidad de pago, la rentabilidad económica ni de la intermediación administrativa y financiera” y propuso una Ley que busca reformar el sistema de salud. Sin embargo, habiendo entrado la propuesta al Congreso de la República a comienzos de 2023, fue recientemente archivada por el Senado de la República en el mes de abril del presente año.

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, Maria Lucia Frizon Rizzotto y Ana María Costa, en su trabajo “O Brasil que emerge do domínio da ultradireita: desmonte, resiliência e reconstrução do Sistema Único de Saúde”, se proponen el objetivo de analizar el desmontaje emprendido en la estructura institucional del sistema de salud brasileiro iniciado a partir del golpe jurídico parlamentario de 2016 y del gobierno de Jair Bolsonaro (2019-2022), al sufrir alteraciones abruptas y radicales en su estructura, funcionamiento, financiamiento y en la concepción y organización.

En el capítulo “Crisis política en Bolivia y sus consecuencias para el Sistema Nacional de Salud (2019 y 2020)”, Herland Tejerina Silva, Carlos Andrés De la Rocha Guerra, Eduardo Aillón Terán y Nila Heredia Miranda Tejerin entregan elementos para conocer sobre la regresión democrática sufrida en ese país, desde la preparación hasta la consumación del golpe de Estado de 2019, conducida por actores diferentes a la dirigencia oficial de los partidos políticos de oposición. Entre los llamados Comités Cívicos, se encuentran las organizaciones gremiales del sector salud, a la cabeza del Colegio Médico de Bolivia y el Colegio Médico de La Paz, punta de lanza de acciones como la organización de huelgas, la convocatoria a otros sectores y las protestas callejeras, en torno al cuestionamiento al Sistema Único de Salud, participación desestabilizadora que contribuyó al golpe de Estado. Los efectos del golpe de Estado son la desarticulación del proyecto de salud con graves consecuencias al enfrentar la pandemia de COVID-19. También se refieren al proceso

de reconstitución posterior a la recuperación democrática. El capítulo destaca la participación de Cuba y Venezuela en la construcción del sistema de salud de Bolivia, y el papel de los organismos internacionales regionales.

En el ensayo “El espejismo de los derechos sociales en Chile. Del Estallido al Rechazo (2019-2023)”, Mario Parada Lazcano y Carmen Muñoz-Muñoz realizan un necesario, profundo y sentido análisis de tres momentos en un período de cinco años desde Estallido Social de Chile en 2019: Desesperanza, Esperanza y Desencanto. El estallido es reprimido a la usanza de la dictadura, criminalizando la protesta de millones de ciudadanos indignados por el abuso neoliberal. Este movimiento social abre las expectativas y oxigena la acotada democracia chilena, y las posibilidades de transformación del sistema de salud al lograr la salida con un plebiscito constitucional progresista. Sin embargo, la sociedad lo rechaza en el marco de la desinformación mediática de la derecha; más tarde, también rechaza la segunda propuesta de Constitución, esta vez acotada y conservadora y se mantiene la Constitución de 1980, incluido el derecho a la salud que se ratifica como un bien que se consume en un ambiente de aparente “libertad de elección” entre un sistema público y privado de aseguradores y prestadores.

En el trabajo “La crisis de las ISAPRE y las tensiones políticas históricas por la recuperación del sistema público de Chile. Procesos, actores y posiciones”, Carolina Tetelboin, Mario Parada y Fabián Moraga Cortés analizan la trayectoria de las Instituciones de Salud Previsional [ISAPRE] de Chile. Se trata del sistema asegurador privado que surge de la individualización y traspaso de los aportes obligatorios de los trabajadores más favorecidos a estas instituciones, afectando con su retiro al sistema público. Se analizan las leyes que permiten su instalación y dos momentos de salvataje y profundización del modelo privado, en 2001 y en 2024. Analizan este segundo salvataje por la aprobación de la llamada Ley Corta, y la propuesta de la Modalidad de Cobertura Complementaria [MCC] que segmenta la atención aún más al interior del Fondo Nacional de Salud [FONASA] y del sistema público, a la vez que aleja las posibilidades de construcción de un sistema universal.

El ensayo “Reforma del sistema de salud en Paraguay, un Estado cooptado: el modelo de acumulación de capital y el negocio de la enfermedad”, de Mariluz Martín Martínez y Patricia Lima Pereira, analiza la involución de la democracia en Paraguay, como consecuencia de los intereses nacionales e internacionales que interrumpieron el gobierno constitucional del presidente Lugo en 2008, con un golpe de Estado parlamentario. Con ello, se vuelve atrás y se eliminan las transformaciones que se habían alcanzado, y, en salud, se levantan las prohibiciones del uso de productos fitosanitarios agrícolas, las protecciones por fumigaciones con agrotóxicos, el anteproyecto participativo de la Ley marco de soberanía, seguridad alimentaria y nutricional y derecho a la alimentación se elimina, y se autoriza la introducción de maíz transgénico. Las autoras realizan una mirada crítica a la reforma del sistema de salud dirigida por agencias internacionales, y su precarización deliberada; exploran la dimensión socioambiental, y las consecuencias en la salud de los territorios, así como en la profundización de las diferencias sociales. Finalmente, describen los retrocesos del sistema de salud y critican la propuesta de reforma de los organismos financieros que prioriza el interés del sector privado, sin participación social.

Finalmente, el trabajo “Controversias en los procesos de atención de salud de mujeres en privación de libertad en Chile y duelo perinatal en México. Análisis desde la perspectiva de género y el derecho a la salud”, a través de un enfoque de interseccionalidad, Daisy Iturrieta Henríquez, Ignacio Herrera Soto y Soledad Rojas Rajs presentan dos procesos de atención de salud que experimentaron las mujeres privadas de libertad en Chile, y la muerte gestacional en México, experiencias en las que vieron limitado su derecho a la salud. En cada caso, se describen las vulneraciones a una vida digna, al acceso a la atención médica y al trato respetuoso durante la consulta.

EL MONOPOLIO MUNDIAL DE LAS VACUNAS COMO FACTOR DETERMINANTE DE LA DISMINUCIÓN DE LA COBERTURA DE VACUNACIÓN EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (2000-2022)

Pasqualina Curcio-Curcio

INTRODUCCIÓN

Han sido varios los aspectos que la pandemia del COVID-19 ha dejado en evidencia ante los ojos de la humanidad, entre ellos, las grandes desigualdades sociales a nivel mundial consecuencia de un sistema económico y de un modo de producción basados en la explotación del hombre, donde el acceso a bienes y servicios como por ejemplo los relacionados con la alimentación y la salud es limitado, en ocasiones imposible, para las poblaciones pobres más vulnerables y excluidas del planeta. En grandes números y como un ejemplo resaltamos que, “debido a la COVID-19, la pobreza extrema aumentó en 2020 por primera vez en más de 20 años y alrededor de 100 millones más de personas viven con menos de US\$ 1,90 al día” (Banco Mundial, 2021, § 1). Mientras tanto, “hubo un nuevo multimillonario casi todos los días durante la pandemia [...] los multimillonarios vieron aumentar su patrimonio neto total en 3,8 billones de dólares, o un 42 %, a 12,7 billones de dólares durante la pandemia” (CNN, 2022, § 3), lo que nos conduce a pensar que la

torta se repartió de manera mucho más desigual en pandemia. De acuerdo con OXFAM “Cada 30 horas la pandemia genera un nuevo millonario, mientras que, al mismo ritmo, un millón de personas podrían caer en la pobreza extrema en 2022” (OXFAM, 2022, § 1).

Estas desigualdades que son la consecuencia y la característica principal del sistema económico predominante se manifiestan en diferentes ámbitos, la prestación de los servicios de salud es uno de ellos, incluyendo el acceso a insumos, material médico, medicamentos y sobre todo a las vacunas contra el COVID-19, tema de particular interés en esta investigación.

Durante estos tres años hemos podido observar, sin velos, el comportamiento del complejo médico industrial y su actuación ante la presencia de un virus que, a la fecha, ha dejado un saldo de 762,2 millones de personas contagiadas (Statista, s.f.) y alrededor de 15 millones de fallecidos en todo el mundo asociados a la pandemia (BBC, 2022, § 1).

En primer lugar, pudimos presenciar la carrera por hallar la vacuna contra el COVID-19, que mostró “que el proceso de desarrollo y distribución de las vacunas, que suele durar, de media, unos diez años y nunca menos de cuatro años, puede acelerarse y reducirse a 11 meses” (Organización Panamericana de la Salud, 2022, § 11). Si bien es un aspecto positivo el hecho de que la industria farmacéutica cuente con la capacidad de dar respuesta rápida ante las necesidades de los pueblos y sus intereses económicos, hay preguntas que surgen: ¿por qué la industria logró desarrollar en corto tiempo una vacuna contra el COVID-19 y, sin embargo, han pasado décadas sin que la humanidad cuente con vacunas contra enfermedades contagiosas, transmisibles y no transmisibles, sean estas las clasificadas como olvidadas o no? ¿Qué factores inciden en el comportamiento de la industria farmacéutica en cuanto a su decisión de invertir o no en la investigación y el desarrollo de ciertos medicamentos y en particular de las vacunas como mecanismos de prevención de enfermedades?

En segundo lugar, observamos en pandemia y quedó en evidencia la concentración no solo de la investigación y el desarrollo,

sino de la producción de las vacunas en manos de pocos laboratorios, lo cual limitó, en un primer momento, la posibilidad de contar rápidamente con el mayor número de vacunas para la población mundial. De acuerdo con un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud [OMS] sobre el mercado de las vacunas,

Aunque la capacidad de fabricación en todo el mundo ha aumentado, sigue estando muy concentrada. Diez fabricantes suministran el 70 % de las dosis de vacunas (excluyendo las vacunas contra la COVID-19). Algunas de las 20 vacunas más utilizadas (como la PCV, las vacunas contra el VPH o las vacunas con componentes antisarampionosos o antirrubéólicos) dependen actualmente, sobre todo, de dos proveedores. (OMS, 2022, § 7)

De la mano con la producción, también observamos, en tercer lugar, los criterios y mecanismos desiguales de distribución de las vacunas; es así como, a la fecha, el número total de vacunas administradas ha aumentado enormemente, pero también lo ha hecho la desigualdad en su distribución: de los 10.700 millones de dosis suministradas en todo el mundo, solo el 1 % ha llegado a los países de bajos ingresos. Esto significa que 2.800 millones de personas en el mundo siguen esperando recibir su primera vacuna (ONU, 2022, § 6).

Esta gran desigualdad de la distribución de las vacunas es aún más alarmante si consideramos el hecho de que millones de dosis de vacunas fueron desechadas, botadas a la basura, en los países desarrollados, porque se venció su fecha de caducidad, mientras millones de personas esperaban por una primera dosis para combatir la enfermedad (Público, 2021).

En cuarto lugar, nos quedó claro en pandemia el poder del complejo farmacéutico industrial; el poder para decidir qué investigar, qué desarrollar, cuándo y en qué tiempo hacerlo, qué y cuánto producir, y cómo distribuirlo; en pocas palabras el poder de decidir quién vive y quién muere. Dicho poder es ejercido de manera legal en el mercado de los medicamentos y en particular de las vacunas,

el cual le ha sido otorgado por los gobiernos en el momento en que, en un escenario comercial donde se reconocen a los medicamentos como una mercancía y no como un bien público asociado al derecho a la salud, se decidió otorgar derechos de propiedad intelectual a los bienes y servicios de salud.

En la pandemia se observó, en quinto lugar, claramente la lucha por la defensa de los derechos de propiedad intelectual por parte del complejo médico industrial. La industria farmacéutica, a pesar del impacto de la COVID-19 en la población mundial, no ha cedido en transferir la tecnología para la producción de las vacunas. El argumento es el mismo que han dado a lo largo de estas décadas: la investigación y el desarrollo son muy costosos, requieren de grandes inversiones que solo pueden ser recuperadas a través del precio del medicamento o la vacuna, por lo que se requiere la exclusividad de la producción y la distribución. No obstante, debemos resaltar lo que también dejó en evidencia la pandemia, y es que la investigación y el desarrollo de la vacuna del COVID-19 fueron financiados por los gobiernos y no por la industria (Güel, 2021). Adicionalmente, con mercados asegurados por los mismos gobiernos quienes compraron las vacunas con antelación, a los precios fijados por los monopolios de la industria. Las empresas que suministraron la vacuna anti-covid registraron ganancias por 90 mil millones anuales de dólares durante la pandemia (Plaza, 2023).

Simultáneamente, durante la pandemia del COVID-19 el mundo retrocedió en la vacunación contra otras enfermedades. De acuerdo con el reciente informe de UNICEF (2023) titulado “Estado Mundial de la Infancia 2023. Para cada infancia, vacunación”, alrededor de 67 millones de niños no fueron vacunados total o parcialmente entre 2019 y 2021, de los cuales, 48 millones no recibieron ninguna vacuna (estado de vacunación cero dosis):¹ en el año 2019, 13,3 millones de niños no recibieron ninguna vacuna y 5,9 millones fueron subvacunados;² en 2020, 16,5 millones de niños no

1 La categoría cero dosis refiere a los niños que no han recibido ninguna vacuna.

2 La subvacunación se refiere a los niños que han recibido algunas de las vacunas

recibieron ninguna dosis y 6,4 millones fueron vacunados parcialmente; estas cifras aumentaron en 2021, según estimaciones de la UNICEF, cuando 18,2 millones de niños no fueron vacunados y 6,8 fueron subvacunados.

Contradictoriamente, aumentó el peso de las vacunas en los ingresos farmacéuticos. En 2019 los ingresos mundiales por venta de vacunas ascendieron a 32,8 mil millones de dólares, equivalentes al 3,6 % del total de ingresos por productos farmacéuticos los cuales fueron de 918,2 mil millones de dólares. Esta cifra, en 2020, aumentó a 34,1 mil millones de dólares (3,7 % de los ingresos totales que ascendieron a 931 mil millones de dólares). Para el año 2021, los ingresos por ventas de vacunas (incluyendo la vacuna contra el COVID-19) fueron 88,6 mil millones de dólares, el 8,4 % de los ingresos totales por ventas de productos farmacéuticos que sumaron 1.049,9 mil millones de dólares (Chevalier, 2021). Por ejemplo, Pfizer, duplicó sus ingresos totales el año 2021 por la vacuna del COVID-19: pasó de 41,9 mil millones de ingreso en 2020 a 81,3 mil millones en 2021, de los cuales, 36,8 correspondieron a la vacuna del COVID-19. En 2022 los ingresos totales fueron de 102 mil millones de dólares, correspondiendo al COVID-19 54 mil millones (Mena, 2022).

La disminución de la cobertura de vacunación es un fenómeno que se ha estado observando en los últimos años y que la pandemia del COVID-19 exacerbó. Durante la última década, el aumento de la vacunación a nivel mundial ha sido lento, de hecho, de acuerdo con UNICEF (2023) se registró, en promedio, un estancamiento de la cobertura de vacunación a partir del año 2010.

En la región de América Latina y el Caribe se registró el mayor descenso de la cobertura de vacunación durante los últimos años: pasó de ser la región con la mayor tasa de cobertura de vacunación, a tener una de las más bajas, retrocediendo a los niveles de hace casi 30 años, derivando en la reaparición de enfermedades que incluso habían sido erradicadas en algunos

del esquema recomendado, pero no todas.

países de la región como, por ejemplo, la difteria, el sarampión y la poliomielitis (UNICEF, 2023).

Dado el impacto que dejó la pandemia del COVID-19, específicamente en lo que a la vacunación se refiere, así como las evidencias relacionadas con el comportamiento de la industria farmacéutica, es de particular interés analizar en detalle la caída de la tasa de cobertura de la vacunación en América Latina y el Caribe y los factores asociados a tal disminución. En este sentido, nos planteamos como objetivo analizar los factores asociados a la disminución de la tasa de cobertura de vacunación en América Latina y el Caribe durante la última década, con especial énfasis en el comportamiento de los mercados de las vacunas.

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: COBERTURA DE VACUNACIÓN

América Latina y el Caribe es la región que ha registrado la mayor caída de la tasa de cobertura de vacunación a nivel mundial, fenómeno que se viene registrando no solo desde la pandemia del COVID-19, sino desde hace por lo menos una década.

De acuerdo con el reciente informe de UNICEF (2023), este retroceso en materia de inmunización en la región “ha dejado a 2,4 millones de niños y niñas –uno de cada cuatro menores de un año– desprotegidos frente a enfermedades prevenibles mediante vacunación. Más de 1,7 millones son “cero dosis”, lo que significa que nunca han recibido una vacuna. Los niños y niñas de los hogares más pobres tienen casi tres veces más probabilidades de ser “cero dosis” que aquellos de los hogares más ricos (UNICEF, 2023).

La tasa promedio de cobertura de vacunación en América Latina y el Caribe disminuyó 10,96 puntos porcentuales, desde el año 2011 hasta el 2021. En 2012 se registró la cobertura más alta, 91,64 %, la cual disminuyó a 80,68 % en 2021. Para el análisis se están considerando las siguientes vacunas: BCG (Bacilo de Calmette y Guérin), polio, DPT3 (difteria, tos ferina/tos convulsa y tétanos), sarampión, hepatitis B y rotavirus. En la tabla 1 se muestran las tasas de cobertura de las mencionadas vacunas para la región de América Latina y el Caribe desde el año 2000 hasta el 2021.

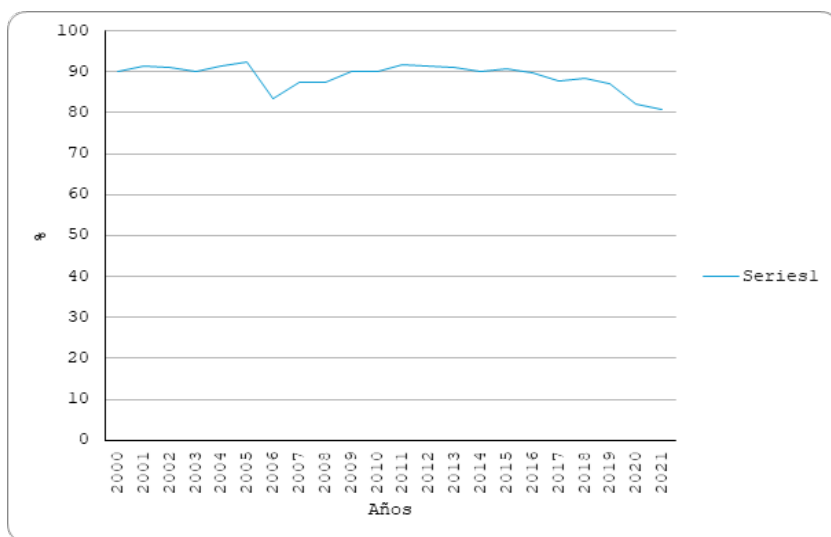
Tabla 1. Tasa promedio de cobertura de vacunación América Latina y el Caribe

AÑOS	VACUNAS						
	BCG	DTP3	POLIO	SARAMPIÓN	HEPATITIS B	ROTAVIRUS	PROMEDIO
2000	94,80	88,00	87,30	90,80	–	–	90,23
2001	94,40	88,70	90,10	92,20	–	–	91,35
2002	93,80	88,90	89,80	92,00	–	–	91,13
2003	94,50	89,50	90,70	91,30	84,10	–	90,02
2004	95,10	90,40	89,90	91,10	91,20	–	91,54
2005	95,10	91,80	91,10	91,60	93,00	–	92,52
2006	95,30	91,10	91,60	92,30	88,70	41,80	83,47
2007	94,80	91,50	91,80	91,80	91,30	63,80	87,50
2008	95,70	91,00	91,80	93,50	91,40	62,20	87,60
2009	95,10	92,50	91,90	93,50	93,10	74,30	90,07
2010	95,40	92,60	92,40	92,40	92,80	75,60	90,20
2011	95,90	91,60	91,70	92,50	92,00	86,20	91,65
2012	95,70	92,30	92,00	92,40	92,70	84,40	91,58
2013	95,00	91,50	90,30	92,10	91,20	86,50	91,10
2014	95,10	90,80	89,50	91,50	90,60	83,90	90,23
2015	96,20	90,50	90,30	92,20	89,90	85,10	90,70
2016	94,40	91,70	90,00	91,70	91,20	78,90	89,65
2017	93,60	88,20	87,10	90,10	87,50	80,80	87,88
2018	93,70	89,50	88,90	90,10	88,70	79,60	88,42
2019	91,30	88,00	88,10	90,10	87,40	77,80	87,12
2020	86,00	81,90	81,30	84,90	82,00	76,00	82,02
2021	86,60	81,40	79,90	82,90	81,20	72,10	80,68
<i>Disminución en puntos porcentuales (2011-2021)</i>	-9,30	-10,20	-11,80	-9,60	-10,80	-14,10	-10,97

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Observatorio Mundial de la Salud. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/immunization-coverage>

En el gráfico 1 se puede apreciar mejor el comportamiento de la cobertura de vacunación en la región. Se observa, por una parte, una tendencia positiva de la cobertura desde el año 2000 hasta el 2011, momento en el que inicia una tendencia negativa. Este fenómeno se observa en todas las vacunas analizadas, sin excepción. En el gráfico también se evidencia que dicha tendencia negativa se hizo más pronunciada a partir del año 2019, cuando inició la pandemia del COVID-19. Posteriormente, en 2021, se registró una leve recuperación coincidiendo con la flexibilización de las medidas contra el COVID-19.

Gráfico 1. Tasa de cobertura de vacunación promedio. América Latina y el Caribe (2000-2021)



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Observatorio Mundial de la Salud. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/immunization-coverage>

En cuanto a la tendencia de la tasa de cobertura por país, Brasil registró, en promedio, la mayor caída de la vacunación entre el año 2011 y 2021 seguido por Venezuela. En el caso de la BCG, Brasil

pasó de una cobertura del 99 % en 2011 al 62 % en 2021, registrando una caída de 36 puntos porcentuales. Si bien durante la pandemia la vacunación fue menor en todos los países, debemos resaltar que, ya para el año 2018, la cobertura de BCG en Brasil había disminuido a 92 %.

Venezuela contaba con una cobertura de 95 % de la BCG en 2011, incluso llegó a alcanzar el 99 % en 2015, tendencia positiva que se revirtió a partir del año 2016 alcanzando niveles de 68 % en 2021, y registrando una disminución de 27 puntos porcentuales entre 2011 y 2021. Le sigue Ecuador con una caída de 21 puntos porcentuales entre 2011 y 2021 pasando de una cobertura de 98 % a 75 %, evidenciándose también una disminución antes de la pandemia: en el 2018 la cobertura de BCG del mencionado país cayó al 90 %. La cobertura de la BCG en Bolivia disminuyó 21 puntos porcentuales, en Argentina y Sant Lucía 18 puntos, en El Salvador y Honduras 17 puntos, por mencionar algunos países que registraron disminución de sus coberturas. Colombia, Cuba, República Dominicana, México, Panamá, entre otros, no registraron caídas de la cobertura de la vacuna BCG, y en algunos casos, por el contrario, aumentó.

En cuanto a la vacuna contra la poliomielitis, el país que registró la mayor caída fue Venezuela con 36 puntos porcentuales; en 2011 la tasa de cobertura era 78 %, alcanzando niveles de 87 % en 2015, mientras que en 2021 la cobertura fue apenas del 50 %. Brasil le sigue con una caída de 31 puntos pasando de 98 % de cobertura en 2011 a 68 % en 2021. Panamá, Granada, Ecuador, Bahamas y Argentina siguen en la lista con caídas de 25, 25, 21, 16 y 14 puntos porcentuales, respectivamente.

Con respecto a la DTP3, Brasil encabeza la lista con la mayor disminución de la cobertura pasando de 99 % a 68 % entre 2011 y 2021; ya en 2018, antes de la pandemia, la cobertura había caído al 87 %. Venezuela pasó de una cobertura de 78 % a 56 % entre 2011 y 2021, luego de haber alcanzado su nivel más alto en 2015 con 87%. No obstante, en 2018, ya se registraba una caída importante ubicándose en 60 %.

El país que registró una mayor caída de la cobertura de la vacuna contra el sarampión fue Ecuador, que pasó de 94 % a 65 % entre 2011 y 2021, con una disminución de 34 puntos porcentuales; le siguen Surinam (26), Brasil (26) Paraguay (24), Perú (19), Panamá (17), Venezuela (16).

Brasil y Venezuela siguen encabezando las listas con la mayor caída de la cobertura de vacunación, en este caso para la vacuna contra la hepatitis B y la del rotavirus.

Como mencionamos antes, la disminución de la cobertura de la vacunación en América Latina y el Caribe se comenzó a registrar antes de la pandemia del COVID-19, específicamente se observa en el año 2011 un punto de inflexión en las tendencias de las tasas de cobertura de las vacunas (gráfico 1), luego de haber mostrado un incremento entre el año 2000 y el 2011. Si bien en 2021 se observa otro punto de inflexión debido a una recuperación de dichas tasas, estas aún se encuentran muy lejos de los niveles del año 2011.

Llama la atención en el gráfico 1 que la tendencia de todas las vacunas a lo largo del período en estudio es similar; de hecho, un cálculo de la correlación entre dichas tasas nos arrojó que, excepto para el caso de la vacuna del rotavirus, el resto muestra un coeficiente de correlación de Pearson alto y positivo, superior al 0,9. En otras palabras, las tendencias son casi iguales, cuando la tasa de cobertura de la BCG aumenta, el resto de las tasas también lo hace en la misma proporción y velocidad; cuando disminuye ocurre lo propio. En el caso de la vacuna del rotavirus, su registro se introdujo en el 2006 a diferencia del resto que registran tasas de cobertura desde el 2000.

La alta correlación positiva entre las tasas de cobertura de vacunación la atribuimos al hecho de que, en promedio, y en cada uno de los países, la adquisición, distribución y aplicación de las vacunas se realiza por esquemas y por lo general en campañas de vacunación, en tal sentido, el comportamiento de la cobertura de una vacuna es similar al resto. Esto es de esperarse dentro de cada uno de los países de la región, lo que se refleja en términos promedio, por ejemplo, si aumenta la cobertura de vacunación de la

BCG en Venezuela, es de esperar que también aumente la de la polio y la DTP3, y así en el resto de los países.

No obstante, lo que sí llama la atención es que, en promedio, considerando todos y cada uno de los países de la región y cada una de las vacunas en estudio se repiten las tendencias, es decir, el aumento de la cobertura ocurrió en promedio en la región desde el año 2000 hasta el 2011, y el cambio de tendencia se registró en promedio en la región desde el 2011, con mayor intensidad a partir de 2019. Lo que nos lleva a pensar que, independientemente de las características internas de cada país en cuanto a las condiciones de los sistemas de salud, infraestructura, logística y recursos para la vacunación, así como el contexto socioeconómico y político particular, hay un factor que podría estar explicando tal comportamiento promedio de la disminución de la cobertura de la vacunación en la región desde el 2011.

FACTORES ASOCIADOS A LA DISMINUCIÓN DE LA TASA DE VACUNACIÓN EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Según el informe publicado por UNICEF

El descenso de la vacunación infantil en América Latina y el Caribe puede deberse a múltiples factores. Por un lado, los desastres naturales, la violencia, la urbanización, la inestabilidad y la migración han contribuido al aumento de las desigualdades. La disparidad del gasto público en salud en la región y la reducción de la inversión en algunos países, han dejado a las comunidades marginadas con un acceso limitado a servicios de atención primaria de salud de calidad. La pandemia de la COVID-19 exacerbó estos retos, interrumpiendo la vacunación infantil debido a las intensas demandas en los sistemas sanitarios y a las medidas de confinamiento en el hogar. En los últimos años, hay también signos de una disminución de la confianza en la vacunación en algunos países de la región. (2023, § 5)

Si bien la disminución de la cobertura de la vacunación está explicada por múltiples factores relacionados con las condiciones específicas de cada país en cuanto a la organización de los sistemas de salud y al tipo de financiamiento (público o privado), a la infraestructura y logística para llevar a cabo la inmunización, a la situación económica, social y política nacional, así como sus relaciones internacionales, entre otros, es de hacer notar que, en este caso, la tendencia de las tasas de cobertura de vacunación en la región para cada una de las vacunas en estudio muestra un comportamiento promedio similar en cada país;³ es decir, cuando la cobertura de vacunación contra la poliomielitis cae en Argentina también cae en Brasil, en Bolivia, en Ecuador, por mencionar algunos países. Lo mismo ocurre con el resto de las vacunas.

Por lo tanto, consideramos que hay una causa que está determinando las variaciones de las tasas de cobertura de inmunización y que está incidiendo simultáneamente en todos los países de la región. Nuestra hipótesis es que dicho factor es el precio de las vacunas.

Realizamos un estudio de correlación estadística para contrastar la hipótesis antes mencionada y obtuvimos que, efectivamente, existe una correlación inversa muy alta, casi perfecta entre el precio de la vacuna y la tasa de cobertura promedio de vacunación en la región; es decir, en la medida en que el precio de la vacuna aumenta, la tasa de cobertura de vacunación disminuye, y viceversa, cuando el precio disminuye, la cobertura aumenta.

Para el cálculo de la correlación, tomamos la tasa promedio de cobertura de vacunación de la BCG, la DTP3, el polio, el sarampión

3 Se destaca la baja desviación estándar con respecto al promedio anual de la tasa de cobertura en la región para cada una de las vacunas. En el caso de la BCG, la desviación estándar promedio entre 2000-2021 es 6,03; en el caso de la DTP3 es 9,25; para la polio, 9,43; el sarampión, 8,19; la hepatitis B, 9,17 y el rotavirus, 19,71. Resaltamos que, para el caso del rotavirus, atribuimos la diferencia al hecho de ser una vacuna ingresada recientemente a los esquemas de vacunación.

y la hepatitis B,⁴ entre 2011⁵ y 2021, y calculamos el coeficiente de correlación de Pearson con respecto a los precios promedios de las mismas vacunas para los mismos años, obteniendo como resultado un coeficiente de correlación de Pearson igual a -0,969 con más del 99 % de significancia estadística. En la tabla 2 se muestran los datos utilizados para el cálculo del coeficiente.

Tabla 2. Datos para el cálculo de la correlación entre la tasa de cobertura de vacunación y los precios de las vacunas (2011-2021)

TASA DE COBERTURA (%)						PRECIO DE LAS VACUNAS (US\$)						
Vacunas												
Años	BCG	DTP3	Polio	Sarampión	Hepatitis B	Promedio	BCG 10	DPT 10	Polio 20	Sarampión rubeola paperas 10	Hepatitis B recombinante pediátrica	Promedio
2011	95,90	91,60	91,70	92,50	92,00	92,74	0,10	0,18	0,19	0,92	0,23	0,32
2012	95,70	92,30	92,00	92,40	92,70	93,02	0,12	0,16	0,14	0,92	0,24	0,31
2013	95,00	91,50	90,30	92,10	91,20	92,02	0,12	0,20	0,14	0,98	0,25	0,34
2014	95,10	90,80	89,50	91,50	90,60	91,50	0,12	0,20	0,13	1,03	0,25	0,34
2015	96,20	90,50	90,30	92,20	89,90	91,82	0,14	0,20	0,14	1,09	0,32	0,38
2016	94,40	91,70	90,00	91,70	91,20	91,80	0,14	0,22	0,13	1,15	0,22	0,37
2017	93,60	88,20	87,10	90,10	87,50	89,30	0,14	0,21	0,13	1,30	0,22	0,40
2018	93,70	89,50	88,90	90,10	88,70	90,18	0,21	0,17	0,13	1,43	0,22	0,43
2019	91,30	88,00	88,10	90,10	87,40	88,98	0,22	0,18	0,13	1,43	0,22	0,43
2020	86,00	81,90	81,30	84,90	82,00	83,22	0,23	0,18	0,13	1,43	0,53	0,50
2021	86,60	81,40	79,90	82,90	81,20	82,40	0,33	0,18	0,13	1,45	0,54	0,53

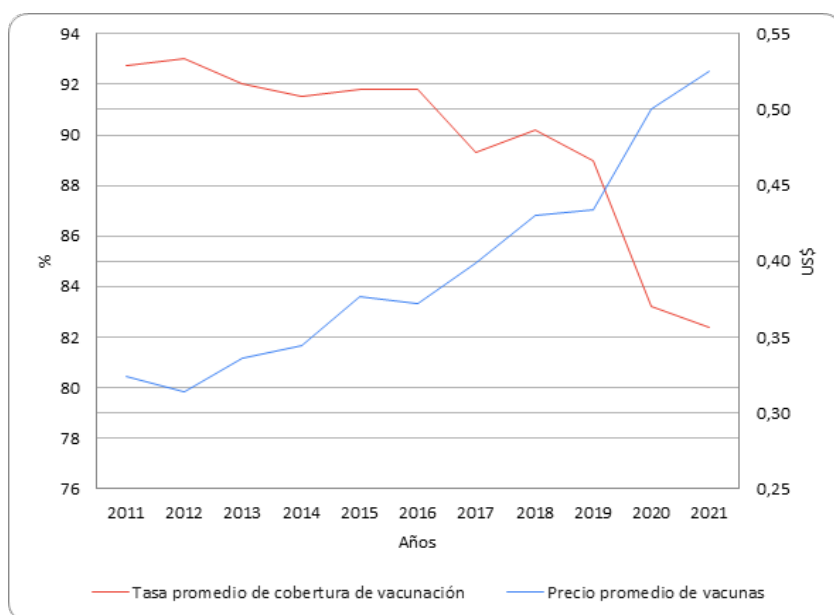
Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Observatorio Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud y del Fondo Rotario de la Organización Panamericana de la Salud.

4 Excluimos la vacuna del rotavirus porque reduce el número de años de la serie y por la alta desviación estándar con respecto a la media entre países.

5 No disponemos de los precios de las vacunas para los años anteriores a 2011.

El gráfico 2 muestra, por una parte, la tendencia de la tasa de cobertura de vacunación promedio de América Latina y, por otra, el precio promedio de las 5 vacunas que estamos estudiando (BCG, polio, DTP3, sarampión y hepatitis B). Se observa claramente la tendencia positiva de los precios y la tendencia negativa de la tasa de cobertura; en otras palabras, mientras el precio aumenta la cobertura disminuye.

Gráfico 2. Tasa promedio de cobertura de vacunación y precio promedio de las vacunas (BCG, polio, sarampión, DTP3, hepatitis B)



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Observatorio Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud y del Fondo Rotario de la Organización Panamericana de la Salud.

También se observa, en el gráfico 2, un punto de inflexión a partir del año 2019, momento en el cual la disminución de la tasa de cobertura de vacunación se hace más pronunciada, lo cual atribuimos entre otros factores a la pandemia del COVID-19, debido a las políticas

de confinamiento y a la concentración de los recursos de salud para contener el virus. Sin embargo, y a pesar de que la caída de la cobertura de vacunación es un fenómeno que, como hemos visto, se está observando en la región desde por lo menos el año 2011, hay que resaltar que también hubo un punto de inflexión en el precio promedio de las vacunas desde el 2019, tal como se observa en el gráfico 2.

Realizamos adicionalmente un estudio de regresión bivariada para medir la causalidad entre ambas variables, siendo la tasa de cobertura promedio la variable dependiente y el precio promedio la independiente. Obtuvimos que, con una bondad de ajuste de 93,9 %, relativamente muy alta, podemos afirmar que el precio está explicando las variaciones de la cobertura de vacunación en la región.⁶

Es necesario ampliar el estudio mediante un modelo de regresión multivariada que incorpore otras variables además del precio. Entre ellas, por ejemplo, los indicadores que nos aproximen a la medición de la organización y logística para el suministro y la aplicación de las vacunas a nivel nacional, el tipo de sistema de salud (público, privado o mixto), y los eventuales cambios de gobierno entre progresistas y de derecha. Sin embargo, la alta correlación que obtuvimos y la alta bondad de ajuste del modelo de regresión bivariado nos indican que, aunque incorporemos otras variables, la determinante para explicar la cobertura es el precio.

Un aspecto que no debemos obviar en este análisis es que la caída de la tasa de cobertura de vacunación a partir del año 2011 en América Latina y el Caribe, así como el estancamiento a nivel mundial desde el 2010 ha sido desigual entre países. De acuerdo con UNICEF (2023), en los países con ingresos bajos, el porcentaje de niños con cero dosis es 18 %, mientras que en los países de ingresos medios esta cifra baja al 12,1 % y en los de ingresos altos es 7,3 %. Por otra parte, al interior de los países también se observan

⁶ El cálculo se realizó tomando en cuenta las 5 vacunas en estudio (BCG, DTP3, polio, sarampión y hepatitis B).

desigualdades en la vacunación, por ejemplo, del 18 % de los niños que no han recibido ninguna vacuna en los países de ingresos bajos, el 30,1 % pertenece al decil más pobre, mientras que el 7,3 % pertenece al decil más rico (UNICEF, 2023). Estas desigualdades en la cobertura están relacionadas con el mayor o menor acceso a las vacunas, acceso que, a su vez, está estrechamente relacionado con su precio y con las propias desigualdades económicas, sociales y territoriales de cada uno de los países.

Garantizar una mayor cobertura de vacunación a nivel mundial y en la región depende, en gran medida, de los precios de las vacunas, los cuales, tal y como está diseñado el sistema de producción y distribución, son fijados por el complejo farmacéutico industrial que se comporta como un monopolio, o en el mejor de los casos como oligopolio.

Desde el punto de vista de la teoría económica, tanto los monopolios como los oligopolios tienen el poder de fijar los precios y las cantidades producidas y distribuidas, es lo que se conoce como poder del monopolio.⁷ Cuando se trata de bienes muy necesarios para la vida y además difíciles de sustituir (bienes inelásticos con respecto al precio), dicho poder es mayor. Los medicamentos, insumos médicos y las vacunas son considerados bienes inelásticos, debido a que son muy necesarios para la salud y la vida, y no son fáciles de sustituir. Por ejemplo, la vacuna contra el sarampión no puede ser sustituida por la vacuna contra la polio-mielitis o por un antibiótico.

La presencia de monopolios y oligopolios en la industria farmacéutica está estrechamente relacionada con la aprobación del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio [ADPIC], el cual entró en vigor el 1º de enero de 1995; se trata del acuerdo multilateral sobre propiedad intelectual aprobado en el marco de la Organización Mundial del Comercio [OMC]. A través de este acuerdo suscrito por los países

7 Para ampliar la definición del poder del monopolio se puede consultar cualquier libro de Microeconomía, entre ellos Nicholson (2001), Samuelson (1986) y Krugman y Robin (2006).

miembros de la OMC, los Estados permiten la concesión de patentes y con esta la condición legal de monopolio u oligopolio.

El artículo 28 del mencionado Acuerdo establece que las patentes de productos confieren derechos exclusivos de fabricación, uso, oferta para la venta, venta e importación para esos fines. La protección mediante patentes de procedimientos debe conferir derechos no solamente sobre el uso del procedimiento sino también sobre los productos directamente obtenidos por medio de dicho procedimiento (OMC, s.f.). Estos derechos, de acuerdo con el artículo 33 de los ADPIC no expirarán antes de que haya transcurrido un período de 20 años contados a partir de la fecha de presentación de la solicitud (OMC, s.f.).

El informe publicado por la OMS (2022) sobre el mercado mundial de las vacunas resalta que, para el año 2021, solo 10 empresas concentraban la producción y distribución del 71 % de las vacunas a nivel mundial (excluyendo la vacuna contra el COVID-19). En términos de volumen, Serum Institute of India [SII] concentraba el 20 % del mercado, Sanofi el 11 %, BBIL el 7 %, GlaxoSmithKline [GSK] 7 %, Haffkine Bio-Pharmaceuticals el 5 %, CNBG 5 %, Biological E 5 %, Biofarma 5 %, Pfizer 3 %, Merck Sharp & Dohme [MSD] 3 %, otras el 28 % (OMS, 2022). En términos de valor la proporción es la siguiente: MSD (22 %), GSK (20 %), Sanofi (17 %), Pfizer (14 %), Seqirus (4 %), CNBG (3 %), SII (2 %), Walvax (1 %), Emergent Biosolutions (1 %), Instituto Butantan (1 %), y otras empresas (15 %) (OMS, 2022).

Solo seis de los 94 fabricantes de vacunas producen más de ocho vacunas que distribuyen a nivel mundial. Quince de estas empresas son medianas con una producción de cuatro a ocho vacunas que venden fuera de su región; 49 son pequeñas, con tres o menos vacunas que venden en su región (OMS, 2022).

El hecho de que la producción y la distribución de vacunas a nivel mundial estén altamente concentradas en pocas empresas, no solo les otorga un poder en el mercado en cuanto a la fijación de precios y cantidades ofrecidas, sino que, además, como cárteles, se reparten el mercado. Adicionalmente, este poder sobre los mercados

de vacunas lo emplean también para impedir la entrada de nuevas empresas, sean públicas o privadas, de manera de mantener su condición de monopolios y oligopolios.

Los derechos de propiedad intelectual otorgan a estas empresas la exclusividad de producir y vender sus vacunas. De acuerdo con el Tratado de los ADPIC, este derecho es por 20 años, sin embargo, debemos decir que la mayoría de estas vacunas, que forman parte de los planes de inmunización de niños, fueron aprobadas hace más de 20 años.

En el análisis de la caída de la cobertura de la vacunación a nivel mundial, tanto la OMS (2022) como UNICEF (2023) mencionan múltiples factores que pudiesen estar explicando tal situación, sin embargo, no consideran el precio de las vacunas como un factor explicativo, mucho menos determinante, a pesar de que en algunos pasajes se refieren al precio como obstáculo para garantizar el acceso a las vacunas.

El precio está estrechamente relacionado con la presencia de monopolios y oligopolios en la producción y distribución de las vacunas que, a su vez, está relacionado con la exclusividad que le otorgan los derechos de propiedad intelectual a las empresas productoras.⁸

No reconocer la importancia del precio como factor explicativo de la cobertura de vacunación, conduce a diseñar propuestas que no necesariamente contribuirán a mejorar dicha cobertura. La “Agenda de inmunización 2030. Una estrategia mundial para no dejar a nadie atrás” (OMS, 2020), establece 7 prioridades estratégicas, ninguna de ellas asociadas a la necesidad de disminuir los precios de las vacunas por la vía de la eliminación de las patentes y, por tanto, la eliminación de los monopolios de las vacunas (UNICEF, 2023). Por su parte, el informe de la OMS (2023) propone someramente la necesidad de la transferencia tecnológica para mejorar el acceso a la vacunación.

8 Para más detalle sobre el comportamiento de la industria farmacéutica en el marco de los derechos de propiedad intelectual en lo que a investigación, desarrollo, producción y distribución de medicamentos se refiere, ver Curcio (2008).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La disminución de la cobertura de la vacunación en América Latina y el Caribe registrada desde el año 2010 es parte de un fenómeno a nivel mundial en el que ha habido un estancamiento de la cobertura de vacunación. Las causas son múltiples, sin embargo, de acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación, el precio de las vacunas es un factor determinante.

Aumentar la cobertura de inmunización en la región y alcanzar los objetivos de la Agenda de Inmunización 2030 requiere, entre otros factores, garantizar el acceso a las vacunas, lo cual está estrechamente relacionado con los precios, los cuales obedecen a la condición de monopolio y oligopolio de la industria farmacéutica; esta condición le ha sido otorgada de manera legal en el marco de los derechos de propiedad intelectual. Es por ello que, cualquier política que busque aumentar la cobertura de inmunización requiere, necesariamente, la eliminación de las patentes que permita la transferencia tecnológica para la producción y el suministro igualitario.

Insistir en que la salud es un derecho humano y no una mercancía regulada por las normas de la Organización Mundial del Comercio, es una bandera que debe mantenerse ondeando. La menor cobertura de inmunización tiene efectos negativos en la población mundial, especialmente en la salud de niñas y niños. La posibilidad de prevenir enfermedades mediante la vacunación es un elemento importante que debe ser esgrimido al momento de plantear la necesidad de eliminar los derechos de propiedad intelectual a todos aquellos bienes y servicios relacionados con la salud, y por lo tanto con la vida.

En la región de América Latina y el Caribe es necesario fortalecer los bloques de integración para promover y financiar la investigación, desarrollo, producción y distribución de vacunas en manos, principalmente, del Estado. Organismos como la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños [CELAC], la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América-Tratado de Comercio de los Pueblos [ALBA-TCP] y la Unión de Naciones Suramericanas [UNASUR] deben incorporar este aspecto en sus agendas como un tema principal.

BIBLIOGRAFÍA

Banco Mundial [BM] (21 de diciembre de 2021). Resumen del año 2021 en 11 gráficos: la pandemia de la desigualdad. *BM*. <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2021/12/20/year-2021-in-review-the-inequality-pandemic>

BBC (5 de mayo de 2022). Covid: el número real de muertes por la pandemia en todo el mundo es de casi 15 millones (y qué países de América Latina tienen mayor exceso de mortalidad). *BBC*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-61333739>

Chevalier Naranjo, Stéphanie (10 de diciembre de 2021). Aumenta el peso de las vacunas en los ingresos farmacéuticos. *Statista*. <https://es.statista.com/grafico/26360/peso-de-las-ventas-de-vacunas-en-los-ingresos-farmaceuticos/>

CNN (23 de mayo de 2022). Hubo un nuevo multimillonario casi todos los días durante la pandemia. *CNN*. <https://cnnespanol.cnn.com/2022/05/23/un-nuevo-multimillonario-todos-los-dias-pandemia-trax/>

Curcio, Pasqualina (2008). Incentivos y desincentivos de la industria farmacéutica privada para la I+D de nuevos medicamentos. *Cuadernos de Salud Pública*, 24(10), 236-237.

Güel, Oriol (15 de abril de 2021). Un estudio revela que el 97 % de la inversión para desarrollar la vacuna de AstraZeneca fue pública. *El País*. <https://elpais.com/sociedad/2021-04-16/un-estudio-revela-que-el-97-de-la-inversion-para-desarrollar-la-vacuna-de-astrazeneca-fue-publica.html>

Krugman, Paul y Wells, Robin (2006). *Introducción a la Economía. Microeconomía*. Barcelona: Reverté.

Mena Roa, Mónica (9 de febrero de 2022). Pfizer duplica su facturación en 2021 por su vacuna contra la COVID-19. *Statista*. <https://es.statista.com/grafico/25437/ingresos-anuales-de-pfizer/>

Nicholson, Walter (2001). *Microeconomía intermedia*. Madrid: McGraw-Hill. [Octava edición].

Organización Mundial de Comercio [OMC] (s.f.). Acuerdo sobre los ADPIC: visión general. *OMC*. https://www.wto.org/spanish/tratop_s/trips_s/intel2_s.htm

Organización Mundial de la Salud [OMS] (s.f.). Cobertura

de vacunación. OMS. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/immunization-coverage>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1 de abril de 2020). Agenda de Inmunización 2030. Una estrategia mundial para no dejar a nadie atrás. OMS. <https://www.who.int/es/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022). Informe del mercado mundial de vacunas 2022. Un entendimiento compartido para el acceso equitativo a las vacunas. OMS. <https://reliefweb.int/report/world/global-vaccine-market-report-2022-shared-understanding-equitable-access-vaccines#:~:text=WHO's%20Global%20Vaccine%20Market%20Report,unequal%20distribution%20drive%20global%20disparities>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (9 noviembre de 2022). La OMS publica los primeros datos sobre el mercado mundial de vacunas desde la COVID-19. OMS. <https://www.who.int/es/news/item/09-11-2022-who-releases-first-data-on-global-vaccine-market-since-covid-19>

Organización de Naciones Unidas [ONU] (28 de marzo de 2022). La falta de equidad en la distribución de las vacunas contra el COVID-19 incrementa las desigualdades. ONU. <https://news.un.org/es/story/2022/03/1506362>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (s.f.). Fondo Rotatorio de la OPS. OPS. <https://www.paho.org/es/fondo-rotatorio>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (9 de noviembre de 2022). La OMS publica los primeros datos sobre el mercado mundial de vacunas desde la COVID-19. OPS. <https://www.paho.org/es/noticias/9-11-2022-oms-publica-primeros-datos-sobre-mercado-mundial-vacunas-desde-covid-19>

OXFAM (23 de mayo de 2022). Cada 30 horas la pandemia genera un nuevo millonario, mientras que, al mismo ritmo, un millón de personas podrían caer en la pobreza extrema en 2022. OXFAM. <https://www.oxfam.org/es/notas-prensa/cada-30-horas-la-pandemia-genera-un-nuevo-millonario-mientras-que-al-mismo-ritmo-un>

Plaza Casares, Sara (28 de febrero de 2023). Las farmacéuticas ganan 90.000 millones de dólares al año con las vacunas covid financiadas con dinero público. *El Salto*. <https://www.elsaltodiario.com/vacunas/farmaceuticas-ganan-90000-millones-dolares-al-ano-vacunas-covid-financiadas-dinero-publico>

Público (12 de agosto de 2021). Millones de vacunas de los países desarrollados en el mundo se están perdiendo sin usar. *Público*. <https://www.publico.es/sociedad/vacunas-mundo-miles-vacunas-mundo-perdiendo.html>

Samuelson, Nordhaus (1986). *Economía*. Madrid. Mc Graw Hill.

Statista (s.f.). Número acumulado de casos de coronavirus en el mundo desde el 22 de enero de 2020 hasta el 21 de junio de 2023. *Statista*. <https://es.statista.com/estadisticas/1104227/numero-acumulado-de-casos-de-coronavirus-covid-19-en-el-mundo-enero-marzo/>

UNICEF (2023). Estado Mundial de la Infancia, 2023. Para cada infancia, vacunación. *UNICEF*. <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2023>

UNICEF (18 de abril de 2023). La vacunación infantil en América Latina y el Caribe registra el mayor descenso mundial de la última década. *UNICEF*. <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/la-vacunacion-infantil-en-america-latina-y-el-caribe-registra-el-mayor-descenso-mundial-de-la-ultima-decada>

SOCIEDAD CIVIL Y VACUNAS COVID-19

UNA MIRADA A LAS DEMANDAS Y RECLAMOS DESDE ARGENTINA

Graciela Silvia Biagini

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este capítulo es resumir los principales resultados del estudio *Bien público o privado? El caso de la vacuna COVID-19* (Biagini, 2022). Para ello se tuvieron en cuenta los fundamentos y concepciones predominantes en organizaciones de la sociedad civil [OSC], que demandan y promueven en la esfera pública el derecho a las vacunas COVID-19 como un bien público de acceso universal y se relevó el accionar de algunos organismos internacionales durante el período 2021-2022.

El COVID-19 ha creado una crisis epidemiológica y sanitaria con altos índices de morbilidad y mortalidad e impacto en lo económico y en las condiciones de vida y trabajo. La pandemia ha generado un aumento en la desigualdad y la inequidad Norte-Sur, que también se expresa en posibilidades diferenciales de prevenir o atemperar la infección y de acceder a tratamientos y vacunas. Coincidimos con Schmidt en que la pandemia

no es un desastre ajeno al accionar humano. Se relaciona con el impacto antrópico de las sociedades sobre la naturaleza; por ello, pensar al coronavirus como un conflicto social contribuye a una mirada que supera a la coyuntura y pretende reflexionar sobre causas profundas. (Schmidt, 2020)

En la misma línea de pensamiento, De Sousa Santos (2021) planteó que se trata de un problema político y señala

[...] que una de las medidas más eficaces será la suspensión temporal de los derechos de propiedad intelectual sobre las patentes por parte de las grandes empresas farmacéuticas, para que la producción de vacunas fuera más global, más rápida y más barata.

Además, dicho autor mencionó la existencia de una coalición de organizaciones no gubernamentales [ONG], Estados y agencias de las Naciones Unidas a favor del reconocimiento de la vacuna como un bien público, y la necesidad de la suspensión temporal de los derechos de patente.

Concomitantemente, en Argentina unos pocos meses posteriores al inicio de la pandemia e impulsado por la fundación ACCESO, se creó el *Foro de Instituciones para la Promoción del Acceso Universal a las Vacunas COVID-19*, que organizó entre sus actividades de incidencia y alianzas la difusión de información y discusiones sobre el estado de situación del acceso a la vacunación contra el COVID-19. A lo largo del período, otras redes, algunas de carácter internacional y regional, se sumaron al reclamo por la suspensión de los derechos de propiedad de las patentes, tal como lo establece la Organización Mundial del Comercio [OMC].

Dado el histórico plusvalor y acumulación de capital que caracteriza a la industria farmacológica y a la tecnología médica, las preguntas que nos interpelan son: ¿desde qué lógica y fundamentos podría pensarse la posibilidad de que la vacuna contra el COVID-19 pueda convertirse en un bien público y de acceso universal? ¿Qué

tipo de actores y qué rol jugaron OSC con trabajo en salud para demandar por la derogación de las patentes medicinales contra el COVID-19 y posibilitar el libre acceso y producción de las vacunas por parte de los países? Por último, ¿cuál ha sido la trayectoria de la OMS y otros organismos internacionales en apoyar algunas de las iniciativas de los países miembros?

A través de un diseño descriptivo y exploratorio, con técnicas de producción de información cuanti-cualitativas y en base a fuentes secundarias, nos planteamos cómo visibilizar y hacer pública esta problemática a partir de la responsabilidad-compromiso que nos corresponde como científicos sociales; con quiénes entrecruzarnos; con quiénes colaborar; a quiénes interpelar para ganar fuerza ilocucionaria que posibilite “generar un público susceptible de apropiarse el reclamo” (Naishtat, 2005, p. 372).

DE CONTEXTOS Y CONCEPTOS

Mucho se ha escrito sobre la pandemia, pero lo que une a los diversos análisis ha sido el reconocimiento del impacto desigual en lo económico y social de una crisis epidemiológica y sanitaria con altos y diferenciales índices de morbilidad y mortalidad. La desigualdad se corroboró en forma muy manifiesta no solo en los diferenciales de mortalidad Norte-Sur, sino también en las distintas posibilidades Norte-Sur de prevenir o atemperar la infección a través del acceso a la vacunación y a los insumos farmacéuticos que tienen las distintas regiones, dado el acceso inequitativo a tratamientos y vacunas.

Desde la corriente de la Medicina Social Latinoamericana / Salud Colectiva, la salud/enfermedad como objeto de estudio es entendido como la expresión emergente de procesos que reconocen su determinación en el plano económico-social y que se visualiza a través de formas concretas de enfermar y morir de los grupos humanos según su anclaje estructural (Laurell, 1982) y “en torno a los cuales se producen percepciones, imaginarios, sufrimientos y dolores, así como la organización de luchas, en el marco de la confrontación de intereses en nuestras sociedades” (Tetelboin

, 2021, pp. 17-18). Dicho proceso es una suerte de “espía” de las contradicciones y efectos de un desarrollo social desigual (Biagini, 1996). Sabemos, además, de la desigual distribución de los padecimientos según clase, trabajo, género, etnias, territorios, etc. y las inequidades vinculadas con la accesibilidad al sistema de atención de la salud.

La pandemia del COVID-19 lo verifica no solo por los diferenciales de mortalidad Norte-Sur y dentro de cada país, sino también por las distintas posibilidades de prevenir y acceder a la vacunación y a los insumos farmacéuticos que tienen las distintas regiones. Los indicadores epidemiológicos muestran diferencias del impacto de la pandemia en relación con su incidencia, mortalidad, letalidad, testeo y vacunación entre países fuera y dentro de la región (Eslava Castañeda et al., 2022).

En el caso de la SARS-CoV-2,¹ el denominado complejo médico industrial financiero del capitalismo occidental ha estado a cargo de la orientación en la investigación, producción, venta y distribución de las vacunas desde el inicio de la pandemia, y juega desde hace décadas en la determinación internacional de la salud aprovechando incluso los importantes fondos públicos que se destinaron para incentivar la producción de las vacunas y atemperar la situación (Basile y Feo, 2022).

La historia de América del Sur y el Caribe, como la de África, exhiben impudicamente los condicionamientos que la situación colonial, neocolonial e imperialista han ejercido sobre las condiciones de vida y trabajo de sus poblaciones, lo que determina sus procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados.

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2021), durante 2020 la pandemia incrementó el número de pobres, siendo las mujeres, afrodescendientes, discapacitados, migrantes y refugiados los más perjudicados. Contrariamente, “varios grupos del gran capital han lucrado con la

1 Virus que causa una enfermedad respiratoria llamada enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19).

pandemia y el combate contra ella. Es en primer lugar el complejo médico industrial, pero también los grandes capitales relacionados con la tecnología informática y con el comercio por internet” (Laurell, 2021, p. 13).

Acordamos con la declaración de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social [ALAMES], al señalar que “el debate sobre el tema de la epidemia no es exclusivamente sanitario, es también ideológico, político, económico, social, cultural y medio ambiental”, estimando, al igual que otros autores, que son las condiciones socioeconómicas, laborales, políticas y medioambientales “las que definen las medidas de abordaje frente a la pandemia” (2021, p. 1).

No hay texto sin contexto. Además de la crisis sanitaria por el COVID y la condición estructuralmente desigual de los países que integran América Latina y el Caribe, los sistemas de salud han estado durante los últimos 30 años de neoliberalismo bajo Estados débiles para los sectores públicos, pero fuertes para la creación de un modelo de mercado en salud, alentando procesos de privatización, flexibilización y precarización laboral; oferta de servicios públicos limitados y básicos, financiados por el gasto de bolsillo de las familias que ha crecido enormemente, y del gasto público.

Aunque hayan sido reiteradas las declaraciones de las autoridades de la Organización Mundial de la Salud [OMS] y de la Oficina Panamericana de la Salud [OPS] en reconocer la concentración de la producción y del suministro mundial de vacunas contra la COVID-19 en unas pocas empresas que se guían por el precio y el país de origen, y pese a los reiterados pedidos a favor de una distribución más equitativa de las vacunas hacia los países de ingresos bajos, no se logró durante la pandemia revertir la tendencia, incluso en períodos con alta disponibilidad de dosis, muchas de las cuales, lamentablemente, vencieron o están próximas a vencer.

Según declaraciones del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS:

La inequidad vacunal es el mayor obstáculo para poner fin a la pandemia y recuperarse de la COVID-19. [...] Desde el punto de vista económico, epidemiológico y moral, redundan en interés de todos los países utilizar los últimos datos disponibles para poner a disposición de todos las vacunas esenciales. (OMS, 2021)

Con una producción y distribución concentrada de las vacunas, se manejó durante casi el primer año la asignación de dosis, distribuyéndose más del 80 % de aquellas en países de ingreso alto y medio-alto, pese a que América Latina y el Caribe fue la región con más impacto durante la pandemia con el 80 % de los casos, de acuerdo con lo señalado por la ministra de Salud Pública de Argentina (Comunicación por *streaming*, como panelista, mayo de 2021). Ejemplo elocuente de injusticia y desigualdad es la situación de Haití, país que contaba a finales del 2021 solo con un 2,09 % de su población vacunada según OPS (2021).

Desde los gobiernos de varios países integrantes de organismos de las Naciones Unidas y de las OSC procuraron incidir sobre la Organización Mundial de Comercio [OMC] para la derogación de las patentes, pero los esfuerzos durante 18 meses fueron estériles. Esto evidenció que, más allá de las declaraciones y pedidos realizados, la OMS no maneja fondos propios, sino que “depende de las donaciones precisamente de los laboratorios quienes cuentan a veces con representantes que en carácter de expertos elaboran resoluciones favorables a los mismos y adversas al bien común” (Curcio, 2021, p. 121). La autora nos recuerda que la creación de monopolios legales para los productos farmacéuticos es posible debido al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio [ADPIC] (Declaración, abril de 1994), y entre esos derechos se encuentran las patentes que protegen durante 20 años la invención, otorgándole el privilegio de monopolizar la producción y distribución del bien (Curcio 2021).

En un análisis similar, Basile y Feo (2021) concluyen que dichos Acuerdos:

[...] fueron el mecanismo por el cual un organismo multilateral global como la OMC impuso los intereses del complejo farmacéutico a los Estados y sistemas de salud especialmente con impactos agravados en aquellos países dependientes de importaciones farmacéuticas con balanzas comerciales deficitarias como es el caso de América Latina y el Caribe. (p. 11)

La presión de la pandemia, la alta mortalidad inicial y el terror a la transmisión convirtió a los Estados nacionales en compradores dependientes. Se tejieron alianzas entre los grandes empresarios miembros del Foro de Davos para apoyar la investigación y desarrollo de la vacuna. “No obstante, y a pesar de ese financiamiento por la vía de las donaciones, se anuncia el cobro de la vacuna, una vez hallada, a precios relativamente elevados con respecto a los costos de producción” (Curcio, 2021, p. 122).

Nos hemos preguntado respecto al rol que jugó la sociedad civil en la visibilización del problema y en la demanda por la derogación de las patentes medicinales contra el COVID-19, a fin de posibilitar el derecho al libre acceso y producción de las vacunas por parte de los países. Empero, amerita primero delimitar el significado del concepto de “sociedad civil” [SC], dado su carácter polisémico y variable. Se trata de una noción difícilmente saldable porque su carácter, como construcción social y categoría de análisis, se vincula a diferentes concepciones teóricas del campo de las ciencias sociales y a distintas posiciones político-ideológicas de los actores involucrados (Biagini, 2009). Para precisar dicha categoría nos basamos en las formulaciones de Jean Cohen y Andrew Arato (2001), quienes diferencian un momento de la SC *como institución*, producto de derechos que han logrado institucionalizarse; de la SC *en movimiento*, como resultado de la movilización colectiva en virtud de un accionar que busca el reconocimiento público (y la eventual institucionalización) de sus demandas.

Esta orientación teórica que entiende que los derechos son el producto de la acción colectiva y que sostiene que la SC *solo*

puede existir en movimiento para poder profundizar la intervención de la sociedad en el control del Estado y del mercado, nos resulta una “herramienta” conceptual apropiada para estudiar la dinámica social y política que se ha dado en torno a ciertos padecimientos, a las luchas por los derechos humanos, a los reclamos por salud, la igualdad de género y el respeto a las diferencias. Sin embargo, la dimensión del poder y la desigualdad está poco presente en los autores mencionados, y puede ser completada con la mirada de Gramsci (2018) para quien la disputa por el poder y la contrahegemonía también debe librarse en la SC. Para nuestro enfoque, la SC es un ámbito de construcción de hegemonía y consenso pero también de confrontación y transacción de intereses materiales y simbólicos, saberes, valores y prácticas para la manifestación de disensos y construcción de nuevos reconocimientos y derechos (Biagini, 2009).

Desde la instancia de la *SC como movimiento*, la acción colectiva se entiende como expresión no de un problema/necesidad a resolver “solidariamente”, sino como manifestación de una tensión o conflicto en virtud del cual las personas y los grupos se unen para actuar frente a una injusticia, contra el sentido de una política, un uso abusivo de los recursos naturales, o un problema de aplicación tecnológica. También contra la guerra, la subordinación de la mujer, la liberación sexual, los derechos humanos, la legalización de la interrupción libre del embarazo o la libre accesibilidad a la producción de vacunas.

VACUNA COVID-19: ¿BIEN PÚBLICO O PRIVADO? LA VOZ DE LA SOCIEDAD CIVIL CON TRABAJO EN SALUD Y DERECHOS HUMANOS

En Argentina, la lucha de los organismos de derechos humanos, el accionar ejemplar de madres y familiares de desaparecidos, las OSC y los partidos políticos orientan el camino de la SC movilizadora, pues han motorizado y/o incidido en luchas por ampliación de derechos en múltiples temáticas, incluidas algunas que tienen que ver con salud, condiciones de vida, género y ampliación de la ciudadanía.

Precisamente, una serie de ONG, sociedades científicas y académicas en los inicios de la pandemia se pronunciaron públicamente en foros, conversatorios y declaraciones respecto al derecho al acceso universal a la vacuna anticovid, ya que la entienden como bien público. Es oportuno incluir, entre otras acciones que se llevaron a cabo, una iniciativa propiciada en la Argentina por la Fundación ACCESO y que, organizada como *Foro de instituciones para la promoción del acceso universal a las vacunas COVID-19*, se propone ayudar a esclarecer y difundir la información accesible respecto de ellas, favorecer la articulación de organismos nacionales, internacionales y sociedades científicas y civiles, y promover las condiciones que favorezcan la investigación y desarrollo de tecnologías tendientes a la producción y el acceso a las vacunas en todos los países de la región de manera equitativa (ACCESO, 2021).

ACCESO, creada en abril del 2021, está integrada por 30 asociaciones: de Argentina provienen 16; 13 pertenecen a algún país latinoamericano y una es europea. En documentos elaborados por el Foro y en varias presentaciones regionales vía *streaming* se advierte la amplia preocupación por la situación de desigualdad e inequidad que está en la base de las dificultades para el acceso a las vacunas, tratamientos e insumos necesarios.

En el mismo sentido, la OMS reconoce que si bien a mayo de 2022 “el 60 % de la población mundial ha recibido dos dosis de vacuna anticovid, la situación es muy desigual. En Nigeria solamente ha sido vacunada el 8 % de la población, menos del 5 % en Camerún, el 17 % en Libia”. El statu quo actual “equivale a un sistema de *apartheid* vacunatorio”, según Tendayi Achiume, relatora especial de la ONU sobre discriminaciones (Buenrostro, 2022).

El correlato y contracara de esta injusta situación lo testifica el informe de una ONG de origen inglés, el Comité de Oxford de Ayuda contra el Hambre [OXFAM], al señalar que

[...] La pandemia ha generado cuarenta nuevos multimillonarios en el sector farmacéutico, que se han beneficiado de

los monopolios que sus empresas ejercen sobre las vacunas, los tratamientos, los test y los equipos de protección individual. (OXFAM, 2022)

La tarea del Foro para la Promoción del Acceso Universal a las Vacunas COVID [ACCESO] se enmarca en la perspectiva de la salud como un derecho humano fundamental y

[...] tiene como objetivo compartido que la información veraz, oportuna y pertinente favorezca que el acceso a la vacuna contra el COVID-19, así como que su producción y distribución sea universal y equitativa y no representará ni fomentará intereses empresariales, sectoriales o político partidarios de ninguna naturaleza. (Télam, 2021)

En el escrito fundacional de su conformación es interesante visualizar en forma precisa algunos de sus puntos referidos a las implicancias y consecuencias de la pandemia:

La pandemia tuvo un fuerte impacto sobre las formas de enfermar y construir ciudadanía, de individuación, de disciplinamiento y de integración entre distintos sectores de la población. Estas construcciones están atravesadas por lazos sociales que fueron transformándose por variaciones económicas, por la aparición de nuevas desigualdades, nuevas dinámicas vinculares impuestas por las medidas de aislamiento y la incursión de discursos de odio y de estrategias de desinformación protagonizadas por los medios de comunicación –y de los propios gobernantes en algunos casos. (ACCESO, 2021, p. 1)

De ahí que se proponga que:

la circulación de información sea abierta y transparente, que genere mecanismos de transferencia de tecnología a nivel

global y facilite a los gobiernos tomar decisiones solidarias según las necesidades poblacionales. También resulta necesario el involucramiento de instituciones de distinta índole y puntos de acuerdo basados en la participación social, la solidaridad y el respeto [...] y promover desde nuestros ámbitos las condiciones que favorezcan la investigación y desarrollo de tecnologías tendientes a la producción y el acceso a las vacunas COVID-19 en todos los países de la región de manera equitativa. (ACCESO, 2021, p. 16)

Por estas y muchas otras razones que exceden a este documento, las vacunas contra el COVID-19 deberían ser consideradas un bien público universal. Estar al servicio de todos los habitantes del planeta, con regulaciones internacionales que garanticen su universalidad. Las lógicas de mercado deben subordinarse a la lógica de los derechos humanos, para evitar que poblaciones enteras mueran por falta de acceso a las vacunas. (ACCESO, 2021, p. 13)

Tres objetivos se plantean para su accionar conjunto: 1) Construir una masa crítica de alianzas que instale en la agenda el concepto de las vacunas COVID-19 como bien público a nivel regional; 2) Comprometer a actores clave de la sociedad civil y de la academia para promover el acceso universal a la vacuna; y, 3) Analizar estrategias que permitan enfrentar los denominados discursos de odio y negacionismo que se instalan en torno a las posibilidades de obtener el acceso universal a las vacunas y a la tecnología para producirlas. (ACCESO, 2021, p. 2)

¿A qué se refieren los miembros de ACCESO con “vacuna como bien público”? Uno de los directivos de la Fundación AVINA, integrante del colectivo, lo delimita sintéticamente: “Un bien público es aquel que se goza sin limitación en todo el país en igual cantidad y calidad para todas las personas” y argumenta que la desigualdad de Latinoamérica se explica, entre otras cosas, por la falta de bienes públicos de calidad y que, para los problemas regionales y globales

como la pandemia y el cambio climático, “necesitamos lógicas globales” (Fundación AVINA, 2021).

De acuerdo con las presentaciones que realizan en páginas web, blogs o Facebook, y en función de campo de acción y objetivos planteados, pueden categorizarse, a modo de tipo ideal, dos perfiles institucionales entre las organizaciones que integran el Foro. Por un lado, las asociaciones con un *perfil técnico-profesional* que se plantean una temática particular vinculada con su área de trabajo (que denominaremos *Específicas*) y, por otro, las organizaciones que exhiben un *perfil político-profesional* que las muestran interesadas por manifestarse e incidir en las políticas públicas y obtener resonancia en la esfera pública (*No Específicas*).

A modo de ejemplo, en las asociaciones que ubicamos entre las *Específicas* localizadas en Argentina, al analizar sus páginas web las enunciaciones giran en torno a:

publicar trabajos de interés a científicos concurrentes al progreso de la microbiología, para estímulo de la investigación científica general; procurar el establecimiento de relaciones con sociedades científicas del país y del extranjero; atender a las consultas que le dirijan los poderes públicos y otras asociaciones en relación con la especialidad; propiciar ante los poderes públicos, la sanción de leyes y/o ejecución de proyectos que puedan considerarse de importancia general, orientados a la solución de problemas vinculados con la microbiología. (Sociedad Argentina de Virología [SAV], s.f.)

Asimismo, la Sociedad Argentina de Medicina [SAM] tiene como fin “promover la actividad científica, académica, y asistencial. [Así como ...] promover y apoyar la realización anual del Congreso Nacional de Medicina y de las Jornadas Nacionales de Residencias de Medicina Clínica” (SAM, s.f.).

Por otro lado, los objetivos y enunciados de las asociaciones *No Específicas* se reflejan en el caso de la Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología [SAVE] que se presenta como

[...] un equipo multidisciplinario, horizontal y comprometido con la salud pública e individual que emprendió el desafío de trabajar en todos los ejes de la vacunología y la epidemiología para favorecer el acceso de la población al derecho a la salud. Su desafío es lograr consolidar el cambio de paradigma de la comunicación en salud [...] y facilitar el acceso a la información epidemiológica oportuna a través de fuentes primarias y secundarias, basadas en la evidencia local. (SAVE, 2021)

La Asociación Argentina de Salud Pública [ASSAP] postula que:

[...] los guía la búsqueda del bien común, desde una perspectiva de equidad y de derecho y el respeto a las diversas identidades, creencias y tradiciones, [...] todo ello, bajo una mirada amplia que contemple los determinantes sociales y la calidad de las redes de cuidado y las políticas sanitarias que las crean y regulan. (ASSAP, 2022)

La Fundación Huésped se define como:

[...] una organización líder a nivel nacional con proyección regional e internacional como referente en las áreas de salud pública desde una perspectiva de DD. HH. [y plantea que su abordaje] es integral e incluye el desarrollo de investigaciones, soluciones prácticas y comunicación vinculadas a las políticas de salud pública en nuestro país y en la región [...] [Asimismo su misión implica] desarrollar investigaciones científicas y acciones de prevención y promoción de los derechos para garantizar el *acceso a la salud* y reducir el impacto de las enfermedades con foco en VIH/sida, hepatitis virales, enfermedades prevenibles por vacunas y otras enfermedades transmisibles, así como en salud sexual y reproductiva. (Fundación Huésped, s.f.a)

En casi todos los casos, con mayor o menor explicitación, la temática de los derechos humanos, y en especial el derecho a la salud, constituye una base de fundamentación filosófica-ideológica común. Dado el curso que tuvieron las acciones de reclamo y denuncia por parte de otras OSC con referencia al libre acceso a las vacunas COVID, es pertinente dar cuenta de la solicitud y recomendaciones formuladas al ministro de Relaciones Exteriores de Argentina por parte de organizaciones integrantes de la Campaña *Feminists for a People's Vaccine* al requerir que, en el marco de la Asamblea de la OMC, no se acepte la propuesta de un “texto filtrado” que refleja las posiciones de la Unión Europea y de USA, quienes no apoyan la demanda inicial de India y Sudáfrica a favor de la suspensión de las patentes y, en cambio, le requieren:

[...] seguir buscando exenciones directas e incondicionales de las obligaciones del Acuerdo de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio [ADPIC] con respecto a las patentes, la protección de la información no divulgada, los derechos de autor y los diseños industriales que amplíen el espacio político, la seguridad jurídica y la libertad de actuación a nivel nacional. Dichas exenciones deberían extenderse también a la terapéutica y el diagnóstico y no estar sujetas a ninguna condición. (Firman: Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS], Development Alternatives with Women for a New Era [DAWN], Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer [FEIM], Fundación Huésped, Fundación Grupo Efecto Positivo [GEP], Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA [ICW], Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Positivas, Internacional de Servicios Públicos [PSI], Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH, Third World Network [TWN]).

En el mismo sentido y con alcance internacional circuló un *Llamamiento Global a la Acción* por parte de organizaciones de

todo el mundo que denuncia la negativa de la OMC a renunciar temporalmente al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio [ADPIC],

[...] tal y como exigían la gran mayoría de los países del mundo y los expertos en salud pública y los trabajadores sanitarios, los fabricantes de medicamentos genéricos, los defensores de los derechos humanos, los líderes religiosos, los sindicatos, los grupos comunitarios, decenas de premios Nobel y antiguos jefes de Estado, e incluso el Papa.

Por el cual están pidiendo a los gobiernos: 1. Comprometerse a no utilizar los mecanismos de disputa de la OMC y otros acuerdos de comercio e inversión u otros medios en un intento de detener o disuadir a los países de producir, distribuir o utilizar tecnologías médicas o de compartir información sobre cómo hacerlo independientemente de las normas de la OMC y de los acuerdos de libre comercio; 2. Adoptar todas las medidas necesarias para salvar vidas y poner fin a la pandemia, incluso utilizando plenamente las flexibilidades existentes, aunque limitadas, de la OMC; y, 3. Eludir las normas de monopolio farmacéutico de la OMC siempre que sea posible y desafiar directamente esas normas cuando sea necesario (Federación Médica Colombiana, 2022).

El llamamiento conjunto se produce cuando la OMC concluye, después de varias postergaciones ocasionadas precisamente por la pandemia, su reunión de toma de decisiones más importante desde el inicio de la COVID-19, la 12ª Conferencia Ministerial de la OMC del 12 al 16 de junio de 2022, sin acordar la eliminación temporal de las normas de propiedad intelectual que restringen la producción y el suministro de vacunas, diagnósticos y terapias COVID. El manifiesto refiere que:

[...] durante más de 18 meses, la obstinación y la intimidación de unos pocos Estados miembros de la OMC, muy poderosos desde el punto de vista económico, han hecho caso

omiso de los deseos de más de 100 países de renunciar a los obstáculos de los ADPIC de la OMC para el acceso mundial a las herramientas médicas de COVID-19. El texto de exención de los ADPIC propuesto en octubre de 2020 por Sudáfrica e India contó con el copatrocinio de 65 países miembros de la OMC, pero escandalosamente nunca se permitió negociar este texto. (Federación Médica Colombiana, 2022)

Con un tono crítico y de reproche, el llamamiento considera que actuando en nombre de los intereses farmacéuticos y al bloquear la eliminación por parte de la OMC de las barreras de propiedad intelectual [PI] para el acceso a las vacunas, las pruebas y los tratamientos a nivel mundial, la Unión Europea, Suiza y el Reino Unido han traicionado a los miles de millones de personas de todo el mundo que todavía necesitan acceder a vacunas, medicamentos y diagnósticos que salvan vidas. Al no cumplir con la exención de vacunas –para la que anunció su apoyo– y bloquear la inclusión de tratamientos y pruebas, Estados Unidos también ha dado la espalda a un planeta desesperado para que la pandemia de COVID termine (Federación Médica Colombiana, 2022).

Lamentablemente, también se desconocieron las conclusiones de la 50ª sesión del Consejo de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, que había aprobado una resolución que exhorta a los Estados a promover “el acceso oportuno, equitativo y sin trabas a medicamentos, vacunas, diagnósticos y terapias seguros, eficaces, de calidad y asequibles y otros productos y tecnologías de salud, para todos” y declara el acceso a la inmunización como un “bien público mundial” (PharmaBaires, 2022).

Sorpresivamente, pocos días después de la finalización de la referida Conferencia Ministerial de la OMC se difunde una noticia cuyas intimidades de juegos de poder y de intereses no han sido aún develadas, pero existen suspicacias y temores con relación a los alcances de las decisiones. Finalmente, en un pacto sin precedentes, la OMC decidió suspender las patentes de las vacunas contra el COVID-19 temporalmente:

[...] La decisión de los miembros de la Organización Mundial de Comercio (OMC) de suspender temporalmente las patentes de las vacunas anticovid es un acto simbólico cuyo alcance real es desconocido, dijeron expertos, ya que es la primera vez que se adopta una suspensión de patentes en el seno de esa organización. Tras casi dos años de negociaciones, los 164 países de la OMC alcanzaron ese pacto “sin precedentes” que permite a los países en vías de desarrollo fabricar durante cinco años las vacunas contra el coronavirus, sin pagar regalías. Ello incluye la tecnología del ARN mensajero, una novedad científica que propulsó los tratamientos contra la pandemia. Los países que lo deseen podrán utilizar ese método sin tener que contar con la autorización del laboratorio que lo descubrió. (Clarín, 2022)

[...] El acuerdo fue posible en virtud del renunciamento de China, el mayor exportador de vacunas COVID del mundo, que se autoexcluyó explícitamente de los beneficios de las flexibilidades, a condición de que se eliminara al mismo tiempo cualquier restricción sobre cuotas de mercado que limitara la exención para los países en desarrollo. (Ferrari, 2022)

Sin embargo, la conflictividad y las tensiones subsisten. La industria farmacéutica advierte que la producción de vacunas ya es muy elevada. A mediados de junio de 2022, se habían producido cerca de 14 mil millones de dosis en todo el mundo. Algunos productores, como el Serum Institute of India, decidieron incluso interrumpir su producción, ante la falta de demanda. El problema desde el principio fue la distribución. Incluso numerosos países productores bloquearon las exportaciones en nombre de la soberanía sanitaria.

Además, subsisten los problemas de logística para distribuir medicamentos que requieren cuidados especiales a causa de su sensibilidad a las variaciones de temperatura: “Simplemente

es demasiado tarde” para que se abran nuevas fábricas, opinó el ministro indio de Comercio en la OMC, Shri Piyush Goyal (Pagina 12, 2022). En tanto que Thomas Cueni, director de la International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations, describió la nueva propuesta como una “*caja de Pandora*” que enviaría: “[...] una señal completamente equivocada para la preparación para futuras pandemias” y *socavaría el control de calidad* y los incentivos para la investigación. Aseguró que se trata de una propuesta de “una coalición de países que se oponen *fundamentalmente a la propiedad intelectual* y están tratando de *sentar un precedente* para socavarla” (Foley, 2022).

Como punto final del relevamiento realizado en múltiples fuentes analizadas respecto a la presencia de la voz de la SC y algunas otras organizaciones en torno a la caracterización de las vacunas y el acceso a las mismas, y por la importancia del suceso, resumimos una nota periodística publicada por *Acción, en defensa del cooperativismo y del país*, periódico *online* del Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos.

[...] Para las OSC se trata de un acuerdo tardío, limitado y de efectos prácticos reducidos. Médicos Sin Fronteras calificó el convenio como “decepcionante” y muestra la incapacidad de acordar una verdadera exención de la propiedad intelectual en la OMC [...] “resulta un fracaso global devastador para la población de todo el mundo”. Amnistía Internacional coincidió en que después de casi dos años de discusiones la OMC no pudo garantizar el acceso de millones de personas a los productos sanitarios que requiere la pandemia. Para la organización intergubernamental South Centre “los países desarrollados miembros de la OMC se alinearon con la narrativa de la industria farmacéutica (que se benefició de una inversión pública masiva para desarrollar vacunas contra el COVID-19) y el argumento no probado de que una exención de los ADPIC, aunque sea temporal y se limite a hacer frente a la pandemia actual, pondría en peligro

irreparable la innovación”.

Sonia Tarragona, economista de la salud y jefa de Gabinete del Ministerio de Salud de Argentina, si bien reconoció que “la decisión adoptada fue una decisión política y dejó de ser un proceso técnico”, estima que el texto final podría haber sido peor sin la presión de países como Argentina, que estuvo presente en todas las negociaciones de la mesa chica y sostuvo su posición en todo momento. Manifestó que: “fuimos los únicos que peleamos hasta el final. Argentina quedó sola. India no peleó nada y Sudáfrica apoyó tibiamente. Quedamos solos con la posición dura. Por eso no salió peor”, haciendo referencia a los dos países que en agosto de 2020 presentaron el proyecto original. Aunque el texto adoptado no es lo que se esperaba, considera que tiene algunas disposiciones positivas: se logró que la lista no se restringiera solo a vacunas como era la intención de los países centrales y se incluyeran los procesos y los intermedios; se amplió la posibilidad que otorgaba el artículo 31 de los ADPIC, permitiendo exportar el 100 %; se logró que se aceptara la posibilidad de discutir en seis meses la inclusión de tratamientos, que inicialmente estaba vedada. La informante concluyó mencionando que, “por tercera vez en su historia, la OMC se ve obligada a reconocer el impacto negativo de las patentes sobre la salud, lo que constituye un antecedente valioso para futuras negociaciones”. (Ferrari Alberto, 2022)

Apoyando la exención, la Cámara de los Laboratorios Nacionales, CILFA, celebró la medida pues se da “una respuesta institucional a las necesidades de la salud pública de los países al anteponer el derecho a la salud sobre los derechos privados monopólicos de las patentes”.² Coincidentemente, la Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas Nacionales, ALIFAR, fue por más al

² Ver <https://www.pharmabiz.net/alifar>

alentar a los miembros de la OMC “a continuar el debate para que, en forma urgente, se prolongue el plazo de vigencia de la medida adoptada y se extienda su alcance también para la producción y abastecimiento de diagnósticos y terapias contra COVID-19” (Farmacéuticos sin frontera, 2022).

En tanto, mutis en el escenario. No hay información accesible sobre los vericuetos y efectos que tuvieron las decisiones comentadas ¿Tarde o a tiempo apropiado? Según algunos, tarde porque muchos países no productores ya habían encargado y comprometido la compra a los principales laboratorios. Tarde también porque la demora debe haber implicado morbilidad y mortalidad innecesaria. Lo que sería objeto de otra investigación es si, de algún modo, la resolución tardía incidió en el precio de las vacunas y a modo de interrogante abierto: ¿no resulta sospechosa –en tiempos de capitalismo cognitivo y desarrollo de internet– la postergación que tuvo la 12ª Asamblea de la OMC?

Con relación a los daños causados por las restricciones a las vacunas, desde Argentina agradecemos la disponibilidad con que se contó por parte de la vacuna SPUTNIK-V producida por Rusia y elocuentemente no autorizada por la OMS lo que, gracias a las gestiones gubernamentales del país, posibilitó que tuviéramos uno de los mejores niveles de vacunación de América Latina y el Caribe.

A MODO DE COLOFÓN

Es indudable que la pandemia del COVID-19, en el marco de las relaciones contemporáneas del poder global y por la escala mundial de sus variados efectos, se convirtió rápidamente en interpelador de múltiples problemáticas y tensiones relacionadas con la organización social y cultural, sus modos de producción y nuestros vínculos con la “naturaleza”.

Como tantos otros padecimientos, se trata de un proceso biopolítico vinculado a campos del medicamento, la tecnología médica, la investigación científica, la comunicación social, la medicina y las acciones por parte del Estado que intentará o no, dependiendo del perfil político-ideológico de los gobiernos, reducir

la incidencia de la pandemia y sus efectos sociales y económicos. A lo anterior, se le suma un contexto en América Latina y el Caribe de deterioro del sistema público de salud como consecuencia de políticas neoliberales que el capitalismo en nuestra región sostiene desde mediados de los años setenta. No obstante, como rasgo inédito provocado por la pandemia, es la primera vez en la historia de la humanidad que se ha producido un “parate” de escala mundial que, en sí mismo, implica un hecho distintivo también por su simultaneidad. Hoy día, afirmar lo anterior no es nada nuevo, pero lo que quiero resaltar es que, en medio del aislamiento y cuasirreclusión monacal, ha sido notable en Argentina y en otros países la respuesta del campo intelectual y científico de las ciencias “duras” y también de las ciencias sociales que, interpelados por el COVID-19, verificaron un acelerado proceso de reflexión e indagación acerca del “estado de situación” respecto al acatamiento de las restricciones, sus efectos diferenciales en los procesos de enfermar y morir, y las variadas problemáticas sobre las condiciones y modos de vida en territorios signados por una gran desigualdad social. El rápido aumento de las producciones y publicaciones del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales [CLACSO] así lo atestigua.

De todos modos, una vez más fueron las organizaciones de la sociedad civil quienes sensibilizaron y denunciaron el monopolio de la industria farmacéutica y colaboraron en la desnaturalización de las inequidades en torno a los efectos e implicancias de la pandemia. Como muchas veces pasa, el accionar de estas organizaciones “temáticas” no es regular y sostenido en el tiempo, con excepción tal vez de los organismos de derechos humanos, lo que constituye una de las características de los movimientos sociales y la acción colectiva en estado de “reposo”.

En este sentido, al decir de García Linera (2020),

[...] el porvenir se presenta como un espacio no solamente de incertidumbre, sino también de disputa. Estamos disputando el porvenir en el presente. Más allá de la tragedia que estamos viviendo producto de esta pandemia, me refiero

a las muertes y los efectos económicos, es un momento extraordinario y excepcional para luchar por futuros posibles. (Oliva, 2020)

Un indicador de las palabras anteriores es, indudablemente, el logro de haberse obtenido, al menos, una supresión temporaria de los derechos de propiedad y uso exclusivo por parte de la Big Pharmacy de las vacunas COVID-19. Sin embargo, dos años después, al finalizar la 77ª Asamblea Mundial de la OMS no hubo acuerdo entre los países miembros para suscribir el Tratado de la Pandemia, el cual se postula como una herramienta imprescindible para hacer frente a nuevas pandemias... Sospechas múltiples y cruzadas. Siguen entonces vigentes, entre otras cosas, las patentes y la desigualdad e inequidad sociosanitaria.

La variedad de significaciones e implicancias múltiples que ha tenido la pandemia nos hace pensar, en el sentido de Mauss, que la infección del COVID-19 puede ser comprendida como un *hecho social total* ya que “se expresan a la vez y de golpe todo tipo de instituciones” (políticas, sanitarias, científicas, familiares, económicas nacionales e internacionales, etc.) y también todas las desigualdades, exigiendo –para su comprensión y abordaje– de un complejo institucional de carácter múltiple e interdisciplinario (Mauss, 2009).

BIBLIOGRAFÍA

ACCESO (2021). Foro para la Promoción del Acceso Universal a las Vacunas COVID. Documento Base. *GDFE*. https://www.gdfe.org.ar/wp-content/uploads/2021/08/Documento-base-I-Encuentro-Regional-ACCESO_esp%C3%B1ol.pdf

Asociación de Salud Pública [ASSAP] (s.f.). Presentación institucional. <https://www.aasap.com.ar/>

Asociación Latino Americana de Medicina Social [ALAMES] (2020). Propuesta de Alames frente a la Pandemia del COVID19, Equipo de Coordinación. *ALAMES*. <https://alames.org/index.php/documentos/articulos-de-prensa/145-flayer-frente-a-la-pandemia-2/file>

Basile, Gustavo y Feo, Oscar (2022). *Las 3 “D” de las vacunas*

de SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe: determinación, dependencia y descoordinación. Buenos Aires: CLACSO. <https://www.clacso.org/las-tres-d-de-las-vacunas-del-sars-cov-2-en-america-latina-y-el-caribe-determinacion-dependencia-y-descoordinacion/>

Biagini, Graciela (1996). El campo de la salud y el desarrollo del conocimiento científico. Procesos sociales y estructuración del paradigma médico. *Academia*. <https://www.academia.edu/36439219/>

Biagini, Graciela (2009). *Sociedad civil y VIH-sida ¿de la acción colectiva a la fragmentación de intereses?* Buenos Aires: Paidós.

Biagini, Graciela (2022). ¿Bien público o mercancía? Sociedad civil y vacunas COVID-19 [ponencia]. *XV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. IIGG-UBA, Buenos Aires, Argentina. <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/>

Buenrostro, Alejandra (6 de junio de 2022). OMC acuerda suspender patentes de vacunas contra el COVID-19 para que otros países las fabriquen. *Heraldo USA*. <https://www.heraldousa.com/tendencias/2022/6/26/omc>

Cámara de los Laboratorios Nacionales [CILFA] (s.f.). <https://www.pharmabiz.net/alifar>

Clarín Redacción (17 de junio de 2022). En un pacto sin precedentes, la OMC acordó levantar las patentes. *Clarín*. https://www.clarin.com/sociedad/pacto-precedentes-omc-acordo-levantar-patentes-vacunas-coronavirus_0_MeGb5dmXH9.html

Cohen, Jean y Arato, Andrew (2001). *Sociedad civil y teoría política*. México: FCE.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2021). Presentación de los lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe. *CEPAL*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47252-lineamientos-propuestas-un-plan-autosuficiencia-sanitaria-america-latina-caribe>

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales [CLACSO] (febrero de 2021). Las vacunas como bien público global y cuestión de soberanía sanitaria regional. *CLACSO*. <https://www.clacso.org/las-vacunas-como-bien-publico-global-y-cuestion-de-soberania-sanitaria-regional/>

Curcio, Pasqualina (2021). La carrera por la vacuna contra el COVID-19 en América Latina. En Carolina Tetelboin Henrion, Daisy Iturrieta Henríquez y Clara Schor-Landman (Coords.), *América Latina. Sociedad, Política y Salud en tiempos de pandemias* (pp. 115-126). Buenos Aires: CLACSO.

De Sousa Santos, Boaventura (2021). La vacuna es un bien público mundial. CLACSO. <https://www.clacso.org/la-vacuna-es-un-bien-publico-mundial/>

Eslava-Castañeda, Juan Carlos et al. (2022). Los procesos de vacunación contra la enfermedad por coronavirus desde una perspectiva crítica. En Carolina Tetelboin Henrion, Daisy Iturrieta Henríquez y José Noronha (Coords), *Pandemias, desigualdades y prácticas sociales en salud. Miradas para la transformación de América*. Buenos Aires: CLACSO.

Esteban, Pablo (5 de mayo de 2020). Cómo se ven los efectos del coronavirus desde las Ciencias Sociales. *Página 12*. <https://www.pagina12.com.ar/263709>

Federación Médica Colombiana (13 de junio de 2022). Llamamiento mundial a la acción por el acceso a medicamentos y vacunas contra COVID-19 para salvar vidas humanas. *Federación Médica Colombiana*. <https://www.federacionmedicacolombiana.com/2022/06/13/>

Ferrari Alberto (6 de julio de 2022). Salud pública vs farmacéuticas. *Acción*. <https://accion.coop/pais/sociedad/salud-publica-versus-farmaceuticas/>

Foley Joseph (7 de julio de 2022). Patentes COVID: se viene otra batalla. *Pharmabiz*. <https://www.pharmabiz.net/patentes-covid-se-viene-otra-batalla/>

Fundación AVINA (s.f.). Presentación institucional. <https://www.avina.net>

Fundación Huésped (s.f.a). Presentación institucional. <https://www.huesped.org.ar/>

Fundación Huésped (s.f.b). Información sobre VIH. <https://www.huesped.org.ar/informacion/vih/ida>

Gramsci, Antonio (2018). *Notas sobre Maquiavelo. Sobre la*

política y el Estado moderno. Granada: Editorial Comares.

Laurell, Asa Cristina (enero de 1982). salud enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*, (19), 1-11. <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n19a061.pdf>

Laurell, Asa Cristina (2021). Introducción. En Carolina Tetelboin Henrion, Daisy Iturrieta Henríquez y Clara Schor-Landman (Coords.), *América Latina. Sociedad, Política y Salud en tiempos de pandemias* (pp. 11-16). Buenos Aires: CLACSO.

Mauss, Marcel (1991). *Ensayo sobre el don en sociología y antropología*. Madrid: Tecnos.

Naishtat, Francisco (2005). *Problemas filosóficos de la acción individual y colectiva: una perspectiva pragmática*. Buenos Aires: Prometeo.

Oliva, Ayelén (2020). El fin del porvenir como repetición Entrevista a Álvaro García Linera. *Le monde diplomatique*. <https://www.eldiplo.org/notas-web/el-fin-del-porvenir-como-repeticion/>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (12 de febrero de 2020). Expertos y entidades de financiación de todo el mundo establecen prioridades para la investigación de la COVID-19. *OMS*. <https://www.who.int/es/news/item/12-02-2020-world-experts-and-funders-se-priorities-for-covid-19-research>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (22 de julio 2021). La inequidad vacunal socava la recuperación económica mundial. *OMS*. <https://www.who.int/es/news/item/22-07-2021-vaccine-inequity-undermining-global-economic-recovery>

OXFAM (23 de mayo de 2022). Cada 30 horas la pandemia genera un nuevo milmillonario, mientras que, al mismo ritmo, un millón de personas podrían caer en la pobreza extrema en 2022. *OXFAM*. <https://www.oxfam.org/es/notas-prensa/cada-30-horas-la-pandemia-genera-un-nuevo-milmillonario-mientras-que-al-mismo-ritmo-un>

PharmaBaires (18 de julio de 2022). Consejo de DD. HH. de la ONU aprueba resolución patrocinada por Argentina que declara el acceso a las vacunas como un bien público mundial. *PharmaBaires*. <https://www.pharmabaires.com/2506>

Sociedad Argentina de Medicina [SAM] (s.f.). Presentación institucional. <http://www.sam.org.ar/>

Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología [SAVE] (s.f.). Presentación institucional. <https://save.org.ar/nosotros/>

Sociedad Argentina de Virología [SAV] (s.f.). Presentación institucional. <https://www.facebook.com/viro.org/>

Télam (5 de agosto de 2021). Últimas noticias. *Télam*. <https://www.telamcom.ar>

Tetelboin Henrion, Carolina (2021). Introducción. En Carolina Tetelboin Henrion, Daisy Iturrieta Henríquez y Clara Schor-Landman (Coords.), *América Latina. Sociedad, Política y Salud en tiempos de pandemias* (pp. 17-18). Buenos Aires: CLACSO.

PROCESOS DE UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD EN LA CUARTA TRANSFORMACIÓN POLÍTICA DE MÉXICO

Asa E. Cristina Laurell

INTRODUCCIÓN

El gran tema de debate en la política de salud durante por lo menos las últimas cinco décadas se refiere a cómo resolver las contradicciones entre un sistema privado, la universalidad del sistema público y los sistemas mixtos público-privados. No se puede comprender y, por tanto, tampoco transformar un sistema de salud sin tener presente su proceso de constitución. Es de suma importancia no formular las políticas al margen de este conocimiento. El centro de la política de salud no es optar por uno u otro sistema sino discernir cómo transitar del sistema existente al planeado. Durante las últimas décadas hemos asistido al fracaso de algunas políticas llamadas de “*Big Bang*”, que pretendieron introducir una nueva política en un plazo corto, pero también de cambios más lentos que no han logrado alcanzar sus objetivos en el tiempo planeado. Es entonces importante analizar cuáles han sido los principales obstáculos a la instrumentación de los cambios en los sistemas de salud y entender la especificidad de los sistemas tipo en cada uno de los países. Por ejemplo, se tiende a

considerar que el tipo de sistema más prevalente en América Latina es el bismarckiano, o sea, un sistema con un componente de seguro social público para los trabajadores formales y otro sistema público para los trabajadores no-asalariados o informales. Sin embargo, en la realidad los sistemas así clasificados son muy diversos, lo que significa que sus transformaciones son muy disímiles. Para no ir más lejos, pueden tener transformaciones privatizadoras o, por el contrario, profundización de sus elementos públicos.

El propósito del presente ensayo es analizar el avance del proceso de transformación del sistema público de salud, que ha emprendido el gobierno de Andrés Manuel López Obrador [AMLO] en el período de enero 2019 a abril 2024. Este proceso empieza por precisar las nuevas concepciones de universalidad y gratuidad de los servicios de salud y su avance actual. Incluye reseñar los cambios legislativos, y los avances y las contradicciones en el proceso de universalización y federalización de los servicios estatales. Debido al período abordado, resulta además necesario entender el impacto de la pandemia para la unificación del sector público de salud. Asimismo se reseñarán brevemente las principales críticas manifestadas por la oposición política al modelo propuesto y a las medidas tomadas por el gobierno.

Se utilizará el enfoque teórico de la salud colectiva con un acercamiento desde la institución pública, que significa asumir la corresponsabilidad en el proceso de transformación del sistema de salud y garantizar el acceso a todos los servicios. Evocando a Spinelli (2012) en esta línea hay que distinguir “lo político” en salud de la(s) política(s) de salud y las prácticas institucionales. Respecto a lo político en salud es preciso recordar que el ámbito de la salud, particularmente después de la pandemia, tanto en el imaginario ciudadano como entre los profesionistas de la salud, es entendido como la acción curativa. Así, las personas demandan solución a sus enfermedades, lo que los políticos traducen en acciones medicalizadas: más hospitales, más equipamiento diagnóstico y para el tratamiento; hablan de prevención y educación, pero tienden a compartir con el “público” una idea medicalizada.

Las políticas de salud, por su parte, son un conjunto estructurado de medidas para alcanzar determinados objetivos en un tiempo definido. Esto significa una planeación precisa en función de los objetivos que se proponen alcanzar; por ejemplo, durante un sexenio o un período de gobierno. Tienen un componente técnico importante que se extiende más allá de las voluntades de los gobernantes, y deben incluir las consideraciones sobre el paradigma de salud que se pretende instrumentar; las prioridades a plantear y sus soluciones en términos de infraestructura y personal requeridos; y los recursos económicos necesarios. Desde luego deben tomar en cuenta las representaciones de la salud que tienen los grupos o clases sociales y los funcionarios públicos de la salud, así como las concepciones clasistas y elitistas presentes en la sociedad. En este contexto es necesario, por lo menos al comienzo, optar por la parte de la población con más necesidades. O, si la visión política fuera la opuesta, priorizar a los intereses económicos y los sectores privilegiados. Es decir, hay que analizar con precisión cuál es la correlación de fuerzas y dónde se pretende instrumentar la política de salud. No está demás subrayar que, si se opta por una política normativa, en el sentido del “deber ser”, es poco probable tener una sociedad que la aceptaría consensualmente. En este sentido la política desempeña un papel importante, pero no suprime los componentes técnicos de las políticas.

Cualquier política de salud necesariamente se despliega dentro de una institucionalidad existente, que tiene valores, culturas, normas, vicios y jerarquías generalmente muy enraizadas. El hecho de que tengan su propia historicidad, no quiere decir que sean fáciles de erradicar. A la práctica medicalizada en las instituciones de salud corresponde una jerarquía donde en el peldaño más alto está un médico. En México hay un dicho al respecto que reza: “A un médico solo lo manda otro médico o Dios”. La institucionalidad también, con mucha frecuencia, dificulta la operación por un enjambre de reglas, normas, reglamentos, prácticas, etcétera. Si es el caso, probablemente es necesario realizar una ingeniería institucional para poder avanzar con más certeza y velocidad.

EL ESCENARIO POLÍTICO MEXICANO

Las elecciones en México de 2018 significaron la ruptura del ciclo neoliberal, que se instaló en firme con la elección presidencial fraudulenta del priista Carlos Salinas de Gortari en 1988. Después del asesinato en campaña del candidato del Partido Revolucionario Institucional [PRI], Luis Donaldo Colosio, fue electo su sustituto Ernesto Zedillo en 1994 en un proceso ilegítimo. Ocurrió además, en el mismo año, el levantamiento armado indígena del Ejército Zapatista de Liberación Nacional [EZLN].

En el 2000 hubo un cambio de partido en el gobierno con la elección de Vicente Fox del Partido de Acción Nacional [PAN], y la imposición en 2006 de Felipe Calderón del mismo partido, a pesar de un proceso documentadamente fraudulento. Para el siguiente período presidencial iniciado en 2012, regresó el PRI con Enrique Peña Nieto. Para las elecciones de 2018 el candidato del partido Morena (Movimiento de Regeneración Nacional), AMLO, ganó con un amplio margen, con el 53,2 % de los votos y con una plataforma de izquierda, llamada la Cuarta Transformación de México –la 4T– en alusión a las revoluciones de Independencia, de Reforma y Mexicana. Es necesario subrayar que la victoria de AMLO rompió una larga cadena de fraudes electorales de diverso tipo operada por una estructura bastante estable de funcionarios públicos. La clave para conseguir el reconocimiento del triunfo fue tener un margen amplio de votos.

EL SISTEMA DE SALUD HASTA 2018

Vale señalar que el gobierno de Salinas de Gortari interrumpió temporalmente el proceso de descentralización de los servicios de salud para la población sin seguro social laboral al nivel estatal, como parte integral del modelo neoliberal. Sin embargo, el giro neoliberal profundo de la política de salud mexicana se dio como el resultado de la aguda crisis económica del país al inicio del gobierno de Zedillo en 1995, con la intervención directa del Fondo Monetario Internacional [FMI], el Banco Mundial [BM] y el Tesoro de los EUA (Laurell, 2015). Uno de los compromisos del gobierno de México fue

introducir un modelo de salud basado en la competencia, tanto en la administración del aseguramiento como en la prestación de los servicios (Mussot, 2023). Esto llevó a concluir la descentralización en 1997. Sin embargo, su mayor impacto fue en la reforma de la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], tanto en el modelo de salud como en lo referido al sistema de pensiones, que pasó a ser de ahorro individual con administración privada, en México llamado Administradoras de Fondos para el Retiro [AFORE] (Diario Oficial de la Federación, 1915).

El modelo de salud, plasmado en la nueva Ley del IMSS, prescribió darle autonomía de gestión a los servicios en zonas con un hospital y un grupo de Unidades de Medicina Familiar llamadas “Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada”. Los derechohabientes tendrían libertad de elección entre el IMSS y los servicios privados (Mussot, 2023). A ello se agregó la posibilidad de elección por el derechohabiente de su médico, y una gratificación a este en función del número de derechohabientes autoadscritos a él. Además, se añadió la posibilidad de que los trabajadores no asegurados coticen en el IMSS para acceder a sus servicios médicos. Esta posibilidad posteriormente fue plasmada en el Seguro de Salud para la Familia durante el período de Santiago Levy como director general del IMSS.

Este modelo fracasó principalmente por la resistencia combativa del sindicato y los funcionarios medio-altos del Instituto. Empero, también hay que señalar, que en México el sector privado era muy débil y el ejercicio liberal de la profesión tenía poca capacidad o interés de involucrarse en el nuevo modelo. Ante esta situación, la privatización en el IMSS se dio por otras vías, especialmente con la subrogación de distintos tipos de servicios llamados “integrales”, como son laboratorio, hemodiálisis, anestesiología, paquetes de servicios de cirugía, preparación y mezcla de medicamentos, etcétera. Estas formas de privatización parcial generalmente tienen altas ganancias y no implican inversiones tan cuantiosas. Por otra parte, generan una alta dependencia de los servicios públicos, dado que sin ellos no se puede garantizar la continuidad en la prestación de los servicios.

El gran cambio en el modelo de salud hacia el paradigma neoliberal, sin embargo, se dio con el gobierno de Fox, quien designó como secretario de Salud al doctor Julio Frenk, exfuncionario del Banco Mundial y del Instituto Nacional de Salud Pública. Su acercamiento a Fox fue para ofrecer “libertad de elección” del médico y de los servicios de salud. Durante este gobierno se diseñó el Sistema Nacional de Protección Social de Salud [SNPSS], mejor conocido como el Seguro Popular [SP], que se legisló en 2003 (Diario Oficial de la Federación, 2003) después de un período de ensayos pilotos en varios estados. En resumen, el SP ofrece un paquete básico de servicios y medicamentos del primer y segundo nivel de atención, CAUSES, y un paquete restringido de servicios de “Gasto Catastrófico”¹ a la población “abierta”. El resto de los servicios deberían ser pagados por el paciente. Contrario a lo que sostienen sus defensores, el SP nunca dio una cobertura completa a la población sin seguridad social laboral (Laurell, 2013). Además, no cumplía con su propia reglamentación, ni garantizaba la calidad de los servicios prestados. Por otra parte, fue un ámbito de mucha corrupción y varios secretarios de Salud terminaron encarcelados por esta causa (La Jornada, 2020).

Es importante resaltar que dentro de este modelo, en principio, no se tenía interés en invertir en infraestructura pública a menos de que se tratara de servicios básicos en territorios poco poblados, donde no les interesaba a los privados invertir por falta de demanda. Sin embargo, para garantizar la cobertura de los servicios comprometidos en el CAUSES, se construyeron hospitales “comunitarios” de 12 a 15 camas. Estos nunca tuvieron servicios completos principalmente por falta de personal en la mayoría de los turnos. Por otra parte, se ampliaron los servicios de alta especialidad en varias regiones, pero sin garantizar la gratuidad de estos por las restricciones en los Paquetes de “Gastos Catastróficos”. Esto se tradujo en una insuficiente expansión en la de por sí exigua infraestructura.

1 Interesa señalar que lo “catastrófico” no se refiere a los gastos del paciente sino a los efectos en el presupuesto de los servicios de salud.

Para agravar el problema de la escasa infraestructura, a partir de la segunda parte del gobierno de Peña Nieto se frenó todavía más en presupuesto público de salud de 2016 a 2018 y con ello la expansión de la infraestructura.

En resumen, al asumir el gobierno en diciembre de 2018, AMLO se enfrentó a un modelo de salud inoperante y una infraestructura pública de salud insuficiente y con falta de personal capacitado, especialmente en los servicios para la “población abierta”, pero también en las instituciones de seguridad social.

EL NUEVO MODELO DE SALUD DEL GOBIERNO DE LA 4-T

El documento programático de salud de la campaña de AMLO se comprometía a la desaparición del Seguro Popular; la universalización y gratuidad de los servicios de salud como derecho social, así como a la federalización² de los Sistemas Estatales de Salud [SESA] para garantizar la equidad geográfica y, además, combatir la corrupción en estos sistemas.

Sin embargo, se dejó la estructura bismarckiana del sistema público con su sistema de seguro social para los trabajadores formales, a su vez fraccionada básicamente entre trabajadores del sector privado, el Instituto Mexicano de Seguro Social [IMSS] y los empleados públicos, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE], y otro sistema “abierto” para la población no asegurada, generalmente de trabajadores no asalariados y sus familias. Aunque en principio este nuevo modelo sigue en pie, el camino para instrumentarlo ha estado y está lleno de dificultades.

CARACTERÍSTICAS DEL NUEVO EQUIPO DE SALUD

El equipo de transición de salud fue integrado por personal de salud, en su mayoría clínicos, y encabezado por un médico-investigador, procedente de uno de los Institutos Nacionales de Salud.

² La federalización se entiende en este contexto como el control directo del gobierno federal sobre todo el sistema público de salud para la población abierta, anteriormente descentralizado al nivel estatal.

La mayoría de los integrantes de este equipo, y posteriormente de la dirección de la Secretaría de Salud (Ministerio), no tenía experiencia política, ni en la formulación de políticas de salud y tampoco en la planeación y operación de servicios. Las primeras cabezas de los institutos de seguridad social –el IMSS y el ISSSTE– tampoco contaban con experiencia en el campo de operación de servicios de salud y el primer director general del IMSS apenas duró medio año en el puesto.

CENTRALIZACIÓN DE LAS COMPRAS: UNA FALLIDA MEDIDA ANTICORRUPCIÓN

El primer paso del nuevo gobierno en el área de la salud fue la centralización de las compras de medicamentos, otros insumos y equipos por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público [SHPC], para que fuera una compra única centralizada para todo el sector público de salud. Esta política debe interpretarse como una expresión de la política anticorrupción, máxima prioridad del nuevo gobierno. La compra centralizada no era una novedad, ya que desde hace varios años había estado a cargo del IMSS, que concentraba los pedidos del sector público de salud, y realizaba las licitaciones y compras. Sin embargo, los nuevos funcionarios que asumieron esta tarea ignoraban la complejidad de su encargo. La muy publicitada instrucción que recibieron fue no considerar en las licitaciones a las grandes empresas farmacéuticas, en su mayoría extranjeras, que hasta entonces concentraban los contratos ganadores, fueran estos de distribución o de compra de los medicamentos.

La creciente concentración de la industria farmacéutica internacional en pocas empresas (PriceWaterhouse, 2007) aparentemente era desconocida para los nuevos compradores, que tampoco parecen haber sido conocedores de los intrínquilis de las patentes de medicamentos, y la posibilidad de ignorarlos con base en las excepciones establecidas por la Organización Mundial del Comercio en su reunión en Doha al inicio en 2001 (Astudillo Gómez, 2001). La industria nacional de medicamentos y vacunas desde hace tiempo había cerrado, o había sido vendida a empresas extranjeras. No

inesperadamente la primera licitación bajo el nuevo esquema resultó en un fracaso contundente. Tuvo como uno de sus resultados un problema de abasto de medicamentos, y un incremento muy importante de la compra directa de ellos por parte de las instituciones públicas de salud, lo que incrementó su costo. Desmintió, además, en los hechos, la promesa de medicamentos gratuitos para toda la población, tema que se abordará más adelante.

Ante el fracaso de las compras de la SCHP, el gobierno federal buscó resolver el problema a nivel internacional y contrató, a través de la Cancillería, a un organismo de la ONU, la UNOPS, para esta tarea. Cabe señalar que la experiencia en compra de medicamentos de este organismo se restringía a Guatemala y Panamá. Por otra parte, es el único órgano de la ONU que cobra por sus servicios. Como se podría haber esperado, la UNOPS no logró cumplir su compromiso, entre otros asuntos, porque tardó en las licitaciones y solo entregó los medicamentos directamente en grandes almacenes, pero sin hacerse cargo de la distribución. Tampoco logró comprar todas las claves de medicamentos y otros insumos requeridos. Este hecho obligó a seguir haciendo compras directas e inventar nuevos mecanismos de distribución, entre otros, encargándole al ejército mexicano como una medida de emergencia en vista de que un número importante de unidades de salud –hospitales y unidades de atención ambulatoria– sufrían un desabasto agudo de insumos.

Frente a esta situación, las organizaciones de pacientes, nuevas o ya establecidas, empezaron a protestar y llegaron a ocupar el aeropuerto de la Ciudad de México. Seguramente fueron infiltradas por fuerzas políticas sin ningún interés médico, sino movidas por el ánimo de golpear al gobierno. El grupo más beligerante fue el de los familiares de los niños con cáncer, que después de sus protestas fueron atendidos directamente por el director general del IMSS, y en los 33 nuevos centros de atención –ONCOCREAN– a partir de 2022. La Secretaría de Salud creó un mecanismo semejante, pero con un funcionamiento desigual en el territorio nacional.

Una vez creado el INSABI, cuyas funciones fueron múltiples como se verá más abajo, este se debería encargar también

de la compra consolidada de insumos médicos, cuestión que no se cumplió, entre otras razones, por la llegada de la pandemia de COVID. Finalmente, al inicio de 2024, se instaló una “mega” farmacia a cargo de los Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México [BIRMEX]. Este organismo jugó un papel importante en la producción de vacunas en una época anterior, pero fue prácticamente desmantelado a partir de 2000. Luego se concentró en producir la vacuna de influenza en una asociación público-privada con Sanofi. Con estos antecedentes no parece ser la instancia más adecuada para resolver el tema del desabasto en las instituciones públicas, y tampoco el problema de la distribución.

Es necesario entender que el tema del desabasto se ha convertido en un campo de batalla de la oposición política contra el gobierno, por lo que deben buscarse datos objetivos y bien definidos para tratar el tema. Para esta tarea habría que tener presente el ciclo completo de abasto que consta de determinación de necesidades-licitación-compra-distribución a almacenes-distribución al punto de consumo (hospitales y centros ambulatorios)-almacenamiento en las instalaciones de prestación de servicios-farmacias-punto de consumo directo. En cada uno de estos pasos puede haber “pérdidas” para no decir robo a gran, mediana o pequeña escala.

LA DEROGACIÓN DEL SEGURO POPULAR Y LA CREACIÓN DEL INSABI

Una vez transferido el gobierno al equipo de salud de AMLO, en efecto, se derogó el Seguro Popular y se fundó el Instituto de Salud para el Bienestar [INSABI] en noviembre de 2019 con un cambio en la Ley General de Salud [LGS], dándole como función principal federalizar las Secretarías Estatales de Salud [SESA]. Su programa de trabajo fue publicado en el Diario de la Federación en diciembre (Secretaría de Salud, 2020). Este programa de trabajo se relaciona directamente con la propuesta de la universalización y la gratuidad de los servicios de salud para la población sin seguro social laboral o abierta.

El equipo dirigente del INSABI se caracterizó por su escaso conocimiento del sector salud, las legislaciones y las políticas de

salud predominantes en los estados. Su director fue un licenciado en administración de empresas con una maestría de una universidad poco conocida del sureste del país. Había sido funcionario del gobierno del estado de Tabasco, pero no tenía antecedentes en el sector salud. Junto con él, fueron nombrados altos funcionarios, integrantes de la *Ayudantía*³ del Presidente, un médico, un arquitecto y un administrador; todos con poca o nula experiencia en la formulación de políticas y su instrumentación en el sector salud.

El equipo dirigente de INSABI hizo varias giras nacionales para discutir la federalización con los gobernadores de los estados. En muchos casos se firmaron cartas de intención, pero solo en un caso la Secretaría estatal con apoyo de su gobernador aceptó la propuesta. Esta aceptación fue frenada por el INSABI, que solo quería asumir la atención ambulatoria; probablemente ante la falta de conocimientos para asumir un sistema estatal de salud.

El INSABI también fue designado para hacerse cargo de la compra consolidada de medicamentos, insumos y equipos del sector salud; tarea que se interrumpió temporalmente con la llegada a México de la COVID.

LAS ACCIONES DE COMBATE A LA COVID-19

Las responsabilidades del INSABI se diluyeron con la declaratoria de la llegada de la pandemia de COVID-19 a México, en febrero de 2020. Esta emergencia significó que, todo el esfuerzo del gobierno federal se centró en garantizar la atención médica y salvar la vida de los enfermos, a través de un esfuerzo concertado entre los integrantes del sistema público de salud. Posteriormente, el gobierno federal se volcó, a través de las distintas instituciones públicas de salud, a vacunar a toda la población en un gran operativo conocido como el de las Brigadas “Correcaminos”. La principal tarea del INSABI durante la pandemia fue comprar vacunas, ropa de protección y equipo, particularmente respiradores.

3 La *Ayudantía* se compone de jóvenes que acompañan y asisten al presidente en sus giras.

Resultó evidente, ante la emergencia, la debilidad del sistema nacional público tanto en su segmento para la población abierta como en su componente de seguro social. A pesar de que existía un plan de actuación ante situaciones de emergencia o pandemias encargado a los países de las Américas por la OPS a raíz de la epidemia de la Influenza A H1N1 en 2009, este no estaba actualizado. La Secretaría de Salud debería haberse puesto a la cabeza del combate de la pandemia, pero la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud no logró encabezar el sector público, y menos el privado. No fue hasta junio de 2019g que el IMSS integró un comando central para enfrentar las exigencias de la pandemia. Este comando se amplió al Comando Operativo Interinstitucional, que integró a representantes de todas las instituciones públicas de salud, y se convirtió en el conductor de todo el sector público de salud, tanto de los seguros sociales como de las secretarías estatales.

La reorganización del sector público de salud (IMSS, 2022) se centró en cuatro tareas principales. La reconversión de los hospitales existentes para la atención de COVID, el establecimiento de nuevos centros de atención para la atención hospitalaria, unos usaron instalaciones existentes, por ejemplo, deportivos o centros de convenciones, y otros fueron de nueva construcción. De esta manera se abrieron un total de 20 mil (19.999) nuevas camas.

Simultáneamente se fortalecieron los centros de primer contacto con Módulos de Atención Respiratoria –MARSS– y, por lo menos, un MACRO MARSS por entidad federativa. Esto se complementó con atención a distancia con teleconsultas, así como el resurtimiento de recetas sin visita médica y trámites de incapacidad en línea. Incluso México fue uno de los primeros países en el mundo que reconoció la COVID como una enfermedad del trabajo del personal de salud y otras ocupaciones de alta exposición al contagio. Es importante señalar que se hicieron convenios con el sector privado, pero básicamente para que se hiciera cargo de atender pacientes con padecimientos rutinarios mediante un pago de mercado. El sector privado solo atendió

pacientes con COVID leve o con seguros privados suficientemente amplios como para poder atender este padecimiento.

Por otra parte, se integraron brigadas de vacunación —las Brigadas “Correcaminos”—una vez que se tuvieron las vacunas contra la COVID-19. Se logró vacunar a la población a partir de los dos años, y generalmente la población tiene dos vacunas. Se inició la investigación para producir una vacuna nacional que, sin embargo, todavía en 2024 no ha alcanzado su tercera fase.

LA FEDERALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA LA POBLACIÓN SIN SEGURO SOCIAL LABORAL

Como se mencionó anteriormente, se pretendió descentralizar los servicios de salud en un proceso interrumpido a finales de los años ochenta por protestas de la población (Laurell, 2013). Sin embargo, con la firma del gobierno mexicano del rescate financiero con el BM y el FMI en 1994, se retomó el planteamiento de la descentralización de los servicios de salud a los gobiernos de los estados federados, proceso que terminó en 1997 (Laurell, 2015). Aparte de causar una corrupción muy extendida, causó desigualdad entre los estados dada la disparidad en recursos propios. En vista de que el monto de los recursos federales básicamente se determinó con base en el número de habitantes no-asegurados, se generó una inequidad muy importante. La mayoría de los estados dependían en un 90-95 % de las transferencias federales, mientras que por ejemplo la Ciudad de México llegó a sufragar más de la mitad del monto de su gasto en salud.

Una razón poderosa para federalizar los servicios era, por ello, la equidad e igualdad. No debería haber mexicanos de primera y segunda, por lo que AMLO apostó a hacer valer su consigna de campaña “Primero los pobres”. Es de recordar que el IMSS extendió en 1973, mediante un cambio de la ley (Ley del Instituto del Seguro Social, 1973), acciones a núcleos de población de “extrema pobreza y profunda marginación”. Estas acciones persisten actualmente y se conocen como el Programa IMSS-Bienestar. Es necesario hacer esta aclaración porque actualmente la federalización de los servicios

estatales de salud corre a cargo del organismo público descentralizado [OPD] IMSS-Bienestar, que no está sectorizado, tiene personalidad jurídica, patrimonio propio, autonomía técnica, operativa y de gestión (Diario Oficial de la Federación, 2023). La Junta de Gobierno, el máximo órgano de decisión, tiene como presidente al director general del IMSS, lo que ha mostrado ser clave, ya que él ha jugado un papel determinante en el establecimiento del organismo y en su expansión. Simultáneamente se disolvió el INSABI y transfirió su patrimonio al OPD IMSS-Bienestar (Diario Oficial de la Federación, 2023).

La federalización de los servicios de salud es, en principio, voluntaria por parte de los estados. Empero, los estados que optan por no federalizar sus servicios de cualquier manera tienen la obligación por mandato constitucional de prestar servicios y medicamentos gratuitos a su población sin seguro social laboral. En algunos casos, como del estado de Nuevo León, no es tan oneroso dado que una mayoría tiene acceso al IMSS. En otros casos, es difícil que los estados lo puedan sufragar. En este contexto hay que recordar que las facultades de recaudación de impuestos de los gobiernos estatales son muy restringidas. Hasta este momento 23 estados se han sumado a la federalización y tienen gobernadores de Morena. En esta perspectiva la federalización es una política de gobierno más que de Estado, en la acepción de que es un valor socialmente compartido.

El proceso de federalización, en mi análisis, ha sido bastante accidentado debido a cuatro factores:

a) Un cuerpo dirigente con falta de experiencia en un proyecto de esta envergadura, ya que se trata de reorganizar los servicios de salud para cerca de la mitad de la población mexicana, o sea, del orden de 63 millones de personas y con un envejecimiento acelerado.

b) La debilidad de la infraestructura de los estados para garantizar el acceso universal y con Redes Integradas de Servicios de Salud [RISS] incompletas o inexistentes.

c) La falta de presupuesto para cubrir los gastos implicados en ella.

d) Problemas laborales.

Como se observa, estos son en gran medida problemas heredados por el actual gobierno, pero no impide que varias promesas del gobierno federal actual no se hayan cumplido, a pesar de que falta poco tiempo de su gestión.⁴ Es más, el incumplimiento se ha convertido en un tema de ataque frontal de la oposición, que plantea el regreso al Seguro Popular.

El INSABI y su cuerpo dirigente originalmente fueron quienes encabezaron la federalización, pero no avanzaron más allá de la firma de cartas de intención. Superada la pandemia la conducción pasó al recién creado OPD IMSS-Bienestar, cuya primera directora general fue la exdirectora del Programa IMSS-Bienestar. Su visión fue básicamente la misma que la del Programa IMSS-Bienestar, un programa esencialmente rural, a pesar de que la población rural solo corresponde al 21 % de la del país. Por esta razón, este modelo de atención no es aplicable en zonas suburbanas y urbanas, que tienen dinámicas socioeconómicas muy distintas a las rurales.

Después de la renuncia de la primera directora general del OPD IMSS-Bienestar fue nombrado en este puesto el anterior responsable de la compra de medicamentos del INSABI. Esto no dejó de causar sorpresa por el mal desempeño que tuvo en su anterior puesto. El resto del equipo directivo provino básicamente del Programa IMSS-Bienestar, hecho que probablemente profundizó el sesgo hacia lo rural, pero garantizó conocimiento en la operación de servicios.

Para compensar las debilidades en la planeación y operación de servicios de salud, se mandaron responsables nombrados por la Presidencia o el nivel central del IMSS para resolver los problemas políticos originados en el proceso de federalización. Esta decisión fue importante al garantizar mayor experiencia en la resolución de problemas, pero eventualmente también causó una dualidad de mando no siempre conveniente.

Al inicio se levantó un censo en todas las unidades a transferir para conocer sus necesidades de mantenimiento, equipamiento,

4 El nuevo gobierno tomará posesión el 1° de octubre de 2024.

medicamentos y personal, realizado por personal proporcionado por el Programa y el IMSS. Se empezaron a mejorar las condiciones de las unidades por transferir, pero hubo problemas tanto económicos como legales, ya que no se puede invertir en unidades no regularizadas formalmente, que es el caso de muchas de estas en los estados. Contribuyó además la debilidad de la infraestructura de los estados para garantizar el acceso universal.

Ante los problemas encontrados en la rehabilitación y equipamiento de los centros de salud y los pequeños hospitales, se inició un programa nuevo denominado “La Clínica es nuestra”, que pone en manos de un comité comunitario y de personal las decisiones sobre las prioridades de mantenimiento y equipamiento básicos de las clínicas. La entrega del dinero se terminará en septiembre antes del fin del actual gobierno en octubre y corresponde a una inversión total de 5 mil millones de pesos mexicanos (US\$ 292 millones). Es otra ilustración de la estrategia de AMLO de empoderar al pueblo desde abajo, que ha sido una de sus prácticas más exitosas y muy innovadora.

Se habían logrado avances valiosos en junio de 2024 según los informes del director general del IMSS y presidente de la Junta de Gobierno del OPD, Zoé Robledo, cuyo papel en el establecimiento del OPD IMSS-Bienestar ha sido crucial. Sin embargo, las Redes Integradas de Servicios de Salud [RISS] eran incompletas o inexistentes. Este hecho se explica, entre otros problemas, por la escasez de camas hospitalarias para un funcionamiento de 24/7 en muchos estados. Esta situación se debe a la construcción de hospitales comunitarios de 12 a 15 camas durante el período del Seguro Popular, que difícilmente tienen personal en todos los turnos de trabajo. Sin embargo, parece razonable suponer que este problema se resuelva con el incremento en la formación de médicos familiares y generales y la llegada de médicos especialistas cubanos.

Otro de los temas delicados es la falta de presupuesto para cubrir los gastos comprometidos en la federalización y la instrumentación de la universalización implicada en ella. Esta es una gran dificultad, ya que México tiene un presupuesto público de salud

bajo, de orden del 3 % del PIB comparado con el 6 % recomendado por la OPS. Se suponía erróneamente que, con el combate a la corrupción, particularmente en la compra de medicamentos y con la federalización de los servicios, se iba a lograr compensar la pérdida de recursos por estas vías. Un conocimiento básico de la planeación de servicios y sus indicadores elementales hubieran previsto este problema.

Por otra parte, es cierto que la Secretaría de Hacienda ha sido restrictiva en la asignación de presupuesto a las instituciones de salud, lo que también ha pasado en otros países con políticas de universalización y gratuidad, como es el caso de Brasil. Además, influye que AMLO se comprometió durante su campaña a no hacer una reforma fiscal progresiva; razones políticas, ciertamente de fondo, le impidieron incrementar los impuestos una vez en el gobierno. Es bien conocido por economistas y politólogos que construir un estado de bienestar o social, como es el caso de este gobierno, requiere de la redistribución de la riqueza nacional, que es la base misma de este estado.

Los problemas laborales se deben en primer lugar a que los trabajadores de las SESA no tienen plenos derechos laborales, por ejemplo, no tienen derecho a huelga y hay diferencias en las prestaciones entre ambos grupos, ya que pertenecen a diferentes apartados del artículo 123 constitucional que regula las relaciones laborales en el país. De esta manera, los trabajadores del IMSS ordinario pertenecen al apartado A y los de las SESA al B. A ello se añade que hay mucho personal que no tiene plaza de base, a pesar de la promesa presidencial de regularizarlos.

Otro tema de funcionamiento de los servicios es la falta de médicos y enfermeras que estén dispuestos a laborar en zonas rurales alejadas. Este problema está en vías de resolución por dos vías. Para el corto plazo, se ha hecho un convenio con Cuba para apoyo con personal de salud, que ha permitido tener personal capacitado en las zonas rurales aisladas. Paralelamente, se ha incrementado sustancialmente el número de plazas disponibles a nivel licenciatura de medicina general y comunitaria en la nueva

Universidad de la Salud.⁵ Asimismo, se han duplicado el número de plazas de residencia de Medicina Familiar y las cuatro especialidades básicas, cada año. Desde el inicio del sexenio se incrementaron, así, las plazas de residentes de 9.480 en 2019 a 18.147 en 2023.⁶ Adicionalmente, se está explorando la posibilidad de que los residentes, al terminar su formación, hagan una suerte de servicio social pagado, como retribución al país que costó su educación.

Otro tema de fondo se refiere a qué facultades y competencias corresponden, respectivamente, a la Secretaría de Salud Federal, las Secretarías de Salud Estatales y al OPD IMSS-Bienestar. Actualmente está claro que se preservan las Secretarías Estatales de Salud, pero con una restricción importante de sus funciones. En realidad, solo está claro lo que le corresponde al OPD IMSS-Bienestar: la prestación de los servicios médicos con medicamentos y otros insumos gratuitos.

Al inicio del gobierno de AMLO hubo una propuesta consensuada entre los distintos integrantes del sistema público de salud (Secretaría de Salud, 2019), que proponía que se integraran los llamados Distritos de Salud, donde confluyeran las distintas instituciones públicas para proporcionar atención primaria de salud integrada e integral, denominada APS-I Mx. Este modelo retomó muchos elementos del documento encargado a un grupo multidisciplinario por parte de la OPS, que se presentó en México en 2019 (Oficina Panamericana de la Salud, 2019). No obstante, cuando se desapareció a la Subsecretaría de Integración y Desarrollo, supuestamente para contribuir a la Austeridad Republicana,⁷ esta propuesta quedó desdibujada.

Con la supresión de la Subsecretaría y la formal absorción de sus funciones por la Subsecretaría restante, la de Prevención y Promoción [SPP], las tareas más importantes desarrolladas por

5 Ver <https://unisa.cdmx.gob.mx/>

6 Ver <https://amirmexico.com/el-enarm/plazas-y-aspirantes/>

7 “Austeridad Republicana” fue la noción introducida para ahorrar gastos superfluos del gobierno y de los altos funcionarios para canalizar estos recursos a los programas sociales.

las direcciones generales de planeación, de información en salud, de calidad y educación en salud, de evaluación al desempeño y el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, se diluyeron e incluso se perdieron. Como se aprecia, las funciones rectoras y de desarrollo institucional quedaron imprecisas y así continúan, a pesar de la total transformación de la Secretaría de Salud Federal, donde estas funciones hubieran tenido gran importancia.

También se transfirió la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios [Cofepris] a la SPP, a pesar de que tiene independencia por ley en vista de que también supervisa las unidades y prácticas de salud del sector público. Como se observa, las funciones de la Secretaría de Salud Federal quedaron en los hechos sin las competencias más importantes, en vísperas de la gran reestructuración del sistema público de salud. Sin que haya sido claramente establecido, en la práctica, las secretarías estatales han asumido algunas de las funciones de salud pública y coordinación de actividades, pero sin la coordinación intersectorial estrecha prevista en el modelo APS-I Mx.

Por fortuna el IMSS salvaguardó sus diferentes instancias centrales de planeación y operación de los servicios, lo que le ha permitido apoyar al OPD IMSS-Bienestar en sus tareas de federalización y prestación de servicios.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

Transcurridos cinco de los seis años del período presidencial (2018-2024), la transformación del sistema público de salud está en marcha. Es un proceso en evolución que ha logrado implantar una nueva visión política de los derechos en salud de toda la población, particularmente los históricamente excluidos. A mi entender, todavía no se tiene, propiamente hablando, una política de salud estructurada, aunque sus grandes rasgos están dibujados. Aún falta por hacer explícito si se tiene la intención de seguir con la segmentación del sistema público, preservando la seguridad social contributiva y creando un sistema público no-contributivo paralelo como es el OPD IMSS-Bienestar. Esto no es un tema menor dado

que no permite comprender cuál es o será el papel de la Secretaría de Salud Federal como rectora y desarrolladora de todo el sistema de salud, incluyendo el sector privado.

Recientemente, en abril de 2024, se publicó el nuevo lineamiento de un acuerdo entre las instituciones públicas, que obliga a la unidad de cualquier institución más cercana al paciente a atenderlo cuando sea una urgencia real. Aplicaría para los llamados códigos mater, de infarto, de cerebro y casos graves de traumatismos, etcétera. Esto se puede interpretar como el inicio de la fusión de la prestación de los servicios médicos de las instituciones públicas. Los problemas son la falta de infraestructura pública de salud y cómo priorizar a los pacientes. Se añade a estos problemas la falta de las RISS de cada subsistema, que no se pueden hacer solo con georreferenciación desde una oficina central. Por otra parte, hay una cuestión compleja referida al pago de las intervenciones interinstitucionales cruzadas, que habría que resolver. Esta es solo una expresión particular del problema más profundo, que es el financiamiento de un sistema público de salud universal.

Parece haber poca comprensión de los principales problemas involucrados, que se expresan en diferentes cambios estructurales semejantes, que apuntan en la misma dirección. En este sentido falta un análisis sistematizado y profundo de coyuntura, sobre dónde está el país, y hacia dónde se quiere ir. Esto permitiría estructurar una política de salud integral y coherente. Ahora, aparece en el análisis que se opta por un modelo a muy grandes rasgos, sin contemplar su idoneidad en las condiciones actuales del país. Esto se expresa en que hay cambios estructurales reiterados que van en la misma dirección, pero de corta duración. De esta manera, la política de federalización desde el inicio del gobierno se mantiene, pero primero se le encargó al INSABI y luego se creó el OPD IMSS-Bienestar. Sin embargo, se pone como director general del OPD a un funcionario público que ha manifestado su incompetencia en su cargo anterior. Asimismo, se urge analizar como integrar a los nueve estados que quedaron fuera del proceso por voluntad propia. Este problema tiene raíces políticas al ser estados con gobernadores

de la oposición, pero se tiene que buscar una estrategia para tener una política homogénea en el país.

El tema más apremiante, en mi análisis, es la falta de planeación y operación de los servicios federalizados. Es un ámbito que requiere de conocimiento técnico y experiencia. Esto apunta a la necesidad de sostener y formar cuadros medios y directivos. La solución podría ser establecer un servicio profesional de carrera con la formación sistemática sobre avances en el campo de la salud. Un componente obligado en esta formación son los instrumentos, nuevos y viejos, para hacer un análisis institucional estructural y sistemático.

Por último, mi cálculo es que tardará en integrarse el nuevo sistema ya dibujado, por lo menos dos sexenios. Dependerá importantemente del incremento del presupuesto público en salud al 5 % del PIB. Para estimar si es suficiente hay que generar cálculos actuariales confiables en dos escenarios, manteniendo un sistema segmentado y fraccionado, o integrando un sistema único, público y gratuito de salud.

BIBLIOGRAFÍA

AMIR México (2023). Plazas por especialidad ENARM 2023. *AMIR*. <https://amirmexico.com/el-enarm/plazas-y-aspirantes/>

Astudillo Gómez, Francisco (2005). Las negociaciones en materia de propiedad intelectual y los países en desarrollo. *Espacios*, 26(1). <http://www.revistaespacios.com/a05v26n01/05260143.html>

Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. 15 de mayo de 2003. *DOF*. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=695626&fecha=15/05/2003#gsc.tab=0

Diario Oficial de la Federación. Edición vespertina. 1 de junio de 2023. *DOF*. https://www.dof.gob.mx/index_113.php?year=2023&month=06&day=01#gsc.tab=0

Garduño, Roberto y Méndez, Enrique (31 de octubre de 2020). Documenta la ASF cúmulo de estafas en el Seguro Popular. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/noticia/2020/10/31/politica/>

documenta-la-asf-cumulo-de-estafas-en-el-seguro-popular-801

Instituto Mexicano de Seguro Social [IMSS] (2022). Informe de Labores y Programa de trabajo. México: Gobierno de México. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2022/ILPA-21-22.pdf>

Instituto Mexicano de Seguro Social [IMSS] (2023). *Informe de Labores y Programa de trabajo*. México: Gobierno de México. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2023/ILPA-22-23.pdf>

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

Laurell, Asa Cristina (2015). Three decades of neoliberalism in Mexico. The destruction of society. *International Journal of Health Services*, 45(2), 246-264. <https://doi.org/10.1177/0020731414568507>

Ley del del Instituto Mexicano de Seguro Social de 1973. Diario Oficial de la Federación. 12 de marzo de 1973.

Ley del Instituto Mexicano de Seguro Social de 1995. Diario Oficial de la Federación. 18 de diciembre de 1995.

Mussot, Luisa (2023). *IMSS: Horizonte del bienestar social para el México del siglo XXI*. México: IMSS.

Oficina Panamericana de la Salud [OPS] (2019). *Comisión de Alto Nivel: Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata*. Washington: OPS.

Price Waterhouse (2007). Pharma 2020: Marketing the future Which path will you take? *Price Waterhouse Coopers*. <https://www.pwc.com/gx/en/pharma-life-sciences/pdf/ph2020-marketing.pdf>

Secretaría de Salud (2019). *Atención primaria de salud integral e integrada APS-I Mx. La propuesta Metodológica y operativa*. México: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud (2020). Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar. Diario Oficial de la Federación, 21 de diciembre de 2020.

Spinelli, Hugo (2012). El proyecto político y las capacidades de gobierno. *Salud Colectiva* 8(2), 107-130. <https://www.scielo.org/pdf/scol/2012.v8n2/107-130/e>

CONTIENDA POLÍTICA POR EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

ENTRE BIEN DE MERCADO Y DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL

Juan Carlos Eslava Castañeda
Mauricio Torres-Tovar
Mario Hernández-Álvarez

INTRODUCCIÓN

Durante el último año y medio, en Colombia se ha debatido con intensidad una propuesta de reforma a la salud presentada por el Gobierno Nacional que busca transformar el modelo que se instauró en el país desde hace tres décadas. El modelo vigente se forjó bajo las orientaciones neoliberales impulsadas por el Banco Mundial para las reformas de los sistemas de salud (Banco Mundial [BM], 1987, 1993) y siguió el denominado enfoque de pluralismo estructurado (Londoño y Frenk, 1997).

Dicho enfoque introdujo la figura de intermediación financiera para el manejo de los recursos públicos de salud, en manos de aseguradoras públicas y privadas, denominadas Empresas Promotoras de Salud [EPS], e incorporó la prestación de los servicios de salud en las dinámicas de mercado, restringiendo la acción del Estado a la modulación de los diversos mercados que confluyen en el sector de la salud. El modelo así instaurado se convirtió en ejemplo internacional para impulsar la propuesta que hoy se llama,

genéricamente, Cobertura Universal de Salud [CUS], *Universal Health Coverage* [UHC] o Cobertura Sanitaria Universal [CSU] (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Si bien es cierto que la cobertura del aseguramiento aumentó hasta llegar al 97 % de la población y se disminuyó de forma importante el llamado “gasto de bolsillo”, el sistema de salud ha presentado muchos problemas y estos han sido reconocidos por el actual gobierno para justificar la necesidad de la reforma. Pero no se trata de un asunto puramente técnico o de mal o buen diagnóstico de problemas. Es un asunto de la correlación de fuerzas en el marco de la articulación de los servicios de salud al orden económico mundial contemporáneo, que denominamos capitalismo cognitivo financierizado (Hernández-Álvarez et al., 2020).

Es claro, por ejemplo, que es diferente estar afiliado a una EPS que tener acceso real a los servicios de salud, así que la cobertura de acceso es muy inferior a la cobertura de afiliación al sistema (Ayala, 2014). Esto se da como resultado de un complejo proceso favorecido por un comportamiento mercantil de las EPS, centrado en el control del gasto, que genera o auspicia un conjunto de barreras de acceso a los servicios. Situación que en Colombia se ha visto reflejada en miles de decisiones judiciales anuales en la forma de acciones de tutela que, durante más de dos décadas, le han ordenado a las EPS que brinden el conjunto de bienes y servicios en salud que tienen a cargo y que niegan o limitan a sus afiliados (Hernández, 2019).

En cuanto al tema de la protección financiera para la salud de las personas, hay que señalar que si bien los gastos de bolsillo en salud en el país bajaron significativamente, estos siguen siendo importantes para las personas, quienes deben hacer desembolsos adicionales a la hora de utilizar los servicios (denominados copagos y cuotas moderadoras) y en pagos en procedimientos, medicamentos y tecnologías diagnósticas que no son cubiertos por el plan de beneficios, los cuales se suman a los dineros que una fracción de la población debe aportar mensualmente como cotización obligatoria al sistema de salud (Aranguren, Buitrago y Ruiz, 2021).

Y todo esto en un contexto donde los recursos de salud crecieron de manera importante, llegando a un poco más del 7 % del PIB, pero donde se han dado graves casos de corrupción y donde el uso de los recursos se ha dirigido principalmente hacia la atención hospitalaria, dejando escasos recursos para las acciones de salud pública, tanto en promoción de la salud como en labor preventiva (Insignares, 2021; Suárez et al., 2017).

A su vez, los resultados del sistema no se reflejan claramente en el mejoramiento de la salud de la población, que es el objetivo central de todo sistema de salud. Así que en Colombia no se han logrado los niveles de salud que se deberían tener. Por ejemplo, se siguen teniendo tasas muy elevadas de morbilidad materno-infantil en varias regiones del país y continúan existiendo varios problemas de salud pública que ya deberían haber sido controlados, como la malaria, el dengue y la tuberculosis, entre otros (Padilla et al., 2017; Rico, 2022).

Esta dinámica del actual sistema de salud en Colombia ha llevado a una contienda política permanente durante sus 30 años de existencia, entre quienes defienden el sistema, han lucrado o favorecido con él, y le reconocen grandes ventajas, y quienes han criticado el sistema, lo han sufrido, y consideran que este no logra garantizar el derecho a la salud en condiciones de equidad para toda la población.

Esta contienda ha tenido momentos diferentes y, hoy en día, adquiere un novedoso matiz, toda vez que muchas de las voces críticas y los actores que se oponían al sistema de mercado y a los gobiernos previos, ahora están alineados con el gobierno recientemente elegido (o directamente forman parte de él). El nuevo gobierno ha planteado que el sistema de salud debe ser cambiado y presentó un proyecto de ley que fue discutido en el Congreso de la República y, recientemente, fue archivado en medio de un delirante forcejeo político. Por eso, la dirección de la disputa y el balance de fuerzas ha cambiado. Muchos de quienes eran oposición al gobierno ahora gobiernan y quienes defienden el sistema de salud previo ahora son oposición.

El propósito de este documento es presentar un breve análisis de esta contienda política de mediano plazo, tomando como referentes cuatro momentos significativos del proceso, con el fin de comprender más cabalmente lo que está ocurriendo en el debate actual. Para ello, recurrimos a la experiencia acumulada desde hace algunos años en el análisis sociopolítico de la reforma en salud, y en el estudio de las contiendas políticas aplicadas en el campo sanitario.

El ejercicio combina los enfoques utilizados por dos grupos de investigación de la Universidad Nacional de Colombia, los cuales convergen en su interés por entender la compleja dinámica sociopolítica en que discurre la discusión acerca de las reformas sanitarias. El análisis sociopolítico resalta las dinámicas de confrontación política entre actores sociales y asume que las decisiones públicas que conducen a una reorganización de los sistemas de salud resultan de una correlación de fuerzas específica, en la que interactúan diferentes formas organizadas de acción colectiva con diferentes capacidades, estrategias, fuentes de poder y posibilidades de incidencia en la toma de decisiones (Hernández, 2001; Vega et al., 2012), mientras que el abordaje de las contiendas políticas permite explorar la acción colectiva, al mismo tiempo que ayuda a caracterizar el tipo de interacciones que se dan entre los actores en pugna y los repertorios que ellos despliegan, en especial frente al Estado (Torres-Tovar, 2013a).

El primer momento de análisis será aquel en el cual se gesta y se promulga la Ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el Sistema Integral de Seguridad Social en el país y se configura el modelo de salud actual,¹ el cual, como ya se mencionó, se quiere

1 Lo planteado por esta Ley 100/93 estableció las directrices generales y la arquitectura básica de nuestro sistema de salud, con el libro dos sobre el Sistema General de Seguridad Social en salud [SGSSS], si bien ha habido ajustes normativos a lo largo de los años. En especial, cabe destacar la Ley 1122 de 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, la Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” y la Ley 1571 de 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”, la cual es conocida en el país como la Ley Estatutaria en Salud.

transformar en el presente. Pasaremos rápido por este momento, dado que ha sido estudiado con especial dedicación por varios autores y nosotros mismos hemos escrito al respecto.²

El segundo momento tiene que ver con lo que en el país se llamó la “emergencia social en salud”, en el cual esta se decretó con el fin de enfrentar la crisis financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud [SGSSS]. En el marco de dicha emergencia se promulgaron varios decretos que cambiaban algunas reglas de juego dentro del SGSSS pero, al final, la emergencia terminó siendo declarada inexecutable por la Corte Constitucional.

El tercer momento hace referencia al proceso que lleva a la Ley Estatutaria en Salud, la cual fue promulgada en el año 2015, pero su implementación ha sido complicada y ha enfrentado a los actores del sector salud en acaloradas discusiones sobre el alcance del derecho a la salud en el país. Por último, analizaremos como cuarto momento el debate reciente alrededor de la propuesta gubernamental que busca reformar el sistema de salud, la cual entró al Congreso de la República a comienzos de 2003, y fue archivada por el Senado de la República en el mes de abril del presente año.

LA IRRUPCIÓN DEL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO INDIVIDUAL EN SALUD

El año 1993 marcó un hito en el ámbito de la salud en Colombia, debido a la promulgación de la Ley 100 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”. Pero las discusiones al respecto se remontan al año 1991, cuando el país

2 Actualmente existe un importante y creciente volumen de literatura que analiza nuestro sistema de salud, desde enfoques diferentes. Y el análisis de la gestación y arranque del SGSSS ha sido abordado con especial énfasis, así como también se han hecho varios ejercicios de balance. Ver, por ejemplo, los trabajos de Jaramillo (1997), Redondo y Guzmán (2000), González-Rossetti (2001), De Currea (2003), Carrasco (2003), Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social [MNSSS] y Grupo Guillermo Fergusson [GGF] (2006), Giraldo (2007), Uribe (2009a), Yepes et al (2010), Glassman et al. (2010), Borrero (2014) y Arévalo et al. (2018). Por supuesto, la producción de artículos en revistas especializadas es mayor, aunque para algunos análisis su impacto en la política es limitado, ver Merlano y Gorbanev (2013). En cuanto a nuestra producción, ver Hernández (2000, 2002, 2003a, 2003b, 2019), Vega et al. (2012) y Torres-Tovar (2008, 2013a).

estaba inmerso en un intenso proceso político de construcción de una nueva Carta Constitucional, en medio de una álgida coyuntura caracterizada por una gran violencia, una apertura económica que instauraba de lleno las dinámicas neoliberales y por las ilusiones generadas en un proceso de paz que permitió que una parte de la insurgencia armada se incorporara a la vida política civil del país.

El escenario político puso en confrontación tres propuestas diversas sobre la manera de organizar el sector salud y la seguridad social, las cuales estuvieron ligadas a actores específicos, que participaron de la contienda política según la particular correlación de fuerzas en ese momento y se expresaron en el nuevo Congreso de la República a partir de 1992.³ La primera propuesta buscó la creación de un sistema de seguro público universal descentralizado, con financiamiento público unificado, y fue defendido por el Ministerio de Salud bajo la dirección de la Alianza Democrática M-19 [AD-M19]. La segunda propuesta estableció como referente el aseguramiento individual con dinámica de mercado y estuvo liderada por un grupo de técnicos del Departamento Nacional de Planeación [DNP] y la Asociación Colombiana de Medicina Integral [ACEMI]. Mientras que la tercera propuesta consistió en el seguro social ampliado, administrado bajo la lógica institucional del Instituto de Seguro Social [ISS], y estuvo encabezada por la dirección misma de dicho instituto y por una facción liberal que se oponía a la línea aperturista radical representada por el programa gubernamental del presidente César Gaviria Trujillo (Jaramillo, 1997; Vega et al., 2012).

Al final, la tendencia proveniente del DNP primó, aunque se limaron sus aspectos más radicalmente mercantiles y se estableció un sistema de aseguramiento individual con competencia regulada en el que se entregarían los recursos públicos de impuestos y cotizaciones a las EPS por medio de una Unidad de Pago por Capitación

3 En el proceso hubo varias propuestas y uno de nosotros inició la labor de seguimiento de ellas, que luego posibilitó un trabajo más sistemático sobre la reforma sanitaria, el cual ha involucrado al resto de nosotros. Ver, Hernández (1992, 1999, 2001, 2003b). Pero aquí se ha sintetizado el debate en tres propuestas dado que ellas fueron centrales en la pugna política.

[UPC] a cambio de un Plan Obligatorio de Salud [POS], y dos regímenes: subsidiado para pobres y contributivo para no pobres. La Ley 100 de 1993 se promulgó con una celeridad asombrosa. Después de pasar la prueba de fuego del control constitucional, inició el proceso de su implementación y, a partir de 1995, cobró vida institucional el SGSSS.⁴ Esto puso en movimiento nuevos procesos en la contienda política que generaron resistencias y nuevas hegemonías, tal como lo expone Mónica Uribe en sus trabajos (Uribe, 2009a, 2009b).

Cabe señalar que la reestructuración realizada en el sector salud produjo un reordenamiento de las fuerzas sociales y políticas dentro del sector. En particular, la creación de las EPS introdujo un nuevo actor que paulatinamente fue ocupando un puesto central y se convirtió en el gran protagonista del SGSSS, subordinando el comportamiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud [IPS], limitando el poder del Estado y su cabeza, el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y las autoridades sanitarias territoriales.

La influencia de organismos internacionales como el Banco Mundial se hizo más notoria, así como también adquirió mayor influencia el Ministerio de Hacienda en las decisiones del sector salud. De igual manera se fortalecieron iniciativas gremiales como la Asociación de Empresas de Medicina Integral [ACEMI] y la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas [ACHC], mientras que se debilitó el papel del ISS y el influjo de los trabajadores del sector, incluidos los profesionales médicos (Uribe, 2009b).

A la par, fueron apareciendo otras formas organizativas de actores del sector, como las veedurías ciudadanas, las asociaciones de usuarios y el gremio de secretarios municipales de salud. A medida que se instauraba el SGSSS, en un proceso de implementación complicado, demorado y no totalmente acorde con lo esperado, fueron surgiendo varios problemas que generaron mucha inquietud e insatisfacción. Entre ellos, cabe señalar la crisis hospitalaria, la

4 Para una exposición de las características del SGSSS, puede recurrirse a Moreno y Gómez (1999), Redondo y Guzmán (2000), Gutiérrez (2003), Guerrero et al. (2011) y Hernández (2019).

evasión de recursos, la precarización de las condiciones laborales de los trabajadores del sector, la corrupción, la inequidad y las barreras de acceso.

Todo esto agitó el escenario social y acrecentó la movilización en salud. Tanto fue así que, entre 1994 y 1998, se presentaron un poco más de 450 acciones colectivas en salud las cuales, según Borrero, fueron motivadas prioritariamente por demandas salariales de los trabajadores, aunque, luego, por la crisis hospitalaria (Borrero, 2014).

Al considerar un período mayor de 1994 a 2010, se registraron 1.250 acciones colectivas en salud, de las cuales el 18 % se llevaron a cabo en la ciudad de Bogotá. En esta ciudad, los meses de mayor intensidad en la agitación fueron abril, mayo y junio, y los años con mayor número de acciones colectivas fueron 1999 y 2007, lo que coincidió con la dinámica política nacional (Torres-Tovar, 2013a).

El repertorio de estas expresiones incluyó tanto acciones contenciosas, que en su mayoría fueron movilizaciones, como no contenciosas, que corresponden a acciones de carácter institucional y legal, entre las cuales se destacan la realización de eventos públicos de deliberación como audiencias, asambleas y congresos (Torres-Tovar, 2013a). Uno de esos eventos, de gran repercusión nacional, fue el Primer Congreso Nacional por la Salud llevado a cabo en el año 2001, que simbólicamente representó la fundación del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social [MNSSS].⁵

Así, mientras se instalaba el SGSSS en el país, se posicionaban las EPS, se ampliaba su cobertura y se incrementaban sus recursos, la crítica frente a estos procesos se extendió y se empezó a dudar de su viabilidad financiera. Esto intensificó cierta sensación

5 La tesis doctoral de Yadira Borrero estudia, justamente, este movimiento social y, para ello, recurre al análisis de las contiendas políticas, las teorías de la acción colectiva y las resistencias y el feminismo, ver Borrero (2014). La tesis de maestría en Ciencia Política de uno de los autores de este trabajo hizo también un recorrido de la acción social colectiva en salud en Colombia, con énfasis en la dinámica de la lucha social por la salud en Bogotá, también desde el enfoque de la teoría de la acción colectiva (Torres-Tovar, 2013a).

de incertidumbre que luego adquirió la condición de amenaza. Pero la crítica al sistema por parte de varios actores que participaron de la movilización social fue más allá. La defensa de la garantía del derecho a la salud se erigió como una gran bandera de lucha social, llegando a generarse una propuesta de un nuevo sistema de salud para el país (Torres-Tovar, 2013a),⁶ que luego permitió elaborar algunos proyectos de ley que fueron presentados en el Congreso de la República. Dado el dominio que en el escenario legislativo tenían los sectores proclives al sistema de salud de mercado (Hernández, 2005), estos proyectos terminaron siendo archivados, lo que llevó a la postre a un nuevo momento político que se analiza a continuación.

LA MOVILIZACIÓN CONTRA LA EMERGENCIA SOCIAL EN SALUD

En diciembre del año 2009 el presidente Álvaro Uribe Vélez, quien años atrás había sido uno de los ponentes que presentó y defendió en el Congreso de la República la que a la postre sería la Ley 100/93, decretó la emergencia social⁷ mediante el Decreto 4975. En esa coyuntura también se emitieron trece decretos adicionales dirigidos a conjurar la grave crisis del SGSSS (Gómez, 2010).

Con estas decisiones, se buscaban enfrentar los serios problemas presentes en el SGSSS los cuales, a juicio del presidente y su gabinete, perturbaban de forma grave el orden social y constituían una calamidad pública. Entre estos problemas se encontraban el crecimiento abrupto y acelerado de la demanda de servicios y medicamentos no contemplados en el POS, que eran recobrados al fondo público por medio de la acción de tutela. Con ello, quedaba en duda la viabilidad financiera de dicho sistema.

Los decretos emitidos, por tanto, se orientaron a generar y liberar una serie de recursos financieros que permitieran pagar las

6 Algunas de las conclusiones del Primer Congreso Nacional por la Salud fueron los acuerdos establecidos de principios y bases para un nuevo sistema de salud para Colombia, centrados en una perspectiva universal, pública, gratuita y participativa.

7 La figura de emergencia social es un tipo de Estado de excepción, presente en la Constitución Política Nacional, que puede ser declarado por el presidente, con la firma de todos los ministros, en el cual se le otorgan poderes especiales para emitir decretos con fuerza de ley, sin pasar por el Congreso de la República.

deudas y corregir los problemas de gestión financiera del SGSSS (Peñaloza, 2010). Pero como el diagnóstico de la situación ponía el acento en el comportamiento de algunos actores del sistema, en especial los usuarios, los profesionales, las IPS y los jueces de tutela, las medidas propuestas intervenían en ellos para modificarlos. Por supuesto, las EPS se alinearon a favor de las directrices gubernamentales, pero otros actores fueron críticos frente a estas.⁸

Cabe señalar que si bien la preocupación gubernamental giró en torno al problema financiero y lo que ello implicaba, el derecho a la salud fue otro aspecto de importancia que entró en juego. Cabe recordar que poco antes, en 2008, la Corte Constitucional [CC]⁹ había promulgado la Sentencia T-760 que reconocía la salud como derecho fundamental autónomo (Gianella et al., 2010; Gómez y Builes, 2018). Esta decisión jurisprudencial se tomó al constatar el notorio aumento de las tutelas en salud a partir del año 1999, y que la mayoría de ellas se daba frente a la negación de servicios que estaban cobijados dentro del POS, como lo mostraban los informes de la Defensoría del Pueblo (Malagón, 2010; Rodríguez, 2016; Restrepo et al., 2018). Se puede decir que, de alguna manera, esta decisión recogió el clamor de organizaciones y movimientos sociales de la salud que demandaban ubicar a la salud como derecho en el orden constitucional (Borrero et al., 2021).

8 Varias universidades tuvieron una importante función crítica y varios de sus académicos se pronunciaron en contra de las medidas gubernamentales. Se convocaron foros y debates al respecto y, algunos de ellos, llevados a cabo en Bogotá, fueron recogidos en dos publicaciones: en los *Cuadernos del Doctorado* (2010, N° 13), de la Universidad Nacional de Colombia, y en el suplemento 9 de la *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, de la Pontificia Universidad Javeriana. En Medellín ocurrió otro tanto y la *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* publicó un número especial con un pronunciamiento sobre la declaratoria de emergencia social en salud.

9 En 1991, la nueva Constitución Política del país instauró la Corte Constitucional y el mecanismo de acción de tutela para proteger los derechos fundamentales, bajo una orientación garantista de estos. Con el tiempo, y en medio del debilitamiento de los partidos políticos que impulsaron la Asamblea Constituyente de 1991, la Corte Constitucional adquirió un gran protagonismo como instancia defensora del ideal constitucional de la garantía de derechos. Pero esta función se dio en medio de la polémica frente a la injerencia de dicha Corte y su activismo jurídico, ver Mejía y Guzmán (2002), Uprimny y García (2016) y Botero (2020).

La sentencia de la CC impartió una serie de órdenes generales, como garantizar el acceso a los servicios asistenciales cuando estuviese en riesgo la vida, atender prioritariamente a los niños, eliminar las barreras burocráticas de acceso, garantizar la continuidad de la atención en caso de enfermedades catastróficas, igualar los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, y corregir la forma en que se hacían los recobros al sistema, entre otras. Todas ellas dirigidas a corregir las fallas de regulación frente a los planes de beneficios, la sostenibilidad financiera, el flujo de recursos y la cobertura del sistema. Como era de suponer, la sentencia generó un amplio debate en el país.

Las EPS miraron con sospecha la participación de la CC y plantearon que se requerían estudios actuariales para conocer los costos reales de la prestación de los servicios, mientras que el gobierno acató las órdenes de la sentencia a regañadientes, si bien adujo que su implementación era demasiado costosa, y en efecto, la lentitud en su adopción fue una constante. Para otros actores sociales en cambio el debate fue acalorado, dado que mientras muchos académicos, trabajadores del sector salud y usuarios del sistema vieron en la sentencia de la CC una ventana de oportunidad para mejorar el sistema, otros consideraron, más bien, los obstáculos para la garantía real del derecho a la salud; aunque reconocían que las medidas podían conllevar una mejoría de este, enfatizaban que las órdenes de la CC mantenían incólume la arquitectura y el funcionamiento general del SGSSS (Hernández, 2010a; Malagón, 2010; Gianella et al., 2010).

Las discusiones plantearon un fuerte debate entre dos tendencias polares frente a la comprensión del derecho a la salud: por un lado, los defensores de la Ley 100 con una mirada puesta en las bondades del mercado, su eficiencia económica y la rentabilidad privada, como vía para garantizar un derecho prestacional sujeto a la regla fiscal y la sostenibilidad económica; y, por otro lado, los críticos de esta Ley, quienes preconizaban la idea de un derecho social de ciudadanía ligado a la noción de dignidad humana y no sujeto a (aunque sí afectado por) los requerimientos de los mercados (Hernández, 2010a).

Esta tensión entre posturas se reeditó en el debate frente a la emergencia social en salud, en un contexto en el cual se discutía sobre la insuficiencia de los recursos para la población pobre no asegurada, la corrupción dentro del sistema,¹⁰ y los acuerdos de precios establecidos entre EPS, con la venia de su gremio ACEMI, lo cual iba en contra de las propias reglas de mercado establecidas en la Ley 100.

Al final, y con el pretexto de la crisis económica, el gobierno promulgó el Decreto de emergencia social argumentando que dicha crisis era un evento sobreviniente causado por el mal uso de los servicios por parte de los pacientes, los excesos de los profesionales de la salud y las inapropiadas intervenciones de los jueces, dejando a las EPS como las víctimas de tan malos comportamientos. Por supuesto, las críticas no se hicieron esperar y fueron particularmente vehementes. Los abogados defensores de derechos humanos hicieron llegar a la CC demandas de inconstitucionalidad, las agremiaciones médicas protestaron por las limitaciones que se establecían a la autonomía médica, las organizaciones sociales aprovecharon para reactivar sus banderas de lucha, los partidos políticos empezaron a tomar posición de cara a la contienda electoral, y los académicos organizaron varios foros donde se expusieron consideraciones críticas frente a los derechos de emergencia (Gómez, 2010; Borrero et al., 2021). Así, la presión sobre la CC fue intensa y provino de diferentes actores.

Una crítica importante frente a la propuesta gubernamental fue negar que la situación crítica por la que atravesaba el sector de la salud fuera inusitada o abrupta, sino que era consecuencia de problemas estructurales que venían de años atrás. Por ejemplo, tal como lo expuso Francisco Yepes, el aumento en los recobros por tutelas había tenido un primer incremento notable entre 2005 y 2006, las actualizaciones de los planes de beneficios eran escasas

10 Un caso emblemático fue el de Saludcoop, una empresa del sector cooperativo que logró integrar tres EPS y cerca de 100 clínicas propias en todo el país, y desvió recursos de la salud para múltiples inversiones en la finca raíz, un equipo de fútbol y la bolsa de valores internacional.

y, las tutelas interpuestas por la mayoría de las personas no eran por eventos exóticos sino por problemas comunes, y por servicios que, teóricamente, estaban cubiertos por los planes de beneficios. Es decir, las tutelas estaban reflejando la negación de servicios a los que la gente tenía derecho (Yepes, 2010).

En conjunto, la situación mostraba tanto los problemas estructurales, como otros de operación y resultados. Entre los primeros, se reconocía el papel protagónico de la intermediación financiera en la generación de los problemas acumulados, la inequidad en los beneficios, la ineficiencia y complejidad del sistema, el desbalance entre incentivos financieros y resultados de salud, y una política de salud de visión estrecha y limitada. Entre los otros, se reconocían problemas de rectoría, inoperancia del sistema de información, fragmentación del sistema, confusión normativa y pobres resultados en salud, equidad y calidad (Alvarado et al., 2010; Gómez, 2010; Hernández, 2010b; Peñaloza, 2010; Ramírez, 2010; Yepes, 2010).

Por su parte, Arévalo y colaboradores señalaron que la falta de recursos del sistema se debió a tres decisiones políticas previas que tuvieron graves consecuencias macroeconómicas: la primera fue la flexibilización laboral y la precarización del empleo; la segunda, la disminución de recursos a los entes territoriales producto de dos reformas consecutivas al sistema de transferencias; y la tercera, la inversión de los recursos del Fosyga¹¹ en títulos de deuda pública o títulos de tesorería llamados TES. A juicio de estos analistas, estas decisiones conducían a la inviabilidad financiera del sistema a mediano o largo plazo (Arévalo et al., 2010).

Pero la propuesta gubernamental desconoció el carácter estructural de las fallas y adjudicó la responsabilidad de los problemas a actores secundarios, a fin de no alterar la forma de operar de las EPS, buscando disminuir sus riesgos financieros y

11 Fondo de Solidaridad y Garantía, fondo financiero público donde se depositaban los dineros de la seguridad social en salud, hoy integrado con los impuestos para la salud y administrados por una entidad pública denominada Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud [ADRES].

sus costos de transacción. Sin embargo, dejó intacto el problema de la obligación del Estado frente al derecho a la salud. Aunque, en todo caso, dejó ver en su esplendor la complejidad del sistema y los enormes recursos económicos que mueve (y necesita) el negocio del aseguramiento.

A la postre, la emergencia social con sus decretos fue declarada inexequible, esto es, contraria a la Constitución Política por parte de la CC, aunque se mantuvieron vigentes algunos aspectos de la financiación del sistema. Pero el debate frente al derecho a la salud volvió a instalarse en el país y debió ser asumido, de manera directa, por el nuevo gobierno. Esto llevó a cambios normativos del SGSSS y a la formulación de una Ley Estatutaria en salud (Hernández y Torres-Tovar, 2010; Arias, Gómez y Borrero, 2022), asunto que abordaremos en el siguiente momento de análisis.

LA CONFRONTACIÓN FRENTE AL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

Aunque en el año 2010 se presentaron en el Congreso de la República algunos proyectos de ley estatutaria, al final el gobierno nacional privilegió la discusión de una ley ordinaria que, a la postre, se convirtió en la Ley 1438 de 2011. En esta normativa, si bien se planteó el requerimiento del Plan Decenal de Salud [PDS] e incorporó, de manera directa, la Atención Primaria en Salud [APS] dentro del sistema de aseguramiento, se dejó intacta la arquitectura institucional de dicho sistema. Con ello, estos aspectos no lograron un real despliegue al tener que estar en función de la lógica financiera de costo-beneficio, y la falta de perspectiva territorial del aseguramiento. El predominio de la gestión financiera del riesgo individual propia del aseguramiento ha sido una limitación estructural para el despliegue de la APS y de la visión de salud pública en las políticas y en la gestión de la salud.

El año 2012 fue cuando la discusión sobre la ley estatutaria se reactivó, inicialmente con acciones no contenciosas ligadas a la discusión parlamentaria y poco después con acciones contenciosas impulsadas por los movimientos sociales. En los términos usados

por Arias y colaboradoras, la contienda política fue inicialmente contenida y, posteriormente, transgresiva¹² (Arias et al., 2022).

Esto iniciaba un nuevo pulso político referido al modelo de salud y la garantía de derecho a la salud en el país (Torres-Tovar, 2012). En esta ocasión se enfrentaron dos bandos: por un lado, el gobierno nacional en cabeza del presidente Juan Manuel Santos, con el apoyo del gremio de las EPS, una parte de la Academia y agremiaciones de profesionales de la salud y, por otro lado, varios movimientos sociales y académicos críticos de la Ley 100, miembros de la comisión de seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y algunos políticos de la oposición. En la legislatura de 2012 se presentaron cuatro proyectos: dos en el primer sentido y dos en el segundo.

La demora en el trajín parlamentario llevó a que en abril del año 2013 el gobierno solicitara dar trámite de urgencia al proyecto de ley estatutaria en salud, y para mayo, se organizara una audiencia pública para discutir la propuesta gubernamental.¹³ Allí participaron diferentes actores del sistema de salud y sus posiciones mostraron el intenso debate que se llevaba a cabo. El ministro de Salud y Protección Social, al comienzo de su intervención, puso de manifiesto una discusión procedimental frente a la manera de asumir la discusión de la ley estatutaria y su vínculo con una

12 Cabe señalar que dentro de las teorías de la acción colectiva propuestas por Charles Tilly y Sidney Tarrow, autores que han servido de referentes para los estudios de las contiendas políticas en salud en nuestro país, se encuentran algunos conceptos claves como repertorios de acción, estructuras de oportunidades y ciclo de protestas. Frente a los primeros, cabe señalar que las acciones se pueden entender como contenciosas (asumidas como acciones de hecho, protestas y movilizaciones que implican agitación social) y no contenciosas (aquellas acciones que cursan por vía institucional y responden a los formalismos legales como presentación de cartas, derechos de petición y presentación de proyectos normativos). Pero también se habla de tipos de contiendas y aquí se recurre a las nociones de contienda contenida (en la cual las partes del conflicto son actores políticos definidos con medios de reivindicación definidos y preestablecidos) y contienda transgresiva (que hace referencia a actores autoidentificados con acciones colectivas diferentes a lo habitual, que pueden estar prohibidas), ver Torres-Tovar (2013a), Borrero (2014) y Arias et al. (2022).

13 Existe una grabación de la intervención en la audiencia pública del ministro de Salud y Protección Social de ese momento, y se encuentra disponible en el canal de YouTube https://www.youtube.com/watch?v=apBJLfOkS8M&ab_channel=MinSaludCol

propuesta de ley ordinaria, que el propio Ministerio había radicado poco tiempo atrás; pero, por supuesto, el asunto tenía un calado más hondo toda vez que la disputa volvía a enfrentar diversas maneras de comprender el derecho a la salud, y la conveniencia o no de transformar el sistema de salud (Torres-Tovar, 2013b).

La propuesta gubernamental, que recogía gran parte de lo presentado por la Gran Junta Médica Nacional,¹⁴ asumió el reto de establecer los alcances del derecho a la salud, cuidando de no alterar la forma organizativa del sistema de aseguramiento. El argumento de base era que la propuesta respondía adecuadamente a los problemas del sistema de salud, modulaba las acciones de tutela y garantizaba la sostenibilidad fiscal. El sector empresarial y de los aseguradores, encabezados por la ANDI y ACEMI, apoyaron la propuesta (Arias et al., 2022).

Esta postura fue controvertida por otros actores, incluidos un bloque de partidos políticos en el cual se encontraban el Polo Democrático Alternativo, el partido MIRA y el Partido Verde. Para ellos, la propuesta no lograba garantizar la integridad del derecho a la salud, era débil en la vigilancia y control, y mantenía barreras de acceso. Pero, más aún, hacía muy restrictivo el alcance del derecho a la salud. Un especial protagonismo en el sector de la oposición fue el que adquirió la Alianza Nacional por un Nuevo Sistema de Salud [ANSA],¹⁵ ya que ella presentó, con apoyo de un bloque parlamentario de siete partidos y organizaciones políticas dos proyectos, uno de ley estatutaria y otro de ley ordinaria, los cuales entraban en directa oposición con las propuestas gubernamentales (Comisión de

14 Esta era una iniciativa gremial que reunió a seis asociaciones: la Academia Nacional de Medicina [ANM], la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, la Asociación Nacional de Internos y Residentes [ANIR], la Asociación Médica Sindical Colombiana [ASMEDAS], el Colegio Médico Colombiano y la Federación Médica Colombiana [FMC].

15 Con el apoyo de la Corporación Viva la Ciudadanía, la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud [CSR] convocó y logró aglutinar a más de 60 organizaciones de sectores de trabajadores y gremios profesionales, especialmente del sector salud, académicos, organizaciones de usuarios y pacientes, y diversas organizaciones no gubernamentales relacionadas con los derechos humanos.

Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social [CSR], Corporación Viva la Ciudadanía, y Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Atención en Salud [ANSA], 2013).

En el tránsito por el Congreso, se aprobó el proyecto acumulado de la ley estatutaria en junio de 2013, pero no el de la ley ordinaria. La distancia establecida con la posición gubernamental marcó los términos del debate y fundamentó muchas de las críticas que se le hicieron al proceso.

En términos generales, una de las diferencias que estableció los límites entre las propuestas fue la comprensión de la salud como derecho o como negocio, si bien ninguno de los actores dejó de hablar del derecho a la salud, ni dejó de lado consideraciones económicas. Esto propició cierta confusión entre la ciudadanía y sutileza entre los analistas, debido a que la expresión “derecho a la salud” era usada por todos y no había actor que no sostuviera que su interés estaba puesto en la garantía de dicho derecho. Pero al mirar con detenimiento, se podían percibir nuevamente las dos nociones opuestas: por un lado, la noción del derecho vinculada a la discusión frente a la dignidad humana, la ética colectivista y ciertas doctrinas de filosofía política y, por otro lado, la noción de derecho ligada al negocio que se sustentaba en una ética individualista y ciertos postulados económicos fuertemente sustentados en la narrativa de la estabilidad financiera del sistema de salud (Franco, 2014).¹⁶ En todo caso, la segunda postura seguía predominando, pues el complejo médico industrial y financiero del que se venía hablando desde los años setenta del siglo XX se había afianzado cada vez más. De hecho, la agenda internacional de reforma de los sistemas de salud impulsó la expansión mundial de este complejo desde los años noventa, como se ha presentado en otros estudios (Hernández, 2019; Hernández et al., 2020).

16 Uno de los autores del presente texto hizo una presentación de las visiones en debate en la audiencia pública sobre la reforma a la salud convocada por la senadora Alba Luz Pinilla, del Polo Democrático, realizada el 6 de junio de 2013, la cual está disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=mMLG4MpCXpg>

Una segunda diferencia estaba referida a los servicios que debían o no prestarse. La postura gubernamental fue enfática en que los servicios debían reducirse a los paquetes de beneficios y era imprescindible establecer listados explícitos, mientras que la propuesta alternativa asumió la integralidad de los servicios sin recurrir a la idea de paquetes de servicios, con algunas limitaciones eso sí, lo que implicaba el establecimiento de algunas exclusiones específicas.

Al final, la propuesta gubernamental se presentó a la CC para su análisis de constitucionalidad, y el resultado decretó su exequibilidad o, en otras palabras, su ajuste a los términos de la Constitución Política, pero con ciertas modulaciones, que quedaron planteadas mediante la sentencia C-313 de 2014. Estas modulaciones fueron sustentadas en la comprensión internacional de los derechos humanos del derecho a la salud, que tiene una visión amplia del contenido de este derecho, lo que impide reducirlo a un paquete básico de servicios. Esta decisión, claro está, fue motivo de nuevas discusiones y debates.

Tanto el ministro de Salud y Protección Social como el representante de ACEMI no demoraron en señalar que esperaban una interpretación diferente de la CC, mientras que la Defensoría del Pueblo, la Contraloría General de la Nación y la Procuraduría mostraron su complacencia. Muchos analistas asumieron que la CC había mejorado la Ley Estatutaria, aunque otros señalaron que lo planteado no era suficiente (Arias et al., 2022; Hernández, 2013, 2014, 2015; Torres-Tovar, 2014).

Pero la Ley aprobada por la CC requería sanción presidencial y aquí apareció un nuevo escollo, dado que el presidente Santos demoró la decisión. Esto dio paso a una intensa dinámica política, en la cual se hicieron solicitudes al Congreso, se plantearon diversas medidas jurídicas y se hicieron varias movilizaciones sociales para presionar la firma del presidente. Finalmente, esta ocurrió en febrero de 2015, dando inicio a una nueva etapa de la contienda política, ahora referida a la reglamentación y puesta en marcha de la Ley Estatutaria (Hernández, 2015).

Esta Ley, ahora bajo la nomenclatura 1571 de 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”, introdujo cambios importantes en la dinámica del SGSSS, como la eliminación del POS, que tanta discusión había generado por la diferencia existente entre los dos regímenes del aseguramiento y por el manejo de costos. Dicha eliminación conlleva una nueva forma de establecer la prestación de servicios, la cual quedó sujeta a solo seis criterios de exclusión.¹⁷

Para cumplir con esta directriz el Ministerio de Salud y Protección Social expidió una serie de resoluciones, las cuales también suscitaron fuertes críticas. La primera de ella fue la 6408 de 2016, “por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”, que volvió a incluir una lista taxativa de medicamentos y procedimientos que iba en contra de la Ley 1571 (aunque el listado se propuso bajo la idea de darle cumplimiento a dicha Ley). Otro tanto pasó con otras resoluciones y con la aplicación de una novedosa herramienta tecnológica, diseñada para prescribir medicamentos, servicios y tecnologías por parte del personal médico: el *software* Mi Prescripción [MIPRES] (Agudelo, 2021; Gómez y Builes, 2018).

En medio de un lento y tortuoso proceso de implementación, y de acalorados debates que dividieron a muchos actores sociales incluido el MNSSS, la mayor crítica que se levantó en contra de la Ley Estatutaria en salud fue que esta no alteraba el carácter mercantil del sistema de salud colombiano, crucial para entender el siguiente, y último, momento de análisis.

17 La norma estableció que las exclusiones explícitas se harían por un procedimiento técnico y democrático, con base en los siguientes seis criterios: 1. Que su finalidad sea fundamentalmente cosmética o suntuaria; 2. Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; 3. Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; 4. Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; 5. Que se encuentre en fase de experimentación; y, 6. Que tenga que ser prestada en el exterior. Todo lo que no fuera excluido, sería considerado incluido en el contenido del derecho, así que no haría falta un POS. Al eliminarse el POS, también se eliminó lo que en la práctica se habían establecido como procedimientos No POS y que generaban un intrincado proceso para su validación y su cobro al sistema (algunos analistas hablan de recobros al sistema, ver Torregróza, 2018).

EL ÚLTIMO ROUND EN ESTA LUCHA SOCIAL POR LA SALUD

La contienda política no solo sigue vigente, sino que, al momento de escribir este documento, está candente. El gobierno nacional, encabezado por el presidente Gustavo Petro, presentó en febrero de 2023 ante el Congreso de la República un proyecto de ley que busca reformar el sistema de salud, siguiendo las orientaciones presentadas en su programa de gobierno, que, en gran medida, recogía las aspiraciones en salud planteadas de tiempo atrás por sectores, organizaciones y movimientos sociales críticos de la Ley 100. La propuesta se conoció públicamente tras un período de cierto hermetismo con relación a su contenido concreto.

Desde ese momento, la polémica ha estado presente. Si bien la propuesta se presentó en el marco de una coalición política que le daba cierta tranquilidad al gobierno y que permitió que el proyecto iniciara su paso por la discusión parlamentaria, muy rápidamente los reparos al mismo generaron una crisis en el gabinete de gobierno y, a la postre, la ruptura de la alianza política.

Para abordar la complejidad de la discusión y el análisis de esta situación en pleno movimiento, dividiremos este apartado en tres partes: en la primera presentaremos de manera muy breve la propuesta gubernamental a la luz de los planteamientos de la campaña presidencial; luego hablaremos de la crisis del gabinete y la ruptura de la alianza política, y concluiremos con una breve reflexión en torno a la coyuntura del presente y los retos que tiene la propuesta gubernamental.

UNA DISPUTADA CAMPAÑA PRESIDENCIAL

Después de haberse presentado dos veces como candidato presidencial, el actual presidente Petro decidió lanzarse por tercera vez en una campaña que cambió el tono de las anteriores, en la medida en que se basó en una “política del amor” y en el lema “vivir sabroso”, lo que evidenció el influjo de su compañera de campaña Francia Márquez, una lideresa negra ambientalista del sur del país, y del legado de la tradición afrocolombiana.

En su programa de gobierno “Colombia, potencia mundial de la vida”, el candidato hizo el llamado a establecer un Pacto

Histórico que concretara un nuevo contrato social para el vivir bien y el vivir sabroso, y declaró que su gobierno sería de cambio, sobre todo para las mujeres, los jóvenes, los adultos mayores, el campesinado, los afrodescendientes, los pueblos indígenas y, en general, para la diversidad de los grupos sociales del país (Petro y Márquez, 2022).

En el punto 3.8 del programa, titulado “Salud para la vida y no para el negocio”, el candidato presidencial se comprometió a garantizar “el derecho fundamental a la salud a través de un sistema único, público, universal, preventivo y predictivo, participativo, descentralizado e intercultural, que no dependa de la capacidad de pago, la rentabilidad económica ni de la intermediación administrativa y financiera” (Petro y Márquez, 2022, pp. 37-38). Con ello no solo recogía la bandera de lucha de la movilización social por la salud de años antes, sino que marcaba una diferencia frente a los otros candidatos, al hacer suya la crítica frente al carácter mercantil del sistema de salud colombiano.

Esto lo posicionaba como un opositor directo de las EPS y de muchas de las orientaciones internacionales que, bajo la consigna de la CUS, abogan desde hace más de tres décadas por el desarrollo de sistemas de aseguramiento al estilo colombiano (Hernández et al., 2020). Esta postura fue recibida con alegría y esperanza por una gran parte de la población colombiana y con escepticismo y desazón por otra gran parte, y por muchos de los actores del SGSSS, en especial las propias EPS.

Esta polarización fue el reflejo de una más amplia que atraviesa a la sociedad colombiana. Y es que la contienda electoral se dio en el contexto de una sociedad dividida, fragmentada por visiones divergentes y desgarrada por una violencia atroz que la ha marcado a lo largo de su historia.¹⁸ Los comicios presidenciales y la votación

18 Aunque cabe señalar que las elecciones también se dieron en el contexto de un acuerdo de paz suscrito entre el gobierno nacional y el grupo guerrillero más numeroso y antiguo del país, esto es, las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo [FARC-EP]. Así que el escenario político se movía entre las esperanzas e ilusiones surgidas a raíz de dicho acuerdo, y las inquietudes y escepticismo que producían tanto las dificultades para concretar lo acordado como el asesinato de

en las urnas dejaron en evidencia esta división. No solo hubo que recurrir a una segunda vuelta electoral, sino que los dos candidatos enfrentados en ella recibieron una cantidad de votos muy cercana, aunque al final el triunfo fue para el actual presidente.

Una vez declarado presidente electo, Petro inició el proceso de empalme que, en lo que se refiere al sector salud, adquirió una especial característica participativa lo que generó mucha ilusión entre sus seguidores (Eslava, 2022). Pero esta ilusión fue menguando después de la designación de Carolina Corcho¹⁹ como ministra de Salud, dado que la dinámica ministerial se fue cerrando, hasta llegar a cierto hermetismo. Tanto es así, que un grupo de exministros y viceministros de salud radicaron un derecho de petición para conocer el texto de la reforma (Portafolio, 2023). Con todo, el gobierno siguió fiel a su programa y la ministra Corcho se convirtió en símbolo de la reforma a la salud.

La propuesta fue presentada a mediados de febrero del 2023, y si bien el énfasis de esta estaba puesto en el modelo de atención en salud donde la APS adquiere un claro protagonismo (Eslava y Naranjo, 2023), junto a la estabilidad laboral del personal de salud y el fortalecimiento del sistema de información, el punto de choque ha sido el tema del pago directo a los prestadores de salud y el futuro de las EPS, concentrando allí la polémica (Hernández, 2023a, 2023b; Serna, 2023; Torres-Tovar, 2023). Al respecto, cabe señalar que el núcleo duro de la propuesta gubernamental es la recuperación de la administración de los recursos públicos y el retiro de la delegación que se le había dado a las EPS. Esta recuperación se asume como la manera adecuada de cumplir el mandato de la Ley 1751 y de interpretar la discusión que viene de tiempo atrás con la Sentencia T-760 y su seguimiento, a las que ya se hizo referencia.

De la decisión de recuperar la administración pública de los recursos se desprende buena parte de la orientación de los demás

varios de los excombatientes de la guerrilla y de líderes y lideresas sociales, en varias regiones del país.

19 Una médica, psiquiatra, vicepresidenta de la Federación Médica reconocida por su participación en las dinámicas del movimiento social en Colombia.

pilares de la reforma. En especial, la continuación de la mancomunidad de los recursos de cotizaciones (parafiscales) y de impuestos (fiscales) en un fondo común administrado por la ADRES, tal como existe hoy, pero orientado hacia la prestación de los servicios; la definición de mecanismos de manejo de estos recursos de manera desconcentrada y articulada con los que tienen por ley los entes territoriales, con el fin de organizar el nuevo modelo de atención en salud orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, basado en la Atención Primaria en Salud [APS] territorial; y el fortalecimiento de la salud pública y el trabajo intersectorial para afectar las condiciones de vida que deterioran la salud, los llamados “determinantes sociales de la salud” (Hernández, 2023b).

Por supuesto, esta decisión va en contravía de los intereses de las EPS, actores que sin duda adquirieron no solo protagonismo dentro del SGSSS sino poder económico y político, en fuerte articulación con las élites nacionales y los intereses internacionales. Así que el debate se renueva y adquiere un carácter explosivo (Torres-Tovar, 2023).

LA CRISIS DE GOBIERNO

En un decidido ejercicio de concertación política, el gobierno de Petro estableció una alianza con fuerzas políticas tradicionales, en especial con fracciones del liberalismo y el conservatismo. Y esto quedó patente con la conformación del gabinete ministerial. De esa manera empezó un gobierno de carácter pluralista, en un inestable equilibrio entre posturas ideológicas. Tanto así, que en su interior se encontraba la ministra de Salud Corcho, la combativa defensora de la reforma sanitaria, junto al exministro de salud Gaviria, firme defensor del modelo de aseguramiento individual existente (ahora en condición de ministro de Educación), y la exdirectora del ISS de comienzos de los años noventa, Cecilia López Montaña, ahora en condición de ministra de Agricultura.

Pero una vez que se presenta la propuesta de reforma al sistema de salud, el equilibrio político logrado empezó a deshacerse hasta llegar a una crisis de gabinete. No solo el exministro de Salud

y actual ministro de Educación Gaviria planteó serias objeciones a la propuesta, sino que la alianza política con otros partidos empezó a flaquear hasta llegar a un punto insostenible, después de que los partidos tradicionales manifestaran que no apoyaban la reforma.

Esto rompió la coalición de gobierno que apenas duró unos ocho meses. Cabe recordar que en las elecciones presidenciales tanto los partidos Liberal, Conservador y De la U apoyaron a los candidatos opositores a Petro, y solo con la victoria de este último se sentaron a negociar. En un primer momento se lograron algunos acuerdos, pero las tensiones empezaron a aflorar con la propuesta de reforma tributaria que logró ser aprobada, pero estallaron con la reforma a la salud. Aunque claro, la disputa estaba declarada por el paquete de reformas sociales impulsado por el gobierno del presidente Petro (Ahumada, 2023).

El punto de quiebre en lo referente a la reforma a la salud, fue la propuesta de eliminación de las EPS y el establecimiento de un sistema público de seguridad social en salud, con manejo estatal de los recursos por medio de un pagador único sin intermediación financiera. Este asunto ha estado presente en la contienda política desde hace tres décadas, como se ha expuesto en este documento. Pero lo inédito de la situación es que ahora la propuesta gubernamental es la de la transformación profunda del modelo de aseguramiento, y los opositores son quienes desean mantener el modelo que se fue consolidando en todos estos años y que, si bien tiene muchos problemas, también ha logrado cosechar algunos logros y muchos aprendizajes.

Así que la polémica no se hizo esperar y las voces críticas ante la propuesta gubernamental empezaron a aflorar (Escobar, 2023). El partido Centro Democrático del expresidente Álvaro Uribe (2002-2010) radicó un proyecto totalmente opuesto, dedicado a fortalecer el oligopolio de las aseguradoras y conformar grandes conglomerados entre aseguradoras, prestadores y proveedores de todo tipo. El partido Cambio Radical se declaró en oposición al gobierno y presentó una contrarreforma a la salud en el Congreso. Varios exministros de Salud manifestaron su rechazo a la reforma,

mientras que los representantes de las EPS arreciaron su crítica ante la perspectiva de su desaparición, y varios académicos y exfuncionarios empezaron a plantear, de forma directa, que la propuesta gubernamental tenía fallas técnicas. Y todo esto inscrito en un ambiente de incertidumbre motivado por problemas en el acceso a medicamentos, una inflación galopante y la inestabilidad ministerial, en la cual fueron retirados la mayoría de los ministros con que inició el gobierno.

En el sector salud salió la ministra Corcho y en su reemplazo llegó el médico y político Guillermo Alfonso Jaramillo, quien previamente había sido el secretario de Salud de Bogotá, cuando Petro era alcalde de la ciudad. El cambio se presentó como un esfuerzo por reestablecer el diálogo con las fuerzas políticas y como un gesto de que el gobierno busca renovar la concertación, si bien su estrategia ha sido negociar congresista por congresista en un arduo esfuerzo político que también ha sido criticado.

La opinión pública se halla dividida, ya que muchos apoyan las intenciones y propuestas gubernamentales, pero muchos otros las critican con vehemencia. Aunque también existe mucha confusión y un juego de verdades a medias que sirve para avivar la pugna política. En medio de la polémica se emiten afirmaciones que no siempre son fáciles de corroborar, y parte de la disputa conlleva denuncias, aclaraciones y contraaclaraciones en un intenso intercambio discursivo (Figuerola, 2023).

En el camino, la propuesta gubernamental se fue modificando, dado que el texto de la reforma fue cambiando a su paso por la Cámara de Representantes, y el tránsito por el Senado de la República se torna aún más tortuoso (Jiménez, 2023). Si bien muchos profesionales de la salud y académicos han sido muy críticos con la propuesta de reforma, muchos otros, acompañados de varias organizaciones sociales, la siguen apoyando y, más aún, exigen que se mantenga y se profundice, dada la perspectiva de que en la negociación política se mantenga la presencia de las aseguradoras privadas y se conserve el negocio de la salud (Grupo Guillermo Fergusson [GGF] y Plataforma Colombiana de Derechos Humanos,

Democracia y Desarrollo [PCDHDD], 2023). Así que la polarización está al rojo vivo.

Y no es para menos, dado que los montos de dinero del negocio del aseguramiento rondan los 60 o 70 billones de pesos anuales,²⁰ y las implicaciones para el bienestar de la gente son enormes, así que el debate enfrenta intereses poderosos y tiene hondas y trascendentales repercusiones.

Y LA CONTIENDA CONTINÚA

Como esperamos que haya quedado claro con lo aquí expuesto, la discusión frente a la reforma en salud ha sido intensa en el país, y lo que ocurre en el presente es un nuevo capítulo de una contienda política que se ha mantenido durante los últimos 30 años. Esta contienda ha enfrentado maneras diferentes de entender el derecho a la salud y formas distintas de asumir los retos que conlleva la construcción de un sistema de salud.

De igual manera, la disputa conlleva un debate de fondo referido al modelo de relación Estado-mercado en el marco de un Estado social de derecho, proyecto que quedó plasmado en nuestra Constitución Política de 1991, pero que ha sido difícil de concretar a carta cabal. Pero claro, hoy en día se revive este debate porque llegó al Gobierno Nacional un sector del país que ha impulsado y creído en ese proyecto. Este sector recibió el respaldo político de fuerzas sociales tradicionalmente excluidas y que actualmente buscan su reconocimiento, desde posturas que proponen y promueven nuevas formas de cuidado de la vida. Por eso, la propuesta política gubernamental vuelve a plantear la relación Estado-mercado en todos los sectores.

De hecho, como ya es común señalar, la Constitución misma tiene principios y orientaciones socialdemócratas, propias del Estado social de derecho, lo mismo que conceptos e instrumentos de política propios del proyecto neoliberal (Hernández, 1992). Así que el país se debate en una permanente tensión, acorde con lo que

20 Alrededor de US\$ 17 mil millones.

ocurre en muchos otros países donde también se manifiesta esta profunda contradicción ideológica.

En salud esa tensión se evidencia en el contraste que se establece entre las directrices generales de la Ley 100 de 1993 que, en términos generales, no han cambiado y los ajustes normativos que se le han planteado con las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011. Pero, más aún, con el contraste que establece la Ley 1571 de 2015 esto es, la Ley Estatutaria en Salud. En síntesis, el modelo que se adoptó con la Ley 100 es el mejor ejemplo de la delegación de la administración de los recursos públicos a agentes en competencia regulada (las EPS), sean de naturaleza estatal o privada, que hoy son mayoritariamente privadas y tienden hacia el monopolio (Hernández, 2023b).

Hoy las EPS son las encargadas de garantizar el servicio público esencial de la atención en salud, por medio de la transferencia de los recursos públicos bajo la figura de “unidad de pago por capitación (UPC)”, a cambio de un “plan de beneficios en salud (PBS)”. Así que no se trata de una póliza comercial, sino de la transferencia de recursos públicos con destinación específica. Y las EPS deben organizar las redes de atención, conformadas por IPS que, actualmente, también son mayoritariamente privadas. En el proceso de consolidación del aseguramiento, los hospitales se vieron obligados a transformarse en “empresas” para competir en un mercado abierto, organizado por estos administradores de los recursos.

En medio del debate que llevó a la Ley Estatutaria en Salud, el gobierno de ese momento decidió hacer la mancomunidad de los recursos de las cotizaciones y los impuestos por medio de la creación de la ADRES, como entidad pública que administra recursos públicos. Esta institución ha avanzado en el pago directo al 70 % de los prestadores contratados por las EPS del régimen subsidiado y cerca del 20 % del régimen contributivo. Y lo que ahora se propone es desconcentrar esta entidad por regiones para hacer el pago a los prestadores públicos y privados, organizados en redes integrales e integradas de atención, con una puerta de entrada a través de la puesta en acción de un modelo de atención soportado

en la estrategia de la APS, sostenida por presupuesto de oferta bien calculado, trabajo digno, infraestructura y dotación suficientes.

Pero justamente es lo que las EPS no quieren que pase, dado que eso implicaría que se les retire el control de los recursos que han aprovechado para erigir su poder dentro del sistema de aseguramiento. Este también es un tema álgido de discusión entre los economistas de la salud y los expertos del aseguramiento, quienes sostienen que se disminuirá el control de gastos en salud y será la debacle económica del sistema. Crítica que se une a otras frente a la politización del tema.

La propuesta de reforma en salud fue aprobada por la Cámara de Representantes, en dos de los cuatro debates del proceso legislativo, pero fue archivada en el tercero, ya en el seno del Senado de la República. En un tira y afloja permanente, los opositores de la reforma gubernamental lograron frenar la iniciativa y canalizaron a su favor varias de las inquietudes frente a la reforma surgidas en el proceso legislativo.

Ante ello, el gobierno ha emprendido algunos ajustes al sistema por medio de decretos gubernamentales y es de esperar que renueve sus esfuerzos por reconstruir algunas alianzas políticas, aunque también ha estado llamando a sus bases sociales para que, mediante la movilización, incrementen su capacidad de maniobra en un escenario tenso y lleno de obstáculos. La oposición, como era de esperar, ha criticado el proceder gubernamental y seguirá aprovechando cualquier ocasión para dificultar la acción de gobierno, pero, sobre todo, para torpedear los proyectos de agenda social que se tramitan en el Congreso. Estos proyectos no son de poca monta, dado que, tras la propuesta de la reforma a la salud, están las reformas pensional y laboral, asuntos de vital importancia que afectarán de manera profunda el futuro del país.

Hasta antes de abril del 2024, en lo que concierne a la reforma a la salud, se vislumbraban tres escenarios posibles, cada uno con sus propias exigencias y consecuencias: el primero, en el que se logran reacomodar las fuerzas políticas y se aceptan las directrices de la reforma, llevando con eso a una

transformación importante del sistema de salud: una recuperación del control de los recursos públicos que aliente el ejercicio territorializado de respuesta en salud y a un despliegue estratégico de la APS integral. El segundo, en el que los acuerdos políticos solo alcanzan para un montaje híbrido en el cual las EPS se mantienen en las grandes y medianas ciudades (donde el negocio del aseguramiento es rentable), pero se logran implementar formas de ejercicio de APS y se fortalece la acción estatal en las pequeñas ciudades y en los territorios rurales y más apartados. Y el tercero, en el que se archiva la propuesta de reforma y se detiene cualquier iniciativa de transformación real del sistema (Torres-Tovar, 2023).

Por lo ocurrido recientemente en el Congreso de la República, pareciese que se empieza a vivir el tercer escenario, aunque con una fundamental variante: el gobierno no se ha quedado quieto ante el archivo de la propuesta, y ha desplegado un rápido, aunque por momentos errático, ejercicio de rectoría, el cual se concreta en una serie de decretos gubernamentales que buscan avanzar en la propuesta de cambio, si bien no tienen el rango de leyes de la República. Y se espera que presente un nuevo proyecto de ley con mensaje de urgencia.

El ambiente es álgido y las dinámicas del sector preocupantes. El archivo de la propuesta gubernamental hace mella en el impulso gubernamental, aunque en el camino se ha creado una amplia conciencia de que se necesitan cambios importantes en el sistema de salud, aunque hay diferencias importantes entre quienes los proponen. Hasta ahora, el resultado de la contienda ha estado a favor de quienes detentan el poder actual y la lógica económica que les impulsa ha impregnado hasta los tuétanos al sistema. Sin embargo, hay crisis en varias partes y una creciente sensación de inestabilidad en el sector salud. Está por verse si la aspiración del gobierno actual se logra concretar de manera más clara y si los cambios que se proponen afectan positivamente una situación que, hoy en día, resulta inquietante y amenazante.

BIBLIOGRAFÍA

Agudelo-Londoño, Sandra Milena (2020). *De soluciones y otros problemas: análisis del aplicativo web Mipres para tecnologías de alto costo en Colombia desde una lectura crítica a los Sistemas de Información en Salud. 2016-2019* [Tesis de doctorado]. Universidad Nacional de Colombia.

Ahumada, Consuelo (18 de abril de 2023). Golpes bajos a la agenda social. *Las 2 orillas*. <https://www.las2orillas.co/golpes-bajos-a-la-agenda-social/>

Alvarado, Herly Ruth et al. (2010). Sistema General de Seguridad Social en Salud y decretos de emergencia social: negociación del cuidado de la salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Sup. 9(18), 53-60.

Aranguren, Hernán; Buitrago, Giancarlo y Ruiz, Álvaro (junio de 2021). Asociación entre la cuota moderadora y la frecuencia en la consulta a los servicios de urgencias en pacientes adultos con asma, usuarios del Régimen Contributivo en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, (20), [publicación continua]. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.acmf>

Arévalo, Decsi Astrid et al. (2018). *Poder político y mercado en las reformas a la seguridad social*. Bogotá: Ed. Universidad Nacional de Colombia.

Arévalo, Decsi Astrid et al. (2010). Emergencia social para lucro financiero. En Voces críticas desde la academia sobre la emergencia social en salud. *Cuadernos del Doctorado* (Bogotá: UNC), (13), 117-127.

Arias, Paula Andrea; Gómez, María del Pilar y Borrero, Yadira (2022). Contienda por la Ley Estatutaria de Salud en Colombia, 2008-2015: entre el mercado y el derecho. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, (21), [publicación continua]. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.cles>

Ayala-García, Jhorland (2014). *La salud en Colombia: Más cobertura pero menos acceso* [Documentos de Trabajo sobre Economía Regional]. Cartagena: Banco de la República, Centro de Estudios Económicos Regionales. https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_204.pdf

Banco Mundial [BM] (1987). *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform. A World Bank Policy Study*. Washington: World Bank. <https://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/978-0-8213-0900-1>. [Resumen en español en Banco Mundial [BM] (diciembre de 1987). El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 103(6), 695-709].

Banco Mundial [BM] (1993). *Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial 1993*. Washington: Banco Mundial. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/259121468340250256/pdf/341290spanish.pdf>

Borrero-Ramírez, Yadira (2014). *Luchas por la salud en Colombia*. Santiago de Cali: Ed. Pontifica Universidad Javeriana.

Borrero-Ramírez, Yadira; Torres-Tovar, Mauricio y Echeverry-López, Esperanza (2021). Construcción del movimiento social en salud en Colombia, 1998-2020. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(12), 1-12. <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-37-12-e00345220.pdf>

Botero, Sandra (2020). Confianza, apoyo a la democracia y corrupción: una mirada a la Corte Constitucional en la opinión pública colombiana. *Revista Latinoamericana de Derecho*, (4), 25-47. <https://doi.org/10.29263/lar04.2020.02>

Carrasco, Emilio (Coord.) (2003). *Diez años del sistema de seguridad social colombiano. Evaluación y perspectivas*. Bogotá: Ed. Universidad Externado de Colombia.

Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social [CSR]; Corporación Viva la Ciudadanía y Alianza por un Nuevo Modelo de Atención en Salud [ANSA] (c. 2013). Salud: iniciativas legislativas de la sociedad civil. *Corporación Viva la Ciudadanía*. <https://viva.org.co/lobbying/comision-de-salud/221-contenido-proyecto-de-ley-ordinaria-en-salud-de-la-sociedad-civil-y-de-defensa-del-derecho-a-la-salud>

De Currea, Víctor (2003). *El derecho a la salud en Colombia. Diez años de frustraciones*. Bogotá: Publicaciones ILSA.

Escobar, Juan Pablo (16 de mayo de 2023). Solicitaron al gobierno retirar el texto de la reforma a la salud del Congreso de la República. *Infobae*. <https://www.infobae.com/colombia/2023/05/16/solicitaron-al-gobierno-retirar-el-texto-de-la-reforma-a-la-salud-del-congreso-de-la-republica/>

Eslava-Castañeda, Juan Carlos (18 de julio de 2022). Un inédito ejercicio de empalme en salud. *Desde Abajo*. <https://www.desdeabajo.info/actualidad/colombia/item/un-inedito-ejercicio-de-empalme-en-salud.html>

Eslava-Castañeda, Juan Carlos y Naranjo-Gómez, Claudia (18 de marzo de 2023). ¿Lograremos tener una adecuada Atención Primaria en Salud en el país? *Desde Abajo*, (Supl. reforma a la salud). <https://www.desdeabajo.info/suplementos/suplemento-reforma-a-la-salud/item/lograremos-tener-una-adecuada-atencion-primaria-en-salud-en-el-pais.html>

Figueroa, Diego Camilo (17 de marzo de 2023). Las cinco mentiras sobre la reforma a la salud. *Noticias Federación Médica Colombiana*. <https://www.federacionmedicacolombiana.com/2023/03/17/las-cinco-mentiras-sobre-la-reforma-a-la-salud/#>

Franco, Saúl (c. 2014). Presentación: aportes concretos para un nuevo modelo de salud en Colombia. En *Salud: iniciativas legislativas desde la sociedad civil* (pp. 5-11). Bogotá: CSR/Viva la Ciudadanía/ANSA.

Gianella, Camila et al. (2010). ¿Deliberación democrática o mercadeo social? Los dilemas de la definición publica en salud en el contexto del seguimiento de la sentencia 760 de 2008. En *La Sentencia T-760: alcances y limitaciones. Cuadernos del Doctorado* (Bogotá: UNC), (11), 107-132.

Giraldo, Cesar (2007). **¿Protección o desprotección social?** Bogotá: Ediciones Desde Abajo.

Glassman, Amanda et al. (2010). *From few to many. Ten years of health insurance expansion in Colombia*. Washington: Brookings Institution.

Gómez, Rubén Darío (2010). La emergencia social en salud en Colombia: lecciones aprendidas. En *Voces críticas desde*

la academia sobre la emergencia social en salud. *Cuadernos del Doctorado* (Bogotá: UNC), (13), 189-215.

Gómez, Carlos y Builes, Alejandro (2018). El derecho fundamental a la salud y la política de acceso al sistema: una mirada desde la Ley Estatutaria 1751 del año 2015. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas* (Medellín: UPB), 48(128), 135-167. <https://doi.org/10.18566/rfdcp.v48n128.a06>

González-Rossetti, Alejandra (2001). *The Political Dimension of Health Reform: The Case of Mexico and Colombia* [Tesis de doctorado]. London School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido.

Grupo Guillermo Fergusson [GGF] y Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo [PCDHDD] (18 de mayo de 2023). Salud por la salud. *Desde Abajo*. <https://www.desdeabajo.info/otras-noticias/item/salud-por-la-salud.html>

Guerrero, Ramiro et al. (2011). Sistema de Salud de Colombia. *Salud Pública de México*, 53(supl 2), s144-s155.

Gutiérrez, Jorge (2003). Diez años de la seguridad social en salud, un punto de vista desde el modelo de pluralismo estructurado. En Emilio Carrasco (Coord.), *Diez años del sistema de seguridad social colombiano. Evaluación y perspectivas*. (pp. 151-182). Bogotá: Ed. Universidad Externado de Colombia.

Hernández-Álvarez, Mario (1992). El desarrollo a la salud y la nueva Constitución Política colombiana. En A. Cardona (Coord.), *Sociedad y Salud* (pp. 127-154). Bogotá: Zeus Asesores.

Hernández-Álvarez, Mario (1999). El proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia. *Cartilla de Seguridad Social*, (5), 21-43.

Hernández-Álvarez, Mario (2000). El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Revista de Salud Pública*, 2(2), 121-144.

Hernández-Álvarez, Mario (2001). El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 57-70.

Hernández-Álvarez, Mario (2002). Reforma sanitaria,

equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 991-1001.

Hernández-Álvarez, Mario (2003a). Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas. En Darío Restrepo (Ed.), *La falacia neoliberal, críticas y alternativas* (pp. 347-361). Bogotá: Ed. Universidad Nacional de Colombia.

Hernández-Álvarez, Mario (2003b). El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después. En Saúl Franco (Ed.), *La Salud Pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública* (pp. 463-479). Bogotá: Ed. Universidad Nacional de Colombia.

Hernández-Álvarez, Mario (2005). Propuestas de reforma a la Ley 100 de 1993. Opciones sociopolíticas en debate. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, (9), 180-190.

Hernández-Álvarez, Mario (2010a). ¿Derecho a qué? El debate sobre la Sentencia T-760. En La Sentencia T-760: alcances y limitaciones. *Cuadernos del Doctorado* (Bogotá: UNC), (11), 27-44.

Hernández-Álvarez, Mario (2010b). ¿Emergencia social, emergencia financiera o nuevo pacto social? En Voces críticas desde la academia sobre la emergencia social en salud. *Cuadernos del Doctorado* (Bogotá: UNC), (13), 93-99.

Hernández-Álvarez, Mario (6 de junio de 2013). La Ley estatutaria en salud: prevalece el negocio sobre el derecho. *Razón Pública*. <https://razonpublica.com/la-ley-estatutaria-en-salud-prevalece-el-negocio-sobre-el-derecho/>

Hernández-Álvarez, Mario (2 de junio de 2014). La Ley estatutaria no es como la pintan. *Razón Pública*. <https://razonpublica.com/la-ley-estatutaria-en-salud-no-es-como-la-pintan/>

Hernández-Álvarez, Mario (8 de febrero de 2015). La novela de la ley estatutaria en salud. *Razón Pública*. <https://razonpublica.com/la-novela-de-la-ley-estatutaria-en-salud/>

Hernández-Álvarez, Mario (2019). Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS). *Saúde em Debate*, 43(spe5), 29-43. <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/29-43/es>

Hernández-Álvarez, Mario (2023a). La reforma a la salud en

el gobierno del cambio. *Periódico Desde abajo* (Suplemento reforma la salud). <https://www.desdeabajo.info/suplementos/suplemento-reforma-a-la-salud/item/la-reforma-a-la-salud-en-el-gobierno-del-cambio.html>

Hernández-Álvarez, Mario (2023b). El fondo del debate sobre la reforma a la salud. *Periódico UNAL*. <https://periodico.unal.edu.co/articulos/el-fondo-del-debate-sobre-la-reforma-a-la-salud>

Hernández-Álvarez, Mario et al. (septiembre de 2020). Universal health coverage and capital accumulation: a relationship unveiled by the critical political economy approach. *International Journal of Public Health*, (65), 995-1001. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01437-9>

Hernández-Álvarez, Mario y Torres-Tovar, Mauricio (2010). Nueva reforma en el sector salud en Colombia: portarse bien para la salud financiera del sistema. *Medicina Social/Social Medicine*, 5(4), 241-245. <https://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/515/991>

Insignares-Gómez, Roberto (2021). *La financiación de la salud pública en Colombia*. Bogotá: Ed. Universidad Externado de Colombia.

Jaramillo, Iván (1997). *El futuro de la salud en Colombia. La puesta en marcha de la Ley 100*. Bogotá: FESCOL/FES/FRB/FC.

Jiménez, Giovanni (11 de junio de 2023). La reforma a la salud: un proyecto sin futuro. *Razón Pública*. <https://razonpublica.com/la-reforma-la-salud-proyecto-sin-futuro/>

Londoño, Juan Luis y Frenk, Julio (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina* [Documento de Trabajo 353]. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/es/publicacion/13652/pluralismo-estructurado-hacia-un-modelo-innovador-para-la-reforma-de-los-sistemas>

Malagón, Rafael (2010). La Sentencia T-760, reseña crítica. En La Sentencia T-760: alcances y limitaciones. *Cuadernos del Doctorado* (Bogotá: UNC), (11), 13-26.

Mejía, Óscar y Guzmán, Natalia (2002). La corte

constitucional: entre la emancipación social y la eficacia sistémica. Hacia un tercer modelo normativo del tribunal constitucional. *Pensamiento jurídico*, (15), 37-50.

Merlano, Carlos Andrés y Gorbanev, Iouri (2013). Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24), 74-86.

Moreno, Jaime; Gómez, Graciela (1999). *El abogado de la seguridad social*. Bogotá: Manuales Planeta.

Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social [NNSSS] y Grupo Guillermo Fergusson [GGF] (2006). *Ley 100: balance y perspectivas*. Bogotá: Corporación para la salud GGF, Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (12 de diciembre de 2022). Cobertura sanitaria universal. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-uhc>

Padilla, Julio César et al. (2017). Epidemiología de las principales enfermedades transmitidas por vectores en Colombia, 1990-2016. *Biomédica*, 37(Supl.2), 27-40. <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3769/3688>

Peñaloza, Rolando Enrique (2010). Economía política de la emergencia social: las negociaciones políticas de los decretos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Supl 9(18), 61-69.

Petro, Gustavo y Márquez, Francia (2022). Colombia: potencia mundial de la vida. Programa de Gobierno (2022-2026). *Colombia Humana*. <https://drive.google.com/file/d/1nEH9SKih-B4DO2rhjTZAKiBZit3FChmF/view>

Portafolio (7 de febrero de 2023). Exministros de salud radicaron derecho de petición por la reforma. *Portafolio*. <https://www.portafolio.co/economia/gobierno/reforma-a-la-salud-exministros-y-exviceministros-radican-derecho-de-peticion-por-el-proyecto-578090>

Ramírez, Jaime (2010). La emergencia social en salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Supl 9(18), 124-143.

Redondo, Herman; Guzmán, Fernando (2000). *La reforma de la salud y la seguridad social en Colombia. El desastre de un modelo económico*. Bogotá: ASMEDAS/AMC/FMC/Biblioteca Jurídica Díké.

Restrepo-Zea, Jorge Humberto; Casas-Bustamante, Lina; Espinal-Piedrahita, Juan (2018). Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760?. *Revista de Salud Pública*, 20(6), 670-676.

Rico-Barrera, Susana (21 de septiembre de 2022). Mortalidad materna y perinatal aumentó en Colombia: Supersalud. *Consultor salud*. <https://consultorsalud.com/mortalidad-materna-perinatal-col-supersalud/>

Rodríguez, César (2016 [2012]). La judicialización de los derechos: el caso de la salud. En Mauricio García y María Adelaida Ceballos (Eds.), *Democracia, justicia y sociedad. Diez años de investigación en Dejusticia*. (pp. 461-476). Bogotá: Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad (Dejusticia).

Serna, Fabio (22 de enero de 2023). La disputa por la reforma estructural en salud. *Desde Abajo*. <https://www.desdeabajo.info/ediciones/edicion-no-299/item/la-disputa-por-la-reforma-estructural-a-la-salud.html>

Suárez-Rozo, Luisa Fernanda et al. (2017). La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16(32), 34-50. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cssc>

Torregroza, Zoraida (2018). *Recobros en el sistema de salud de Colombia* [Monografía de especialización]. Universidad Santo Tomás, Colombia.

Torres-Tovar, Mauricio (2008). Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado. *Saúde em Debate*, 32(78-79-80), 207-219.

Torres-Tovar, Mauricio (6 de septiembre de 2012). Nuevo pulso por el modelo de salud en Colombia. *Le Monde Diplomatique, edición Colombia*, (115). <https://www.eldiplo.info/nuevo-pulso-por-el-modelo-de-salud-en-colombia/>

Torres-Tovar, Mauricio (2013a). *Lucha social contra la privatización de la salud*. Bogotá: CINEP.

Torres-Tovar, Mauricio (28 de junio - 4 de julio de 2013b). La contienda por la ley estatutaria de salud. *Semanario Virtual Caja de Herramientas*, (357).

Torres-Tovar, Mauricio (25 de junio de 2014) Ley Estatutaria. La salud: un derecho restringido. *Desde Abajo*. (203). <https://www.desdeabajo.info/ediciones/edicion-n-203/item/la-salud-un-derecho-restringido.html>

Torres-Tovar, Mauricio (2015). Ley estatutaria para atornillar el negocio de la salud. *Desde Abajo* (193). <https://www.desdeabajo.info/ediciones/edicion-n193/item/ley-estatutaria-para-atornillar-el-negocio-de-la-salud.html>

Torres-Tovar, Mauricio (22 de abril de 2023). La contienda política por la salud. *Desde Abajo*, (301). <https://www.desdeabajo.info/ediciones/edicion-n301/item/la-contienda-politica-por-la-salud.html>

Uprimny, Rodrigo y García, Mauricio (2016 [2004]). El potencial emancipatorio de las decisiones de la Corte Constitucional colombiana. En Mauricio García y María Adelaida Ceballos (editores). *Democracia, justicia y sociedad. Diez años de investigación en Dejusticia*. (pp. 71-82). Bogotá: Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad [Dejusticia].

Uribe, Mónica (2009a). *La contienda por las reformas del sistema de salud en Colombia (1990-2006)* [Tesis de doctorado]. El Colegio de México.

Uribe, Mónica (2009b). La dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud en Colombia: exclusiones y resistencias (1995-2003). *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 44-68.

Vega, Manuel; Eslava-Castañeda, Juan Carlos; Arrubla, Deisy y Hernández-Álvarez, Mario (2012). La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo XX: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 58-84.

Yepes, Francisco (2010). Ni emergencia, ni salud de la población. *Revista Gerencia y Políticas de Salud, Supl 9*(18), 30-40.

Yepes, Francisco et al. (2010). *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993*. Bogotá: Assalud/Universidad del Rosario/Mayol ediciones.

O BRASIL QUE EMERGE DO DOMÍNIO DA ULTRADIREITA

DESMONTE, RESILIÊNCIA E RECONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Ana Maria Costa**

INTRODUÇÃO

Embora a saúde nunca tenha assumido a centralidade nos projetos governamentais, a criação do Sistema Único de Saúde [SUS] na Constituição Federal de 1988 caracterizou um importante avanço na garantia do direito à saúde no Brasil. O arcabouço jurídico e a atuação de governos nos três níveis de gestão (federal, estaduais e municipais) permitiram o desenvolvimento e a implantação do SUS ao longo de mais de três décadas de existência.

Esse quadro se alterou quando, por meio de um golpe jurídico-parlamentar em 2016 e posterior eleição de um presidente liberal ultraconservador, reordenaram-se e radicalizaram-se as orientações antipolíticas redistributivas com o desmonte de políticas públicas que garantiam direitos sociais básicos, como o direito à saúde.

O retrocesso das políticas de saúde durante o governo Bolsonaro (2019-2022) fez com que o sistema de saúde brasileiro sofresse alterações abruptas e radicais em sua estrutura e

funcionamento. O desmonte do SUS se deu tanto pelo seu desfinanciamento quanto pelas alterações na concepção e na organização da política que fragilizaram a capacidade de gestão e o alcance do sistema.

Esse reordenamento ocorreu quase em simultâneo ao surgimento da pandemia de COVID-19, cuja resposta equivocada e negacionista por parte do governo federal resultou em mais de 700 mil mortes, centenas delas evitáveis. A tragédia só não foi ainda maior porque governos estaduais e municipais assumiram um protagonismo distinto da orientação federal no enfrentamento da pandemia. Também, pela primeira vez, o sistema público, antes com frágil reconhecimento social, saiu de seus limites setoriais e foi reconhecido, pela sociedade, como mecanismo concreto de salvar vidas (Costa, Rizzotto e Lobato, 2020).

A literatura tem analisado sistemas de saúde a partir da resiliência que possuem para lidar com mudanças abruptas ou choques. Conceito usado em várias áreas, na saúde pública, resiliência assume o sentido abrangente de capacidade de absorção, de adaptação e de transformação não só diante de eventos extraordinários como desastres e pandemias, mas também no cotidiano dos serviços que podem sofrer aumento da demanda repentina e que precisam manter, concomitantemente, o funcionamento e a qualidade dos serviços prestados à população (Lobato, 2022).

O objetivo deste ensaio é de analisar em que medida a estrutura institucional do sistema de saúde brasileiro foi atingida durante o governo Bolsonaro, que elementos contribuíram para sua resiliência no enfrentamento da pandemia de COVID-19 e quais medidas são necessárias para a sua reconstrução.

A análise foi desenvolvida a partir da seleção de políticas de ‘alta institucionalidade’¹ (Machado e Baptista, 2012), buscando identificar o alcance do desmonte e as características institucionais (organizacionais, valorativas e políticas) que permitiram

1 Políticas que alcançaram importante densidade institucional na implementação do SUS, com regras, financiamento, corpo técnico sólido e estável e apoio social (Machado e Baptista, 2012).

sua manutenção enquanto política prioritária e em que medida a eleição do presidente Lula (2022), por meio de uma frente ampla de partidos de diferentes matrizes ideológicas, poderá retomar o caminho da construção do SUS universal e igualitário.

O DESMONTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DURANTE O GOVERNO BOLSONARO

Os estudos de Pierson (2001) analisam o desmonte de políticas sociais a partir do processo de austeridade permanente que caracteriza a condução dos Estados de Bem-Estar em décadas recentes. Segundo o autor, o desmonte pode ser sistêmico ou programático, sendo o primeiro caso de desmonte ampliado com alteração das políticas, e o segundo, mais imediato, de redução de gastos (Pierson, 1996). Como lembra Lanzara (2024), é difícil separar os dois casos no processo corrente de desmonte, já que o desmonte programático poderia ser o início do desmonte sistêmico e não apenas reação a conjunturas econômicas desfavoráveis, que seriam transitórias.

O caso brasileiro demonstra que, dada a longevidade das restrições de gastos na área de saúde, poder-se-ia caracterizá-lo como sistêmico. Entretanto, e esta é a particularidade do Brasil, a austeridade caminhou junto com uma expansão importante das políticas de saúde, o que pode ser caracterizado como *expansão restringida* (Lobato, 2024). Ou seja, para além da estrutura legal originária do direito universal à saúde, definido na Constituição de 1988, todo o processo posterior foi, na verdade, de expansão da política de saúde, já que se verifica ampla expansão em relação ao modelo anterior à Constituição, mas com restrições em relação ao que essa previa (Lobato, 2024).

Assim, pode-se dizer que o processo de retração foi concomitante ao de expansão de direitos sociais, o que faz com que as dimensões de remercantilização, contenção de custos e recalibragem exploradas por Pierson (2001) tenham informado tanto a retração quanto a constituição contemporânea dos modelos de proteção social e de saúde no Brasil (Lobato, 2024).

Nesse processo de *expansão restringida*, foi desenvolvido um conjunto de políticas progressistas, bem como um aparato estatal robusto, que evitou um processo mais radical de desmonte. Esse quadro se alterou com o golpe de 2016 e com a posterior eleição do candidato ultraliberal conservador –Jair Bolsonaro–, que reordenou e radicalizou a orientação contra políticas redistributivas, com cortes, diminuição ou mesmo exclusão de políticas existentes (Jordan et al., 2013).

Os conflitos para a garantia do direito à saúde, conquistado em 1988, iniciaram-se logo após a aprovação da Constituição Federal, sendo o subfinanciamento crônico a maior expressão da *expansão restringida*. O regramento constitucional previa a criação de orçamento único para o aparato da seguridade social, que, no Brasil, reúne saúde, previdência e assistência social, com destinação de, ao menos, 30 % dos recursos para a saúde. Esse patamar jamais foi alcançado, comprometendo desde logo a ampliação da rede de serviços e de recursos humanos para a construção do SUS.

Segundo Santos e Funcia (2020), a diferença entre o piso previsto de 30 % e o gasto efetivo em saúde foi de R\$ 102 bilhões em 2019 (US\$ 20,4 bilhões) e de R\$ 146 bilhões em 2020 (US\$ 29,2 bilhões). Sem definição clara sobre o orçamento, iniciou-se uma disputa entre as áreas da seguridade social, vencida pela previdência social que, sendo a área arrecadadora, deixou de repassar os recursos para a saúde e a assistência social.

A eleição de um governo liberal –Collor de Mello em 1990–, logo após a aprovação da Constituição de 1988, iniciou a trajetória de austeridade fiscal, que iria acompanhar a construção do SUS ao longo das últimas três décadas. Em 1994, criou-se o Fundo Social de Emergência [FSE], mecanismo de desvinculação de recursos do orçamento federal para livre gasto pelo governo, que restringiu os recursos para toda a área de seguridade social, sendo mantido por todos os governos subsequentes, hoje chamado de Desvinculação dos Recursos da União [DRU], com percentual de 30 %.

As dificuldades de financiamento se mantiveram com o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), de perfil

neoliberal, que colocou em prática um projeto bem mais explícito que o anterior de redução do Estado, com destaque para a área social. Manteve-se a restrição de gastos, implementou-se um amplo programa de privatizações e uma vasta reforma do Estado, que permitiu a terceirização de serviços sociais com consequências para a expansão do SUS público. Outro mecanismo importante de austeridade fiscal e restrição de recursos foi a lei aprovada em 2000, Lei de Responsabilidade Fiscal [LRF], que definiu limites para os gastos com servidores públicos nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), restringido a contratação de servidores públicos necessários para a garantia da universalização da atenção por meio de serviços próprios (Lobato et al., 2016). Com a limitação de gastos com a folha de pagamentos, governos nas três esferas de gestão passaram a usar a terceirização de serviços, contratando empresas privadas para a execução de serviços públicos, com resultados duvidosos para o acesso integral à saúde, previsto no modelo constitucional.

Os recursos mantiveram-se instáveis, e só 12 anos depois, em 2000, foi aprovada lei específica para garantia de percentuais mínimos de gastos em saúde para os três níveis de governo (Emenda Constitucional N° 29), que previu investimento de 15 % da arrecadação própria para os municípios, 12 % para os estados; e para a União, ficou estipulado que a correção deveria ser anual de acordo com a variação nominal do Produto Interno Bruto [PIB].

Desde o início, os governos passaram a contabilizar nesse mínimo despesas não específicas em saúde, o que gerou outra longa batalha para a uma nova regulamentação que estabelecesse o que são, efetivamente, ações e serviços públicos de saúde, ocorrida em 2012, por meio da Lei Complementar N° 141. Apesar da importância dessa regulamentação, os percentuais, que deveriam ser os mínimos aplicados em saúde, não passaram muito disso.

A ausência da definição de um mínimo para a União, que só ocorreu em 2015 por meio da Emenda Constitucional N° 86, que definiu o mínimo de 15 % da Receita Corrente Líquida [RCL], provocou uma sobrecarga nos orçamentos das prefeituras, que

passaram a destinar partes cada vez maiores de seus orçamentos para a saúde. Em 2001, a proporção de gastos entre os níveis de governo era de 56 % para a União, 21 % para estados e 23 % para municípios (Santos e Funcia, 2020). Já em 2019, os percentuais foram de 42 % para a União, 26 % para estados e 32 % para os municípios (Funcia e Bresciani, 2019) –isso sem que houvesse alteração no repasse dos recursos federais, principal arrecadador, aos municípios. Ao contrário, desde 1998, o governo federal vinha ampliando a centralização de recursos.

O estabelecimento de um percentual apropriado de recursos para o SUS, especialmente de recursos federais, gerou várias propostas legislativas e muitos conflitos entre o governo federal e a coalização de defesa do SUS. Mesmo os governos de centro-esquerda resistiram ao aumento dos recursos federais ao SUS. Entretanto, capitanearam avanços importantes no desenho e na implementação de políticas abrangentes e inclusivas e na ampliação da oferta de serviços em todo o território nacional (Machado e Baptista, 2012).

O golpe de 2016 radicalizou o processo de austeridade e agravou a contenção de custos do *Welfare State* brasileiro e da saúde. Sob o governo de Michel Temer (2016-2018), aprovou-se o Novo Regime Fiscal, que estabeleceu teto de gastos das despesas públicas por 20 anos (até 2036). Entretanto, o controle dos gastos públicos só se aplicou às despesas primárias usadas para financiar políticas públicas, ficando de fora do teto e, portanto, sem limite, os gastos com pagamento de juros da dívida pública. O teto não considerou necessidades futuras relacionadas com aumento e envelhecimento populacional, alterações no perfil epidemiológico e nas demandas de saúde, incorporação de tecnologia, pesquisa e inovação necessárias a um sistema público que cobre 210 milhões de habitantes (Lobato et al., 2023). Como consequência, houve importante queda de investimentos em saúde entre 2017 e 2019.

A pandemia de COVID-19 pressionou esse novo regime, exigindo aumento de recursos para a saúde. Contudo, se excluídos os gastos específicos com a pandemia, registrou-se, em 2020, mais uma queda de recursos destinados ao SUS (Ortiz e Funcia, 2021).

O quadro de subfinanciamento crônico (Marques, 2017; Marques et al., 2016) passou a ser de “desfinanciamento”, conceito aplicado à redução dos recursos que já eram insuficientes (Funcia, 2019). Os gastos públicos com saúde alcançaram cerca de US\$ 70 bilhões em 2019, por volta de US\$ 330 per capita/ano ou menos de US\$ 1,00 per capita/dia (Brasil, 2021).

Outra dimensão que materializa o desmonte é a alteração de políticas estruturais da saúde e do SUS, o que Machado e Baptista (2012) denominam de políticas de alta institucionalidade. Destacam-se a Estratégia Saúde da Família [ESF] e a política de saúde mental.

A ESF, amparada na Política Nacional de Atenção Básica [PNAB], converteu-se na estrutura prioritária de reorganização do modelo de atenção à saúde no País. Em oposição à lógica tradicional da atenção à saúde centrada nos serviços especializados e hospitalares, a ESF fez do primeiro nível de atenção a porta de entrada de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente, como é preconizado pelo SUS (Giovanella e Mendonça, 2012), e foi responsável pela maior expansão do acesso à saúde pública.

Uma nova política de atenção básica foi editada em 2017, com mudanças que ameaçavam a construção do modelo de atenção previsto. Giovanella et al. (2020) destacam: a redução ou a retirada de Agentes Comunitários de Saúde [ACS], profissionais centrais na relação com a população e na promoção à saúde; a redução da carga horária de médicos e outros profissionais, descaracterizando a vinculação integral com a atenção primária e o enfraquecimento do componente multiprofissional ao reduzir ou alterar as formas de financiamento às equipes nas diversas modalidades de unidades de atenção básica.

Novas alterações na estrutura da ESF foram empreendidas no governo Bolsonaro, favorecendo o atendimento individualizado e a demanda espontânea, o que contraria o modelo de atenção integrado da ESF. Ademais, a reedição do programa de expansão de profissionais médicos eliminou o componente de intervenção na formação médica no País, amplamente reconhecido como fator

preponderante para superar a dificuldade de alocação de médicos em áreas remotas do Brasil (Giovanella et al., 2020).

A Política Nacional de Saúde Mental [PNSM] é resultado de um longo processo político, capitaneado pelo movimento da reforma psiquiátrica que rompeu com os preceitos tradicionais sobre o lugar da saúde mental nas relações sociais (Amarante, 2012). Em crítica contundente à psiquiatria tradicional, o movimento da reforma psiquiátrica alcançou combinar uma nova concepção sobre os loucos e a loucura com a proposição concreta de como um sistema de saúde deveria se organizar para lidar com essa nova concepção, baseada no reconhecimento dos acometidos por doença mental como cidadãos de direitos, a serem cuidados e incluídos socialmente, e não criminalizados ou encarcerados.

A proposição da PNSM é de um sistema antimanicomial, calcado em um conjunto de serviços multiprofissionais, territorializados e em rede, com o objetivo de dar condições de recuperação e convivência aos acometidos por transtornos mentais ou uso abusivo de álcool e outras drogas (Amarante e Nunes, 2018). Essa estrutura foi desenvolvida no interior do SUS, com bons resultados no tratamento dos adoecimentos e com alto impacto na redução das internações psiquiátricas e, conseqüentemente, nos leitos psiquiátricos, que reduziram de 80 mil na década de 1970 para pouco mais de 25 mil em 2014 (Amarante e Nunes, 2018). Nesse contexto, a disputa com o setor privado hospitalar sempre foi intensa, já que leitos psiquiátricos podem representar alta lucratividade, com tratamentos de longo prazo, baseados praticamente em administração de medicação.²

O desmonte da saúde mental se consolidou após o golpe de 2016, com uma sequência de alterações de menor ou maior porte, com destaque para: a inclusão das comunidades terapêuticas³ no

2 Para conhecimento da trajetória da psiquiatria brasileira, o papel e o tratamento adotados nos hospitais psiquiátricos e o movimento da reforma psiquiátrica, ver Amarante (2010).

3 Comunidades terapêuticas são grupos de assistência privados e religiosos que atendem dependentes químicos privilegiando a abstinência e o isolamento social e familiar.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [CNES], abrindo caminho para seu reconhecimento como serviços de saúde e financiamento pelo SUS; o hospital psiquiátrico voltando a fazer parte integrante da rede, com maior financiamento; o reajuste do valor de diárias para internação em hospitais especializados e a reformulação das equipes e redes de atenção psicossocial (Cruz et al., 2020). Esses autores analisam as resoluções e as portarias emitidas entre 2016 e o início de 2019, concluindo que, em sua maioria, vão em caminho contrário às diretrizes da PNSM, em processo claro de desmonte. Dada a característica de favorecimento ao setor privado, identifica-se também uma remercantilização da saúde mental, que vem associada à reinstitucionalização e à remedicalização da assistência nessa área.

O Ministério da Saúde, no governo Bolsonaro, radicalizou essa estratégia ao: reduzir o papel central da diretriz de redução de danos da PNSM, ampliando o papel dos hospitais psiquiátricos e dos procedimentos condenados, como a eletroconvulsoterapia; incentivar a internação psiquiátrica de crianças e adolescentes; facilitar a internação involuntária de dependentes de álcool e drogas e em comunidades terapêuticas; vetar o atendimento por psicólogos e assistentes sociais a alunos das escolas públicas de educação básica (veto derrubado pelo Congresso); revogar cerca de 100 portarias que estruturavam serviços e programas de saúde mental no SUS (Siqueira, 2021). O favorecimento às comunidades terapêuticas também ganhou incentivos via isenção de impostos para doadores.

Outras políticas mais recentes, que vinham se institucionalizando no País, como a de acesso a medicamentos (Farmácia Popular) e o tratamento odontológico na rede pública (Brasil Sorridente), também sofreram alterações que podem caracterizar desmonte, já que reduzem o acesso e favorecem a mercantilização. Da mesma forma, foi desmontada a Política Nacional de Combate à Aids, reconhecida internacionalmente por ter sido uma das precursoras em garantir assistência integral às pessoas acometidas com a síndrome, com resultados excepcionais entre países em desenvolvimento. O governo Bolsonaro reduziu a importância do combate à

aids ao incorporar a condução e o financiamento da política à estrutura organizacional responsável por outras doenças crônicas, reduzindo sua centralidade e comprometendo seu financiamento, justamente em um momento de aumento de casos, principalmente entre jovens e idosos. O desmonte e o descaso em relação à política de combate à aids se coaduna com diversas outras estratégias de criminalização das pessoas LGBTQIA+, por meio da moralização ultraconservadora e reacionária no tratamento das políticas públicas.

RESILIÊNCIA EM SAÚDE

Resiliência é um conceito originário da física que caracteriza a propriedade de alguns materiais de retornarem à forma original após sofrerem tensão elástica. Foi adaptado para estudos em outras áreas, como na psicologia, para identificar como os indivíduos lidam e se adaptam diante de experiências traumáticas e, mais recentemente, para analisar as respostas dos sistemas de saúde diante de crises políticas, econômicas, humanitárias, desastres naturais e epidemias que interferem na dinâmica dos sistemas (Paschoalotto et al., 2022).

A maior parte dos estudos de resiliência de sistemas de saúde se concentram em países de alta renda, mas é fundamental compreender como os sistemas de saúde de países de renda média ou baixa, que se caracterizam por enormes desigualdades sociais, regionais e iniquidades no acesso aos serviços de saúde, respondem às pressões sobre a demanda.

Bispo Júnior (2022) caracteriza como “choque” fatores que desajustam a dinâmica de um sistema de saúde e afetam os cuidados rotineiramente ofertados, ampliando as vulnerabilidades existentes e produzindo novas fragilidades. Ele categoriza os choques em três tipos: 1) Agudo –causado por evento repentino e de grande impacto, como epidemias, desastres naturais e ambientais; 2) Crônico –que constituem desafios vivenciados cotidianamente pelos sistemas de saúde em face dos problemas estruturais, de financiamento, técnicos, de pessoal, entre outros; e, 3) Político de natureza intencional –que

consiste em tensões provocadas pela implementação de políticas ou reformas de caráter restritivo com grande potencial de gerar instabilidades no sistema, em que podem ser citados como exemplos novos modos de governança, mecanismos de financiamento e modelos de prestação de serviços.

O SUS vivenciou de forma concomitante o choque agudo provocado pela pandemia de COVID-19 (2020 e 2021) e o choque político de natureza intencional, causado pelas políticas de desmonte do governo Bolsonaro, implementadas de 2019 a 2022, como apresentado no item anterior. Portanto, não se trata apenas de uma resposta circunstancial, adaptativa a uma situação de crise aguda e de retorno à situação anterior, mas da necessidade de reconstrução do sistema em outro patamar pós-governo Bolsonaro e de prepará-lo para o enfrentamento de outras crises que certamente virão, tanto por desastres naturais provocados por mudanças climáticas em curso, zoonoses decorrentes do desequilíbrio ambiental causado pela ação humana, como pelos processos de deslocamentos migratórios e guerras com o uso de diferentes tipos de armas, incluindo as biológicas.

Do ponto de vista metodológico, a análise da resiliência de um sistema de saúde deve considerar múltiplas dimensões. Blanchet et al. (2017) apresentam quatro dimensões interdependentes: 1) o conhecimento, ou seja, a capacidade de coletar, integrar e analisar diferentes formas de conhecimento e informação; 2) as incertezas, que se referem à habilidade de se antecipar e enfrentar incertezas e surpresas; 3) a interdependência, relativa à capacidade de considerar e lidar com dinâmicas e *feedbacks* de múltiplas escalas; e, 4) a legitimidade, que é a capacidade de construir instituições socialmente aceitas e contextualizadas.

Para a análise da resiliência do SUS durante o governo Bolsonaro e vigência da pandemia, agregamos a ideia de resistência, pois se, de um lado, era necessário haver mudanças efetivas para o enfrentamento da pandemia e continuidade da prestação de serviços, de outro, era fundamental resistir ao desmonte e aos desmandos do governo federal.

O SUS EM SUA DIFÍCIL TRAJETÓRIA E O IMPACTO DA PANDEMIA

O Brasil, como um país de média renda, conseguiu implantar um sistema de saúde universal com enorme capilaridade e razoável capacidade de resposta às emergências sanitárias. Possui uma rede de Unidades Básicas de Saúde [UBS], presente em todos os municípios, que garante acesso ao primeiro nível de atenção, mas que carece de uma rede integrada de serviços que assegure assistência integral e de qualidade nos outros níveis de atenção. Além disso, fragilizam o SUS: o subfinanciamento crônico; a baixa capacidade do Estado em regular e integrar o setor privado na rede de atenção sob a lógica pública; a alta dependência do setor privado na oferta de serviços de média e alta complexidade; e os problemas na estruturação e na consolidação de uma governança regional.

Embora necessitem de aperfeiçoamentos e melhorias, diversos mecanismos de gestão foram estabelecidos no âmbito do SUS, como a Comissão Intergestores⁴ Tripartite [CIT], as Comissões Intergestores Bipartites [CIB] e as Comissões Intergestores Regionais [CIR], além dos respectivos Conselhos de Saúde. Tais estruturas federativas, associadas às diretrizes constitucionais do SUS, que conferem poder e autonomia aos governos estaduais e municipais sobre o sistema de saúde na sua esfera de gestão, foram decisivas para o enfrentamento da pandemia.

A atuação errática do Ministério da Saúde chegou a tal ponto que afetou drasticamente a capacidade de coordenação do SUS e de articulação de respostas interfederativas, necessárias para o enfrentamento da crise sanitária. A situação só não foi ainda mais grave por causa da resiliência demonstrada pelo SUS, para a qual em muito contribuíram as respostas produzidas pelos gestores estaduais e municipais e a abnegação e a capacidade de reinvenção

4 As comissões intergestores são instâncias oficiais deliberativas de coordenação da política de saúde entre os gestores governamentais do SUS. As decisões nas Comissões devem ser sempre por consenso, o que favorece a negociação política e observância de preceitos técnicos. A CIT é composta pelos gestores das três esferas de governo (federal, estados e municípios). As CIB são estaduais, formadas por gestores do governo estadual e dos municípios do estado. As CIR são compostas pelos gestores que compõem determinada região de saúde.

dos seus trabalhadores e trabalhadoras. Destaque deve ser dado à vigorosa resistência, liderada e conduzida pelo Conselho Nacional de Saúde [CNS] e por entidades e movimentos sociais em defesa do SUS e da democracia.

No entanto, o limite se impõe mediante o fato de que a resposta do SUS diante de emergências sanitárias no território nacional depende de uma coordenação federal que articule as instâncias de gestão nos três níveis de governo, de um sistema de informação e comunicação ágil, da capacidade do Estado de decidir e regular a participação do setor privado na oferta de serviços emergenciais, do modelo de atenção adotado e do envolvimento e mobilização dos trabalhadores da saúde e da sociedade.

No caso da pandemia de COVID-19, pelo próprio desconhecimento inicial da doença e da ausência de uma orientação nacional, o modelo adotado foi no atendimento hospitalar em detrimento da Atenção Primária à Saúde [APS], que levou ao fechamento ou limitação no atendimento nas UBS e deslocamento de trabalhadores para Unidades de Pronto Atendimento e/ou de internação.

Apesar disso, estudos evidenciaram certa capacidade de resiliência da APS durante a pandemia. Bellas et al. (2022), em pesquisa sobre atuação da Atenção Primária no cuidado longitudinal a doenças crônicas, durante a pandemia, mostrou que o cuidado longitudinal de diabéticos e hipertensos não se alterou substancialmente, na medida em que foram adotadas estratégias remotas de acompanhamento, como contatos telefônicos, aplicativos de mensagens, reuniões em grupo por videoconferência, visita domiciliar com entrega de medicamentos pelos ACS e atuação da vigilância em saúde com testagem em massa. Além disso, o estabelecimento de diferentes portas de acesso à UBS garantia a continuidade do cuidado e reduzia o risco de contágio. Contudo, o deslocamento de profissionais médicos para o atendimento ambulatorial e/ou hospitalar de pacientes com COVID-19 reduziu a oferta de consultas para a população do território com comorbidades. Os autores ressaltam que a capacidade de adaptação da APS parece depender, em primeiro lugar, do

engajamento das equipes das unidades com as comunidades de seus respectivos territórios.

Profundamente traumatizado pela tragédia no enfrentamento da pandemia que ceifou a vida de centenas de milhares de brasileiros e brasileiras em todo o país, imperou a necessidade de enfrentar Bolsonaro e seu projeto populista de extrema-direita. Nessa perspectiva, constituiu-se uma ampla aliança de forças políticas que se posicionaram a favor do Estado de Direito, e, assim, o resultado das urnas em 2022 expressou a vontade soberana do povo brasileiro ansioso pelo retorno à normalidade democrática e institucional. O tema da saúde, um dos mais relevantes do debate eleitoral, emergiu como um compromisso público assumido por Lula, o presidente eleito. A oportunidade de valorizar e retomar com vigor a implementação do SUS apresenta-se como possibilidade concreta e enche de esperança os militantes e defensores da saúde como direito universal.

O diagnóstico da situação, apresentado ainda na transição do governo Bolsonaro para o atual governo Lula, por meio do Relatório Final do GT-Saúde (Brasil, 2022), confirma e expõe as entranhas daquilo que já se sabia: o caos na saúde no governo Bolsonaro. O documento, apresentado em dezembro de 2022 ao Conselho Nacional de Saúde, indica que o desmonte do Ministério da Saúde e a atuação do governo Bolsonaro, negligente e baseada no negacionismo, rejeitando evidências e práticas científicas fundamentadas, não ficaram restritos à forma como lidou com a COVID-19. Desde o golpe de 2016, diversos indicadores de saúde pioraram progressivamente. A redução da cobertura de todas as vacinas se agravou no governo Bolsonaro a patamares críticos. Nesse período, podem-se observar o aumento da mortalidade materna e a estagnação da mortalidade infantil, que vinha reduzindo até então. Inaceitavelmente, houve aumento de internações de bebês com desnutrição grave, que expressa o retorno da fome e o descuidado generalizado com a primeira infância.

Esse cenário desnuda a deterioração do Ministério da Saúde, que foi militarizado e promoveu o desmonte de políticas e

programas do SUS, resultado dos retrocessos institucionais, orçamentários e normativos indicando, sobretudo, a postura autoritária e centralizadora adotada pelo governo Bolsonaro, que substituiu a gestão interfederativa, cooperativa e solidária por um federalismo de confrontação.

Ao caracterizar um genocídio impetrado contra os povos originários, o governo Bolsonaro abandonou seu papel constitucional de proteger as populações indígenas durante o período pós-pandêmico, resultando em fome, desnutrição, doenças e violências de todos os tipos, a partir da ação impune de garimpeiros, madeireiros e traficantes. Embora não seja o único povo originário em sofrimento, a tragédia do povo Yanomami é expressão desse descalabro já que a Saúde Indígena é responsabilidade exclusiva do governo federal, por meio da Secretaria de Saúde Indígena [Sesai], e não há como terceirizar responsabilidades.

CONTEXTOS E O DESAFIO DA RECONSTRUÇÃO

A situação orçamentária do Ministério da Saúde foi diagnosticada como gravíssima, o que exigiu que o novo governo, eleito em 2022, apostasse na aprovação da Proposta de Emenda Constitucional Emergencial (PEC da Transição) que proporcionou R\$ 22,8 bilhões a mais no orçamento da saúde para recuperar os cortes e fortalecer o SUS em 2023. Sobejas evidências de que o investimento em saúde não se constitui em gasto, ao contrário, deve ser compreendido como base essencial para o projeto de desenvolvimento do País, rendendo múltiplos benefícios e impactos que incluem desde a melhoria da situação sanitária da população até a consolidação da saúde enquanto setor produtivo estratégico para a economia e soberania nacional. Há atraso na conquista da soberania tecnológica, cujos efeitos foram especialmente marcantes na pandemia e que precisam ser enfrentados. Nesse quadro complexo, enormes desafios estão postos aos governos e ao Estado brasileiro para a retomada da trajetória voltada à garantia do direito universal à saúde (Chioro e Costa, 2023).

Vale pontuar e reforçar que o direito universal à saúde, principal objetivo da luta do Movimento da Reforma Sanitária [MRS], não se reduz à enorme tarefa de consolidar o SUS. Seus objetivos almejam garantir o conjunto de direitos e políticas sociais que produzem qualidade de vida e possibilitem acumulação de mais direitos e mais cidadania, já que saúde só se conquista com democracia e políticas públicas articuladas, que expressam um modelo de Estado edificado e em consonância com os interesses e as necessidades populares.

Anos sem democracia e marcados pelo obscurantismo e autoritarismo causaram muitos danos ao Brasil. Os dispositivos legais identificados na transição e revogados no início do governo Lula expressam parte dos retrocessos desviantes do SUS constitucional. Além das perdas irrecuperáveis das vidas humanas com a pandemia, o volume de óbitos por desassistência foi expressivo e por muito tempo congestionará as filas por atendimentos.

A pantanosa configuração de alianças que sustenta o atual mandato presidencial vem exigindo muita habilidade e firmeza política dos que defendem o SUS e atuam na máquina governamental. As forças e os interesses no Congresso Nacional vêm exigindo muito do governo e da base governamental, impondo negócios, interesses e poder como moeda de troca para garantir votos às mudanças necessárias. Mais uma vez, na atual legislatura, a saúde não conta com uma bancada fortemente comprometida com o SUS.

Para a saúde, o cenário não tem sido nem será simples já que não existe uma bancada forte na defesa consistente do SUS e do direito universal à saúde. As sucessivas legislaturas têm exibido o crescimento do campo conservador, com a presença de parlamentares de extrema-direita. A 57ª legislatura da Câmara dos Deputados repete a tendência de perfil dos deputados. Apenas 126 (24,5 %) deputados são vinculados a partidos de centro, centro-esquerda e esquerda. Mais uma vez, o “centrão”⁵ abriga o maior número de

5 Apelido dado ao bloco de parlamentares de diversos partidos de direita que atuam em troca de cargos, verbas e emendas parlamentares, priorizando práticas políticas clientelistas e fisiológicas.

parlamentares. No Senado Federal, o quadro não é diferente. A realidade é que ainda não foi dessa vez que o povo elegeu uma bancada significativa para garantir os interesses populares (Chioro e Costa, 2023).

Alguns temas estarão particularmente sob a mira desses grupos e irão requerer que o governo não aceite o lugar de refém. É o caso dos direitos sexuais e reprodutivos e o da reforma psiquiátrica, entre outros tão caros aos SUS. A resistência da extrema-direita, observada desde 1999, fortaleceu-se nesse momento com o crescimento da bancada evangélica, que agora conta com 132 deputados (25 %). No Senado, esse contingente também aumentou para 14 (17,2 %) senadores.

Os problemas de saúde acumulados são gigantescos, e, com efeito, o povo espera respostas rápidas na medida das urgências sanitárias que cotidianamente vivência. O Ministério da Saúde tem sob sua responsabilidade formular e implementar respostas e, ao mesmo tempo, avançar nas iniciativas para a consolidação o SUS. Acabar com as filas, dar resposta ao represamento das demandas, ampliar as coberturas vacinais, entre outras prioridades, constituem urgências. Trata-se da busca da estabilidade e da adequação do financiamento ao aperfeiçoamento do modelo de gestão do sistema focalizada na regionalização, na criação de consórcios e na implementação das Redes de Atenção à Saúde [RAS] com a implementação de políticas paralisadas, como as de promoção da equidade para negros, indígenas, mulheres e outros grupos vulnerabilizados e em condição de intolerável desigualdade (Chioro e Costa, 2023).

Algumas pautas pendentes vêm se acumulando ao longo das décadas de implementação do SUS, e entre estas, está o desafiador tema da força de trabalho, formação de RH, educação permanente, carreiras, fortalecimento e qualificação dos atores e dos processos de gestão participativa e de controle social. A recente aprovação da lei do Mais Médicos e a retomada da Mesa Nacional de Negociação do SUS são apenas indícios desses desafios.

A urgência climática irá requerer um investimento especial do setor da saúde na vigilância ambiental ao mesmo tempo que será

necessário dar respostas aos alertas sobre a gravidade para a saúde decorrente do registro, da comercialização e do uso dos agrotóxicos e insumos agrícolas.

A criação de um Conselho articulado ao Sistema de Participação Social interministerial envolvendo instituições e órgãos governamentais constitui uma importante iniciativa de diálogo entre governo e grupos sociais, de democratização da gestão, mas não pode encerrar a mobilização da sociedade, que deve e precisa ser livre, autônoma e instituinte enquanto sujeito da política. O Decreto Nº 11.407/2023 que cria esse sistema explicita sua missão de “estruturar, coordenar e articular as relações do governo com os diferentes segmentos da sociedade de forma transversal às políticas públicas” e certamente será uma ferramenta potente para a redução das desigualdades no País –e a expectativa é que propicie iniciativas nos diversos setores de governo.

A saúde tem tradição em relação à participação social institucionalizada nos conselhos e conferências, que têm sido importantes nesse cenário político complexo. Em 2023, foi realizada a 17ª Conferência Nacional de Saúde que ofereceu ao Ministério da Saúde diretrizes para o novo Plano Nacional de Saúde. Mais do que nunca, a mobilização e a participação nos espaços institucionais e, acima de tudo, a presença do povo nas ruas poderão fazer a diferença sobre as expectativas de avanços. No atual governo, Lula tem dado sinais que estimulam a radicalização democrática, mobilizações e participação popular como método para avançar e garantir que prevaleçam interesses populares.

O duro aprendizado com a ditadura militar que voltou a ameaçar com o *impeachment* de Dilma, em 2016, a injusta e longa prisão de Lula e a tentativa de golpe no 8 de janeiro de 2023 evidenciam a presença massacrante da extrema-direita –cuja presença está confirmada na sociedade– e não podem ser apagados da memória e da conjuntura política do País. Entretanto, o Brasil que se apresenta hoje é mais forte em democracia e já não esconde seus povos originários, seus pretos, seus marginalizados, querendo reconstruir-se a partir deles. Para que possa se decolonizar, será necessário que

possamos seguir apostando em mais democracia que não seja limitada às instituições da democracia liberal, mas que se articule ao combate às desigualdades sociais, assumindo que a democracia somente se institui com a igualdade.

O cenário é complexo e exigente. A responsabilidade que se impõe para a militância sanitária é de ampliar alianças com movimentos sociais e de fortalecer a mobilização nas ruas para garantir uma consistente e permanente presença política no governo e, especialmente, no Congresso Nacional.

REFERÊNCIAS

Amarante, Paulo (2010). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. [Segunda Edición].

Amarante, Paulo (2012). Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. Em Ligia Giovanella et al. (Orgs.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp. 635-656). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. [Segunda Edición].

Amarante, Paulo e Nunes, Monica (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>

Bellas, Hugo Cesar et al. (2022). Desempenho resiliente da longitudinalidade da atenção primária durante a pandemia da COVID-19: um estudo transversal em territórios vulneráveis do município do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, 46(spe8), 75-88. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E806>

Bispo Júnior, José Patrício (2022). Resiliência do Sistema Único de Saúde no contexto da pandemia de COVID-19: como se fortalecer? *Cadernos De Saúde Pública*, 38(10), e00097522. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT097522>

Blanchet, Karl et al. (2017). Governance and Capacity to Manage Resilience of Health Systems: Towards a New Conceptual Framework. *International journal of health policy and management*, 6(8), 431-435. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>

Chioro, Arthur e Costa, Ana Maria (2023). A reconstrução do SUS e a luta por direitos e democracia. *Saúde em Debate*, 47(136), 5-10. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313600>

Comissão de Transição Governamental (2022). Relatório do Grupo Técnico de Saúde - Produto 2: Relatório Final. *Ministério da Saúde*. http://conselho.saude.gov.br/images/noticias/2023/GT-Saude_Relatorio_Final_1.pdf

Costa, Ana Maria; Frizon Rizzotto, Maria Lucia e Costa Lobato, Lenaura de Vasconcelos (2020). Na pandemia da COVID-19, o Brasil enxerga o SUS. *Saúde em Debate*, 44(125), 289-296. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012500>

Cruz, Nelson Falcão; Gonçalves, Renata e Delgado, Pedro Gabriel (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho e Educação em Saúde*, 18(3), e00285117. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>

Funcia, Francisco (2019). Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4405-4415. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>

Funcia, Francisco e Bresciani, Luis Paulo (2019). A Gestão Recente do Sistema Único de Saúde: Financiamento Restringido. *Instituto de Direito Sanitário Aplicado*. http://idisa.org.br/files/anexos_domingueira/2019_EnAPG217_PUBLICADO_SITE.pdf

Giovanella, Ligia; Franco, Cassiano e Almeida, Patty (2020). Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1475-1482. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>

Giovanella, Lígia e Mendonça, Maria Helena (2012). Atenção Primária à Saúde: Em Lígia Giovanella et al. (Orgs.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. (pp. 493-546). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. [Segunda Edición].

Jordan, Andrew; Bauer, Michael e Green-Pedersen, Christoffer (2013). Policy dismantling. *Journal of European Public Policy*, 20(5), 795-805.

Lanzara, Arnaldo Provasi (2024). O desmonte das políticas de emprego no Brasil: a empregabilidade sem direitos. Em Sonia Fleury (Org.), *Cidadania em perigo. Desmonte das políticas sociais e desdemocratização no Brasil* (pp. 124-149). Rio de Janeiro: Edições Livres/Cebes.

Lobato, Lenaura de Vasconcelos (2022). Resiliência de sistemas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(10), e00176622. <https://doi.org/10.1590/0102-311XES176622>

Lobato, Lenaura de Vasconcelos (2024). Direito universal à saúde no Brasil: da expansão restringida ao desmonte. Em Sonia Fleury (Org.), *Cidadania em perigo. Desmonte das políticas sociais e desdemocratização no Brasil* (pp. 187-216). Rio de Janeiro: Edições Livres/Cebes.

Lobato, Lenaura de Vasconcelos; Mendes Ribeiro, José e Vaitsman, Jani (2016). Public/private mix in the Brazilian Health System and the quest for equity. *Global Social Welfare*, 3(3), 1-9.

Lobato, Lenaura de Vasconcelos; Senna, Monica de Casto Maia e Burlandy, Luciene (2023). Em Howard Palley, *Public/Private Mix in Healthcare and Inequalities: the case of Brazil* (264-283). Oxford: Oxford University Press.

Machado, Christiani e Baptista, Tatiana (2012). Agenda federal da saúde: dinâmica e prioridades. Em Christiani Machado, Tatiana Baptista e Luciana Lima (Orgs.), *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças* (pp 149-171). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Marques, Rosa Maria (2017). Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. *Planejamento e Políticas Públicas*, (49), 35-53.

Marques, Rosa Maria e Funcia, Francisco (2016). O SUS e seu financiamento. Em Rosa Maria Marques, Sérgio Francisco Piola e Alejandra Carrillo Roa (Orgs.), *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento* (pp. 139-168). Rio de Janeiro: AbrES/Ministério da Saúde/OPAS/OMS. https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf

Ministério da Saúde (2021). SIOPS - Sistema de Informações

sobre Orçamentos Públicos em Saúde [Banco de dados]. *SIOPS-DATASUS*. <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/mIndicadores.def>

Ortiz, Marília e Funcia, Francisco (17 de agosto de 2021). Desfinanciamento federal do SUS e o impacto nas finanças municipais. *Estadão*. <https://politica.estadao.com.br/blogs/gestao-politica-e-sociedade/desfinanciamento-federal-do-sus-e-o-impacto-nas-financas-municipais/>

Paschoalotto, Marco Antonio et al. (2022). A resiliência de sistemas de saúde: apontamentos para uma agenda de pesquisa para o SUS. *Saúde em Debate*, 46(spe8), 156-170. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E812>

Pierson, Paul (1996). The New Politics of the Welfare State. *World Politics*, 48(2), 143-179.

Pierson, Paul (2001). Coping With Permanent Austerity Welfare State Restructuring in Affluent Democracies. En Paul Pierson (Ed.), *The New Politics of the Welfare State* (pp. 410-456). Oxford: Oxford University Press.

Santos, Lenir e Funcia, Francisco (2020). Histórico do financiamento do SUS: evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde. *Domingueira*, (20). <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-20-maio-2020#a0>

Siqueira, Vinicius (8 de dezembro de 2021). Saúde Mental: apanhado das ações do Governo Bolsonaro. *Coluna tortas*. <https://colunastortas.com.br/saude-mental-apanhado-das-acoes-do-governo-bolsonaro/>

CRISIS POLÍTICA EN BOLIVIA Y SUS CONSECUENCIAS PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2019 Y 2020)

Herland Tejerina Silva
Carlos Andrés De la Rocha Guerra
Eduardo Aillón Terán
Nila Heredia Miranda Tejerin

ANTECEDENTES

La crisis política en Bolivia de 2019 fue el corolario de un período tumultuoso que tuvo profundas implicancias en la estabilidad del país y su democracia, con raíces muy profundas en la historia del país.

Bolivia obtuvo su independencia de España en 1825 estableciendo una República unitaria, pero siguió viviendo bajo las viejas estructuras heredadas del colonialismo español. Oligarquías criollas sustituyeron a los españoles en el ejercicio del poder económico y político del país, y la oligarquía minero-feudal, entonces propietaria del país, mantuvo en la miseria, la insalubridad y la discriminación a la inmensa mayoría de la población, que vivía despojada de la propiedad de la tierra.

Desde su nacimiento, la inestabilidad política y los golpes de Estado fueron una constante, incluyendo una Guerra Civil (1898-1899) que reflejaba los conflictos entre grupos oligárquicos y regionales. Después de la Guerra con Paraguay (1933-1935), se forjaron ideologías nacionalistas y en 1952 la Revolución Nacional trajo consigo importantes cambios estructurales como la nacionalización

de la industria del estaño, la ciudadanía formal para los indígenas, la reforma agraria y la creación de la Seguridad Social de corte bismarckiano. También se consolidó el alineamiento con el bloque liderado por Estados Unidos, en el contexto de la Guerra Fría. Entre 1964 y 1982, Bolivia fue gobernada por dictaduras militares, con intensa represión política y violación de derechos humanos, como parte del Plan Cóndor. En este período, el país adquirió una enorme deuda externa (Humérez y Mariscal, 2005).

En 1938 se creó el Ministerio de Higiene y Salubridad y en la atención sanitaria resalta su carácter asistencial y eminentemente hospitalario a cargo de la Iglesia católica. Posteriormente, en la década de los noventa, con la corriente política y económica proveniente del Consenso de Washington, en Bolivia se reduce la función de esta cartera de Salud a la emisión de políticas y normativas, dejando la dirección y organización del sistema a proyectos de organismos internacionales, específicamente el Banco Mundial y USAID, y a niveles subnacionales de gestión (Ministerio de Salud, 2018).

Recuperada la democracia, el gobierno de la Unidad Democrática y Popular –alianza de tres partidos de izquierda– sufrió un severo bloqueo económico interno y externo que derivó en una de las mayores hiperinflaciones de la historia mundial y dio paso a un período de gobiernos neoliberales. En el marco del Consenso de Washington, Bolivia implementó el llamado Ajuste Estructural caracterizado por la desregulación de la economía, el achicamiento del Estado con reducción del gasto público, la flexibilización laboral, el despido masivo de trabajadores mineros y la privatización de empresas públicas en sectores estratégicos como la minería, los hidrocarburos, los servicios básicos y las telecomunicaciones. Si bien se logró cierta estabilidad económica, se generaron profundas tensiones sociales y se profundizaron las desigualdades económicas y sociales, lo que estimuló la organización de movimientos sociales contestatarios que, a la postre, sentarían las bases para los cambios políticos y sociales que se vivirían posteriormente.

La Guerra del Agua en el año 2000 fue un punto de inflexión. La población de la ciudad de Cochabamba se levantó en protesta

contra la privatización del agua por la empresa francesa Aguas del Tunari. Las masivas protestas llevaron a la cancelación de la concesión, y se convirtió en un símbolo de la lucha contra la privatización y la defensa de los recursos naturales. Posteriormente, en 2003, se produjo una crisis política conocida como la Guerra del Gas. Las protestas y movilizaciones populares estallaron en todo el país en rechazo a un proyecto de exportación de gas a través de Chile. La represión violenta dejó decenas de muertos y condujo a la renuncia del presidente Gonzalo Sánchez de Lozada en octubre de ese año, y el vicepresidente Carlos Mesa asumió la presidencia. Sin embargo, las demandas de cambios estructurales y participación de las mayorías históricamente marginadas llevaron a su renuncia y a la presidencia de Eduardo Rodríguez Veltzé –presidente de la Corte Suprema de Justicia– en 2005.

Evo Morales, con su elección como presidente en 2005 por el Movimiento al Socialismo-Instrumento Político por la Soberanía de los Pueblos [MAS-IPSP], con el 54 % de los votos, se convirtió en el primer presidente indígena en la historia de Bolivia y su gobierno se caracterizó por una agenda de profundo cambio social, económico y político. El país experimentó por primera vez una mayoritaria participación política de grupos indígenas y campesinos después de una larga historia de exclusión socioeconómica y de ejercicio de los derechos fundamentales, incluyendo la salud. Organizaciones indígenas, campesinas y sindicales pasaron de la resistencia a las políticas neoliberales y la defensa de los derechos de sus comunidades al ejercicio del poder, tanto como base del partido gobernante como en el gobierno Legislativo y Ejecutivo. Con esta base social y política, se redactó una nueva Constitución Política del Estado instaurando la plurinacionalidad como uno de los pilares fundamentales para que se respeten y valoren las diversas culturas del país. La nacionalización de recursos naturales y empresas privatizadas, el control de los recursos para financiar programas sociales, políticas redistributivas y el acceso a servicios básicos, educación y salud marcaron este gobierno (Postero, 2006).

Luego de realizarse la Asamblea Constituyente de 2006 a 2008, en el año 2009 se aprueba con el 64 % de la votación la nueva Constitución Política del Estado Plurinacional, con lo que se constitucionaliza la salud como un derecho y se ratifica al Estado como responsable para garantizar la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna, a través de un sistema único de salud que será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social (Ministerio de Salud, 2018).

Sin embargo, el gobierno del MAS enfrentó críticas y controversias alrededor de la concentración de poder en el Ejecutivo y en la zona occidental del país, y denuncias de corrupción. Las tensiones políticas y sociales se intensificaron en los últimos años del gobierno, de la mano de lo que, a la luz de los acontecimientos posteriores, aparece como un plan sistemático de desgaste ejecutado por los partidos tradicionales, las clases altas y medias, los dirigentes gremiales y cívicos regionales, específicamente de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra (la mayor de Bolivia) y del Colegio Médico.

Desde 2006, se fue configurando la “Media Luna”, término utilizado para referirse a un grupo de departamentos –Santa Cruz, Beni, Pando y Tarija– que forman una región geográfica y cultural caracterizada por tener una mayor presencia de población mestiza y de origen europeo, una importante actividad económica privada basada en la agricultura, la ganadería y los hidrocarburos, y que se convirtió en el bastión de oposición al gobierno de Morales. Los líderes de organizaciones como los Comités Cívicos departamentales desempeñaron un papel destacado en las movilizaciones y protestas contra el gobierno central, demandando una mayor autonomía política y económica regional. En 2008, el Comité Cívico de Santa Cruz lideró movilizaciones y protestas violentas contra el gobierno de Evo Morales (France-Presse, 2008).

El 21 de febrero de 2016, un referéndum consultó sobre la posibilidad de una nueva reelección de Morales. La propuesta fue rechazada por un estrecho margen de votos, pero en 2017, el

Tribunal Constitucional emitió un fallo que permite la postulación indefinida de autoridades electas, argumentando que el derecho a la elección era un derecho humano (BBC Mundo, 2017).

En las elecciones presidenciales del 20 de octubre de 2019, Evo Morales buscaba un cuarto mandato consecutivo, y según los resultados oficiales, ganó. Sin embargo, las denuncias de fraude electoral por parte de los movimientos cívicos y la oposición política, apoyados por declaraciones de la Organización de Estados Americanos [OEA], el 8 de noviembre, arreciaron las protestas y movilizaciones que se habían iniciado meses antes con distintos motivos, incluyendo su postulación como candidato. Altos mandos militares y la Central Obrera Boliviana emitieron declaraciones públicas instando a Morales a renunciar, después de que la Policía Nacional se había amotinado apoyando las protestas callejeras. La quema de instituciones públicas y viviendas de dirigentes del MAS, junto a agresiones violentas, fueron los últimos detonantes. Morales renunció a la presidencia el 10 de noviembre y abandonó el país.

El llamado al desacato y a la desobediencia civil “pacíficos” degeneraron, en la práctica, en actos vandálicos y racistas que perpetraron el asalto y la quema de instituciones públicas, sedes de organizaciones sociales y campesinas, como la Sede de la Federación Única de Trabajadores Campesinos Originarios de Chuquisaca, la toma violenta de la sede de la Confederación Campesina [CSUTCB], de radios comunitarias, etc. La violencia –ataques, quemas, secuestros– y la presión psicológica ejercida sobre cuadros del MAS-IPSP, dirigentes sindicales, organizaciones sociales y, selectivamente, sobre directivos de la Asamblea Legislativa Plurinacional y sus familias, tuvieron el objetivo específico de eliminar a Asambleístas del MAS-IPSP de la sucesión presidencial ante la forzada renuncia de Morales y encumbrar en la presidencia a la derecha tradicional, minoritaria en la Asamblea Legislativa.

La intervención de las Fuerzas Armadas exhortando la renuncia fue decisiva. La Constitución boliviana prohíbe a las Fuerzas Armadas y a la Policía intervenir en asuntos políticos o

tomar partido en disputas electorales, pero al hacerlo, quitaron al gobierno la posibilidad de controlar los disturbios y la violencia.

El 11 de noviembre, la oposición política y los líderes cívicos asumieron el control del país con Jeanine Áñez, segunda vicepresidenta del Senado, proclamándose como presidenta interina en una sesión legislativa que no contó con la presencia de los legisladores del MAS (62,3 %).

LA CRISIS POLÍTICA EN BOLIVIA EN 2019 Y 2020: ALGUNAS EXPLICACIONES

Vale la pena hacer una evaluación de los factores que han conducido a la gesta y consumación del golpe de Estado.¹ Estos, que se pueden considerar como errores políticos y de gestión del gobierno del MAS-IPSP, han facilitado la acumulación de factores que llevaron al retorno de la derecha al poder político de Bolivia. Señalamos algunos de ellos.

Las concesiones a las ideologías de derecha en la redacción del texto de la Constitución Política del Estado de 2009. El proyecto del texto aprobado por los constituyentes en la ciudad de Oruro sufrió modificaciones en virtud del acuerdo del Gobierno con la oposición. Es decir que no se cumplió el artículo 3 de la Ley 3364 de convocatoria a la Asamblea Nacional Constituyente, que señalaba que la Asamblea: “Es independiente y ejerce la soberanía del pueblo. No depende ni está sometida a los poderes constituidos y tiene como única finalidad la reforma total de la Constitución Política del Estado”.

La ausencia de un trabajo de formación político-ideológica y de fortalecimiento organizativo de la población beneficiaria de las medidas económicas y sociales asumidas. Por ejemplo, la pobreza extrema se redujo de 39 % en 2005 a 12,9 % en 2019 gracias a

1 Asumimos que el amotinamiento de la Policía boliviana, que favoreció la ola de ataques violentos a hogares y familias de miembros del gobierno exigiendo la renuncia del presidente y todas las autoridades de su partido, secundada por el comandante de las FF. AA., la elección de la presidenta interina sin la bancada mayoritaria y su posterior posesión por parte de un militar constituyen una clara figura de golpe de Estado. Los sectores conservadores que participaron no están de acuerdo.

intensas estrategias de redistribución y al crecimiento económico nacional (Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, 2022). Sin embargo, en ausencia de un trabajo sostenido de educación política e ideológica, en general, la población que salió de la pobreza fue a engrosar las filas de la oposición política, al sentirse parte de la llamada clase media.

Un tercer factor fue la política económica implementada por el gobierno que favoreció, en muchos aspectos, a la burguesía agroindustrial de Santa Cruz y a la burguesía financiera tradicional. Por ejemplo, recibiendo la subvención específica al combustible para labores agrícolas –el agrodiesel– y los importantes fomentos a la bancarización de la economía (Colegio Departamental de Economistas de Tarija, 2020). Sin embargo, estos sectores tuvieron una actitud franca y contundente de apoyo a las movilizaciones que derivaron en el golpe de Estado.

Otro factor fue el Referéndum Nacional de febrero de 2016 que propuso una reforma constitucional que permitiera al presidente Evo Morales postularse una vez más en las elecciones del 2020. El resultado negativo a la consulta fue la primera gran victoria política de las fuerzas neoliberales, y la posterior postulación de Morales, forzada por un fallo del Tribunal Constitucional, fue la justificación que dio legitimidad a los llamados a la movilización a las clases medias que sintieron que su voto no se había respetado, hecho que se puede interpretar como parte de la preparación y desarrollo de la escalada golpista, que culminó en noviembre de 2019.

También, muchas de las dirigencias políticas y sociales sostienen, como indica un líder histórico que, en los 14 años de gobierno de Morales, se administró el Estado con la vieja estructura neoliberal, sin haber transformado esencialmente la lógica de gestión y las estructuras de poder burocrático, ni en el seno de los ministerios, ni en el Órgano Judicial o en las normas administrativas, entre otras. Merecen una especial mención, por su anquilosada burocracia, los llamados Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo. Esta situación no ha permitido, según estos grupos, la realización de cambios fundamentales, sino reformas parciales e insuficientes.

Finalmente, en la misma línea, la administración fue, en términos generales, excesivamente tolerante con todas las manifestaciones de subversión de la oposición. En toda sociedad con intereses de clases antagónicamente opuestos, el Estado tiene dos funciones fundamentales: una es la función técnica administrativa a través de la cual se organiza y administra las necesidades de la sociedad, y la otra es la función de autoridad política mediante la cual se puede utilizar la fuerza pública para reprimir a las fuerzas políticas opositoras cuando violan la ley. El gobierno del MAS-IPSP no ejerció, sino excepcionalmente, esta segunda función del Estado.

LAS ORGANIZACIONES GREMIALES DEL SECTOR SALUD Y LA CLASE MEDIA URBANA

Con el inicio del giro decolonial, la filosofía ancestral del Vivir Bien es retomada en las políticas nacionales a partir de nuevos paradigmas de desarrollo económico-social. Tomando en cuenta estos, de acuerdo con la nueva Constitución Política del Estado Plurinacional, se reconoce un marco teórico y estratégico orientado a fundamentar y repensar las relaciones entre los diversos niveles en los que se desarrolla la salud: promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y protección social (Ministerio de Salud, 2017). En ese sentido, en más de una década, la prioridad fue crear políticas de promoción de salud y principalmente el avance hacia la universalización del acceso a los servicios de salud. Sin embargo, no cabe duda de que este nuevo enfoque, a pesar de que se viene concretando con dificultad, incomoda cada vez más a quienes a lo largo de la historia se han estado enriqueciendo con el negocio de la enfermedad, y por tanto, no quieren que el sistema cambie (Ministerio de Salud, 2018).

Numerosas evaluaciones de los sistemas de salud de casi todos los países de la región concluyen que los gobiernos no han tenido voluntad suficiente para enfrentar a los grupos que representan los intereses económicos de empresas, organizaciones de profesionales y sindicatos, aun cuando estos van en contra de la salud de la población. Es evidente que no ha habido una financiación

adecuada de los servicios de salud para la atención primaria, ni para los programas de prevención, educación y promoción de la salud y de acceso a medicamentos necesarios (Ugalde y Homedes, 2007). En Bolivia, los antecedentes muestran que los principales actores que se oponen a mejorar dichas condiciones son quienes conforman el gremio médico y se amparan en normas de la época neoliberal, cuando el achicamiento del Estado dejaba muchos elementos de la regulación sectorial a privados, como la Ley del Ejercicio Profesional Médico (2005) que hace obligatoria la afiliación al Colegio Médico, y da a este funciones de regulación y control del sistema sanitario.

La historia nos muestra que las fuerzas que impidieron dar pasos claves hacia la implementación del Sistema Único de Salud fueron los gremios profesionales y los sindicatos de trabajadores que consiguieron, mediante medidas de presión, el compromiso gubernamental de no incluir los recursos y la gestión de los establecimientos de salud de la seguridad social en un eventual Sistema Universal (Ministerio de Salud y Deportes, 2019).

La preparación y la consumación del golpe de Estado fue conducida, de forma visible, por varios actores diferentes a la dirigencia oficial de los partidos políticos de oposición, entre ellos los llamados Comités Cívicos² y las organizaciones gremiales del sector salud, a la cabeza del Colegio Médico de Bolivia, con el Colegio Médico de La Paz como la punta de lanza de acciones como la organización de huelgas, la convocatoria a otros sectores y las protestas callejeras.

En mayo de 2010, 22 organizaciones de profesionales de la salud crearon la denominada “Coordinadora Nacional de la Salud” [CONASA]. Su primera acción fue rechazar cualquier normativa que se apruebe sin contar con la participación y coordinación de los

2 Organizaciones civiles de carácter local, regional o departamental que agrupan a sectores de la sociedad, como empresarios, profesionales, académicos, líderes comunitarios y ciudadanos en general. Estas organizaciones tienen como objetivo explícito la defensa de los intereses y derechos de sus regiones. Surgieron en la década del cincuenta como respuesta al centralismo de los gobiernos nacionales en la ciudad de La Paz, sede de gobierno. Su estructura, gobierno interno y financiamiento son poco claros.

“principales actores del proceso de la salud”, y se declaró el estado de emergencia ante el anuncio de una nueva normativa sectorial (Periódico La Patria, 2010).

Estos mismos sectores, con huelgas en contra de la fiscalización del sector y la ampliación de la carga horaria laboral (Agencia de Noticias Fides, 2012), consiguieron derogar leyes y decretos (Los Tiempos, 2017; Deutsche Welle, 2018; Ministerio de Salud, 2018).

Ya en 2017 habían organizado una huelga de médicos de 47 días en rechazo a un artículo de una nueva Ley del Código de Procedimiento Penal, acusándola de criminalizar al sector médico por intentar regular la mala práctica profesional (Zapana, 2017), y contra la creación de una Autoridad de Fiscalización y Control en Salud [ASINSA]. Junto a la huelga, se masificaron, con estudiantes de medicina, las manifestaciones callejeras y se tornaron cada vez más violentas. No es solo anecdótico que, en diciembre de 2017, en un enfrentamiento con la policía usando petardos, piedras y canicas, cantaban “Policía amigo, únete a la lucha”, para después declarar “A la Policía le quedan dos caminos, unirse a la protesta o seguir con el Gobierno” (CEDLA, 2017).

Los objetivos políticos se hacían cada vez más claros, así como su repercusión en las clases medias urbanas cuando aparecieron miles de pegatinas con la consigna “Yo apoyo a mi médico” en vehículos y ventanas de los barrios ricos, que consiguieron el 21 de enero de 2018 la abrogación de las normas. Y es que la palabra del médico tiene poder sobre sus pacientes y, a través de ellos, sobre la sociedad. Este poder puede transformar las subjetividades, condiciones sociales de vida o bien reproducir respuestas de acción individual técnica y actitudinal, así como política. Tanto la ciencia biomédica clínica, como la salud pública vertical, reproducen sustentos ideológicos, concepciones y acciones políticas que son proyectadas sobre la sociedad (Ojeda y Villarreal, 2020).

En 2019, los cuestionamientos al Sistema Único de Salud [SUS] fueron los puntos centrales para la realización de nuevos paros de actividades médicas y violentas protestas en las calles de

La Paz. CONASA lideró una huelga médica desde el 19 de agosto hasta el 13 de noviembre de ese año. Para entonces, se había conformado el llamado Comité Nacional de Defensa de la Democracia [CONADE] con los miembros del CONASA, algunas universidades, la dirigencia de la Asamblea de Derechos Humanos, otros colegios de profesionales y personalidades políticas. En este período, las reivindicaciones sectoriales pasaron a un segundo plano y el objetivo de desestabilización política, de cara a las elecciones de octubre de ese año, se volvió explícito.

En todo momento, las redes sociales y los medios de comunicación privados apoyaron la preparación y la manipulación de la opinión pública, creando las condiciones objetivas y subjetivas para la consumación del golpe de Estado. La situación de constante malestar creada por la movilización de los grupos opositores fue difundida, amplificada y exagerada mediáticamente. Las redes sociales virtuales fueron mucho mejor usadas por los desestabilizadores que por el Gobierno, organizando a la clase media, usualmente a través del miedo y el odio racial como instrumento funcional al golpe que, a través de los llamados “pititas”, bloqueaban las calles y caminos usando pitas y cordeles para impedir la circulación vehicular.

Probablemente como premio a las acciones de desestabilización que condujeron los principales dirigentes del Colegio Médico de Bolivia, estos fueron nombrados después del golpe como ministro (Aníbal Cruz) y viceministro (Erwin Viruez) de Salud, a la vez que la huelga indefinida que venían sosteniendo fue suspendida automáticamente. Por su parte, Luis Larrea, presidente del Colegio Médico de La Paz, cabeza visible de las protestas más violentas y posterior candidato a alcalde por la alianza Unidos por La Paz (Página Siete, 2020), cobró nueva notoriedad al presentarse en varias instituciones públicas –Ministerio de Salud, Autoridad de la Seguridad Social y Caja Petrolera de Salud, según testimonios– como representante directo del ministro de Gobierno Arturo Murillo, para amenazar y exigir cambios y renuncias de profesionales identificados como militantes del MAS.

El CONASA, que fue líder en la coordinación de las protestas contra el gobierno en 2019 (Erbol, 2019), continuó ejerciendo la oposición después de recuperado el orden constitucional en 2021 (Agencia de Noticias Fides, 2022).

Para los amantes de la historia es inevitable que venga a la memoria la Confederación Única de Profesionales de Chile organizando el “Comando Nacional de Defensa Gremial”, instancia en la que se redactó el “Pliego de Chile”, elemento clave en la desestabilización del gobierno de Allende en 1972 y desde donde se colaboró activamente con la naciente dictadura de Pinochet (Barr-Melej, 2001). Los colegios profesionales nacieron, en Latinoamérica, con una fuerte retórica moral que descansaba en la distinción de los profesionales de los otros trabajadores. De allí que estos colegios hayan sido la expresión más acabada de la centralidad de la clase media y la pequeña burguesía en las sociedades capitalistas periféricas (Owensby, 1999). Por ende, todo desafío revolucionario fue percibido por esta clase como una amenaza vital a sus propias posibilidades de reproducción social. La propia noción de clase media, en esa línea de análisis, emerge de las contradicciones propias de sociedades en procesos de modernización, contexto en el cual se articulan grupos de interés y portavoces que asumen una identidad mesocrática para avanzar posiciones y presionar al Estado para una ganar espacios a las burguesías tradicionales en las relaciones de poder (Parker, 1998).

EL RECHAZO DEL COLEGIO MÉDICO Y LOS GREMIOS TRADICIONALES DE PROFESIONALES A LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL HORIZONTAL Y RECÍPROCA

Desde 2005, año en que en Bolivia la cooperación cubana en salud tomó fuerza, la xenofobia y la discriminación por parte del Colegio Médico de Bolivia y de los gremios tradicionales de profesionales de salud, se hicieron evidentes. Se expresaron muchas veces a través de declaraciones de sus dirigentes hacia la Brigada Médica Cubana y hacia las médicas, médicos y otros profesionales de la salud de la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela,

graduados en el marco de la Alianza Bolivariana de Nuestra América - Tratado de Comercio de los Pueblos [ALBA-TCP]. Hasta entonces, las relaciones exteriores bolivianas habían estado históricamente dominadas por las relaciones de dependencia Norte-Sur de hegemonía norteamericana (Ojeda y Echart, 2019).

El Colegio Médico de Bolivia nunca avaló oficialmente el título profesional de los egresados en la Escuela Latinoamericana de Medicina [ELAM], y criticó en varias ocasiones su malla curricular.³ Aníbal Cruz, su presidente, dijo en 2017 que el 90 % de las materias no tenía el contenido ni la carga horaria suficiente para poder convalidar sus estudios (Periódico Opinión, 2017). Profesionales graduados en Cuba, Venezuela y Rusia denunciaron repetidamente que eran víctimas de una campaña de desprestigio y violación de sus derechos constitucionales al trabajo y al estudio (Correo del Sur, 2020; Eju!, 2020). En 2018, los dirigentes del Sistema Universitario Boliviano anunciaron una resolución para que ninguna universidad del sistema nacional convalide los títulos emitidos en Cuba y el asambleísta Arturo Murillo, quien sería ministro de Gobierno en 2020, denunció en la prensa casos de mala práctica médica (Diario Página Siete, 2018).

Sin embargo, en los meses previos al golpe de Estado, muchos médicos graduados en Cuba y Venezuela consiguieron que las universidades bolivianas homologuen sus títulos y pudieron inscribirse al Colegio Médico. “[...] les cobraron lo que quisieron y los colegiaron con el compromiso de apoyar a la dirigencia y salir a las marchas”, apunta un exdirigente (Comunicación personal, enero de 2023). Cabe recordar que el Ministerio de Salud otorgó Matrícula Profesional y contrató, en aproximadamente seis años, a alrededor de 4.200 médicos con esa formación para los programas de extensión de coberturas, pero el Decreto Supremo N° 28562 de

3 Según la Ley del Ejercicio Profesional Médico de 2005, el Colegio Médico de Bolivia es la máxima entidad organizacional, científica, gremial y de perfeccionamiento profesional del cuerpo médico, y el Ministerio de Salud debe controlar el ejercicio médico en coordinación con este Colegio Médico de Bolivia. Esta ley también indica que es un deber del médico estar inscrito en el Colegio Médico de Bolivia.

2005 obligó a que la recertificación del ejercicio de la profesión médica y sus especialidades se haga en coordinación con el Colegio Médico, así como la supervisión y control del ejercicio profesional (Bolivia, 2005). En la práctica, el certificado de especialidad médica fue y sigue siendo otorgado por la entidad colegiada.

En el campo de la salud internacional basada en la racionalidad liberal y la economía neoclásica, las lógicas de cooperación vertical Norte-Sur con el poder del complejo político liberal de los Estados donantes del Norte Global impregnaron durante décadas a las agencias de cooperación bilateral, los organismos internacionales, las ONG y a la opinión pública del Norte Global. Las agrupaciones profesionales de Bolivia se alienaron con entusiasmo a estas concepciones colonialistas, racistas y clasistas, bases de la construcción de élites de la pequeña burguesía, exacerbadas por la contradicción con la interculturalidad que se proponía desde el gobierno del MAS-IPSP. Esta racionalidad era asumida no tan solo como una medida instrumental comunicativa o de discurso de multiculturalismo asimétrico, sino desde una dimensión política donde la interculturalidad implica la desoccidentalización de la epistemología, la ciencia y la praxis médica, la ecología de saberes y una nueva distribución de poder; y que era contraria, además, a lo que implica pensar y actuar como sujeto epistemológico del Sur geopolítico. La interacción Sur-Sur como orientación geopolítica, cartografía y praxis contrahegemónica en la perspectiva gramsciana (Basile, 2018).

En enero de 2020 Larrea declaró: “Estamos descubriendo el despilfarro del dinero del Estado para, supuestamente, pagar a cubanos, cuando estos recursos deberían estar en una cuenta fiscal (14 y medio, 2020).

EL GOBIERNO DE FACTO

El golpe de Estado logró la instauración de un gobierno de facto bajo el eufemismo de Gobierno de Transición, lo que significó una interrupción de los llamados “Proceso de Cambio” y “Revolución Democrática y Cultural” que vivía el país desde el año 2006, a la

cabeza del MAS-IPSP. Teóricamente, y bajo su propio discurso, este gobierno tenía como único objetivo convocar a nuevas elecciones presidenciales. Sin embargo, de forma apresurada, la presidenta Áñez tomó una serie de medidas estructurales, entre ellas, el restablecimiento de relaciones diplomáticas con Estados Unidos e Israel, que habían sido clausuradas, y el retiro de Bolivia de la Unión de Naciones Suramericanas [UNASUR].

En el Órgano Ejecutivo, fueron eliminados los Ministerios de Comunicación y el de Culturas y Turismo, así como el Viceministerio de Descolonización y el de Medicina Tradicional y Salud Intercultural. Este último había sido un símbolo del reconocimiento del Estado a los saberes y prácticas sanitarias de las culturas originarias, en cumplimiento al mandato constitucional.

Jeanine Áñez estuvo casi un año en el ejercicio del poder, desde el 12 de noviembre de 2019 hasta el 8 de noviembre de 2020. La convocatoria a nuevas elecciones generales para 2020 fue postergada desde el 3 de mayo al 6 de septiembre –mediante una Ley nacional– y después para el 18 de octubre, con el argumento de salvaguardar la salud de la población amenazada por la pandemia de la COVID-19. Como una de sus primeras acciones de gobierno, Áñez dictó el Decreto Supremo N° 4078 de 15 de noviembre de 2019, el cual eximía a las Fuerzas Armadas [FF. AA.] y a la Policía Nacional de cualquier responsabilidad, incluida la penal, en la represión al pueblo. Las consecuencias directas de este decreto fueron las masacres de Sacaba (Cochabamba) y Senkata (El Alto) entre otras, con al menos 36 ciudadanos muertos y muchos heridos, además de la falta de garantías políticas y sindicales, el acoso y la persecución a líderes del MAS y de las organizaciones sociales.

El frecuente cambio de ministros fue una constante en ese período gubernamental, excepto el Ministerio de Gobierno, en el que Arturo Murillo se mantuvo durante todo el período. Murillo fue sentenciado en enero de 2022 por un tribunal estadounidense a 70 meses de prisión, por conspiración para blanquear sobornos de una empresa estadounidense en la compra de gases lacrimógenos.

Durante las dos primeras olas de la pandemia por coronavirus, por el Ministerio de Salud pasaron cuatro ministros. Aníbal Cruz del 14 de noviembre de 2019 al 8 de abril de 2020; Marcelo Navajas, Eidy Roca y, finalmente, Luis Fernando López, este último ministro de Defensa que asumió interinamente por enfermedad de Roca. Actualmente, Navajas y Roca se encuentran enfrentando juicios por corrupción, por irregularidades en la compra de respiradores y López por participar en masacres.

La interrupción en los avances y conquistas hacia el ejercicio del derecho a la salud y el crecimiento económico se interrumpió con la pandemia de COVID-19. El cambio de gobierno tuvo repercusiones en todas las esferas de la vida nacional, afectando principalmente a los grupos sociales menos favorecidos. Como indica un exfuncionario:

Nuestra economía sufrió las consecuencias de la improvisación y el mal manejo de administración [...] agravada por las prolongadas cuarentenas estrictas a las que nos obligó el gobierno, afectando al aparato productivo y a la economía informal, tan extendida en nuestro país. (Comunicación personal, enero de 2023)

El Producto Interno Bruto cayó de US\$ 41.183 millones en 2019 a US\$ 36.897 millones en 2020 (10,4 %). El desempleo creció en forma sensible y la incidencia de la pobreza extrema subió, según datos de la CEPAL, de 12,9 % en 2019 a 13,7 % en 2020. El déficit fiscal subió de -7,2 % del PIB en 2019 a -12,7 % en 2020, recuperándose a -9,3 % en 2021 y 7,2 % en 2022 (Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, 2023).

El enfoque de lucha contra la pandemia se desarrolló estrictamente dentro del modelo biomédico. Se atendió casi exclusivamente a la enfermedad, antes que tomar medidas de prevención y de vigilancia epidemiológica activa. La consecuencia fue que el sistema sanitario boliviano se vio pronto colapsado. Los centros de salud, especialmente las terapias intensivas de los hospitales de tercer

nivel de atención, llegaron al límite de su capacidad de admisión de pacientes, cientos de personas murieron sin atención hospitalaria, y los cementerios quedaron saturados. Las principales autoridades del sector salud del gobierno de facto, entre ellos los exdirigentes de Colegio Médico de Bolivia, demostraron incapacidad e ineptitud para enfrentar la pandemia del coronavirus, ocasionando muerte y dolor en las familias bolivianas.

La verdadera incidencia de la COVID-19 no se conoció durante todo el período del gobierno de facto, situación que se explica porque dicho gobierno no se preocupó por la disponibilidad de pruebas para la identificación y confirmación de casos, tanto en el subsector público de salud, como en el de la Seguridad Social. En esas condiciones, la población susceptible de la enfermedad se vio obligada a recurrir al subsector privado, donde el costo de las pruebas era altísimo, impagable para la gente pobre. La especulación, el agio y el espíritu mercantilista en los precios de los medicamentos y de los productos de bioseguridad, también estuvieron presente en las farmacias privadas.

El Ministerio de Salud no implementó ningún tipo de participación comunitaria, de organización barrial o de otras formas de organización popular en la vigilancia y el control epidemiológico de la pandemia. Las potencialidades del modelo de atención de la Política SAFCI fueron intencionalmente ignoradas. El Programa SAFCI-MI SALUD, una de cuyas actividades principales era realizar la regular y programada visita familiar y el uso de la carpeta familiar, fue en la práctica abandonado y borrado del quehacer el Ministerio de Salud, cuando en circunstancias de la pandemia habría sido un instrumento de gran utilidad y mucha efectividad para su contención.

A tres meses de la Declaratoria de Emergencia Sanitaria, el gobierno de facto al mando de su presidenta, y a la vez candidata presidencial, desarrolló un cerco mediático con el objetivo de proteger su gestión, ejercer poder y utilizar la epidemia para reprimir a la sociedad. El control policial y militar que ya empezaba a normalizarse a raíz del golpe y, posteriormente a nombre

de la crisis sanitaria, mantuvo a la población encerrada y asustada para garantizar su gobernabilidad, una especie de capilarización del Estado a través de la salud, que empíricamente excedió la intervención en la enfermedad para transformarse en una herramienta de control en y con la sociedad (Basile, 2020).

Lo anterior se evidenció en el Decreto Supremo N° 4199, del 21 de marzo de 2020, a través del cual se declaró Cuarentena Total en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia, en el cual se establecía como parte de la “estrategia sanitaria” que quienes incurrieran en su infracción podrían someterse a multas entre Bs. 500 y Bs. 1.000, además de posible arresto de 8 horas o de manera indefinida hasta pagar dicha multa. El Estado quedó reducido a un aparato burocrático externo a la sociedad a través de algo parecido a la policía sanitaria del siglo XIX: vigilar y castigar para cuidar (Basile, 2020).

Por otra parte, la pandemia también fue utilizada como campaña proselitista electoral de la presidenta y candidata, expresada en una carrera contra el tiempo para incorporar camas y tecnología sanitaria para cuidados intensivos (Basile, 2020), adquisiciones que se vieron manchadas por hechos de corrupción por sobreprecio en compras de respiradores y otros insumos, lo que concluyó en que dos autoridades ejecutivas de salud afrontaran procesos penales aun no concluidos.

Finalmente, coherentes con el modelo hospitalocentrista, se debilitó la APS y el Modelo de salud familiar, comunitaria intercultural [SAFCI] y la atención de primera línea se dejó a la decisión de los gobiernos locales, en general con pocas capacidades técnicas en salud. Estos no organizaron equipos de APS propiamente dichos, sino respuestas basadas en Brigadas o Equipos de Reacción Rápida, coyunturales, y más o menos improvisados. La conversión de establecimientos de todos los niveles en centros especializados en COVID-19 y la disminución de la fuerza de trabajo por contagios y las consecuentes cuarentenas simplemente restringieron progresivamente el acceso a servicios regulares de APS, y se desmovilizó la capacidad comunitaria de los equipos SAFCI, con lo que la mayoría

de esos establecimientos no asumió la responsabilidad por la salud de la población de su área geográfica. A dos meses del fin de la pandemia, se pretendió redescubrir el trabajo comunitario para actuar en la vigilancia epidemiológica, pero al mando de militares o personal municipal, con escasa participación de lo que quedó de los equipos SAFCI, y sin coordinación con la comunidad organizada. Bolivia tuvo la tercera incidencia acumulada más alta de COVID-19 por 100 mil habitantes y la tasa más alta de mortalidad (Giovanella et al., 2021).

Aunque fue muchas veces denunciado, en ningún momento controlaron los cobros excesivos de las clínicas privadas, y a pesar de que el Órgano Legislativo promulgó una ley para la atención gratuita en estas, no se llegó a su aplicación efectiva por falta de voluntad del entonces Órgano Ejecutivo. El conservadurismo político, en sus conexiones con ciertos bloques de poder contingentes, siempre tuvo capacidad de infundir miedo y al mismo tiempo mercantilizar, infundiendo miedo a lo diferente (Basile, 2020). Durante este sombrío período, el gremio médico no paró nunca sus actividades.

EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD, UNIVERSAL Y GRATUITO

El artículo 18 de la Constitución Política del Estado de Bolivia reza: “El Sistema Único de Salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social [...]” (Estado Plurinacional de Bolivia, 2009). Este mandato refleja la culminación de un largo proceso de construcción de aspiraciones sociales, de la necesidad de contar con un sistema que proteja a todas las personas sin discriminaciones ni privilegios. Poner en práctica la norma fue y es extremadamente difícil. Las limitaciones financieras, técnicas y materiales fueron, por supuesto, el primer obstáculo a vencer. Sin embargo, ya desde 2008, en las Asambleas Preconstituyentes se habían venido trabajando los cimientos de este proyecto refundacional del sistema de salud. Se fueron acumulando recursos, como el sustancial incremento de recursos humanos, nueva infraestructura y todo un bagaje

técnico-político que sustentaba una verdadera revolución en salud (Ministerio de Salud de Bolivia, 2018).

Pero la situación política continuamente convulsa que se acaba de describir no permitió que todos los anhelos cristalizaran. La Ley promulgada el 19 de febrero de 2019 titula “Hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito” porque reconoce que sus mandatos son, aunque fundamentales, solamente elementos parciales en la construcción de una verdadera universalidad en el acceso equitativo y la gratuidad de los servicios sanitarios. En condiciones de constante conflicto sectorial y continua resistencia política, no se puede reprochar a los gobernantes de entonces el haber decidido avanzar con reformas parciales que no tocasen, por ejemplo, los elementos más sensibles del sistema, las autonomías regionales y las instituciones de la seguridad social y su gestión financiera.

El Sistema Único de Salud [SUS] fue creado para proteger la salud de los bolivianos, inclusive contra epidemias y desastres. Los recursos del Sistema Único de Salud Universal y Gratuito deberían, en condiciones de emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19, haber sido utilizados en la provisión gratuita de equipos de bioseguridad para el personal de salud y para la población en general, para la compra de reactivos, vacunas y medicamentos para su control, tratando los casos en establecimientos públicos sin ningún costo para los pacientes. Esto no ocurrió y los recursos se utilizaron más bien para la corrupción y la distribución de ítems laborales entre los militantes y allegados al gobierno de facto.

Los recursos estaban programados y comprometidos desde el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas para financiar las atenciones del tercer nivel de atención, única responsabilidad del nivel central del Estado, para el fortalecimiento de la infraestructura, el equipamiento de los establecimientos públicos y para la provisión de nuevos recursos humanos. En la tabla 1 se registran los recursos previstos durante la creación del SUS de las diferentes gestiones, hasta la de 2023.

Tabla 1. Financiamiento previsto para la implementación de la Ley 1152 (en millones de US\$)

Destino del financiamiento	Gestiones				
	2019	2020	2021	2022	2023
Atención a los productos de salud	79,7	89,3	93,7	99,3	104,1
Atención a enfermedades de alto costo	31,1	50,6	58,4	67,9	87,3
Recursos Humanos	56,9	63,8	66,9	70,9	74,3
Infraestructura y equipamiento de hospitales	30,8	34,5	36,2	38,4	40,2
Equipamiento del primer nivel de atención	1,4	1,6	1,6	1,7	1,8
TOTALES	200,0	239,8	256,9	278,2	307,7

Fuente: Elaboración propia con información del Ministerio de Salud y Deportes (2023).

Durante la pandemia por el coronavirus, Bolivia recibió donaciones internacionales y realizó el retiro directo de fondos del Banco Central de Bolivia. Un Decreto de marzo de 2020 autorizó a todos los niveles del Estado a asignar y utilizar recursos extraordinarios para la gestión de la pandemia y a recurrir a créditos internacionales. Inmediatamente, la autoproclamada presidenta anunció que diversos países –Italia y China, entre otros– comprometieron más de 100 millones de dólares para la adquisición de material médico, y el Banco Mundial puso a disposición del Gobierno US\$ 170 millones de disponibilidad inmediata, redireccionando parte del préstamo al fortalecimiento de redes de salud (Banco Mundial, 2020). El destino y uso de estos recursos no se conocen con seguridad hasta ahora. Una característica del gobierno de facto fue la constante denuncia de corrupción. Hasta sus aliados se vieron obligados a pronunciarse, denunciando que la compra de respiradores mecánicos que costaban US\$ 6.600 la unidad según su fabricante español, fueron adquiridos en US\$ 27.683 por el Ministerio de Salud. Cuatro funcionarios del Ministerio de Salud fueron detenidos, incluyendo al ministro Marcelo Navajas por este caso. Aunque este y varios

hechos de corrupción siguen en procesos judiciales, parece claro que el gobierno optó por recurrir a recursos de crédito internacional en vez de usar los recursos del Sistema Único de Salud, inscritos y disponibles en el presupuesto del Estado.

De los recursos previstos para la atención de los productos y las prestaciones del Sistema Único de Salud en la gestión 2020, incluidos los recursos para la atención de patologías de alto costo que alcanzaba a US\$ 139,9 millones, solamente fueron ejecutados US\$ 45,7 millones, el 32,7 % de los recursos previstos para esa gestión. Hasta el 30 de junio de 2020, se habían transferido solamente US\$ 14 millones del presupuesto 2020 (un trimestre) a los hospitales del país, lo que significa que durante toda la primera ola pandémica, la más devastadora, los nosocomios estuvieron desfinanciados y dependiendo de la discrecionalidad de las autoridades de turno en el uso de recursos extraordinarios.

Tabla 2. Presupuesto previsto y ejecutado (en millones de US\$)

Destino del financiamiento	Gestiones				
	2019	2020	2021	2022	2023
Atención a los productos de salud	79,7	89,3	93,7	99,3	104,1
Atención a enfermedades de alto costo	31,1	50,6	58,4	67,9	87,3
Total previsto en el presupuesto	110,8	139,9	152,1	167,2	191,4
Total ejecutado	26,1	45,7	52,6	63,4	–
Grado de ejecución	23,6 %	32,7 %	34,6 %	37,9 %	–
Diferencia entre lo programado y ejecutado	84,7	94,2	99,5	103,8	–

Fuente: Elaboración propia con información del Ministerio de Salud y Deportes (2023).

El fortalecimiento con más recursos humanos, para la implementación de la Ley 1152, estaba presupuestado con US\$ 63,8 millones adicionales para la gestión 2020. El gobierno aprovechó la

disponibilidad de estos recursos para contratar personal de forma arbitraria y desorganizada. Un alto funcionario del Ministerio de Salud declaró que

Se gastaron hasta lo que estaba reservado para personal de los nuevos hospitales [...] contrataron solo a quien apoyó el golpe de Estado y cuando recuperamos la democracia, fue muy difícil la ubicación de estos ítems porque no tenían ninguna documentación [...] muchos habrían sido ítems fantasmas, pues los favorecidos con ítems solo cobraban su sueldo sin haber trabajado jamás. (Comunicación personal, enero de 2023)

Bolivia registró la tasa más baja de pruebas de laboratorio para diagnóstico de COVID-19 de la región. El gobierno de Morales había iniciado la construcción de cinco nuevos hospitales para inaugurar en 2020 y seis en 2021. Todas las obras fueron paralizadas.

También parece claro que la gestión de la pandemia en el gobierno de Áñez sirvió solamente para prorrogar el régimen. En forma reiterada, los anuncios de convocatoria a elecciones generales fueron suspendidos con el pretexto de defender la salud. El descalabro económico que sufrió el país, como consecuencia del estado de cuarentena, fue mucho más grave que la propia epidemia, con la caída del PIB, aumento del desempleo y de la incidencia de la pobreza extrema (Tejerina et al., 2021).

Una vez retomada la democracia en las elecciones de octubre de 2020, se empezó la recuperación del Sistema Único de Salud. Hasta la gestión de 2022 se contaba con 6.750.300 adscritos al SUS, de los cuales solo el 13,4 % se habían incorporado en la gestión de 2020. La ejecución del financiamiento a los productos y prestaciones del Sistema Único de Salud subió de US\$ 45,7 millones a US\$ 52,6 millones de dólares en la gestión 2021, y a US\$ 63,4 millones en la gestión 2022, además de un mayor financiamiento en la contratación de recursos humanos. Los servicios otorgados por el Sistema Único de Salud habían bajado drásticamente de US\$ 43,4

millones de servicios en 2019, a US\$ 36,5 millones en 2020, para volver a subir a US\$ 44,5 millones de servicios en 2021 (Ministerio de Salud y Deportes, 2023).

LA COOPERACIÓN MÉDICA SUR-SUR EN BOLIVIA

En el campo de la salud internacional, el proceso democrático boliviano se sumó a las corrientes de integración Sur-Sur a partir de los procesos progresistas surgidos en la región. La participación de Bolivia en los proyectos integracionistas como el Mercado Común del Sur [UNASUR], la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños [CELAC] y la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América [ALBA] (Ojeda y Echart, 2019) fue muy importante, pero sin duda, con mayor impacto de esta última, gracias a la cooperación científico-técnica brindada por la República de Cuba. Si bien esta había iniciado en Bolivia el año 1985, fue en el marco de ALBA-Tratado de Comercio de los Pueblos [ALBA-TCP] y el Convenio de Cooperación Cuba-Bolivia, suscrito el 31 de diciembre de 2005 por Fidel Castro y Evo Morales, que se fortaleció el proceso amplio de integración en el marco de la solidaridad y la reciprocidad.

La cooperación cubana en materia de salud con Bolivia había iniciado el 17 de julio de 1985, a raíz de la suscripción del “Convenio de Cooperación Científico-Técnica en el Área de Salud entre la República de Bolivia y la República de Cuba”, que fue ratificado por el Congreso Nacional de Bolivia el 16 de noviembre de 1988, y que permanece vigente. En el marco de dicho Convenio y otros Acuerdos Internacionales de Cooperación posteriores, la Brigada Médica Cubana [BMC] prestó servicios de salud a la población más vulnerable de Bolivia desde el año 2006 hasta noviembre del 2019.

Ante las inundaciones del año 2006, Cuba brindó su ayuda con el envío de una Brigada del Contingente Internacional “Henry Reeve”, compuesta por 602 profesionales. También desplazó a un grupo de epidemiólogos que, articulados por el Ministerio de Salud, contribuyó significativamente al control de epidemias,

incluyendo la Fiebre Hemorrágica, que amenazaba con desbordarse ante el desplazamiento de su reservorio, el ratón *callomys callosus*.

Las acciones a desarrollar en el marco del Acuerdo para la aplicación del ALBA-TCP (ALBA-TCP, 2006) incluían por parte de Cuba: crear una entidad no lucrativa que garantice la operación oftalmológica de calidad y gratuita; aportar equipamiento de la más alta tecnología y los especialistas oftalmológicos, en la etapa inicial; sufragar los salarios del personal médico cubano; donar seis centros oftalmológicos con capacidad para operar no menos de 100 mil personas por año; ofertar 5 mil becas para la formación de médicos y especialistas; mantener los 602 especialistas médicos y donar los 20 hospitales de campaña enviados con motivo del desastre natural. Por su parte, Bolivia garantizaría las instalaciones necesarias para brindar el servicio, y Cuba, el apoyo de médicos residentes formados en la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas [ELAM], entre otras instituciones.

Hasta noviembre de 2019, algunos resultados de esa cooperación a través de 17.684 profesionales de la salud habían sido: 73.330.447 consultas médicas, 1.529.301 intervenciones quirúrgicas y más de 700 mil operaciones oftalmológicas (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2019).

El Estudio Biopsicosocial, Pedagógico y Clínico Genético de Personas con Discapacidad fue otra iniciativa que contó con el apoyo cubano y venezolano. El Ministerio de Salud desarrolló el Programa Misión Solidaria Moto Méndez para la identificación, calificación y carnetización de personas con discapacidad, para brindarles atención sanitaria, económica y social del Estado. El programa contó con el apoyo de profesionales cubanos, logística venezolana y personal boliviano. La Misión Solidaria Moto Méndez hizo un barrido por todo el territorio nacional dando resultados sobre el número, tipo de discapacidad, profundidad de estas, incluyendo el estudio clínico genético cuando era requerido y la entrega de equipamiento de apoyo: muletas, sillas, camas apropiadas, etc., gracias al apoyo de Venezuela. “Ha sido Cuba en el mundo el único país en dar un paso tan profundo, cuando se

propuso investigar el número total de personas con problemas de discapacidad”, expresó Fidel Castro, luego de comenzado el Estudio Psicosocial, Pedagógico y Clínico Genético, en los países del ALBA, del cual Bolivia fue beneficiado en el año 2009 (Ministerio de Salud y Deportes, 2010).

Más de 5 mil médicos bolivianos y 1.500 especialistas en diferentes ramas de la medicina se formaron en Cuba durante ese período. “Los mismos que están prestando su colaboración en los programas Mi salud, Telesalud y el Bono Juana Azurduy”, señaló el embajador cubano. Un órgano de difusión oficial de Cuba señalaba en 2019: “Nuestro aporte más cuantioso a la salud de los pueblos, ha sido siempre la formación de recursos humanos. Se han graduado en las aulas cubanas 5.184 bolivianos, y estudian actualmente más de trescientos” (Ministerio de Relaciones Exteriores de Cuba, 2019).

En el año 2005 comenzó la Operación Milagro –la entidad cubano-boliviana no lucrativa mencionada en el Acuerdo para la aplicación del ALBA-TCP– con el envío de pacientes bolivianos a Cuba, y en enero de 2006 inició la apertura de centros oftalmológicos en el país. Fueron beneficiadas 688.504 personas (Ministerio de Salud y Deportes, 2017).

ÉL PUDO RECIÉN CONOCER A SUS NIETOS Y VOLVER A MIRAR LAS MONTAÑAS

Buenos días señor presidente, es un honor para mí conocerlo, cuando supe que venía a mi pueblo Santiago de Chiquitos me alegré, toda mi familia siempre los hemos apoyado siempre por las buenas obras que hace por el país, disculpe que le pida un favor que no se canse de apoyar a las familias pobres como nosotros yo le escribo para pedirle ayuda tengo mi papá que no puede ver necesita hacerse una operación láser para volver a ver, él tiene 66 años, él todos los días llora porque quiere volver a ver para trabajar y ayudarme, mi madre es diabética y necesita hacerse un tratamiento [...]

necesito de su ayuda y sin olvidarme agradecerle muchísimo por el hermoso módulo educativo de mi pueblo gracias a usted, espero que lea mi pequeña carta [...].

Lo señalado textualmente en el párrafo anterior, es parte de una carta que escribió Yesica Fernández Gómez, campesina de una localidad de la Chiquitanía boliviana. Ella logró entregar la misiva a Evo Morales durante un recorrido que él realizaba por esa región las últimas semanas de su gobierno. La carta fue enviada a la entonces Ministra de Salud, Gabriela Montaña, quien la remitió, para su atención urgente, al Coordinador del Programa Nacional de Fortalecimiento de las Redes Funcionales de Servicios de Salud del Ministerio de Salud el 9 de febrero de 2015.

Para atender la solicitud, se formó una comisión médica conformada por una médica boliviana y tres especialistas cubanos: un oftalmólogo, un internista y un endocrinólogo, quienes, acompañados por el Coordinador de la Brigada Médica Cubana de Santa Cruz, llegaron a esa localidad para atender a la familia de Yesica, además de a una buena parte de la población que acudió a sus servicios al enterarse de su presencia. El caso del padre, diagnosticado con cataratas en ambos ojos, se trasladó al municipio de El Torno, se estabilizaron otras patologías de base y fue operado de un ojo en el Centro Oftalmológico de Santa Cruz de la Sierra.

La familia Fernández Gómez, unas semanas después, con voz llorosa hacía conocer su inmensa felicidad. El papá de Yesica agradeció diciendo “recién puedo conocer a mis nietos y volver a mirar las montañas”. También expresaron con ansiedad la solicitud de dar continuidad a la atención y operar el otro ojo... Pero, la atención pendiente de aquel comunitario quedó truncada (Comunicación personal, enero de 2023).

Cuba ha proporcionado asistencia a Bolivia durante mucho tiempo, pero en el marco del ALBA, con importante ayuda del gobierno venezolano, aumentó drásticamente su magnitud y alcance, siendo el de Bolivia el segundo programa médico

internacional más importante. En junio de 2006 había 1.100 médicos cubanos trabajando en el país, en especial en las zonas rurales. Al mismo tiempo, como parte de la Operación Milagro, Cuba proveyó equipos modernos y personal especializado para el Instituto Oftalmológico de La Paz, e inauguró centros oftalmológicos en Cochabamba y Santa Cruz. Como resultado, Bolivia tuvo entonces capacidad para realizar 50 mil operaciones de la vista al año.

En 2006, había 500 bolivianos estudiando en la Escuela Latinoamericana de Medicina [ELAM] de La Habana, casi el 22 % del total de estudiantes extranjeros becados, y otros 2 mil habían iniciado el curso preparatorio (Feinsilver, 2008).

La República de Cuba asumió la totalidad del costo del funcionamiento de su Cooperación Médica en Bolivia desde 2006 hasta 2012. Bolivia, a partir de entonces, gracias a su favorable situación económica, asumió paulatinamente los costos y totalmente a partir del 2015, a través del “Programa Nacional de Fortalecimiento de las Redes Funcionales de Servicios de Salud”.

En más de 12 años de cooperación, la BMC estuvo presente en 47 municipios de 36 provincias de los 9 departamentos del país, con la presencia permanente de un total de 753 colaboradores: 396 médicos (52,6%), 12 estomatólogos (1,6 %), 312 profesionales y técnicos de la salud (41,4 %) y 33 personas que conformaban el personal de servicio (4,4 %), con un promedio de experiencia laboral de sus profesionales de 24 años. Se contaba con 31 especialidades médicas para fortalecer establecimientos del subsector público, mayormente en zonas alejadas de las capitales. Estaban incorporados en 33 Hospitales Integrales Comunitarios [HIC], 118 Centros Integrales Comunitarios [CIC], 5 Servicios Especializados de Oftalmología [SEO] y en la Clínica del Colaborador. En dos establecimientos, el 100 % de los servicios era brindado por profesionales cubanos.

El acumulado histórico de las actividades asistenciales de la BMC en Bolivia correspondiente al período de 2006-2019, se puede observar en el siguiente cuadro de indicadores:

Tabla 3. Indicadores Asistenciales de la Brigada Médica Cubana (2006-2019)

Indicador		Cantidad
Atenciones médicas		70.474.834
Exámenes de laboratorio		46.795
Cirugías (mayores y menores)		253.134
Partos		58.450
Pacientes en unidades de terapia intensiva		47.765
Pacientes en servicios de neonatología		1.180
Cirugías oftalmológicas gratuitas en la Operación Milagro		707.773
de las cuales son:	Cirugías de cataratas	64.591
	Cirugías de pterigium	480.970
	Glaucoma	11.422
	Láser	112.277
	Otras	38.513

Fuente: Coordinación del Programa Nacional de Fortalecimiento de las Redes Funcionales de Servicios de Salud (2022).

En el Programa SAFCI-Mi Salud, la BMC se encontraba insertada en equipos de 23 municipios con 109 médicos que representaban el 7,4 % del total del personal médico de este programa en 2017, con una cobertura de aproximadamente 348 mil habitantes. Prestaron alrededor de 22 mil atenciones médicas en ferias locales donde, además, las autoridades locales comprendían el valor de la actividad promocional en salud. Esta fue una de las importantes acciones de preparación de la implementación del Sistema Único de Salud bajo la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Además de su actividad en establecimientos, la BMC efectuaba asistencia en instituciones militares, centros educativos, centros penitenciarios, hogares de niños y de ancianos,

comunidades indígenas Juegos Deportivos e interconsultas docentes a través del Programa Telesalud.

Otras vertientes de cooperación incluyeron la conformación de la Red de Entomología que asesoró el control de vectores con protocolos de bioensayos de resistencia a insecticidas, la cría de colonias de mosquitos y estudios de resistencia en larvas; especialistas cubanos asesoraron las Áreas de Genética, Rehabilitación y Calificación del Ministerio de Salud y, en el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud [INASA], se apoyaron 604 estudios cromosómicos, 3.640 asesoramientos genéticos y se implementó el Sistema de Vigilancia de Anomalías Congénitas a través de Registro Boliviano de Anomalías Congénitas [REBOAC], y la elaboración de documentos como la “Guía de tratamiento y seguimiento genético de niños con cardiopatías congénitas”; el “Manual BAREMO” para la Calificación de Discapacidad; las “Normas de identificación del Riesgo Genético Preconcepcional; los “Criterios de referencia del Primer Nivel de Atención a Servicios de Genética departamentales”; el “Atlas de Anomalías” y la “Guía de Fonoaudiología” para la atención de sorderas de causa genética.

Es necesario mencionar que no todo fue perfecto en la interacción entre la cooperación médica cubana y el sistema de salud de Bolivia. Más allá del permanente rechazo de muchos médicos bolivianos –mediático en el caso de las dirigencias gremiales, de descoordinación por parte de los gerentes locales y de indiferencia de los operativos– atribuibles a motivos ideológicos y de desinformación, se emitieron críticas desde algunas instancias del propio Ministerio de Salud. “Mucho compromiso y mucha empatía (de los médicos cubanos), pero nunca entendieron la SAFCI y se dedicaron solamente a la labor asistencial [...]”, comentó un antiguo funcionario de la Dirección de Promoción de la Salud (Comunicación personal, enero de 2023). En similar sentido, otro exfuncionario indicó, sobre los profesionales formados en la ELAM: “teníamos la idea de que iban a venir con fuerte formación política [...] en lo que se trata de acción comunitaria y determinación social, pero la mayoría es igual de asistencialista que los bolivianos [...]” (Comunicación personal, enero de 2023).

Inmediatamente después del golpe de Estado de noviembre de 2019, el gobierno de Janine Áñez rompió relaciones con Cuba y expulsó a la BMC. Según manifestó Yoandra Muro Valle, jefa de la Misión de la Brigada Médica Cubana:

Fue dormir en un país y levantarte en otro [...] fue amanecer en un país, dormir y levantarte en otro, [...] y te dolía desde lo humano, irte [...] que había 33 hospitales que se quedaron sin un cirujano, sin un pediatra, sin anestesista, y eso es te duele [...] te están obligando, porque jamás hubiésemos abandonado, porque existe un cariño inmenso entre el pueblo y nosotros, y existía mucho respeto.

Desde el proceso eleccionario ya empezó a haber una agresión tremenda de los gremios médicos contra la Brigada Médica Cubana, sobre todo en las redes sociales, donde trataban de desvirtuar constantemente todo [...] la verdad de lo que hacíamos en ese país [...] fue como que te acostaste siendo un médico digno y querido y te levantaste siendo un terrorista, en el tratamiento que te dieron sobre todo los militares [...] la policía [...] se convirtió en una persecución constante, [...] el intento de poner candela a las casas, [...] muchos de nuestros compañeros con armas en sus cabezas [...] cuando les decían [...] ¡despídete de la familia en Cuba! ¡Ya no vas a regresar! Cuando entraban a nuestras casas con el fin de buscar “las armas”, “las computadoras”, supuestamente, que desde ahí habíamos sido los que concebimos el fraude electoral [...] detienen a compañeros que estaban buscando el salario y los acusan de estar pagando las huelgas [...] la propia Clínica del Colaborador, de propiedad cubana, fue intervenida de inmediato y nos sacaron todas las cosas, no podemos tener acceso a todo lo que pertenecía por derecho a la Brigada Médica Cubana y se llevaban el dinero, se llevaban nuestras cosas [...] fue el momento donde tuvimos que sacar con muchísimo trabajo a todos nuestros colaboradores, [...] se tuvieron que hacer muchas cosas duras, difíciles para poder llegar al aeropuerto [...]. (Muro Valle, 2019)

Los primeros días de noviembre de 2019, medios de comunicación revelaron 16 audios filtrados que vinculaban a cívicos, exmilitares y enviados de EE. UU. con planes de agitación y el golpe de Estado. En uno de ellos se escucha que el excoronel boliviano Julio César Maldonado Leoni, presidente del Comité Militar Nacional, da órdenes de implementar acciones contra la Embajada de Cuba y sus diplomáticos para infundir miedo y odio hacia los cubanos para que abandonen el país (Elperiodicocr, 2019). Poco antes, el gobierno ecuatoriano también había expulsado a médicos cubanos de su sistema público y, un año antes, tras la victoria electoral de Jair Bolsonaro, Brasil hizo lo propio con 8.300 médicos que trabajaban en áreas remotas.

En el marco de los acuerdos de cooperación entre Cuba y Bolivia, la Clínica del Colaborador se constituía en un establecimiento de salud donde personal médico de la Brigada Médica Cubana brindaba atención a los colaboradores de la misma brigada, con autorización del Ministerio de Salud (Resolución 0410/2007). Contaba con 13 camas hospitalarias, 6 de internación, 4 de observación y 3 de terapia intensiva. En el marco de la solidaridad, la población boliviana u otra extranjera que así lo requiriera, también podía ser atendida. Dicho nosocomio era de propiedad cubana, considerada legalmente como una extensión de la embajada de Cuba en Bolivia, territorio que gozaba de inmunidad diplomática. Ignorando este hecho, el 15 de noviembre de 2019, esta Clínica fue allanada violentamente por autoridades policiales, sin orden judicial y ante una supuesta denuncia de que se estarían planificando actos terroristas. Como resultado, se sustrajeron equipos, materiales y otros bienes, se perdió documentación interna, incluyendo expedientes clínicos. La instalación se precintó declarándose “depósito judicial” a cargo del Ministerio de Salud desde el día 28 de ese mes y se transformó en un trofeo político.

En el mes de julio de 2020, los ministros Fernando López (Defensa) y Arturo Murillo (Gobierno) y el viceministro de Gestión del Sistema Sanitario, Miguel Delgado, rompieron los precintos, ingresaron al recinto e intervinieron la clínica ante todos los medios

de comunicación oficialistas, anunciando su próxima habilitación, en 10 días, como “centro médico en la atención exclusiva de personal de salud que tiene COVID-19”. Murillo apuntó: “Lo que estaba al servicio del jerarca, lo que estaba al servicio del fugitivo Evo Morales estará disponible desde la próxima semana al servicio del pueblo, de los médicos que están salvando vidas en La Paz” (Radio Kawsachun Coca, 2020; Derechos, 2020). El presidente del Colegio Médico de La Paz, Luis Larrea, denunció públicamente que la clínica atendida por médicos cubanos tenía equipos de última generación como ningún hospital público de La Paz (Zapana, 24 de julio de 2020), hecho que nunca fue comprobado (Comunicación Gobierno de Bolivia, 2020; Ministerio de Relaciones Exteriores de Cuba, 2020).

El establecimiento de salud nunca se volvió a poner en funcionamiento y el inmueble y los equipos no fueron utilizados, aunque el gobierno cubano emitió un comunicado en el que brinda las instalaciones al pueblo boliviano para la lucha contra la COVID-19, sin renunciar a su propiedad. Hasta el fin de esa gestión gubernamental se impidió a la Embajada de Cuba el acceso a esta. Finalmente, en 2021 el caso fue rechazado por la fiscalía porque no se tipificó un delito ni se identificaron autores, y fue archivado.

Desde su toma del poder, el gobierno de facto de Bolivia desarrolló una campaña de desprestigio contra las Misiones Diplomáticas de Cuba, que incitaba públicamente a la violencia contra la Brigada Médica Cubana, e inició acciones penales contra quienes habían trabajado con esta misión. El entonces Coordinador Nacional del “Programa Nacional de Fortalecimiento de las Redes Funcionales de Servicios de Salud”, que coordinaba la actividad, declaró el 3 de enero del 2020,

[...] me llegó una citación para declarar en calidad de sindicado sobre presuntos delitos de conducta antieconómica, incumplimiento de deberes, uso indebido de bienes y servicios públicos, robo, robo agravado y suspensión o destrucción de documentos.

Yo me encontraba en el Ministerio de Salud solicitando mi paga correspondiente al mes de noviembre, retenida de manera injusta e ilegal. El 6 de enero, el policía investigador me toma declaración en ausencia del fiscal designado y sin haber dado acceso a mis abogados al libro de investigación, ambos requisitos formales en este tipo de procesos. Cinco minutos después de las cuatro horas que dura la declaración, de más de siete páginas, el fiscal sale con la orden de aprehensión y me trasladan a celdas de la Fuerza Especial de Lucha contra el Crimen (FELCC) por 24 horas y después a las celdas judiciales. Ahí, los policías me gritan repetidamente “cubano” como insulto y se niegan a otorgarme una llamada a mi abogado. Soy preso político debido a la persecución política a la Brigada Médica Cubana.

En la siguiente audiencia cautelar, siendo un acto público, no dejaron entrar a mi madre y a mi padre y se cambiaron tres veces de fiscal. Después de cuatro horas, se declara la detención preventiva en el penal de San Pedro donde permanezco por dos meses para luego cumplir con una detención domiciliaria de un año. Más tarde, en una conferencia de prensa el coronel de policía Freddy Medinacelli Cabrera y el Ministro de Salud, Aníbal Cruz, acusó a los colaboradores cubanos de no ser profesionales de la salud y de desarrollar labores de adoctrinamiento y, en esa ocasión, también contra mi persona. (De la Rocha, C. Comunicación personal, 2022)

Aunque la cooperación cubana fue la más visible, la República Bolivariana de Venezuela, de manera silenciosa, también coadyuvó de manera muy importante en diferentes momentos y con intensidad variable, sobre todo en momentos críticos.

Un claro ejemplo fue el de las inundaciones en el noreste boliviano en el año 2006. Desplazaron a una columna especial de alrededor de 30 médicos, altamente entrenados para acciones de salvataje, dos helicópteros, equipo médico, medicamentos, etc., con los que fue posible llegar con asistencia integral en una situación de

absoluta incomunicación terrestre de la mayoría del territorio del Beni, y con poblaciones viviendo en la copa de los árboles. En las ciudades de Trinidad, Santa Ana, San Ignacio, Exaltación y Puerto Siles, se contó con 29 brigadas médicas procedentes de Brasil, Cuba y Venezuela, además del personal de SEDES y médicos de la Residencia SAFCI, para la atención en campamentos y albergues.

Gracias a esta cooperación, absolutamente coordinada con los esfuerzos cubanos, bajo la conducción del Ministerio de Salud, se pudo controlar una situación de alto riesgo epidemiológico con ganado vacuno y animales salvajes en disputa por las pequeñas islas formadas, una epidemia de dengue en curso, alto riesgo de migración de roedores, y contaminación de todo tipo en los pocos espacios de almacenamiento de alimentos (Global Facility for Disaster Reduction and Recovery [GFDRR], 2010). Como corolario y para evitar nuevos desastres urbanos, se creó en 2007 la Fuerza Binacional de Ingeniería Social Bolivia-Venezuela, que realizó la construcción de la primera fase del anillo de protección de desbordes de la ciudad de Trinidad. Adicionalmente, la Fuerza Binacional movilizó recursos técnicos, económicos y humanos para auxiliar a los damnificados y emprender las tareas de recuperación y reconstrucción de la zona (Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas [UDAPE], 2015).

Según fuentes periodísticas, entre enero de 2006 y abril 2010, Venezuela desembolsó cerca de 290 millones de dólares para financiar el programa “Bolivia Cambia, Evo Cumple” de asistencia financiera directa a proyectos de municipios y organizaciones sociales en educación, salud, infraestructura, deporte y desarrollo productivo (Vergara Toro, 2016). No se ha cuantificado el apoyo financiero indirecto de Venezuela a Bolivia en el marco del ALBA-TCP, pero es muy probable que la cooperación médica cubana no hubiese podido ser tan grande y contundente sin el apoyo económico global del Gobierno Bolivariano.

Finalmente, en otro interesante ejemplo de sinergia triangular, al menos 500 médicos bolivianos se formaron en Medicina General Integral en el Misión Barrio Adentro, importante

proyecto social y sanitario que Venezuela desarrolló desde 2003 con el apoyo de más de 10 mil médicos cubanos. Otro centenar de profesionales en salud de Bolivia obtuvo formación y especialización en universidades venezolanas (Aguirre, 2008).

Las consecuencias del retiro de la Brigada Médica Cubana y del ALBA fueron los relativos al debilitamiento de los establecimientos y las redes de servicios donde trabajaban. Los 47 municipios se quedaron sin los 753 colaboradores, los 33 hospitales perdieron la oferta añadida de las 31 especialidades médicas, y en el Programa SAFCI-Mi Salud, faltaron los 109 médicos que lo apoyaban. La Operación Milagro desapareció y ocho de los nueve departamentos del país se quedaron sin hospitales oftalmológicos públicos especializados. En los contextos locales este impacto no fue menor. Dos coordinadores de redes de servicios rurales declararon que,

El hospital se convirtió en un Puesto de Salud de la noche a la mañana [...]. Todos los especialistas eran cubanos, los únicos que hacían tomografías eran sus técnicos [...] este es un municipio con muchos accidentes de motos y hacíamos [con la BMC] hasta neurocirugía; [...] en las zonas alejadas de los cinco municipios ya no hay servicios reales, ellos eran los únicos que iban regularmente.

Desde 2019, no se han realizado más estudios cromosómicos desde que había comenzado la BMC y tampoco se ha dado continuidad al sistema de vigilancia de anomalías congénitas. El Sistema Nacional de Salud de Bolivia perdió parte de su capacidad de llegar a poblaciones históricamente marginadas con servicios sanitarios de alta calidad, objetivo principal del programa de cooperación. (Comunicación personal, enero de 2023)

Sin embargo, en su conjunto, el impacto cuantitativo en el sistema sanitario nacional puede no haber sido muy significativo. La mayor consecuencia –no solo de la expulsión física, sino de la forma y el contexto en que se hizo– probablemente haya sido moral, emocional

y simbólica. Con las misiones cubanas, decenas de miles de bolivianos y bolivianos –indígenas, pobres y marginados de toda protección– experimentaron, por primera vez en su historia, la sensación de estar recibiendo atención del Estado de manera digna; que profesionales con gran experiencia y calidad humana –esa nunca faltó en la BMC– estaban a su disposición y que se habían hecho visibles para un país que había ignorado siempre a su clase y a su raza. Quienes no recibían directamente los servicios, los veían en la comunidad vecina y albergaban esperanza; creaban el sentimiento de pertenencia y derecho. Esta inclusión, real o simbólica, por supuesto, no fue obra de la BMC ni mucho menos de la cooperación Sur-Sur, fue solo una parte de un complejo proceso social y político conducido, gestado y luchado por el pueblo boliviano. Pero, la cálida presencia de los hermanos caribeños era una prueba material de que Bolivia estaba cambiando y su violenta extirpación se sintió como la materialización del fin de esa ilusión.

Por otra parte, la presencia cubana había impactado en los médicos bolivianos. Ya se mencionó la animadversión de muchos, pero otros tantos se expusieron por primera vez a una cultura profesional diferente de trato horizontal con el paciente, “aún con el indígena sucio e ignorante, al trabajo duro por compromiso ideológico y a una organización centrada en el paciente e inevitablemente, les hizo reflexionar [...]” en palabras de un funcionario entrevistado (Comunicación personal, enero de 2023). La expulsión reafirmó los enconos políticos de unos y, seguramente, desilusionó a los otros.

Durante las primeras olas de la epidemia por el SARS-CoV-2, el abandono y debilitamiento de la APS y los primeros niveles de atención se hizo lacerante, no solamente para la atención de COVID-19 si no para los servicios regulares. Posiblemente, con la BMC, por sus antecedentes y su filosofía, en esa etapa crítica, la atención médica se hubiera garantizado de una manera más equitativa y solidaria en los lugares donde tenían presencia.

Restaurada la democracia, Bolivia regresó a la Alianza Bolivariana para las Américas, ALBA-TCP, y con ello a la formación de especialistas médicos y, posiblemente, a la formación

de deportistas en Cuba (Telesur, 2022) y Venezuela (Gobierno Bolivariano de Venezuela, 2023).

COMO COROLARIO

Es muy evidente que la larga crisis política en Bolivia, su estallido en 2019 y el gobierno de facto que la coronó en 2020 impactaron en todos los ámbitos de la vida social, económica y política del país, aunque, como siempre, los más vulnerables –indígenas, pobres, campesinos y mujeres– llevaron la carga más pesada. Sabiendo que la salud está siempre socialmente determinada, aislar los efectos sanitarios es tan imposible como inútil. La pandemia por COVID-19 se desató en el tercer mes del gobierno de facto, añadiendo un nuevo y enorme elemento de complejidad. Entonces, este ensayo no pretende hacer un inventario exhaustivo de todas las consecuencias en salud de la crisis política, si no exponer algunos ejemplos que, a nuestro criterio, ilustran elementos fácticos y simbólicos de la afectación en instancias específicas del sistema de servicios de salud. Publicaciones anteriores abundan sobre los daños en la provisión de servicios, la Salud Familiar Comunitaria Intercultural y la Atención Primaria en Salud de la gestión de la pandemia por COVID-19 durante el gobierno de facto (Giovannella et al., 2021; Tejerina et al., 2021). Este documento intenta complementar esos textos, tanto con enfoques técnico-políticos como con testimonios vivenciales de quienes sufrieron ese duro período de la historia boliviana en dos ámbitos: el incipiente Sistema Único de Salud y la cooperación internacional Sur-Sur en el marco del ALBA-TCP.

En el caso del SUS, la información es relativamente escueta y podría dar la impresión de que no pasó mucho. Sin embargo, si se lee en el contexto histórico que se describe previamente, intenta mostrar las formas en que esta vital iniciativa, de mandato constitucional y paso imprescindible para la garantía del ejercicio del derecho a la salud, se vio afectada desde su nacimiento –queremos pensar que no en su ADN– por el clima político convulso, hostil y amenazante. Intentando no pecar de candidez, en la introducción se exhibe que Bolivia nunca tuvo un ambiente tranquilo y

favorable a las conquistas sociales; guerras, revueltas y golpes de Estado marcaron nuestra historia, pero, desde 2006 había nacido una nueva esperanza y la sociedad parecía marchar hacia un nuevo acuerdo social, más justo, más inclusivo y gobernado por el pueblo. La violenta reacción de las élites que vieron amenazados sus intereses es parte vital de la crisis política que nos ocupa y que se debe leer como parte indivisible del análisis.

En este contexto, el SUS, si somos legalmente estrictos, no nació completamente con la Ley 1152. Esta norma se titula justamente “Hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito”, reconociendo que la unicidad, la universalidad y la gratuidad del sistema son aún procesos en construcción. Nadie podría afirmar que en otro contexto el SUS estaría hoy completo. La propia Constitución Política que le da el mandato fue forjada en medio de la crisis, sin embargo, tampoco se puede ignorar que la saña y el direccionamiento explícito de los ataques de los actores sectoriales y políticos fueron especialmente determinantes para que los primeros años de la creación y la implementación del SUS fuesen particularmente difíciles. La consumación del golpe de Estado y la pandemia se unieron para herir aún más su primer año y medio de vida. El encono por denigrar y destruir todo lo construido por el MAS-IPSP hizo sinergia con capacidades técnicas insuficientes y una ideología de base contraria a la protección social por el Estado; la consecuencia mostrada fue el desfinanciamiento, el debilitamiento y el desgobierno de los servicios públicos.

El otro estudio de caso, centrado en la importancia de la cooperación de la Brigada Médica Cubana en Bolivia y su expulsión, muestra, desde ópticas muy humanas, el impacto real y simbólico de una iniciativa internacional extremadamente importante: el ALBA-TCP. Autores como Gonzalo Basile y Oscar Feo ya profundizaron sobre la enorme importancia que tiene para la salud internacional y la soberanía sanitaria regional que la cooperación internacional se descolonice y se construyan sinergias horizontales que trasciendan fronteras. La BMC y la –quizás insuficientemente destacada– cooperación venezolana materializaron este proyecto,

que se hizo sentir por todos los actores de la sociedad boliviana. En los datos y los testimonios se hace evidente que esta presencia fue determinante, tanto para quienes se beneficiaron de su contundente actividad como para quienes resintieron el resquebrajamiento de los sistemas de hegemonía y privilegio que los sostenían.

La recuperación de la democracia con el nuevo triunfo electoral del MAS-IPSP en noviembre de 2020 fue una fiesta para la mayoría de los bolivianos, pero la crisis política está lejos de haber terminado. Quienes lucran y gozan de la salud mercantilizada y de las sociedades inequitativas no se resignaron ni están descansando. La Confederación de Profesionales de Chile y el CONASA de Bolivia pueden o no volver a ser actores de golpes contra la democracia, pero con seguridad, los intereses que representaban en 1972 y 2019 seguirán actuando para defender sus negocios y sus privilegios. Es en ese contexto que quienes luchamos por los derechos universales y la justicia social debemos seguir resistiendo y construyendo.

BIBLIOGRAFÍA

14 y medio (9 de enero de 2020). Detenido por corrupción un boliviano encargado de la misión médica cubana. *14ymedio*. https://www.14ymedio.com/internacional/medicos_cubanos_en_Bolivia-Corrupcion_0_2799320052.html

Agencia de Noticias Fides (15 de febrero de 2022). Conasa se declara en emergencia y anuncia repliegue del personal de salud para el jueves 24. *Agencia de Noticias Fides*. <https://www.noticias-fides.com/nacional/sociedad/conasa-se-declara-en-emergencia-y-anuncia-repliegue-del-personal-de-salud-para-el-jueves-24-413839>

Agencia de Noticias Fides (27 de abril de 2012). huelga médica cumple un mes sin posibilidad de acuerdo. *Agencia de Noticias Fides*. <https://www.noticiasfides.com/nacional/sociedad/huelga-medica-cumple-un-mes-sin-posibilidad-de-acuerdo-317316-317303>

Aguirre, Virginia (2008). Barrio Adentro en Salud: un proyecto político y social de la República Bolivariana de Venezuela. *Salud colectiva*, 4(2), 221-238. <https://www.redalyc.org/pdf/731/73140211.pdf>

ALBA-TCP (29 de abril de 2006). Acuerdo para la aplicación del ALBA-TCP. *ALBA-TCP*. <https://www.albatcp.org/acta/acuerdo-para-la-aplicacion-del-alba-tcp/>

América Economía (22 de noviembre de 2017). Bolivia: médicos inician este jueves una huelga por nuevo sistema de Código Penal. *América Economía*. <https://www.americaeconomia.com/bolivia-medicos-inician-este-jueves-una-huelga-por-nuevo-sistema-de-codigo-penal>

Araya, Marcelo (2018). Estado, contrarrevolución y autoritarismo en la trayectoria política de la clase media profesional chilena. De la oposición a la Unidad Popular al fin de los Colegios Profesionales (1970-1981). *Izquierdas*, (44), 91-113. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50492018000700091>

Ariñez, Rubén (18 de septiembre de 2019). Se cumplen 31 días de paro médico: el CONASA pide comprensión y la población reclama. *La Razón*. <https://www.la-razon.com/sociedad/2019/09/18/se-cumplen-31-dias-de-paro-medico-el-conasa-pide-comprension-y-la-poblacion-reclama/>

Banco Mundial (8 de mayo de 2020). El Banco Mundial apoya con US\$ 170 millones la respuesta a la emergencia por el COVID-19 en Bolivia. *BM*. <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2020/05/08/el-banco-mundial-apoya-con-us170-millones-la-respuesta-a-la-emergencia-por-el-covid-19-en-bolivia#:~:text=LA%20PAZ%2C%2008%20de%20mayo,19%20>

Barr-Melej, Patrick (2001). *Reforming Chile: Cultural Politics, Nationalism, and the Rise of the Middle Class*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Basile, Gonzalo (2018). *La Salud Internacional Sur-Sur: giro decolonial y epistemológico. Dossiers de Salud Internacional Sur-Sur*. Buenos Aires: CLACSO.

Basile, Gonzalo (2020). *La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario*. Buenos Aires: CLACSO.

BBC Mundo (28 de noviembre de 2017). El Tribunal

Constitucional de Bolivia autoriza a Evo Morales a buscar la reelección como presidente sin límites. *BBC Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-42159445>

Estado Plurinacional de Bolivia (22 de diciembre de 2005). Reglamento a la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico, DS N° 28562. <https://www.lexivox.org/norms/BO-DS-28562.html>

Estado Plurinacional de Bolivia (8 de agosto de 2005). Ley del Ejercicio Profesional Médico. *MINSAUD*. <https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/download/12-leyes/142-ley-no-3131?Itemid=646>

Centro de Estudios para el Desarrollo Laboral y Agrario [CEDLA] (20 de diciembre de 2017). Médicos y policías se enfrentan con piedras, canicas y gases. *CEDLA*. <https://cedla.org/obess/medicos-y-policias-se-enfrentan-con-piedras-canicas-y-gases/>

Colegio departamental de economistas de Tarija (abril de 2020). Apuntes de coyuntura economía. “La subvención de los hidrocarburos en Bolivia” ¿Es posible eliminarlo?. *Texas State University*. https://bpb-us-e1.wpmucdn.com/wp.txstate.edu/dist/3/919/files/2020/05/Hidrocarburos_CDET_2020.pdf

Comunicación. Gobierno de Bolivia (21 de julio de 2020). Autoridades de gobierno inspeccionan clínica cubana para su próxima habilitación al servicio de personal de salud. *Comunicación*. <https://comunicacion.gob.bo/?q=20200721/30089>

Contreras, Xavier (26 de junio de 2020). Matasanos, médicos y héroes. *Venceremos*. <https://www.venceremos.info/2020/06/26/matasanos-medicos-y-heroes/>

Correo del Sur (20 de diciembre de 2018). Salud acorrala al Gobierno. *Correo del Sur*. https://correodelsur.com/anuario/20181220_salud-acorrala-al-gobierno.html

Correo del Sur (25 de enero de 2020). Médicos de Elam dicen sufrir de desprestigio. *Correo del Sur*. https://correodelsur.com/local/20200125_medicos-de-elam-dicen-sufrir-de-desprestigio.html

Crabtree, John y Whitehead, Laurence (2019). Politics and the Ruling Group in Bolivia. *Journal of Latin American Studies*, 51(4), 819-843.

Derechos (21 de julio de 2020). Derechos.org. Cuba brinda Clínica del Colaborador por la COVID, pero sin renunciar a la propiedad. *Derechos*. <https://www.derechos.org/nizkor/bolivia/doc/covidbol320.html>

Deutsche Welle (9 de enero de 2018). Médicos bolivianos ponen fin a huelga tras 47 días. *Deutsche Welle*. <https://www.dw.com/es/m%C3%A9dicos-bolivianos-ponen-fin-a-huelga-tras-47-d%C3%ADas/a-42074849>

Dunkerley, James (2020). *Rebellion in the Veins. Political Struggle in Bolivia, 1952-1982*. Londres: Verso. <https://www.perlego.com/book/3785645/rebellion-in-the-veins-political-struggle-in-bolivia-19521982-pdf>

Eju! (5 de enero de 2020). 5.200 médicos graduados en el extranjero denuncian exclusión. *Eju!* <https://aju.tv/2020/01/5-200-medicos-graduados-en-el-extranjero-denuncian-exclusion/>

El periodico.cr (25 de noviembre de 2019). Audio 8 [serie de audios]. *El periodico.cr*. <https://soundcloud.com/elperiodicocr/audio-8-1>

Erbol (12 de agosto de 2019). Médicos irán al paro indefinido con movilizaciones desde el lunes 19 de agosto. *Erbol*. <https://erbol.com.bo/nacional/m%C3%A9dicos-ir%C3%A1n-al-paro-indefinido-con-movilizaciones-desde-el-lunes-19-de-agosto>

Estado Plurinacional de Bolivia (2009). *Constitución Política del Estado*. La Paz: Gaceta Oficial de Bolivia. <http://www.gacetao-ficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar/g/Constituci%C3%B3n%20Pol%C3%ADtica>

Feinsilver, Julie (2008). La diplomacia médica cubana recibe una pequeña ayuda de sus amigos. *NUSO*, (216). <https://nuso.org/articulo/la-diplomacia-medica-cubana-recibe-una-pequena-ayuda-de-sus-amigos/>

France 24 (26 de diciembre de 2017). Bolivia pide a los médicos suspender la huelga por un tema humanitario. *France 24*. <https://www.france24.com/es/20171226-bolivia-pide-los-medicos-suspender-la-huelga-por-un-tema-humanitario>

France 24 (9 de enero de 2018). Bolivia: médicos en huelga

contra la reforma de salud de Evo Morales. *France 24*. <https://www.france24.com/es/20180109-bolivia-medicos-huelga-evo-morales>

France 24 (19 de agosto de 2019). Gobierno declara ilegal huelga parcial de médicos en Bolivia. *France 24*. <https://www.france24.com/es/20190819-gobierno-declara-ilegal-huelga-parcial-de-m%C3%A9dicos-en-bolivia>

France-Presse (5 de septiembre de 2008). Bolivian opposition organizing “civil coup”: president. *France-Presse*. https://web.archive.org/web/20090109171425/http://afp.google.com/article/ALeqM5gA3ynFlKZqoe_3rEzOtwZS6US2MQ

Giovanella, Ligia et al. (2021). ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trabalho, Educação e Saúde*, (19).

Global Facility for Disaster Reduction and Recovery [GFDRR] (2010). Evaluación del impacto acumulado y adicional ocasionado por La Niña en 2008 en Bolivia. *GFDRR*. https://www.gfdr.org/sites/default/files/GFDRR_Bolivia_DLNA_2008_Spanish.pdf

Gobierno Bolivariano de Venezuela (20 de abril de 2023). Venezuela y Bolivia firmaron 13 acuerdos de cooperación para el fortalecimiento energético bilateral. *Ministerio de Economía*. <http://www.minec.gob.ve/venezuela-y-bolivia-firmaron-13-acuerdos-de-cooperacion-para-el-fortalecimiento-energetico-bilateral/>

Grey Postero, Nancy (2007). *Now We Are Citizens: Indigenous Politics in Postmulticultural Bolivia*. Stanford: Stanford University Press.

Humérez, Julio y Mariscal, Mirna (2005). Sostenibilidad y gestión de la deuda pública externa en Bolivia: 1970-2010. *Análisis económico*, (20), 60-95.

Kohl, Benjamin y Farthing, Linda (2007). *Impasse in Bolivia: neoliberal hegemony and popular resistance*. La Paz: Plural Editores.

La Patria (15 de mayo de 2010). Nace la Coordinadora Nacional de Salud y demanda participación en nuevas leyes. *La Patria*. <https://impresa.lapatria.bo/noticia/27886/nace-la-coordinadora-nacional-de-salud-y-demanda-participacion-en-nuevas-leyes>

Los Tiempos (15 de diciembre de 2017). Sancionan Código Penal y médicos masificarán huelgas de hambre. *Los Tiempos*. <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20171215/sancionan-codigo-penal-medicos-masificaran-huelgas-hambre>

Mesa, Carlos (2009). *Historia de Bolivia*. La Paz: Editorial Gisbert y Cia.

Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (febrero de 2023). El Déficit Fiscal baja a 7,2 % en 2022. *MEFP*. <https://www.economiayfinanzas.gob.bo/sites/default/files/2023-08/Bitacora%2020%2023-02.pdf>

Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (febrero de 2022). Bolivia logra histórica reducción de la pobreza extrema a 11,1 % en 2021. *MEFP*. <https://www.economiayfinanzas.gob.bo/sites/default/files/2023-01/22-02-bitacora-economica.pdf>

Ministerio de Relaciones Exteriores de Cuba (25 de enero de 2020). Cuba rechaza pretextos de autoridades golpistas de Bolivia para suspender relaciones diplomáticas. Ministerio de Relaciones Exteriores. <https://cubaminrex.cu/es/cuba-rechaza-pretextos-de-autoridades-golpistas-de-bolivia-para-suspender-relaciones-diplomaticas>

Ministerio de Relaciones Exteriores de Cuba (24 de julio de 2020). Declaración del Ministerio de Relaciones Exteriores de Cuba pone a disposición del pueblo boliviano su clínica en la Paz. *Ministerio de Relaciones Exteriores*. <https://cubaminrex.cu/es/node/2892>

Ministerio de Salud de Bolivia (2017). Plan estratégico institucional 2016-2020. *NIDA*. <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>

Ministerio de Salud de Bolivia (2018). El Nuevo Sistema Único de Salud Universal y Gratuito Bases técnicas y políticas. *Academia*. https://www.academia.edu/41502008/El_Nuevo_Sistema_%C3%A9nico_de_Salud_Universal_y_Gratuito_Bases_t%C3%A9nicas_y_pol%C3%ADticas

Ministerio de Salud Pública de Cuba (5 de diciembre de 2019). La cruzada de Estados Unidos contra la cooperación

médica internacional de Cuba. *MSP*. <https://salud.msp.gob.cu/la-cruzada-de-estados-unidos-contr-la-cooperacion-medica-internacional-de-cuba/>

Ministerio de Salud Pública de Cuba (16 de noviembre de 2019). Regresa a Cuba primer grupo de colaboradores de la Brigada Médica en Bolivia. *MSP*. <https://salud.msp.gob.cu/regresa-a-cuba-primer-grupo-de-colaboradores-de-la-brigada-medica-en-bolivia/>

Ministerio de Salud y Deportes (10 de agosto de 2010). Resultados del Estudio Clínico Genético, Psicopedagógico, y Social de las personas con discapacidad en el Estado Plurinacional de Bolivia *MINSALUD*. <http://siprunpcd.minsalud.gob.bo/pdf/PRESMM.pdf>

Ministerio de Salud y Deportes (13 de octubre de 2017). Operación Milagro devolvió la vista a 688.504 bolivianos. *MINSALUD*. <https://www.minsalud.gob.bo/2778-operacion-milagro-devolvio-la-vista-a-688-504-bolivianos>

Ministerio de Salud y Deportes (11 de marzo de 2019). El Sistema Único de Salud no afecta la administración ni la infraestructura ni los recursos humanos de las Cajas de Salud. *MINSALUD*. <https://www.minsalud.gob.bo/3687-el-sistema-unico-de-salud-no-afecta-la-administracion-ni-la-infraestructura-ni-los-recursos-humanos-de-las-cajas-de-salud>

Ministerio de Salud y Deportes (2023). *Sistema de Control Financiero en Salud*. La Paz: MINSALUD.

Ojeda, Tahina y Enara, Echart (2019). *La cooperación Sur-Sur en América Latina y el Caribe: Balance de una década (2008-2018)*. Buenos Aires: CLACSO. http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20190905075044/Cooperacion_SURSUR.pdf

Ojeda, Tahina y Villarreal, María (2020). *Pensamiento crítico latinoamericano sobre desarrollo*. Madrid: Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación/Universidad Complutense.

Opinión (30 de enero de 2017). Colegio Médico no avala títulos de becados y observa inscripción. *Opinión*. <https://www.opinion.com.bo/articulo/cochabamba/>

colegio-m-eacute-dico-avala-t-iacute-tulos-becados-observa-inscripci-oacute-n/20170130200100570777.html

Owensby, Brian (1999). *Intimate Ironies: Modernity and the Making of Middle-Class Lives in Brazil*. Stanford: Stanford University Press.

Página Siete (20 de diciembre de 2017). Médicos y policías se enfrentan con piedras, canicas y gases. *Cedla*. <https://cedla.org/obess/medicos-y-policias-se-enfrentan-con-piedras-canicas-y-gases/>

Página Siete (8 de enero de 2018). Galenos cubanos trabajan en Bolivia sin aval del CEUB ni del Colegio Médico. <https://www.paginasiete.bo/sociedad/galenos-cubanos-trabajan-en-bolivia-sin-aval-del-ceub-ni-del-colegio-medico-FEPS165734>

Página Siete (26 de noviembre de 2020). Proclaman a Luis Larrea como candidato a la alcaldía de La Paz. *Página Siete*. <https://www.paginasiete.bo/nacional/proclaman-a-luis-larrea-como-candidato-a-la-alcaldia-de-la-paz-GGPS276202>

Parker, David (1998). *The Idea of the Middle Class: White-Collar Workers and Peruvian Society*. University Park: Pennsylvania State University Press.

Radio Habana Cuba (21 de diciembre de 2021). Doctora cubana en Bolivia: testimonio de una infamia [Video]. *YouTube*. <https://youtu.be/7Td3M4tkJ2I>

Radio Kawsachun Coca (21 de julio de 2020). Publicación. *Facebook*. <https://www.facebook.com/RadioKawsachunCoca/photos/murillo-y-l%C3%B3pez-intervienen-cl%C3%ADnica-cubana-donde-antes-del-golpe-se-atendi%C3%B3-grat/318548846265325/>

Tejerina, Herland et al. (2021). La construcción del sistema único de salud en el Estado Plurinacional de Bolivia. Breve descripción del sistema de salud antes de 2006. En Tetelboin, Carolina; Iturrieta, Daisy y Schor, Clara, *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia* (pp. 129-146). Buenos Aires: CLACSO/ Universidad Autónoma Metropolitana/Universidad Veracruzana/ Universidad Mayor de San Simón/Universidad de Valparaíso.

Telesur (28 de julio de 2022). Cuba y Bolivia sellan acuerdo

sobre alimentos y medicinas. *Telesur*. <https://www.telesurtv.net/news/cuba-bolivia-cooperan-produccion-alimentos-medicinas-20220728-0003.html>

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

Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas [UDAPE] (2015). Evaluación de daños y pérdidas por eventos climáticos Bolivia 2013-2014. *UDAPE*. https://www.udape.gob.bo/portales_html/diagnosticos/Libroevaluaci%C3%B3n.pdf

Valle Muro, Yoandra (2019). Testimonio en 2019 en el programa “Desde Cuba”. *Radio Habana Cuba*.

Vergara Toro, Mónica (2016). *Evolución de la cooperación de Venezuela con Ecuador y Bolivia en el período 2006-2014* [Tesis de maestría]. Universidad Andina Simón Bolívar. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/5482>

Webber, Jeffery (2011). *Red October. Left-indigenous struggles in Bolivia*. Boston: Brill.

Zapana, Verónica (24 de julio de 2020). Clínica cubana tiene equipos más modernos que cualquier hospital. *Página Siete*. <https://www.paginasiete.bo/sociedad/clinica-cubana-tiene-equipos-mas-modernos-que-cualquier-hospital-KCPS239388>

Zapana, Verónica (8 de diciembre de 2017). Gobierno regulará costos de consultas médicas privadas. *Página Siete*. <https://www.paginasiete.bo/sociedad/gobierno-regulara-costos-de-consultas-medicinas-privadas-KEPS162338>

EL ESPEJISMO DE LOS DERECHOS SOCIALES EN CHILE

DESDE EL ESTALLIDO HASTA EL RECHAZO (2019-2023)

Mario Parada-Lezcano
Carmen Gloria Muñoz

INTRODUCCIÓN. EL INICIO DE LAS CONDICIONES PROPICIAS PARA EL ESPEJISMO

No existe un momento en la historia de Chile en que las posibilidades de un cuerpo constitucional se encuentren desprovistas de las luchas políticas del control de clase y disputa por poder económico-político que se imponen siempre sobre principios democráticos y de justicia social. La situación chilena reciente nos ha hecho mirar de manera crítica y cuasitraumática cómo un momento constitucional es testigo de estas tensiones. Entre los años 2019 y 2023, la disputa por una nueva Constitución para Chile refleja una amalgama de conflictos, emociones, ilusiones y frustraciones.

Pero como mencionamos, este fenómeno no es nuevo. Ya en los primeros años del siglo XX, la profundización del modelo propio de la revolución industrial trajo consigo aires de organización social como una estrategia de sobrevivencia ante las demandas de un capitalismo arrollador que desconoce la posibilidad del derecho social, y del cuidado de las clases populares. La organización en torno a grupos culturales, del mundo del trabajo y

la educación, operaron en las décadas del diez y el veinte del siglo XX como espacios importantes de propagación de nuevas ideas, de cuyo seno emergieron demandas de políticas de cambio, de justicia y de transformación social.

El tiempo que precedió a la redacción de la Constitución Política de 1925 fue de activación política, de tejido social fuerte, muy vinculado al mundo del trabajo y tuvo fuertes momentos de represión por la resistencia de la clase política popular a los cambios que se demandaban en el seno del pueblo. En medio de la crisis del salitre y la emergencia de la cuestión social, Chile vivía un fuerte crecimiento de las ciudades, incapaz de absorber las necesidades de alimentación, vivienda, salud y trabajo de la población. Se produjeron serios problemas de enfermedad y muerte producto de las paupérrimas condiciones de vida urbana, con una inexistente red de atención sanitaria estatal y ausencia de leyes laborales. Los estratos medios y bajos vivían aislados de la oligarquía y privados de poder político.

En los inicios, la Constitución de 1925 se redactaría con una asamblea amplia, no electa, convocada por el presidente Arturo Alessandri que reunió a representantes de los partidos políticos, miembros de la sociedad civil y grupos de la izquierda radical. Lleno de discusiones y confrontaciones, el proceso fue lento y confuso, de manera que, por definición de la presidencia, se organizó una segunda comisión más reducida, de “expertos”, para recibir insumos generales de la primera y traducirla a ideas convocantes y “aprobables” en los plebiscitos que le sucedieron.

Así, la gran expectativa de participación amplia, democrática y deliberativa se vio cooptada por el poder instituido. Desde que la Nación se ha provisto de la posibilidad de una Constitución política, la dinámica que se instala hace referencia a situaciones similares. La Constitución Política de 1925 consagró un Estado Social de Derecho “fuerte” y, a su alero, un desarrollo político, económico, social y cultural que fue consolidándose con reformas sucesivas hasta 1973, pero fracasó en la inspiración como proceso amplio, participativo, popular y democrático, a través de una forma de asamblea amplia y plural de ideas.

Respecto a “la Salud” como nuestro objeto de interés, señala la Constitución del 25: “Es deber del Estado velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país. Deberá destinarse cada año una cantidad de dinero suficiente para mantener un servicio nacional de salubridad [...]” (Biblioteca del Congreso Nacional [BCN], s.f.). Pero más allá de lo dispuesto, ponemos acá en realce el producto histórico de una lucha por una participación directa de la gente común y de la comunidad organizada en la redacción de una nueva Constitución, que visto desde la historia ha sido ineficaz y dolorosa siempre, porque similares hechos se reiteraron en 2022, ¿qué seguirá más adelante?

ESTRATEGIA ANALÍTICA

A partir de este antecedente histórico, realizamos un análisis crítico que toma forma de ensayo y que parte desde la Salud Colectiva y la Medicina Social latinoamericanas como corrientes de pensamiento académico, político e ideológico, que nos plantean la relación salud y sociedad como “un campo disciplinar complejo donde los objetos, saberes y prácticas son abordados desde distintos paradigmas o perspectivas epistémicas”. Por ende, el fenómeno salud-enfermedad-atención-cuidados es un “objeto construido y transformado cultural, social e históricamente como producto de la existencia humana” (Casallas, 2017, p. 400). Su ejecución y reflexión están trazadas por los contextos políticos, económicos e ideológicos-culturales que acompañan la historia de la sociedad, que determinan la concepción de vida (digna o no), del buen o mal vivir, de la persona como sujeto social dominado o de derecho, y del respeto a la existencia de diversas formas de prácticas en salud, además de la hegemónica que se origina por parte de los distintos actores sociales.

En el caso chileno, miramos la manera en que el sistema neoliberal nos permitió vivir un espejismo de alcanzar el logro de los derechos sociales en los últimos años, en el marco de un nuevo proceso constituyente.

El análisis que presentamos se divide en tres momentos: *desesperanza*, *esperanza* y *desencanto*, donde el primero de ellos

titulado *El origen del espejismo: la demanda por el derecho social*, amparado en la Constitución de 1980, propició la legitimación de la desigualdad extrema, de la injusticia social y del abandono de grandes grupos poblacionales.

Al segundo momento, que asemejamos a un momento de *esperanza*, le denominamos *El espejismo de una Rebelión de la Determinación Social*, y es aquel en que se produce el “estallido social” en octubre de 2019, lleno de reivindicación de dignidad y que implicó tomar la idea de derechos sociales y su consecución más efectiva, yendo más allá de leyes instaladas y del clientelismo impulsado por la focalización de las políticas públicas y sociales. Dicha esperanza se vio potenciada por la iniciativa constituyente con la elección de un grupo de ciudadanos que conformó una Convención para su redacción, de tipo paritaria, con escaños específicos para los pueblos originarios. Esta Convención construyó una propuesta de nueva Constitución y que, en lo referido a salud, efectivamente la consagra como un derecho social inalienable, dentro de un contexto de entendimiento de la determinación social como marco para cambiar y modificar la cara sanitaria del país.

El tercer momento sobre el que queremos detenernos en el análisis es de *desencanto*, lo llamamos *Lo que se rechazó el 4 de septiembre*, que se produce por el triunfo del rechazo a la propuesta constitucional, seguido de un acuerdo político de las cúpulas junto con la oligarquía, que impone un nuevo itinerario constitucional antidemocrático que no respeta el plebiscito de entrada realizado en 2020; plebiscito que dejó en claro que la mayor parte del país¹ quería una Convención totalmente elegida y no una comisión mixta como es lo que se dio de facto.

A partir del análisis de hechos, de textos del presente y pasado proponemos mostrar que lo ocurrido entre octubre de 2019 y septiembre de 2022 no fue una Rebelión de la Determinación

1 El plebiscito de mayo de 2020 buscó resolver sobre el interés del país por contar o no con una nueva Constitución política para Chile y el mecanismo que la conduciría. El resultado fue de 78,08 % a favor del proceso y por 79 % se impuso la Convención Constituyente como mecanismo.

Social sino un espejismo, casi una alucinación, que ha dado pie a una oleada neofascista que nos puede conducir a la ratificación del Estado neoliberal depredador. Queremos mostrar cómo una seguidilla de hechos que se repiten en el tiempo (corto y largo), marca la ruta de lo que puede ocurrir con el país y la salud en Chile en las próximas décadas.

DESESPERANZA. EL ORIGEN DEL ESPEJISMO: LA DEMANDA POR EL DERECHO SOCIAL

La demanda por el derecho social a la salud es antigua (Parada, 2004), pero en tiempo presente es consecuencia de las políticas impulsadas por la dictadura cívico-militar de Pinochet, que realiza las profundas reformas neoliberales, la que concentró el mayor escenario de disputas: el modelo de mercado en seguridad social, salud, previsión y educación,² y que son las que implican el momento histórico de mayor fuerza por la reivindicación de justicia, dadas las graves consecuencias que tuvo (Tetelboin, 2009; Parada, 2004).

La visión sobre el rol del Estado respecto del derecho a la salud y otras materias, como la concepción de la participación social, cambió con la irrupción de la dictadura que desmontó las políticas sociales implementadas por el gobierno de la Unidad Popular. En seguridad social de salud, se produjo una reforma estructural que implicó la privatización a través de la creación de las Instituciones de Salud Previsional [ISAPRE], empresas de seguros de salud privados con fines de lucro que cobran como prima base el 7 % del sueldo, independiente de la condición de salud-enfermedad de la persona. Esta situación las hace excepcionales en la experiencia comparada, ya que utilizan la cotización obligatoria como prima de entrada, independiente del riesgo real de la persona “a asegurar”, generando un incentivo primigenio, privilegiando a clientes con bajo riesgo y altas rentas³ (Parada y Moraga, 2019).

2 El caso chileno ha sido utilizado como ejemplo por los organismos del Norte Global como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Fondo Monetario Internacional, la Organización Mundial de la Salud, entre otros.

3 La implementación de las ISAPRE representa la política más expresiva de la

Estas transformaciones estructurales cambiaron el rol y la importancia del Estado, pasando de ser uno de tipo asistencial benefactor, a un Estado netamente subsidiario, promotor del sector privado que lucra con la seguridad social obligatoria.⁴

El derecho a la salud en Chile se sepultó con la dictatorial Constitución de 1980, ya que se ratificó como un bien que se consume en un ambiente de “libertad de elección” entre un sistema público y privado tanto de aseguradores como de prestadores. Se trata obviamente de una fantasía para la gran mayoría de la población chilena, ya que el sistema está diseñado para aceptar a las personas y familias de mayores ingresos, cristalizando la dinámica excluyente y segregadora según ingresos económicos que se instaló en 1924 con el Seguro para Obreros y Campesinos, se mantuvo con el Servicio Nacional de Salud [SNS] en 1952, con la autoexclusión de los empleados, y se refuerza con la “medicina curativa” de final de la década del sesenta que operacionaliza por primera vez la “libre elección” (Parada, 2004).⁵

Además del auge del sistema prestador de salud privado basado en el lucro, se produjo 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

persistente exclusión de la seguridad social en salud. Así, por ejemplo si un hombre joven y sano, con bajo riesgo de enfermar y que bastaría con un equivalente del 3 % de su sueldo (rentas altas) para financiar un buen plan individual de salud, debe pagar una prima equivalente al 7 % de su sueldo como mínimo. Con este modelo y otros mecanismos, se aseguró la rentabilidad del negocio de las ISAPRE desde sus inicios.

4 Complementando el modelo de seguridad social, se privatizó casi completamente el sistema previsional, mediante la creación de las Administradoras de Fondos Previsionales [AFP], que son empresas privadas con fines de lucro que recogen las cotizaciones obligatorias de la seguridad social (13 % del sueldo de los trabajadores) y los administra en cuentas individuales, sin solidaridad. Dichos fondos son un motor fundamental del sistema financiero del país, ya que las AFP invierten en las empresas que cotizan en bolsas de comercio tanto nacionales como internacionales.

5 Una vez creadas las ISAPRE, la dictadura derogó en 1985 la odiosa distinción entre obreros (beneficiarios del Servicio Nacional de Salud, SNS) y empleados (beneficiarios del Servicio médico nacional de Empleados, SERMENA) ya que no era necesaria. La diferenciación clasista se ha mantenido a través de un sistema fragmentado: Fondo Nacional de Salud [FONASA] para los más pobres (80 % aproximadamente del total de la población); Fuerzas Armadas y de orden [FF. AA.] (3 % de la población); ISAPRE para la población de mayores ingresos (17 % del total de la población).

Unidad Popular, a menos del 1 % PIB durante la dictadura (Parada y Moraga, 2019). El desfinanciamiento de parte del Estado no fue exclusivo del sector salud; de manera más integral, se propició un modelo neoliberal subsidiario que abrazó al mercado como ente regulador de los derechos sociales, hipotecando la solidaridad y la justicia social. La menor inyección de recursos estranguló al sistema público, promoviendo al privado como una solución a su ineficiencia (Parada, Bass y Moraga, 2022; Bass, 2021).

Además del desfinanciamiento, y producto de las políticas “modernizadoras” neoliberales, se concretaron una serie de medidas que modificaron profundamente el sistema de salud: se eliminó el SNS, que fue reemplazado por el Sistema Nacional de Servicios de Salud,⁶ y dejó en el Ministerio de Salud la rectoría de todo el sistema;⁷ se creó el Fondo Nacional de Salud [FONASA] para recaudar los recursos del sistema público; se crearon de las ISAPRE con una serie de condiciones generadoras de mercado y ganancias;⁸ se acabó con la producción nacional de medicamentos y vacunas; y se descentralizó la administración de establecimientos de nivel primario de APS a las municipalidades.

Así, la dictadura cívico-militar dejó instaladas profundas desigualdades sociosanitarias entre poblaciones con diferentes niveles de ingreso y clase social. Estas desigualdades fueron reforzadas por la fuerte dependencia que el sistema tiene del gasto de bolsillo de las familias para el pago de prestaciones y medicamentos, entre otros. Se produjo entonces un debilitamiento crónico del sistema público, y se instaló un modelo de subsidio a los prestadores

6 Es la fragmentación del SNS en 29 servicios regionales.

7 Antes existía la Dirección Nacional del SNS, que funcionaba de manera autónoma del Ministerio, generando una adecuada separación de la implementación de las Políticas Públicas de las Agendas de los Gobiernos de turno. Desde ese momento, el Ministerio se hará cargo de regular también al sector privado.

8 En el momento de mayor cobertura, las ISAPRE vendían seguro de salud a un 22 % de la población, con planes de salud colectivos (financiados indirectamente por el Estado a través de exenciones tributarias), y planes “sin útero” para ser más atractivos para las mujeres, por ejemplo. Desde su creación se han sancionado cinco nuevas leyes de ISAPRE para regular de mejor manera los abusos que su lógica interna fue generando en el sector salud.

privados con fines de lucro con el argumento de su eficiencia y efectividad que legitimaba la compra de servicios de los que carecía el aparato público.

En lo cotidiano, y como consecuencia de todo lo anterior, se instalaron graves problemas que se fueron naturalizando como base del funcionamiento de salud: las personas que se atienden en los centros de salud, hospitales y otros dispositivos públicos tenían escasez de horas de atención, sin duda, el elemento más importante de la matriz sociocultural neoliberal biomedicalizada instalada. También se redujeron los tiempos y recursos para la promoción de la salud, prevención y rehabilitación de la enfermedad, se redujeron los medicamentos, exámenes de apoyo diagnóstico y atención por especialistas médicos.

La indignación por el deterioro de las condiciones de salud-enfermedad-atención y cuidados se termina de configurar, dado el producto social que se conformó por la transformación neoliberal de la dictadura sostenida por los gobiernos de la neodemocracia, con los siguientes principales resultados, entre otros: Fragmentación y segmentación de sistemas de salud

- Altos niveles de inequidad en los resultados sanitarios
- Altos niveles de insatisfacción con los seguros y la atención
- Aumento de la carga de enfermedad fundamentalmente por Enfermedades Crónicas No Transmisibles
- Aumento de la prevalencia de las enfermedades de la esfera de salud mental
- Aumento de las crisis medioambientales
- Déficit de recursos humanos para el trabajo en salud.

En posdictadura, se configuró un escenario de idas y venidas de movilizaciones sociales, en lo general no unitarias, que carecieron de un cuestionamiento profundo hacia el Estado subsidiario, que se adormecieron con promesas de cambio, pero no de transformación.

Si bien la Constitución Política de 1980 fue reformada en los años 1989 y 2005, no se introdujeron cambios sustanciales.

En 2016, en el último gobierno de Michelle Bachelet, se realizó un tímido intento de inicio de un proceso constituyente con la realización de cabildos ciudadanos que buscó un debate constitucional participativo, pero que quedó como un ejercicio no vinculante ante la pérdida de las elecciones de 2018 en manos de los partidos de la derecha, que dio pie al segundo mandato de Sebastián Piñera.

Así, Chile es neoliberal, lo que implica que es una sociedad movida por relaciones mercantiles que mantienen y sostienen la fractura entre clases sociales, y en donde el Estado subsidiario intenta regular el sistema social, evitando, y a veces encubriendo, los abusos de la clase dominante. La reducción y privatización de los derechos sociales ha llevado a la naturalización de la desigualdad, lo que ha determinado de manera profunda y dramática que la vida de las personas sea discriminada por clase, género, etnia o disidencias, tensionando la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas y sociales impulsadas para cambiar este escenario.

La conceptualización de salud que ha acompañado y sostenido a los procesos sociales ha sido la de “ausencia de enfermedad” instrumentalizada por el modelo biomédico y el complejo médico industrial hegemónico. Han sido puntuales y marginales las experiencias que han podido avanzar hacia conceptualizaciones más amplias y complejas del fenómeno salud-enfermedad-atención y cuidados.

El poder político-económico le teme a la participación social y actúa limitándola, restringiéndola y reduciéndola. La comunidad organizada y no organizada está en permanente actitud de reivindicación, a veces de manera más unitaria, más masiva, más movilizadora que otras, sin embargo solo en ocasiones muy puntuales se puede señalar que han sido realmente incidentes en transformaciones societales, no obstante parece que el camino hacia la transformación pasa por la movilización social.

ESPERANZA. EL ESPEJISMO DE LA REBELIÓN DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL

El 18 de octubre de 2019, el alza en el pasaje de transporte fue detonante para que una parte del pueblo chileno se revelara y dijera “basta” a la desigualdad y exclusión reinante, dando inicio al “Estallido Social” o “Rebelión de la Determinación Social”. A partir de ese día y hasta el mes de marzo del año siguiente, se desarrolló un proceso de rearticulación de las clases subalternas, que promovía un cambio a los amarres constitucionales del Estado subsidiario. Confluyó una capacidad de alianzas que parecía extinta, entre el mundo del trabajo organizado y otros movimientos sociales con diferentes luchas, como las organizaciones feministas, de migrantes, movimiento mapuche, diversidad de género y sexual, movimientos en defensa de la naturaleza, de pobladores/as, todos espontáneamente liderados por estudiantes levantaron sus preocupaciones de manera colectiva, en la calle y en los denominados “cabildos autoconvocados”, pequeñas asambleas temáticas y barriales (Muñoz, 2021).

Dicho estallido social constituyó la mayor manifestación de disidencia masiva en décadas en el país. Las demandas estuvieron relacionadas con la atención médica, el acceso a la educación, la vivienda y los derechos sociales en general. Un año después del inicio de la movilización, la represión policial a las protestas dejó como resultado veinte muertos y miles de heridos:

Existieron 3.500 lesionados por agentes del Estado (7 de los cuales corresponden a fallecidos), 11 mil lesionados en general y 347 lesiones oculares (5 de ellas con ceguera irreversible), casi 5 mil carabineros lesionados. En cuanto a los detenidos, la mayor parte corresponden a desórdenes públicos, saqueos e infringir el toque de queda. Entre el 18 octubre y el 18 marzo del 2020, se interpusieron 1.700 querrelas, un 60 % de las cuales se hicieron referencia a la Ley de Seguridad Interior del Estado, todo contra 3 mil imputados. (Pérez, 2020, p. 1)

En el proceso, se dieron grandes discusiones sobre lo que el estallido o la rebelión debía transformar para Chile: educación, pensiones y salud constituyeron los ejes de la demanda callejera. En el área de salud-enfermedad-atención-cuidado, las propuestas se organizaron en torno a los siguientes elementos centrales:

- Derecho a la salud consagrado en una nueva Constitución, con un sistema de carácter público, gratuito y de calidad ya que, al desaparecer la segregación y emerger un funcionamiento bajo un marco público y solidario, se lograrían satisfacer integralmente las necesidades de salud de la población.
- Un Sistema Universal de Salud o Servicio Nacional de Salud [SNS] basado en atención primaria, con un pilar público robusto, sin discriminaciones por edad, sexo o enfermedades, responsable de llevar adelante un Plan de Salud priorizable, sin que ello implique exclusiones y que integre a los otros sistemas de administración autónoma (FF. AA., Seguro Laboral, y Fundaciones como Teletón).
- Terminar con las ISAPRE, transformándolas en seguros complementarios voluntarios regulados por la Superintendencia de Salud, y no suplementarios, como operan en la actualidad.
- Una reforma tributaria progresiva para financiar los derechos sociales y pasar a un esquema de financiamiento basado en impuestos generales, para disminuir la desigualdad en salud y la reducción del gasto de bolsillo.
- Avanzar hacia una toma de decisiones del conjunto del sistema, impulsando procesos participativos y democráticos incumbentes, centrados en el respeto y reconocimiento de saberes ancestrales y populares en salud complementaria.
- Crear un “Plan Nacional de Formación en Salud” en conjunto con el Ministerio de Educación y las Universidades para cubrir los déficit de trabajadores/as de salud que requiere el sistema; crear un Plan Nacional de Formación de especialistas en salud familiar y comunitaria, proponiendo

reducir la brecha a través de incentivos e incremento de la capacidad formativa del sistema y favoreciendo su carrera en el sistema.⁹

Inspirados por los aires de transformación profunda de los últimos meses de 2019, parecía posible dejar atrás los valores neoliberales (individualismo diferenciador aspiracional, competitividad – agresividad, hedonismo sin sublimación, caridad, libertad de elección, desconfianza – inseguridad, desidia – desesperanza – impunidad) y retomar los valores culturales del Buen Vivir: cooperación, solidaridad, confianza, comunidad, respeto, compromiso, legitimidad del otro/a, compasión.

El antecedente más visible era que las virtudes de la transición de la década de los noventa se convirtieron en vicios de la democracia. En aquellos países en que la burguesía, y por ende el capitalismo, cuenta con mucho arraigo en sociedades de gran desigualdad económico-social, y donde las fuerzas armadas están fuertemente ligadas a esa sesgada distribución, el juego deja poco espacio a “movidas posibles para nuevos jugadores”. Las transiciones resultan más problemáticas y largas en los países donde son fruto de acuerdos negociados con el antiguo régimen, como es el caso chileno (Parada, 2004).

Lo que le ocurrió a la sociedad chilena en octubre de 2019 fue algo totalmente inesperado (no inédito), porque se veía al pueblo chileno perdido en un capitalismo brutal, enajenante y depredador.

9 Otras medidas más específicas que abundaron en los análisis incluyeron priorizar la promoción de la salud, la necesidad de 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; implementar evaluaciones de Impacto en Salud - ETESA, que consisten en el análisis de potenciales consecuencias en salud que pueden tener las políticas de diferentes sectores; terminar con el lucro de los prestadores privados de salud con financiamiento desde la seguridad social y regular los precios, incluidos los medicamentos y similares; mejorar los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas a la ciudadanía.

“El pueblo” parecía retomar el estatus de sujeto social, una categoría de análisis del pasado, que había sido engullida por una forma de vivir que no queríamos, pero ante la cual se había rendido con la fuerte ayuda de la desesperanza aprendida.

Era mucha la población que no estaba o no se sentía parte de la oposición ni del gobierno, ni militaba en partidos, ni en movimientos sociales, simplemente prevaleció un sentimiento colectivo de estar “afectado/a”: algunos/as daban pequeñas batallas, acotadas, casi como medidas de protección de los valores más queridos, reflejados en las redes más pequeñas, incluso solo familiares, cómplices; otros, sin organización formal de partidos políticos ni instituciones, enarbolaron banderas de populares clubes de fútbol, del pueblo mapuche, del feminismo, de la comunidad LGTBIQA+. Lo que se movilizó fue una “masa movida por sus pulsiones”, en palabras del rector de una universidad privada, columnista de *El Mercurio*, con fuerza inusitada para estos tiempos, desnudos/as en la calle, “sin contención ni orientación alguna” que, para los/as que no son pueblo, podía “ser bastante parecido a una pesadilla”.

La gran movilización social que pedía a gritos más dignidad, no más abuso de poder, menos privilegios para aquellos que destrazan la meritocracia, más justicia de toda índole, era de miles, de millones. La sociedad chilena sufría un terremoto que una mayoría no vio venir, y que por lo tanto desbordó al sistema político tradicional y sobre todo al gobierno de turno de derecha.

Pronto el clamor de Asamblea Constituyente para tener una nueva Constitución, una refundación del Estado, fue contenido de consignas frecuentes. Tras las primeras semanas de movilizaciones y violenta represión policial, las cúpulas políticas vieron una salida pacificadora: iniciar un proceso constituyente.

Siguiendo el viejo manual represivo (el gobierno) retiró la fuerza pública de lugares saqueados para criminalizar la justa protesta de millones de ciudadanos indignados por 30 años de abuso. Lo que requiere el país es un gran acuerdo nacional para encauzar de modo constructivo la inmensa

energía liberada por el mayor estallido social que haya vivido el país. Dicho acuerdo debe ir al fondo del asunto y resolver lo que lo provoca: la justa indignación del pueblo por los abusos y distorsiones heredados de la dictadura y agravados en democracia. Hay que poner fin a los primeros y corregir las segundas. Ni más ni menos. Retirar la reforma tributaria en trámite, anunciando que será reemplazada a la brevedad por otra que incluya fuertes incrementos de impuestos al 0,1 % de familias más acomodadas y *royalty* a las exportaciones mineras y otros recursos naturales, que recupere la renta de los mismos para el pueblo. Anunciar el término del sistema ISAPRE y la reconstrucción de un sistema nacional de salud pública gratuita y de calidad, invitando a incorporarse al mismo a todos los actores del sistema actual que reciben fondos públicos. (Riesco, 2019, p. 1)

El 15 de noviembre de 2019, las cúpulas políticas de los partidos tradicionales de derecha y de izquierda, más algunos dirigentes de movimientos sociales más izquierdistas (como el actual presidente Gabriel Boric), firmaron el “Acuerdo por la paz” ante el llamado del presidente Sebastián Piñera por alcanzar un camino que permitiera avanzar hacia un cambio constitucional y acabar así con el estallido. Este hito marca en términos político-formales el inicio del camino constituyente, una ruta no validada por el pueblo en las calles, que en ese momento es cooptado por el poder deslegitimado. El itinerario del proceso constituyente inició entonces con dos fracturas: la invisibilidad del verdadero poder de cambio (en la calle) y la tensión entre las ideas de Asamblea y Convención Constituyente.¹⁰

Así, el 25 de octubre de 2020 (en plena pandemia) se realizó un plebiscito nacional de voto voluntario donde con el 78,2 % de los sufragios la población aprobó la redacción de una nueva

10 La última opción fue la propuesta en el Acuerdo y para lo cual se aprobó un mes después una reforma al capítulo XV de la actual Constitución para fijar el mecanismo que normaría el procedimiento de elaboración de la nueva Constitución, incluido los respectivos filtros de consulta a la ciudadanía.

Constitución. Como mecanismo de redacción se impuso ampliamente la idea de que fuera una convención totalmente electa la encargada del proceso (79 % de los votos). Este hecho expresó un evidente rechazo y desconfianza hacia la clase política instalada en el Parlamento porque les excluía totalmente del trabajo. El proceso de preparación para las elecciones de 155 convencionales constituyentes, que se realizó el 15 y 16 de mayo de 2021, estableció que este cuerpo de personas sería con paridad de género y 17 escaños reservados para pueblos originarios. Así, la nueva Constitución no sería conocida como la Constitución de Piñera, como secretamente esperaban algunos/as, sino como la primera Constitución del pueblo para el pueblo chileno.

El espejismo incluía que todo lo que había generado el descontento (malas condiciones de vida, colusión y corrupción económica y política, pérdida de derechos sociales acumulada desde el inicio de la dictadura), fuera finalmente corregido y de raíz. La antigua idea de un Estado benefactor, cuidador y garante de derechos mínimos que construyen dignidad se levantó y enarboló sobre la idea concreta de un bien o servicio tangible o material. Eso estaba en voz en cuello en la calle.

Con la revuelta de 2019, el pueblo parecía decidido a dejar la herida purulenta y maloliente de la desigualdad al descubierto. Decidido a no ocultarla más, a hablar o gritar acerca de ella, parecía que quería limpiarla de verdad. Ya no más anestésicos, analgésicos y polvos mágicos de culebras llenas de bonos monetarios asistencialistas, casi clientelares. La metáfora que funcionaba era la del tratamiento quirúrgico, lavado profundo que duele, que sangra, pero que deja un tejido social expuesto y esperanzado, listo para la creación de uno nuevo revitalizado, con nueva fuerza para crear y sostener instituciones que le permitan ser pueblo, pero digno, no engañado y menos aún abusado.

Pero había en algunos/as una sombra de duda, algo de incredulidad, algo que no funcionaba bien o del todo respecto de la raíz de las reivindicaciones, del alcance de la politización subyacente, de la real magnitud de ideologización en las demandas: “no

era depresión era neoliberalismo”, ¿era algo más que un mero *slogan*? ¿Era un estallido de indignación o una rebelión estructurada y estructurante?

Chile se encuentra en una situación de fuerte incertidumbre en donde no es posible dimensionar la profundidad real de lo que está en juego con la movilización social iniciada en octubre de 2019: ¿es descontento del ser consumidor frustrado en sus aspiraciones de progreso?, o más bien ¿es indignación por la falta de dignidad, de derechos y de valores como solidaridad e igualdad? Esta respuesta es fundamental para proyectar el futuro. (Parada, 2021, p. 266)

Había una masa importante de gente que no creía en el sistema político, aunque se decida cambiar la Constitución. Con 7,5 millones de votos no representados en el plebiscito de entrada y con votación obligatoria en el plebiscito de salida, el resultado se volvía trágicamente incierto. El camino se veía realmente minado para que la Convención Constituyente abriera espacios a la real representación ciudadana de los 8 millones que no votaron en esa primera instancia.

DESENCANTO. LO QUE SE RECHAZÓ EL 4 DE SEPTIEMBRE DE 2022

“Nosotras y nosotros, el pueblo de Chile, conformado por diversas naciones, nos otorgamos libremente esta Constitución, acordada en un proceso participativo, paritario y democrático” (Convención Constitucional, s.f.). Así versa el preámbulo de la propuesta de la nueva Constitución redactada por la Convención Constituyente, que fue rotundamente rechazada el 4 de septiembre del 2022 en el plebiscito de salida.

Tras 14 meses de trabajo, el borrador recogió en parte importante la idea de un Estado social de derecho, cuidador y garante de la provisión de los mínimos necesarios que construyen dignidad para sí y los nuestros (ver Anexo). Este se enarboló como idea central y sentaba las bases para canalizar un contundente cuerpo de leyes que permitiera derechos garantizables a través de servicios tangibles o

materiales con resultados positivos en el área de la salud. En términos esenciales, el borrador definía la salud como un derecho, sostenible a partir de los principios del Buen Vivir; en el ciclo de una salud humana que depende de un bienestar sistémico que debe atender las necesidades de los entornos para todos los seres sintientes (cuadro 1).

Cuadro 1. Salud-enfermedad-atención-cuidado en la propuesta constitucional de 2022

Artículo 44

1. Toda persona tiene derecho a la salud y al bienestar integral, incluyendo sus dimensiones física y mental.
2. Los pueblos y naciones indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales, a mantener sus prácticas de salud y a conservar los componentes naturales que las sustentan.
3. El Estado debe proveer las condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de la salud, considerando en todas sus decisiones el impacto de las determinantes sociales y ambientales sobre la salud de la población.
4. Corresponde exclusivamente al Estado la función de rectoría del sistema de salud, incluyendo la regulación, supervisión y fiscalización de las instituciones públicas y privadas.
5. El Sistema Nacional de Salud es de carácter universal, público e integrado. Se rige por los principios de equidad, solidaridad, interculturalidad, pertinencia territorial, desconcentración, eficacia, calidad, oportunidad, enfoque de género, progresividad y no discriminación.
6. Asimismo, reconoce, protege e integra las prácticas y conocimientos de los pueblos y naciones indígenas, así como a quienes las imparten, conforme a esta Constitución y la ley.
7. El Sistema Nacional de Salud podrá estar integrado por prestadores públicos y privados. La ley determinará los requisitos y procedimientos para que prestadores privados puedan integrarse a este Sistema.
8. Es deber del Estado velar por el fortalecimiento y desarrollo de las instituciones públicas de salud.
9. El Sistema Nacional de Salud es financiado a través de las rentas generales de la nación. Adicionalmente, la ley podrá establecer cotizaciones obligatorias a empleadoras, empleadores, trabajadoras y trabajadores con el solo objeto de aportar solidariamente al financiamiento de este sistema. La ley determinará el órgano público encargado de la administración del conjunto de los fondos de este sistema.
10. El Sistema Nacional de Salud incorpora acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, habilitación, rehabilitación e inclusión. La atención primaria constituye la base de este sistema y se promueve la participación de las comunidades en las políticas de salud y las condiciones para su ejercicio efectivo.
11. El Estado generará políticas y programas de salud mental destinados a la atención y prevención con enfoque comunitario y aumentará progresivamente su financiamiento.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Vigesimoséptima

1. El Presidente de la República deberá presentar proyectos de ley que tengan por objeto la creación, adecuación e implementación de los siguientes sistemas: Sistema de Seguridad Social y Sistema de Cuidados, en el plazo de doce meses; Sistema Nacional de Salud, en el plazo de dieciocho meses; y Sistema Nacional de Educación, Sistema de Educación Pública y Sistema Integrado de Suelos Públicos, en veinticuatro meses. Los plazos antes señalados se contarán a partir de la entrada en vigencia de esta Constitución.
2. El Poder Legislativo deberá concluir la tramitación de estos proyectos en un plazo no superior a veinticuatro meses contados desde la fecha de su presentación. (p. 151)

Fuente: Convención Constitucional (s.f.).

¿Bello no? Todo lo anterior fue aprobado con un quorum mínimo de 3/5 de los 155 constituyentes. Sin embargo, la historia de Chile y sus procesos constitucionales parece de manera permanente ningunear y descalificar al pueblo. Parece estar fortaleciendo la legitimidad de la vida social, pero usando legitimadores que nos hacen parecer vivir bien pero adormecidos, acostumbrados a mantener los privilegios de unos pocos: la supuesta meritocracia, la supuesta igualdad de oportunidades y la aspiracional libertad de elección, entre otras.

Si miramos la historia de Chile, lo ocurrido con el estallido social de octubre de 2019 es una de las mayores expresiones democráticas conocidas, especialmente si consideramos que la dictadura amenazó fuertemente la expresión ciudadana y que la posdictadura la cooptó como un pseudoinstrumento de democracia tutelada (Muñoz, 2019).

El proceso político e ideológico en curso en nuestro país confirma la concepción de Santos y Menezes del surgimiento del social fascismo coexistiendo con la democracia liberal. Centrado en el binomio apropiación/violencia, en lugar de la anterior dinámica de tensión entre regulación/emancipación, este fascismo social presenta entre sus formas el fascismo contractual, que instituye el contrato individual de consumo de los servicios privatizados en sustitución del

contrato social presente en el estado de bienestar y en el estado desarrollista: como régimen social, el fascismo social puede coexistir con la democracia política liberal. En lugar de sacrificar la democracia a las demandas del capitalismo global, trivializa la democracia hasta el punto en que no es necesario, ni siquiera conveniente, sacrificar la democracia para promover el capitalismo. Es, por tanto, un fascismo pluralista y, por tanto, una forma de fascismo que nunca existió. De hecho, estoy convencido de que podemos estar entrando en un período en el que las sociedades son tanto políticamente democráticas como socialmente fascistas (Gadelha, 2015, pp. 2048-2049).

El fracaso en el plebiscito de salida del 4 de septiembre de 2022 estuvo precedido de una perfecta campaña comunicacional que desinformó a la población respecto de los alcances de la nueva Constitución, pero también se tejió lentamente a lo largo de los meses de trabajo de su redacción, con una pensada campaña de discusiones banales (no referidas al propósito) sobre las personas constituyentes, sus formas y sus decisiones, de manera que se presentó como un proceso desordenado, inorgánico, lleno de maximalismos, propios de la falta de *expertise* en la redacción de las leyes y el derecho, que se apropia de una posibilidad histórica producto de la violencia.

Lejos de la correspondencia y domicilio político partidistas (de las derechas y las izquierdas), *los unos* trabajaron meses para rechazar lo que nunca quisieron y *los otros* (nosotros), carecimos de la fuerza para defender y sostener la esencia de la demanda de la calle en la discusión técnica que traspasara nuestros círculos más estrechos, y comunicar de manera clara, cercana y convocante.

Lo que siguió al plebiscito de salida de la propuesta de nueva Constitución en septiembre de 2022 ha sido un período confuso, triste y desalentador. El tiempo nos permitirá describirlo de la mejor manera en términos del impacto que tendrá para una acción colectiva que renacía llena de expectativas por

derechos sociales y una relación incumbente con el Estado, más allá de los procesos electorarios.

En lo pragmático, nuevos acuerdos entre el Senado y los representantes de partidos políticos definieron, de espaldas a la gente, un nuevo itinerario constitucional con tres órganos: un Consejo Constitucional (50 personas electas), una Comisión Experta (convocada por acuerdos políticos) y un Comité Técnico de Admisibilidad.

En términos de organización, la Comisión Experta fue la primera en entrar en funcionamiento, compuesta por 24 personas (12 elegidos en el interior del Senado y 12 en la Cámara de Diputados), con igual participación de hombres y mujeres y sin escaños reservados. Esta debería entregar al Consejo Constitucional una propuesta para ser discutida y aprobada, mediada por el Comité Técnico de Admisibilidad: 14 personas, con título profesional de abogado/a propuesto, y aprobada por la Cámara de Diputados y ratificada por el Senado.

El 7 de mayo de 2023 fueron elegidos en un plebiscito de carácter obligatorio 51 integrantes para el Consejo Constitucional, que con 37 escaños dieron una composición mayoritaria a la ultraderecha y a la derecha tradicional. La disconformidad con el proceso se manifestó con un 21 % de los votos nulos o blanco y ha seguido con un evidente desinterés por el proceso. El desinterés tuvo un desenlace el 17 de diciembre de 2023, con un nuevo plebiscito de salida de voto obligatorio. Esta segunda propuesta también se descartó con cerca del 56 % de los votos, de manera que el presidente Boric da por cerrado el proceso constitucional y, por defecto, sigue vigente la Constitución de 1980.

A MODO DE CONCLUSIONES, UNA HISTORIA QUE CONTINÚA

Chile es un país neoliberal y parece que el camino hacia la transformación sociocultural pasa por la movilización social, sin embargo ese camino es sinuoso, con altos y bajos, y mantiene un juego dialéctico de esperanza y frustración, coherencia y traición permanente.

La biomedicalización de la salud-enfermedad-atención y cuidados está en el centro de la causalidad del poco desarrollo efectivo, real, que ha tenido la búsqueda de justicia social en Chile, sostenido hegemonícamente por las fuerzas que no permiten avanzar hacia formas más civilizatorias o cercanas al Buen Vivir.

En concreto, asistimos a un nuevo ciclo, con menos interés, compromiso y validación ciudadana. Una sensación de frustrante espera por el resultado poco auspicioso, que en términos de acceso a derechos de salud, nos deja una enorme tarea pendiente. En lenguaje de Alicia Stolkiner:

[...] la no garantía de derechos del otro degrada los míos, devienen de derecho en privilegio, o sea en un acto de violencia intrínseca. Quizás el pecado original de la idea occidental de democracia sea haber olvidado considerar qué rastros quedaron del haberse originado en una sociedad esclavista. (Stolkiner, 2015, p. 167)

En la extrema mercantilización de nuestra época, todo lo que tiene sentido para la vida humana, inclusive los seres humanos o sus órganos, pueden adquirir “situación mercantil”, o sea, ser colocados en el lugar de “cosas”, objetivados en función de la producción de ganancia. Este proceso está en el núcleo de los fenómenos de objetivación. Por eso, lo antagónico de la objetivación es la vigencia efectiva de los derechos. Desde la óptica integral de derechos, la dignidad es una condición de la libertad o autonomía.

La estratificación clasista neoliberal de la sociedad, de acuerdo con criterios puramente monetarios, y la instauración de un mercado consumista al que se puede acceder no solo a través de ingresos sino también a través del crédito, significa que muchos chilenos/as, especialmente de “clase media”, sientan al consumo como único medio de progreso y expresión de la identidad. En salud, los principales efectos de este contexto, sumado a la política de acuerdos emprendida por los gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia (1990-2010) y la Nueva Mayoría (2014-2018), no fueron menores, y significaron en la práctica la mantención de las estructuras y formas de actuar en salud

dejadas por la dictadura, denominadas ahora como “Modernizaciones en Democracia”. En Chile, la élite política y el 20 % más rico de la población están en ISAPRE, con muy pocos incentivos para el cambio.

¿Nos queda esperar una nueva gesta desde las bases? ¿Con quiénes? Lo que sí es claro es que el derecho a la salud también incluye el derecho a la no-medicalización de la vida. La medicalización es inherente a la mercantilización de la salud y una faceta de la biopolítica. Debemos extender, acaso, las prestaciones en salud sin cuestionar de alguna manera los paradigmas en que se asientan, aun haciéndolo en nombre del derecho a la salud, puede ser funcional a la medicalización y biomedicalización de la vida, y por ello, también, a la ampliación indefinida de los mercados generados alrededor de ellos. Debemos mirar el espejo-espejismo de una democracia sustantiva, con participación social efectiva, y respeto (no solo tolerancia), que estimule procesos de movilización y organización social para el logro de políticas sociales efectivas, intersectoriales, con financiamiento solidario en base a una tributación progresiva, todas claves para alcanzar un Buen Vivir.

BIBLIOGRAFÍA

Bass, Camilo (2021). La crisis neoliberal del Sistema de Salud de Chile. En Gonzalo Basile y Antonio Hernández (Comps.), *Refundación de los sistemas de salud en américa latina y el caribe: descolonizar las teorías y políticas* (pp. 99-121). Buenos Aires: CLACSO. <https://idepsalud.org/edicion-digital-de-refundacion-de-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-caribe/>

Biblioteca del Congreso Nacional (s.f.). Constituciones políticas y Actas constitucionales. BCN. https://www.bcn.cl/historiapolitica/constituciones/detalle_constitucion?handle=10221.1/17659

Casallas, Ana (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud publica tradicional. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(3), 397-408. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/6123/3983>

Convención Constitucional (s.f.). Propuesta Constitución Política de la República de Chile. *Convención Chile*. <https://www.chileconvencion.cl/wp-content/uploads/2022/07/Texto-Definitivo-CPR-2022-Tapas.pdf>

Gadelha, Paulo (2015). Conferência Nacional de Saúde: desafios para o país. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 31(10), 2047-2072. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XDE011015>

Muñoz, Carmen (2019). *La salud en Chile. Una historia de movimientos, organización y participación social*. Valdivia: Ed. UACH.

Muñoz, Carmen (2021). Pandemia y estallido social en Chile: la acción social vinculada a las demandas de salud. En Carolina Tetelboin, Daisy Iturrieta y Clara Schor-Landman (Comps.), *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia* (pp. 177-192). Buenos Aires: CLACSO.

Parada, Mario (2004). *Evolución del Sistema de Protección de la salud en Chile: un análisis sociológico* [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid, España.

Parada-Lezcano, Mario (2021). Pandemia y APS en Chile. Crónica de una ausencia anunciada. En Carolina Tetelboin, Daisy Iturrieta y Clara Schor-Landman (Comps.), *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia* (pp. 245-268). Buenos Aires: CLACSO.

Parada-Lezcano, Mario y Moraga-Cortes, Fabián (2019). Crise do seguro saúde no chile: doença crônica socialmente transmissível. *Revista Eletrônica Tempus, actas de saúde coletiva*, 13(2), 177-203. <https://doi.org/10.18569/tempus.v13i2.2685>

Parada-Lezcano, Mario; Bass, Camilo y Moraga, Fabián (2022). Claves para entender la respuesta a la pandemia en el Chile neoliberal. En Carolina Tetelboin, Daisy Iturrieta y José Carvalho de Noronha (Comps.), *Pandemias, desigualdades y prácticas sociales en salud: miradas para la transformación de América Latina* (pp. 181-206). Buenos Aires: CLACSO.

Pérez, Víctor (4 de octubre de 2020). *Comisión de DD.HH. revisa cifras a un año del estallido social*. <https://www.senado.cl/noticias/carabineros/comision-de-dd-h-h-revisa-cifras-a-un-ano-del-estallido-social>

Riesco, Manuel (21 de octubre de 2019). Guerra de Don Tatán. *Columna. Cooperativa*. <https://opinion.cooperativa.cl/opinion/politica/guerra-de-don-tatan/2019-10-21/095739.html>

Stolkiner, Alicia (2015). Derechos Humanos y Salud desde el

pensamiento Médico Social / Salud Colectiva Latinoamericano. En Jaime Llamblás (Ed.), *La enfermedad de los Sistemas de Salud: miradas críticas y alternativas* (pp. 161-177). Santiago: RIL Editores.

Tetelboin, Carolina (30 de julio de 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. Argentina.

ANEXO

El lugar de los derechos sociales en la propuesta constitucional de 2022

CAPÍTULO I - PRINCIPIOS Y DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1

1. Chile es un Estado social y democrático de derecho. Es plurinacional, intercultural, regional y ecológico.
2. Se constituye como una república solidaria. Su democracia es inclusiva y paritaria. Reconoce como valores intrínsecos e irrenunciables la dignidad, la libertad, la igualdad sustantiva de los seres humanos y su relación indisoluble con la naturaleza.
3. La protección y garantía de los derechos humanos individuales y colectivos son el fundamento del Estado y orientan toda su actividad. Es deber del Estado generar las condiciones necesarias y proveer los bienes y servicios para asegurar el igual goce de los derechos y la integración de las personas en la vida política, económica, social y cultural para su pleno desarrollo. (p. 5)

Artículo 6

1. El Estado promueve una sociedad donde mujeres, hombres, diversidades y disidencias sexuales y de género participen en condiciones de igualdad sustantiva, reconociendo que su representación efectiva es un principio y condición mínima para el ejercicio pleno y sustantivo de la democracia y la ciudadanía. (p. 6)

Artículo 8

Las personas y los pueblos son interdependientes con la naturaleza y forman con ella un conjunto inseparable. El Estado reconoce y promueve el Buen Vivir como una relación de equilibrio armónico entre las personas, la naturaleza y la organización de la sociedad. (p. 6)

Artículo 11

El Estado reconoce y promueve el diálogo intercultural, horizontal y transversal entre las diversas cosmovisiones de los pueblos y naciones que conviven en el país, con dignidad y respeto recíprocos. El ejercicio de las funciones públicas debe garantizar los mecanismos institucionales y la promoción de políticas públicas que favorezcan el reconocimiento y la comprensión de la diversidad étnica y cultural, superando las asimetrías existentes en el acceso, la distribución y el ejercicio del poder, así como en todos los ámbitos de la vida en sociedad. (p. 7)

Artículo 14

2. De igual forma, se compromete con la promoción y el respeto de la democracia, el reconocimiento y protección de los derechos humanos, la inclusión, la igualdad de género, la justicia social, el respeto a la naturaleza, la paz, la convivencia y la solución pacífica de los conflictos y con el reconocimiento, el respeto y la promoción de los derechos de los pueblos y naciones indígenas y tribales conforme al derecho internacional de los derechos humanos. (p. 8)

Artículo 18

1. Las personas naturales son titulares de derechos fundamentales. Los derechos podrán ser ejercidos y exigidos individual o colectivamente.
2. Los pueblos y naciones indígenas son titulares de derechos fundamentales colectivos.
3. La naturaleza es titular de los derechos reconocidos en esta Constitución que le sean aplicables. (p. 9)

Artículo 21

1. Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad personal. Esta comprende la integridad física, psicosocial, sexual y afectiva. (p. 9)

CAPÍTULO II - DERECHOS FUNDAMENTALES Y GARANTÍAS**Artículo 25**

1. Toda persona tiene derecho a la igualdad, que comprende la igualdad sustantiva, la igualdad ante la ley y la no discriminación. Es deber del Estado asegurar la igualdad de trato y oportunidades. En Chile no hay persona ni grupo privilegiado. Queda prohibida toda forma de esclavitud.
2. El Estado garantiza a todas las personas la igualdad sustantiva, en tanto garantía del reconocimiento, goce y ejercicio de los derechos fundamentales, con pleno respeto a la diversidad, la inclusión social y la integración.
3. El Estado asegura la igualdad de género para las mujeres, niñas, diversidades y disidencias sexuales y de género, tanto en el ámbito público como privado.
4. Está prohibida toda forma de discriminación, en especial cuando se funde en uno o más motivos tales como nacionalidad o apatridia, edad, sexo, características sexuales, orientación sexual o afectiva, identidad y expresión de género, diversidad corporal, religión o creencia, raza, pertenencia a un pueblo y nación indígena o tribal, opiniones políticas o de otra naturaleza, clase social, ruralidad, situación migratoria o de refugio, discapacidad, condición de salud mental o física, estado civil, filiación o condición social, y cualquier otra que tenga por objeto o resultado anular o menoscabar la dignidad humana, el goce y ejercicio de los derechos.
5. El Estado adoptará todas las medidas necesarias, incluidos los ajustes razonables, para corregir y superar la desventaja o el sometimiento de una persona o grupo. La ley determinará las medidas de prevención, prohibición, sanción y reparación de toda forma de discriminación, en los ámbitos público y privado, así como los mecanismos para garantizar la igualdad sustantiva. El Estado debe tener especialmente en consideración los casos en que confluyan, respecto de una persona, más de una categoría, condición o motivo (pp. 11-12).

Artículo 28

1. Las personas con discapacidad son titulares de los derechos establecidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de derechos humanos ratificados y vigentes en Chile.
2. Toda persona con discapacidad tiene derecho al goce y ejercicio de su capacidad jurídica, con apoyos y salvaguardias, según corresponda; a la accesibilidad universal; a la inclusión social; a la inserción laboral, y a la participación política, económica, social y cultural.
3. La ley establecerá un sistema nacional a través del cual se elaborarán, coordinarán y ejecutarán políticas y programas destinados a atender sus necesidades de trabajo, educación, vivienda, salud y cuidado. La ley garantizará que la elaboración, ejecución y supervisión de dichas políticas y programas cuenten con la participación activa y vinculante de las personas con discapacidad y de las organizaciones que las representan.
4. La ley determinará los medios necesarios para identificar y remover las barreras físicas, sociales, culturales, actitudinales, de comunicación y de otra índole para facilitar a las personas con discapacidad el ejercicio de sus derechos.
5. El Estado garantiza los derechos lingüísticos e identidades culturales de las personas con discapacidad, los que incluyen el derecho a expresarse y comunicarse a través de sus lenguas y el acceso a mecanismos, medios y formas alternativas de comunicación. Asimismo, garantiza la autonomía lingüística de las personas sordas en todos los ámbitos de la vida. (pp. 12-13)

Artículo 30

3. Las mujeres y personas gestantes tienen derecho, antes, durante y después del parto, a acceder a los servicios de salud que requieran, a la lactancia y al vínculo directo y permanente con su hija o hijo, teniendo en consideración el interés superior de niñas, niños y adolescentes. (p. 13)

Artículo 46

1. Toda persona tiene derecho al trabajo y a su libre elección. El Estado garantiza el trabajo decente y su protección. Este comprende el derecho a condiciones laborales equitativas, a la salud y seguridad en el trabajo, al descanso, al disfrute del tiempo libre, a la desconexión digital, a la garantía de indemnidad y al pleno respeto de los derechos fundamentales en el contexto del trabajo.
2. Las trabajadoras y los trabajadores tienen derecho a una remuneración equitativa, justa y suficiente, que asegure su sustento y el de sus familias. Además, tienen derecho a igual remuneración por trabajo de igual valor.
3. Se prohíbe cualquier discriminación laboral, el despido arbitrario y toda distinción que no se base en las competencias laborales o idoneidad personal.
4. El Estado generará políticas públicas que permitan conciliar la vida laboral, familiar y comunitaria y el trabajo de cuidados.
5. El Estado garantiza el respeto a los derechos reproductivos de las personas trabajadoras, eliminando riesgos que afecten la salud reproductiva y resguardando los derechos de la maternidad y paternidad.
6. En el ámbito rural y agrícola, el Estado garantiza condiciones justas y dignas en el trabajo de temporada, resguardando el ejercicio de los derechos laborales y de seguridad social.
7. Se reconoce la función social del trabajo. Un órgano autónomo debe fiscalizar y asegurar la protección eficaz de trabajadoras, trabajadores y organizaciones sindicales.
8. Se prohíbe toda forma de precarización laboral, así como el trabajo forzoso, humillante o denigrante. (pp. 19-20)

Artículo 56

1. Toda persona tiene derecho a una alimentación adecuada, saludable, suficiente, nutricionalmente completa y pertinente culturalmente. Este derecho comprende la garantía de alimentos especiales para quienes lo requieran por motivos de salud.
2. El Estado garantiza en forma continua y permanente la disponibilidad y el acceso a los alimentos que satisfagan este derecho, especialmente en zonas aisladas geográficamente. (p. 23)

Artículo 57

1. Toda persona tiene derecho humano al agua y al saneamiento suficiente, saludable, aceptable, asequible y accesible. Es deber del Estado garantizarlo para las actuales y futuras generaciones.
2. El Estado vela por la satisfacción de este derecho atendiendo las necesidades de las personas en sus distintos contextos. (p. 24)

Artículo 60

1. Toda persona tiene derecho al deporte, a la actividad física y a las prácticas corporales. El Estado garantiza su ejercicio en sus distintas dimensiones y disciplinas, ya sean recreacionales, educativas, competitivas o de alto rendimiento. Para lograr estos objetivos, se podrán considerar políticas diferenciadas.
 2. El Estado reconoce la función social del deporte, en tanto permite la participación colectiva, la asociatividad, la integración e inserción social, así como el mantenimiento y mejora de la salud. La ley asegurará el involucramiento de las personas y comunidades con la práctica del deporte.
- Niñas, niños y adolescentes gozarán de la misma garantía en los establecimientos educacionales. Del mismo modo, se garantizará la participación de las primeras en la dirección de las diferentes instituciones deportivas. (p. 24)

Artículo 61

1. Toda persona es titular de derechos sexuales y reproductivos. Estos comprenden, entre otros, el derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre el propio cuerpo, sobre el ejercicio de la sexualidad, la reproducción, el placer y la anticoncepción.
2. El Estado garantiza su ejercicio sin discriminación, con enfoque de género, inclusión y pertinencia cultural; así como el acceso a la información, educación, salud, y a los servicios y prestaciones requeridos para ello, asegurando a todas las mujeres y personas con capacidad de gestar las condiciones para un embarazo, una interrupción voluntaria del embarazo, un parto y una maternidad voluntarios y protegidos. Asimismo, garantiza su ejercicio libre de violencias y de interferencias por parte de terceros, ya sean individuos o instituciones.
3. La ley regulará el ejercicio de estos derechos.
4. El Estado reconoce y garantiza el derecho de las personas a beneficiarse del progreso científico para ejercer de manera libre, autónoma y no discriminatoria estos derechos.

Artículo 81

1. Toda persona tiene derecho, en su condición de consumidora o usuaria, a la libre elección, a la información veraz, a no ser discriminada, a la seguridad, a la protección de su salud y el medioambiente, a la reparación e indemnización adecuada y a la educación para el consumo responsable.
2. El Estado protegerá el ejercicio de estos derechos, mediante procedimientos eficaces y un órgano con facultades interpretativas, fiscalizadoras, sancionadoras y las demás que le otorgue la ley. (p. 29)

Artículo 97

1. La Constitución garantiza la libertad de investigación.
2. Es deber del Estado estimular, promover y fortalecer el desarrollo de la investigación científica y tecnológica en todas las áreas del conocimiento, contribuyendo así al enriquecimiento sociocultural del país y al mejoramiento de las condiciones de vida de sus habitantes.
3. El Estado generará, de forma independiente y descentralizada, las condiciones para el desarrollo de la investigación científica transdisciplinaria en materias relevantes para el resguardo de la calidad de vida de la población y el equilibrio ecosistémico. Además, realizará el monitoreo permanente de los riesgos medioambientales y sanitarios que afecten la salud de las comunidades y ecosistemas del país.
4. La ley determinará la creación y coordinación de entidades que cumplan los objetivos establecidos en este artículo, su colaboración con centros de investigación públicos y privados con pertinencia territorial, sus características y funcionamiento. (pp. 33-34)

LA CRISIS DE LAS ISAPRE Y LAS TENSIONES POLÍTICAS HISTÓRICAS POR LA RECUPERACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE CHILE

PROCESOS, ACTORES Y POSICIONES

Carolina Tetelboin Henrion
Mario Parada Lezcano
Fabian Moraga Cortés

INTRODUCCIÓN

Bajo las coordenadas convulsas del proceso político de Chile de los últimos 50 años y sus consecuencias en todos los ámbitos, cabe la pregunta sobre qué ha ocurrido con el sistema de salud. A mitad del siglo XX, el sistema inició un profundo cambio cuando, por un acuerdo transversal de las fuerzas políticas, se hicieron converger todas las instituciones públicas que desarrollaban tareas de salud en la creación del Servicio Nacional de Salud [SNS], en 1952. Esta institución de carácter nacional pública y gratuita, agrupaba bajo su dirección a los hospitales y la atención primaria de salud así como los servicios de apoyo, con financiamiento público y de las Cajas de Previsión, especialmente para las hospitalizaciones de sus miembros. Se apoyaba fundamentalmente en la Universidad de Chile para la formación planificada de profesionales, en ese entonces, pública, gratuita y con sedes en diversas provincias del país. El SNS alcanzó su período **más avanzado en los procesos de democratización ocurridos en los mil días** del gobierno de la Unidad Popular, entre 1970 y el 11 de septiembre de 1973.

El presente trabajo indaga en la trayectoria del sistema de salud, especialmente el montaje y desarrollo de la estructura de las ISAPRE, centro de la transformación privada en salud, sus momentos de inflexión, giro y crisis, siempre vinculado al destino del sector público de salud. Para ello, se revisan los momentos críticos de redefiniciones, los intereses y actores que los encarnan, los debates, propuestas y contrapropuestas. En fin, las tensiones entre la profundización privatizadora para lograr su viabilidad y las implicaciones para lo público que, en su transcurso, es sometido a un formato institucional *ad hoc* y a una segmentación cada vez mayor. En la reciente crisis del sistema de aseguramiento privado se da una pugna de significados entre la articulación de un sistema universal de salud o la institucionalización definitiva de los multiseguros; en ese marco se dan a la vez dos propuestas de salud: de la Convención Constitucional y del Proceso Constitucional por alcanzar una nueva Constitución para Chile, ambas rechazadas por la ciudadanía.

LA PERSPECTIVA DE ANÁLISIS

La perspectiva para el tratamiento del problema es la determinación social de la salud, con desarrollos diversos en América Latina desde los años setenta del siglo pasado (Duarte, 2013; Almeida y Silva, 2009). En lo general, plantea que los procesos de salud-enfermedad y atención-cuidados de las poblaciones, más allá de su apariencia causal e inmediata, están determinados por estructuras de poder económicas, políticas e ideológico-culturales que modelan material y simbólicamente las características de las condiciones de los procesos sociales y de salud de los grupos sociales. Su influencia no es homogénea, sino que se diferencia según pertenencia de clase, etnia, género, preferencias sexuales u otras, generalmente varias de ellas conviviendo simultáneamente especialmente en sociedades desiguales. En torno a estas determinaciones estructurales, se articulan percepciones, demandas y luchas que se expresan en movilizaciones sociales espontáneas y/u organizadas o a través de representaciones políticas formales que en el largo plazo orillan o instalan en el gobierno y/o en el Estado respuestas políticas y de

políticas. Pero también dichas determinaciones son configuradas por las necesidades del poder hegemónico para garantizar la reproducción del capital, con una reconfiguración de la relación del Estado con la sociedad, como el paso del Estado benefactor o social al Estado neoliberal, subsidiario o mínimo, que instala procesos de cambios con la globalización financiera del capital transnacional, para reorganizar desde el Estado a la sociedad, esta vez bajo lógicas de mercado. Las condiciones sociales y de vida resultantes en este período son, en lo político, imposición y condicionamiento de las políticas de los organismos financieros internacionales; desarticulación de las instituciones públicas que son segmentadas, desfinanciadas y que abandonan su responsabilidad en la prestación de servicios de calidad y universales. En lo económico, primacía del capital financiero que afecta las condiciones de vida y salud con procesos de geolocalización/deslocalización del capital con pérdida de industrias y empleo; desregulación del trabajo y nuevas formas de economía digital en la producción, distribución y consumo; despojo, explotación humana e intensiva de los territorios, del agua y la biodiversidad. En lo ideológico, ruptura de redes sociales, reconstrucción mediática de los referentes simbólicos de los imaginarios sociales, primacía de la apariencia y la virtualidad, la individuación, aspiracionismo y expectativas materiales creadas por sobre las condiciones objetivas de la vida.

En salud, priman las repercusiones en los perfiles epidemiológicos hacia problemas crónicos degenerativos cardiovasculares, hipertensión y diabetes, además de una alta incidencia de problemas de salud mental, explicadas desde la salud pública por decisiones personales, hábitos o conductas individuales, en vez de atribuirse a los cambios en las formas y contenidos de las pautas de producción, distribución, consumo de servicios limitados e ingesta de productos insanos (procesados con alta incidencia de grasas y azúcares), además del aumento de la desigualdad y la pobreza que han cambiado los modos de andar por la vida, fomentados por la política pública. Durante el neoliberalismo, se impone el interés, la lógica discursiva y de gestión del capital financiero, que penetra las

estructuras de salud pública; se desmontan los sistemas de seguridad social y de lo público, para desarrollar diversas formas de aseguramiento privado disponiendo de los fondos sociales y públicos. Los sistemas de seguros privados con distintas características privilegian el cuidado de la fuerza de trabajo de las empresas estratégicas, abandonando a los informales y pobres en instituciones fragmentadas y desfinanciadas.

Los procesos neoliberales tienden a su agotamiento por los efectos antisociales que generan: desigualdad, ruptura del tejido institucional y social, e incapacidad de resolver y dar salida a los problemas sociales, con las consecuentes resistencias políticas de características variadas en formas de luchas que llevan a la reconstitución de los proyectos políticos por un nuevo orden social que buscan recuperar la soberanía, la identidad propia y la viabilidad social con nuevos acuerdos sociales democráticos por el voto, y que gestan cambios constitucionales, frente a la judicialización de la política y la derechización. De esas luchas derivarán cambios en los sistemas políticos, políticas, leyes, e instituciones, entre ellas las del modelo de seguridad social y de la salud universales.

Esta disputa en salud se expresa a nivel nacional e internacional en torno a dos concepciones: la “Cobertura Universal” y “Sistemas Universales de Salud”. Mientras la primera representa la continuidad de la privatización con la mantención de sistemas y poblaciones segmentadas con pago por servicios diferenciales a cada segmento, donde el sistema público atiende a los económicamente desfavorecidos y enfermos con programas con atenciones básicas o mínimas a través de paquetes más amplios o limitados a determinados padecimiento, enfermedades o edades, a semejanza de los seguros privados. Los sistemas universales de salud, en cambio, sitúan la salud como un derecho a ser garantizado por el Estado como financiador y prestador principal de la atención a la salud de toda la población, así como de otros determinantes de las condiciones de vida y salud.

En síntesis, las respuestas sociales a los fenómenos de salud-enfermedad atención y cuidados, suponen formas de organización

que varían según la etapa de su desarrollo y el período específico sus dinámicas estructurales y coyunturales de cada sociedad.

EL PROBLEMA

Si bien la mayoría de los países de América Latina han sufrido los embates neoliberales desde los años ochenta y noventa, incluso sobre sus sistemas de seguridad social y salud, la radicalidad del modelo impuesto en Chile por la dictadura se materializó tempranamente en 1982 con la desestructuración de las Cajas de Previsión solidarias y del sistema público de salud, dando pie a un nuevo esquema privado de pensiones y salud. A partir de la posibilidad de traspaso de parte de las cotizaciones previsionales de los trabajadores formales, se crearon los sistemas de Asociaciones de Fondos Previsionales [AFP], y las Instituciones de Salud Previsional [ISAPRE], para administrar estos recursos con capitalización individual, compitiendo a través de la propaganda engañosa en un marco de crisis económica profunda y de debilitamiento de las instituciones públicas. Estos nuevos sectores aseguradores con fines de lucro, en el caso de las ISAPRE, captaron al grupo de trabajadores formales en edad productiva, más jóvenes, sanos y con menor necesidad de servicios de salud. Habiéndose convertido el aporte en obligatorio a todo trabajador, y a su exclusiva costa, se aumentó también el monto del 4 %, al 6 % y finalmente al 7 % del salario, más el costo según el plan seleccionado de cada nuevo cliente. Si bien en los primeros años las ISAPRE cubrieron cerca del 25 al 27 % de la población, actualmente solo cubren al 15 %.

Aun cuando las ISAPRE han gozado de grandes privilegios, prebendas y ganancias, han enfrentado amenazas en distintos momentos, saliendo siempre finalmente victoriosas. No obstante, el proceso de declive parece inminente a medida que avanza la democratización del país. En 2001, en el marco de la crisis de la salud pública, dichas instituciones enfrentaron la posibilidad de perder a la mitad de sus ingresos provenientes del aporte individual del 7 % para reorientarse al fondo público solidario. Esta crisis fue resuelta a través de un grupo de reformas que articularon aún más

lo público con lo privado, principalmente la denominada de Acceso Universal con Garantías Explícitas [AUGE], o también de Garantías Explícitas en Salud [GES], al plantear garantías que pueden ser exigidas legalmente para un grupo limitado de enfermedades que, aunque ampliadas en el tiempo, son insuficientes para garantizar integralidad y universalidad de la atención. Años más tarde, la determinación del Tribunal Constitucional [TC], en 2010, puso en riesgo una quiebra masiva de las ISAPRE y, más tarde, lo hizo el fallo de la Corte Suprema [CS], de 2022 (Tribunal Constitucional, 2010), al eliminar las exclusiones por edad y sexo, y establecer la devolución de los montos indebidos a sus clientes. El debate enfrentó las opciones de su rescate continuando como hasta ahora, o dar un giro hacia un sistema de salud que prioriza a las personas por sobre las ganancias. La administración del presidente Boric dio señales de avanzar en esta segunda dirección, lo que beneficiaría a millones de personas; sin embargo, como se mostrará en este trabajo, las decisiones de la política pública fueron otras.

La industria ISAPRE ha tenido una trayectoria injusta desde su creación: cobra según el riesgo, y no según el principio de solidaridad como debiera ser en la seguridad social en salud. Paradójicamente, sus ingresos se basan en el pago obligatorio de una cotización equivalente al 7 % del ingreso de la persona. Esto significa que no se toma en cuenta el riesgo individual como sí lo hace para definir el valor de las primas adicionales. Una persona joven/sana con riesgo bajo de enfermar puede necesitar un plan que cueste menos del 7 %; sin embargo, la ISAPRE le exige que se atenga al porcentaje obligatorio.

Chile es el único país de América Latina que, aún en el marco de los criterios neoliberales, disminuyó la protección financiera de salud para las personas. La integración vertical entre aseguradoras y prestadores, que operan en la práctica, ha sido un elemento importante en este proceso. Todos los aumentos de precios en las clínicas privadas se traducen rápidamente en mayores precios para los planes y/o aumentos de los montos de los copagos que realizan las personas. No existe una regulación estatal que limite la venta de

nuevos planes iguales en contenido a los vigentes, pero con precios más altos. Por ello, Chile retrocede en protección financiera y avanza poco en el acceso a la salud.

Parecería que en la actualidad ha llegado el momento de “empujar los límites de lo posible”. Todos los actores estatales y gubernamentales están señalando que las leyes vigentes no han permitido evitar la situación actual, es decir, el riesgo de quiebra de las ISAPRE. En el período reciente se ha estado frente a la posibilidad necesaria de una transformación de fondo y una de las propuestas es la creación de un Fondo Único Solidario en vías del derecho universal a la salud. Dicha transformación se debía haber podido introducir progresivamente, sin prisas pero sin pausa, para que Chile dejara de ser un país que ni siquiera alcanza la meta de la Organización Mundial de la Salud [OMS] de tener un gasto público en salud equivalente al 6 % del PIB, en un país con el gasto de bolsillo más alto de la región.

El objetivo de este trabajo es analizar la evolución del sector asegurador privado en Chile, sus características, los actores, posiciones y propuestas, desde la creación de las ISAPRE en el marco de la dictadura cívico-militar en 1982, siempre en el marco del sistema de salud; la Reforma de 2002, específicamente el AUGGE/GES que supuso un salvataje a esta industria y, finalmente, el inicio de la inconstitucionalidad según el fallo del TC, de 2010, relativo a la tabla de factores de riesgo del sistema ISAPRE, y la sentencia de la CS de 2022, que se resuelve en 2024 con la Ley Corta.

ANTECEDENTES DEL PROCESO POLÍTICO CHILENO QUE ENMARCAN LA EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

La dictadura cívico-militar de Chile, iniciada con el golpe de Estado en 1973, incubó en 1980 una Constitución de mercado y un Estado subsidiario que estructuró una sociedad altamente privatizada, individualizada, elitista y excluyente. Se instauró a partir de la supresión de los procesos democráticos y las conquistas institucionales y sociales históricamente alcanzadas desde la Constitución de 1925. El modelo pinochetista, todavía vigente en su esencia después

de dos intentos de cambio de la Constitución, se caracterizó durante 17 años por graves violaciones a los derechos humanos, fusilados, desaparecidos, torturados, exiliados y el bombardeo a La Moneda, a la vez de heroicas resistencias desde el primer día. Desde 1984, las movilizaciones crecientes y organizadas orillaron finalmente a una salida pactada, que obligó a las fuerzas armadas a una negociación con el gobierno norteamericano y los partidos de centro y centro izquierda, agrupados en la Concertación de Partidos por la Democracia (Concertación, en adelante), proceso que culminó en un plebiscito el 5 de octubre de 1988, donde el triunfo del NO abrió paso a una transición a la democracia.

La Concertación aportó otros casi 20 años de continuidad con algunas modificaciones constitucionales, entre ellas el fin de los senadores designados, la inamovilidad de los jefes de las fuerzas armadas, además de avances en la política social, aunque limitada a un modelo focal y segmentado según las pautas del Banco Mundial [BM] y el Fondo Monetario Internacional [FMI] (Banco Mundial [BM], 1993). Sin embargo, se mantiene en lo esencial el modelo con la entrada de nuevos actores y procesos de corrupción que llevaron a su término en 2010, regresando la derecha pinochetista empresarial, esta vez por la vía democrática con la presidencia de Sebastián Piñera (2010-2014). Posteriormente, existe una segunda presidencia de Michelle Bachelet (2014-2018) con una nueva correlación de fuerzas a la izquierda de la Concertación, denominada Nueva Mayoría, incluyendo desde la Democracia Cristiana al Partido Comunista, gobierno que propuso tres reformas fundamentales: a la educación para poner fin al lucro, demandada por el movimiento estudiantil, una reforma tributaria y el cambio de la Constitución. Aunque orientadas a iniciar el desmontaje del sistema, no tuvieron el éxito esperado y fueron obstaculizadas y desviadas en sus logros por la derecha.

Piñera vuelve a ser elegido en un segundo mandato (2018-2022), solo con el 25 % del electorado producto de la desafección de la población al sistema político. Sin embargo, le toca enfrentar la revuelta o estallido social que inicia el 18 de octubre de 2019

con el alza del transporte público. El movimiento parece expresar el malestar social acumulado producto de las consecuencias del modelo neoliberal, las privatizaciones y la mercantilización de la sociedad, la institucionalidad y la vida: desigualdad social, individualismo, endeudamiento, corrupción, colusión, incapacidad de resolución de las necesidades y derechos básicos, especialmente las de salud, educación y pensiones. Pero también, expresa su inconformidad y desdén por el sistema político vigente y sus actores, alejando a una parte importante de la población de la política institucional. Su intensidad es solo comparable con las luchas antidictatoriales

Frente a ello, Piñera anuncia al día siguiente la suspensión del alza de precio del transporte público. Convoca a los representantes de los otros poderes del Estado al diálogo para buscar soluciones a largo plazo, manifestando que la clase política debía realizar una autocrítica de las acciones que llevaron a la crisis social más compleja desde la vuelta a la democracia. El 22 de octubre Piñera anunció una nueva agenda social. En salud incluye poner urgencia al proyecto del gobierno para un seguro de enfermedades catastróficas, un seguro para medicamentos, y ampliar un convenio de FONASA con farmacias para reducir el costo de los medicamentos. No obstante, la continuación y profundización del movimiento orilló al sistema político a la firma el 15 de noviembre del 2019 al compromiso de una nueva Constitución que, no obstante la pandemia que inicia en marzo de 2020, transcurre con un plebiscito de entrada el 25 de octubre de ese año que es aprobado por un 78,3 % de los electores, de los cuales el 79 % vota porque su redacción la realice una Convención Constitucional en vez del Parlamento; la elección de constituyentes se realiza en mayo de 2021, instalándose la Convención en julio de ese año, y el plebiscito de salida finalmente se realiza el 4 de septiembre de 2022.

El 11 de marzo de 2022, es elegido el gobierno del presidente Gabriel Boric (2022-2026) por la coalición surgida en torno de la Convención Constitucional, Apruebo Dignidad, más a la izquierda que las anteriores, constituida por el Frente Amplio y Chile Digno (Partido Comunista, Federación Regionalista Verde Social, Acción

Humanista y otros movimientos políticos como Izquierda Libertaria, Izquierda Cristiana) y las cabezas del movimiento estudiantil de 2011 y 2012 que habían establecido el lucro como el centro del problema social de Chile. En su programa de 2020 plantea cuatro ejes: feminismo, transición ecológica justa, descentralización y garantía laboral, a la vez de enfrentar las tareas de las consecuencias de la pandemia de COVID-19; avanzar hacia una sociedad que pone en el centro la sostenibilidad de la vida, el cuidado, la seguridad y el bienestar de las personas y las comunidades, y en salud, en síntesis, un sistema universal de salud y condiciones de vida que protejan; un Fondo Universal de Salud; universalización de la cobertura en el país y acceso según necesidad; un Servicio Nacional de Salud con atención oportuna y de calidad poniendo en pie los centros públicos de salud y universalización de la atención primaria; mejoramiento de la infraestructura y condiciones de trabajo; trato digno; acceso gratuito a medicamentos a través del seguro universal; atención a la salud mental, odontológica, sexual y reproductiva y oncológica (Apruebo Dignidad, 2021a, 2021b).

A casi seis meses del nuevo gobierno de la coalición Apruebo Dignidad, el proyecto constitucional de fuerte contenido progresista, innovador e incluyente, es rechazado en el plebiscito de salida por el 63,9 % de los chilenos con participación del 86,02 % del padrón, en una elección de votación esta vez obligatoria. Esta derrota es apropiada por la derecha, obstaculizando a partir de entonces en el Congreso las iniciativas para el cumplimiento del programa de gobierno, entre las que destacan la reforma a las pensiones y una nueva reforma tributaria para financiar derechos sociales, entre otras. El gobierno amplía su alianzas con la inclusión de partidos de la ex Concertación, la llamada “Izquierda democrática”, especialmente el Partido Socialista, pasando a ocupar importantes cargos. En 2023 el Parlamento definió un nuevo diseño constitucional llamado “Consejo Constitucional”, acotado por “bordes” que limitan sus posibilidades democráticas y la participación, cuya propuesta es nuevamente rechazada por la ciudadanía en un segundo plebiscito el 17 de diciembre de ese año por el 55,76 %,

equivalente a 6,8 millones de votos válidamente emitidos, cerrando al menos en el mediano plazo las posibilidades de cambio constitucional (Emol, 2023).

LA CREACIÓN DE LAS ISAPRE EN EL MARCO DE LA DICTADURA CÍVICO-MILITAR

Chile es precursor del modelo neoliberal en la región y en la desarticulación y montaje del nuevo sistema de salud que creó en 1981 un sector privado empresarial y transnacional. Como antecedente, es necesario considerar cuatro cambios legales que permiten entender los pasos de su instalación, y con ello, el proceso de transformación del sistema de salud chileno vigente hasta la actualidad.

Con posterioridad al golpe de Estado cívico-militar del 11 de septiembre de 1973, el Decreto Ley 98, del 26 de octubre de 1973, declara en reorganización todos los servicios de la administración pública con discrecionalidad de la Junta de Gobierno para “crear, estructurar, dividir, descentralizar, desconcentrar, fusionar, fijar plantas, ampliar, reducir, suprimir servicios, organismos, cargos y empleos [...], trasladar funcionarios [...]” (Tetelboin, 2003, pp. 119, 124).

Un segundo referente legal es la firma del Decreto 2763 de 1979 del Ministerio de Salud, que pone fin al SNS. Cabe recordar que este se había constituido en 1952 con la fusión de todas las instituciones públicas de salud del país antes desarticuladas, con el propósito de dar atención integral ambulatoria y especialmente hospitalaria a la mayoría de la población, incluyendo la de las Cajas de Previsión, especialmente la Caja del Seguro Obrero que cubría al 80 % de todos los afiliados a estas. El Dr. Salvador Allende había contribuido a organizar este gran proyecto junto a salubristas de otras afiliaciones políticas que entendían la salud como asunto de responsabilidad estatal, pública, gratuita, buscando su universalidad. El decreto citado de 1979 fragmentó el SNS que, además, durante el Gobierno de la Unidad Popular (1970-1973) había avanzado en su democratización con procesos de desconcentración y participación de las

comunidades y los trabajadores en torno a los centros de nivel primario y hospitales.

El tercer elemento jurídico es el Decreto 395 promulgado el 20 de noviembre de 1979 y publicado el 23 de febrero de 1980, incorporado más tarde en la Constitución de 1980 en distintos artículos, que establece una secuencia de elementos para la conformación de un emergente sector privado de salud. Para ello, establece en primer lugar un Sistema Nacional de Servicios de Salud [SNSS], que otorga igualdad de derechos a las personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que realizan o contribuyen a la ejecución de acciones de protección, fomento, recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas, reconociéndose como integrantes del sector salud en las mismas condiciones.

A partir de la desarticulación del SNS se forma la nueva institucionalidad del sector salud separando en primer lugar los Hospitales –a los que se denominará en adelante Servicios de Salud–, de los Consultorios y Postas Rurales que pasan en su mayoría a estar a cargo de las respectivas municipalidades; en lo financiero, el FONASA recibirá la cotización obligatoria del 7 % de todos los trabajadores y más tarde se trasladará directamente a las ISAPRE. Sin embargo, esto es posible por el Decreto Ley 3500 de la reforma de la previsión de 1980 que liberó a los afiliados de las Cajas de Previsión que administraban hasta 1978 los fondos de manera solidaria e intergeneracional. En adelante se destinan, además de al FONASA, a dos nuevas instituciones privadas sin inversión propia, lucrativas, con sistemas de capitalización individual, que significa la privatización de la seguridad social: las Asociaciones de Fondos de Pensiones [AFP] y las ISAPRE, separando los fondos de pensiones y salud (Tetelboin, 2004); los apoyos e insumos quedan en la Central Nacional de Abastecimiento [CENABAST]. Las nuevas estructuras dependen para el cumplimiento de políticas, planes y normas del Ministerio de Salud y permite que las personas, instituciones y demás entidades privadas gocen de libre iniciativa para realizar acciones de salud, en la forma y condiciones

determina la ley y que podrán adscribirse al SNSS por medio de convenios con los servicios públicos.

Finalmente, un cuarto cambio legal fundamental es la municipalización de la atención primaria que ocurrirá entre 1981 y 1985, y posteriormente, entre 1987 y 1988, que separó y entregó la administración de la atención primaria a las municipalidades, con excepción de algunos consultorios, separándolos de la hospitalaria a cargo de los Servicios de Salud, aunque ambos continúan regidos por las normas técnicas del Ministerio de Salud (Tetelboin, 2004).

Con estas medidas se establecen las bases estructurales del nuevo sistema de salud, el financiamiento y la operación privada, a costa de lo público y social. En adelante, se agregan otros cambios que permitirán su ampliación.

LA REFORMA DE ACCESO UNIVERSAL DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS [AUGE] O GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD [GES]. OXÍGENO PARA LAS ISAPRE

Las ISAPRE mantuvieron su estatus al retorno a la democracia iniciado con el triunfo del NO en el plebiscito de 1988, seguido por las elecciones democráticas al año siguiente que pusieron fin a la dictadura. La institucionalidad heredada había establecido una relación de subordinación de lo público a lo privado, justificada en la incapacidad, burocratismo e ineficiencia del sistema público para resolver los problemas de atención.

Los dos primeros gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia (Concertación) mejoraron y realizaron algunas inversiones, pero no lograron resolver los rezagos y abandono producido, ni realizaron cambios estructurales para transformar el sistema público de salud (Tetelboin, 2015).

Al inicio del tercer gobierno de la Concertación, el presidente Ricardo Lagos (2000-2006) exigió a la ministra de Salud Michelle Bachelet (marzo 2000-febrero 2002) atender el problema de las filas en los centros de salud y eliminarlas antes del 11 de junio de 2000 (Vió, 2002; Politzer, 2010, p. 39). Esta medida fue interpretada como un reconocimiento a la crisis del sistema público y a la posibilidad

de cambios estructurales. Sin embargo, casi al mismo tiempo, Lagos formó la Comisión de los Objetivos Sanitarios para Chile del período 2000-2010 bajo la dirección de la Dra. Ximena Aguilera para la aplicación de nuevas metodologías, como la carga de enfermedad, y el costeo sobre la efectividad de algunas intervenciones en patologías posibles de seleccionar (Banco Mundial, 1993; Blanco y Rivera, 1994),¹ que más adelante serían la base para la selección de las atenciones a ser financiadas en las llamadas garantías. En el discurso, el objetivo de estas metodologías era alcanzar los logros sanitarios, disminuir la inequidad, enfrentar los nuevos desafíos del envejecimiento de la población y proveer servicios a la altura de sus expectativas (Valdivieso y Montero, 2010).

Y, aunque en relación a la Reforma a la Salud, el 17 de julio del 2000 Lagos había anunciado que la ministra Bachelet encabezaría el diseño de la iniciativa de Reforma Integral de la Salud para proponer un proyecto de ley que estaría listo en 2001, más tarde anunció la formación de la Comisión de Reforma a cargo del Dr. Hernán Sandoval, con el objetivo de “lograr equidad en las condiciones y esperanzas de vida de la población: [...] no es justo que los pobres tengan en promedio 10 años menos de vida que los que tienen una atención mejor” (Mesa de Gobierno, 2000).

En torno a la Reforma, el Ministerio de Salud organizó reuniones con expertos y profesionales, a la vez que detonó un debate entre los distintos sectores interesados sobre el futuro de esta. Al respecto, es posible hipotetizar que la orientación de la decisión ya estaba trazada en congruencia a estos nombramientos

1 Al respecto, véase la publicación crítica de Laurell (1994) al “Informe sobre el Desarrollo Mundial. Invertir en Salud. 1993” del Banco Mundial (1993), donde se proponen estas medidas y que habrían de modelar en adelante las políticas sociales y de salud de la región. Si bien el Banco reconoce la importancia del vínculo entre salud y desarrollo, la reduce “a un asunto económico, es decir, al papel que la salud tiene en el incremento de la productividad [pero la novedad es ahora ...] la posibilidad de aplicar intervenciones selectivas eficaces en función del costo-efectividad, apoyándose para ello en las cifras que se obtienen a partir del indicador propuesto”, la Carga Global de Enfermedad [CGM]. “Así, se plantea que los gobiernos deben definir sus prioridades en salud en base a la CGM medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y al costo que representen diversas intervenciones por año de vida saludable ganados” (Blanco y Rivera, 1994).

previos, a los objetivos del gobierno e incluso a la correlación de fuerzas,² donde el *lobby* de las ISAPRE pudo hacer posible que el contenido se inclinara todavía más a su favor.

A continuación se exponen algunas de las posiciones relevantes de los actores sociales en ese período para dar cuenta de lo expresado, debate que habría de concluir con la decisión del discurso presidencial del 1 de mayo de 2001.

El Consejo Nacional de Salud [CNS], representante de los gremios, colegios profesionales y técnicos de trabajadores de la salud había manifestado en un documento en el marco de la segunda vuelta presidencial, bajo el título de “La salud es un Derecho, no un Negocio. Todos Juntos por la Salud de los Chilenos”, que consideraba el compromiso que había asumido el candidato Ricardo Lagos en enero del 2000, de llevar adelante “una reforma a la salud centrada en los derechos y garantías de los pacientes con un esquema de financiamiento solidario” (CNS, s.f., p. 1). Su propuesta sostiene, basada en las afirmaciones del entonces candidato, el sentido de que “ha llegado el momento de construir una nueva visión colectiva [...] para reformar integralmente el sistema sanitario chileno” (CNS, s.f., p. 1), que comparte el diagnóstico de que el principal problema de salud es la inequidad en los niveles de salud, la calidad de la atención; que los principios rectores de la reforma deben ser la equidad y la solidaridad, además de la efectividad, la eficiencia y la calidad; también la concepción de derecho a la salud humano, básico y fundamental, inherente a la dignidad de la persona humana. A la vez, define a la Reforma como “[...] un proceso de transformaciones de orden estructural, legal, normativo administrativo e incluso cultural, orientado a dar efectivo cumplimiento a los principios de equidad, solidaridad, oportunidad, calidad y humanización de la atención de la salud [...] una estrategia de avance democrático

2 Las expectativas de un cambio en el sistema de salud no coincidían con los planteamientos del presidente Lagos: “El sentido profundo de mi gobierno es hacer que el crecimiento económico llegue a todos; es hacer que la economía de mercado funcione, creando al mismo tiempo una red social que proteja a las personas del infortunio y entregue oportunidades a los que han sido discriminados” (Mensaje Presidencial, 2001).

efectivo [...]” (CNS, s.f., p. 2). Respecto del financiamiento, establece el papel del Estado como responsable en garantizar e implementar el derecho a la salud, donde la Reforma debiera tener como criterio rector la solidaridad (CNS, s.f., p. 10). Propone crear un Fondo Universal Solidario [FUS] con financiamiento suficiente, de carácter obligatorio, administrado públicamente, que financie todas las necesidades de salud de la población: fomento, prevención, curación, cuidados recuperación, rehabilitación y reinserción social, con metas explícitas y programas sanitarios de acuerdo con criterios de prioridad según regiones, factores de riesgo y perfiles epidemiológicos y biodemográficos. Las fuentes de financiamiento de FUS serán el Aporte Fiscal de un 1,6 al 3,2 % del PIB en un quinquenio; aporte directo de las personas con un 7 % sobre el sueldo mínimo, sin tope de ingreso, y del 5 % del sector pasivo sobre sueldo mínimo (CNS, s.f., p. 11).

El Gerente General de la Asociación de ISAPRE, Rafael Caviedes, sostuvo en diciembre del 2000 desde el Congreso Mundial de Sistemas Privados de Salud en Miami, que el fondo común para la salud sería “la expropiación de una parte de la cotización de las personas” y tendría un carácter regresivo porque los sectores con más ingresos tienen topes en su cotización. A contramano, la propuesta que realiza es que las ISAPRE incorporen a las personas más pobres haciendo trasladable el subsidio que el Estado aporta y que cada uno elija entre el sistema público o el privado (Miranda, 2000).

Desde la gobernante Concertación, comparan cuatro propuestas que se centran en los sistemas de financiamiento y sus matrices: 1. La situación actual y Modelo de transición al Fondo Universal Solidario “Plan Solidario de Equidad de Derechos en Salud [PDS]; 2. Modelo de Fondo Universal Solidario y Alternativa de Transición “Plan Solidario de Equidad en Salud [PES]”; 3. Modelo Colegio Médico y Modelo ISAPRE Modificadas (Aseguradoras de Salud o ISAPRE Solidarias); y, 4. Modelo Plan Garantizado y Modelo de Sistema Público Único (CPPD, s.f.; Parada, 2004).

La Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud [CONFENATS] retoma el programa de trabajo de 1999-2001 y proponen la:

[...] defensa y fortalecimiento de la Salud Pública considerando, entre otros, los planteamientos del “Proyecto de Sistema de Salud Pública” elaborado por CONFENATS en mayo de 1997, que plantea fortalecer y desarrollar la atención primaria; reponer el presupuesto del sector en relación al recorte financiero del año 1998; revisión del artículo 6° de la Ley N° 19650 del 24 de diciembre de 1999 que perfecciona las normas de área de la salud. (CONFENATS, s.f.)

En diciembre del 2000 se firmó el acuerdo marco FENATS-Ministerio de Salud producto de dos meses de trabajo de la comisión negociadora que, aunque de corte reivindicativo, supone la mejora para los trabajadores como una sola carrera funcionaria para toda la Ley 18.834 de funcionarios y profesionales en igualdad de condiciones, que facilita la unidad y pone sobre la mesa nuevamente a los trabajadores (CONFENATS, s.f.).

La Federación Nacional de Profesionales Universitarios de Servicios de Salud [FENPRUSS], en su propuesta de reforma de salud para Chile emanada de su Consejo Nacional de Salud del 13 de diciembre del 2000, entiende como Reforma de Salud “un proceso de transformaciones de orden estructural legal, normativo, administrativo, orientadas a dar efectivo cumplimiento a los principios de equidad, solidaridad, oportunidad, calidad y humanización de la atención en salud” (Díaz, 2000).

El Colegio Médico, en abril de 2001, propone modificar la Ley General de Salud, en vista:

[...] de la insatisfacción de la población, así como de los trabajadores y profesionales del sector que ha hecho indispensable efectuar las reformas que permitan contar con un Sistema Nacional de Salud que haga realidad los principios

de Solidaridad, Equidad, Efectividad, Eficiencia, Dignidad y que brinde cobertura universal a toda la población. (Colegio Médico, 2001, p. 2)

El presidente de la Comisión de Salud del Senado, Ruiz Esquide, declaró a su vez que

[...] el Fondo de Salud debe cancelar [pagar] el plan integral de salud de todos los chilenos. Lo que está en debate es cuánto de ese fondo le corresponde a una persona que está en FONASA y cuanto en ISAPRE. La discusión es si el 7 % que pone cada persona, lo podrá utilizar a lo largo de su vida y lo tiene disponible para cuando lo requiera, o solo saca lo que necesita. (Besnier, 2001)

El presidente de la Asociación de ISAPRE, René Merino, planteó:

[...] Nos parece muy malo el fondo solidario. Hicimos los estudios y nos demuestra que la solución es catastrófica. Significarían 43 % menos de ingreso global al sistema de ISAPRE. Del actual 7 % obligatorio que cada persona impone, 3 % irían a ese fondo [...] no hay nadie dentro de las ISAPRE dispuesto aceptar esta reforma. Vamos a apelar a todos los recursos de convencimiento para demostrar que la solución es muy mala y no mejora al sector público, liquida al sector privado y perjudica a la gente porque tendrá que poner, si quiere seguir en una ISAPRE, el 7 % obligatorio más el 3 % para el fondo. (Besnier, 2001)

La ministra Bachelet en marzo 2001 declaró que la Reforma “no está trabada, lo que hay son distintas posiciones y es parte del debate que el país tiene que darse respecto a la reforma, no hay que dramatizar el tema” (Mensaje Político, 2001).

René Merino, de la Asociación de ISAPRE, declaró el 24 de abril de 2001 en Televisión Nacional, [TVN], que:

[...] sería grave error politizar este tema y que justamente se discutiera en cercanía de elecciones [...] el sistema de salud, en globo, ha funcionado bien y que solo hay problemas en cuanto a la administración de la salud pública y al acercamiento hacia las ISAPRE, pero que percibe que, con pocos recursos, existen niveles de salud parecidos a los países desarrollados [...]. Con relación al proyecto no ha observado ningún criterio técnico en él y que no han sido consultados como sector para la elaboración del mismo. (Las Últimas Noticias, 2001)

El director ejecutivo de la Asociación de ISAPRE, Rafael Caviedes, opinó el 25 de abril del 2001 que:

[...] sería un “planteamiento equivocado” por parte del Ministerio de Salud decidir el financiamiento de un Fondo Solidario para los más pobres a partir de la extracción de los 3/7 del 7 por ciento que los trabajadores destinan a la aseguración médica. (Las Últimas Noticias, 2001)

El Dr. Artaza,³ en mayo del 2001, planteaba que:

[...] tenemos dos sectores: público y privado, ambos con dificultades para responder a las necesidades de las personas [...] porque hay una creciente escalada de costos, con incapacidad de cooperar entre sí, con un modelo de atención centrado en la medicina de alta tecnología y escaso énfasis en la prevención de la salud, con una fuerte segmentación del sistema de atención, con grandes inequidades tanto en los niveles de salud como en el acceso a la atención, con desintegración entre actores y niveles del sistema y una

3 Más tarde, el 7 de febrero del 2002, el Dr. Artaza habría de reemplazar a la ministra Bachelet en el Ministerio de Salud, para impulsar y resolver la crisis generada por la propuesta de Reforma ante la abierta resistencia de los trabajadores de la salud y el Colegio Médico, y de la movilización de la sociedad.

gran insatisfacción ciudadana [...]; el presidente Lagos se comprometió a [...] impulsar dicha reforma [...] y relevó el tema a un alto nivel en el ámbito de la agenda pública [...]. Creó una comisión con cuatro ministros: Hacienda, Secretaría General de la Presidencia, Trabajo y Salud para tener una propuesta el 21 de mayo. (Artaza, 2001, p. 7)

El diario *La Tercera* hizo público, tres días antes del anuncio presidencial, el “último documento del Comité Interministerial para la Reforma de Salud”, según el cual:

[...] sin un aumento sustancial del aporte fiscal, una racionalización de los recursos, y confirmando que el denominado Fondo Solidario se construirá con el 3 % de las cotizaciones obligatorias de los afiliados a las ISAPRE –lo que representará recursos por sobre 241 mil millones de pesos. (Durán, 2001)

El Comité Interinstitucional para la Reforma de Salud (2001), el 9 de mayo de 2001, hace circular un documento de Propuesta de Reforma del Sistema de Salud con la formulación del diseño para el sector salud: Autoridad Sanitaria en el Ministerio de Salud⁴ (Comité Interinstitucional para la Reforma de Salud, 2001, p. 5); Plan de Salud Universal⁵ de objetivos sanitarios para toda la población con acciones de alto impacto, individuales y colectivas o poblacionales,

4 “[...] el Estado tiene la responsabilidad indelegable de guiar el desarrollo del sistema (público y privado) y asegurar su efectivo desempeño para responder a las necesidades de la población, que garantiza a los chilenos igualdad de derechos en salud [...] implementando políticas basadas en la efectividad sanitaria, equidad, solidaridad y eficiencia social”, entre ellas regulaciones ambientales y de la salud de las personas (Comité Interinstitucional para la Reforma de Salud, 2001, p. 5).

5 Plan de Salud Universal de objetivos sanitarios para toda la población de promoción, prevención y cuidados paliativos, acciones de Salud Pública para mantener a la población sana y ambientes saludables, y actividades para alcanzar la equidad en los indicadores sanitarios, acciones de alto impacto, individuales y colectivas o poblacionales, financiadas con aporte fiscal.

financiadas con aporte fiscal; el Plan de Salud de las Personas⁶ de carácter integral, equitativo “sin exclusiones al garantizar la universalidad, oportunidad, calidad y financiamiento” con garantías explícitas y crecientes de las atenciones. Los Seguros Social y Privados “son responsables del Plan de Salud de las Personas para lo cual ejercen la ‘función de compra’ a prestadores públicos o privados garantizando la cobertura del plan para sus respectivos afiliados, recibiendo el fondo solidario ajustado por riesgo –conforme al seguro al que esté afiliado el cotizante– y la fracción no solidarizada de la cotización individual” (p. 5);⁷ un Modelo de Atención “integral de atención de salud, centrado en las necesidades del usuario, en todo el ciclo de vida de las personas y comunidades, actuando también sobre determinantes y condicionantes de la salud de las poblaciones”; una ley de derechos en salud para dotar de más poder a los usuarios, además de control social en la gestión del sistema de salud frente a la autoridad sanitaria y a las redes de atención y; un Fondo Solidario, “mecanismo que agrega parte de la cotización obligatoria de todos los cotizantes y parte del aporte fiscal, y que distribuye a los seguros un per-cápita ajustado por riesgo (ex ante y ex post), para financiar el plan garantizado de salud a todos los chilenos”.⁸

6 Incluye atenciones “Catastróficas, Urgencia, Crónicas y Prioridades Sanitarias, [...] en oportunidad, acceso, calidad y financiamiento”, diferentes según nivel de atención, tiempos, financiamiento y copagos (Comité Interinstitucional para la Reforma de Salud, 2001, p. 3).

7 En la gestión de los prestadores, los públicos deben transformarse para responder al Plan de Salud de las Personas con una red territorial de establecimientos de complejidad diversa, con objetivos sanitarios y estándares de calidad para una población determinada, “transitando de los presupuestos históricos a nuevas formas de asignación en función de los resultados, con incentivos a la eficiencia y calidad de las prestaciones”, en un programa de Modernización del Sistema Público de Salud, con una primera fase 2001-2002, con metas e indicadores claros con incorporación de gremios y usuarios (Comité Interinstitucional para la Reforma de Salud, 2001, p. 6); un Estatuto de Personal de la Salud que propicie la participación y la acreditación (guías y protocolos clínicos, personal, infraestructura y equipamiento) de establecimientos públicos y privados. Y un financiamiento proveniente de la cotización obligatoria del 7 % y voluntaria adicional en el sector privado, con ampliación de la base contributiva con la incorporación de independientes por honorarios y aumento del tope de 60 a 90 UF; aportes fiscales; copagos e ingresos propios.

8 El Fondo Solidario recibiría 3/7 de la cotización obligatoria de todos los cotizantes y el aporte fiscal de los indigentes, para financiar el per cápita asociado al compo-

Los proyectos de ley, 5 en total, fueron presentados en el Congreso en los años 2001 y 2002: Régimen de Garantías en Salud; Nuevos Sistemas de Atención; Derechos y Deberes de las Personas en Salud; Regulación de ISAPRES; Autoridad Sanitaria y Sistema de Gestión; y Financiamiento. De estas 5 nuevas leyes hasta 2004 solo se había promulgado una de ellas, la de Autoridad Sanitaria y Gestión, según la Ley 19937 (Ferrer, 2010). Sin embargo, se promulgaron adicionalmente dos nuevas leyes relacionadas, la primera, de Financiamiento, que determina alzas de IVA e impuestos para financiar el Sistema de Protección Social Chile Solidario, y la Reforma de la Salud, de ISAPRES “corta”, que establece normas de solvencia para las ISAPRES y una serie de mecanismos orientados a proteger de mejor forma los derechos de los afiliados según el Ministerio Secretaría General de la Presidencia en 2003, citado por Ferrer (2010).

Posteriormente, el 11 de mayo del 2001, el Instituto Libertad y Desarrollo el *think tank* de la derecha, insistió en que “las instituciones públicas de salud funcionan con malos incentivos que no permiten esperar resultados en eficiencia y calidad, a menos que estos cambien de manera profunda” (Libertad y Desarrollo, 2001, p. 1), y que el sector salud

[...] funciona con incentivos inadecuados, donde cerca del 70 % de los recursos llega a los establecimientos con relación a las “necesidades”, sin importar la actividad que realicen; donde no compiten para atraer “clientes” u otorgar

nente catastrófico, urgencias, crónicas y prioridades sanitarias del Plan de Salud de las Personas. El Fondo distribuye el per cápita ajustado por riesgo al seguro público o privado. Los seguros privados se financian con la fracción no solidarizada de la cotización obligatoria 4/7, transferencias del Fondo Solidario y copagos con los que pagan prestaciones y subsidios por incapacidad laboral a cotizantes. El Seguro Público se financia con la fracción no solidarizada de la cotización obligatoria 4/7, transferencias del fondo solidario, copagos (10 % Catastrófico, Crónicas y Prioridades Sanitarias y 20 % restantes prestaciones del Plan de Salud) y aporte fiscal con los que pagan prestaciones y subsidios por incapacidad laboral a cotizantes además de los subsidios del Fondo único de Prestaciones Familiares. El Plan de Salud Pública se financia con el aporte fiscal al mismo nivel actual (Comité Interinstitucional para la Reforma de Salud, 2001, p. 9).

más prestaciones ya que sus ingresos no dependen de lo que realizan; [...] las plantas de personal son rígidas y las personas tienen inamovilidad en el cargo [...]. [Agrega que no es posible] fundamentar una reforma a la salud previsional amparada en un objetivo loable de aumentar la solidaridad, mediante el mecanismo de aumentar los recursos del sistema público, sin antes realizar una reforma profunda en la forma en que operan los establecimientos estatales. (Libertad y Desarrollo, 2001, p. 4)

Más adelante, proponen:

[...] las instituciones que otorgan prestaciones de salud (consultorios, centros médicos, hospitales, clínicas, laboratorios, etc.) deberían competir en igualdad de condiciones, vendiendo servicios y estableciendo convenios con el FONASA, los municipios, las ISAPRE, los sistemas previsionales de las Fuerzas Armadas, los establecimientos de las mutuales de accidentes de trabajo y los particulares, permitiendo el uso racional de toda nuestra infraestructura de salud. (Libertad y Desarrollo, 2001, p. 5)

El 17 de mayo del 2001, la ministra Bachelet informó que ya existe una definición, pero se muestra hermética ante la pregunta de la prensa sobre el contenido de la Reforma, al señalar que “queremos que en este gobierno se haya logrado avanzar lo suficientemente rápido como para que la solidaridad sea un valor de verdad en el sistema público y privado” (La Segunda, 2001). Ante la pregunta del retraso de tres o cuatro años del Fondo Solidario según las declaraciones de los integrantes de la Comisión Interministerial de Salud y el presidente Lagos en Cerro Castillo, adelantó que ya está definido un plan de salud, aunque las “garantías específicas y coberturas están relacionadas con los recursos con que se cuenta año a año”. En este sentido, señaló que “Es un plan integral que tiene universalidad en el acceso, pero las garantías sobre oportunidades y protección

financiera siempre serán crecientes [...] porque cualquier proceso de reforma es gradual” (La Segunda, 2001).

Finalmente, en Mensaje Presidencial del 21 de mayo de 2001, el presidente se dice abierto al debate y a la crítica, aunque “Solo le pido a los críticos que no siembren la desconfianza en Chile”, seguramente aludiendo a una de las secciones más polémicas del documento, la reforma de salud, en el marco del título de las políticas de equidad.

Chile tendrá un plan Garantizado de Salud, que comprometerá tanto al Fonasa como a las Isapres. Este Plan establece garantías de atención eficiente y oportuna para todas las chilenas y chilenos frente a las enfermedades más frecuentes, más graves y de mayor costo [...]. Estamos por priorizar la atención en la salud primaria y por eso, durante mi período presidencial, vamos a doblar la atención en los consultorios. Queremos que sea en la posta o el consultorio donde se resuelva buena parte de la salud de los chilenos [...] los problemas de salud para los que están en Isapres son distintos a los de los otros. El que está en Isapre tiene temor de lo que le ocurrirá a los 60 ó 65 años, o si tiene una enfermedad grave, si estará cubierta o no. El que está en el sistema público, su temor fundamental es la rapidez y el acceso.

Igualmente, es necesario poner al día a los hospitales públicos mejorando su eficiencia, calidad y oportunidad en la atención. Para ello, fortaleceremos la gestión en base a metas sanitarias y de desempeño. [...] Ampliaremos la jornada hospitalaria, mejoraremos la calidad, con un trato amable, participación de los usuarios y reducción del déficit hospitalario. Los trabajadores de la salud serán un pilar de la reforma.

El sistema privado de salud requiere mayor solidaridad y una adecuada regulación. Quiero decirles a los tres millones de afiliados a Isapres que mejoraremos y resguardaremos sus derechos, para que tengan transparencia, solidaridad y

cobertura sin discriminaciones de ningún tipo y con mayor seguridad que hoy.

Crearemos las condiciones para pasar, en los próximos años, a una nueva etapa de la reforma, profundizando la equidad y la solidaridad del sistema. Para ello, crearemos un Fondo Solidario que se constituirá con un aporte fiscal y un 3 por ciento de las cotizaciones. El Fondo financiará más seguridad en salud para todos, los atendidos por Fonasa y afiliados a Isapres. Este fondo permitirá que todos los chilenos tengan las mismas posibilidades de tratamiento frente a un cáncer. Este Fondo es lo que hace posible el plan garantizado de salud y, por supuesto, que a medida que Chile crece y se expande –que el Fondo crece– el plan garantizado también puede expandirse porque es esencialmente dinámico. Aquellas enfermedades que el Chile de hoy puede garantizar a cada uno de sus hijos, que serán tratadas y adecuadamente tomadas en consideración, es también posible que mañana aumenten a medida que haya mayores recursos. Necesitamos solidaridad, apoyos mutuos para el bienestar de todos. [...] Tenemos que tener un Plan Garantizado de Salud que asegure atención oportuna y rápida para todos.

No estamos por privatizar ni por estatizar la salud. Queremos que las Isapres funcionen bien y queremos que el sistema público funcione bien. A lo que aspiramos, simplemente, es a un sistema que sea eficiente y justo para que nadie que requiera asistencia médica se quede sin ser atendido con la dignidad que merece toda persona humana.

El desarrollo de la Reforma planteó cuatro garantías explícitas: acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para regir el derecho a recibir bienes de Salud Pública, colectivos e individuales, y bienes de salud de las personas, individualmente consideradas (Valdivieso y Montero, 2010). En 2002, ya se acuñó el término Acceso Universal con Garantías Explícitas, [AUGE]. Sin embargo, las leyes correspondientes saldrán años después.

En sus resultados, la reforma estableció la priorización de patologías o condiciones de salud que serían garantizadas explícitamente, 25 al inicio, 69 en 2010, y aunque se plantea que el resto “no podrán sufrir menoscabo por el establecimiento”, en los hechos ha significado el volcamiento del sistema público a la atención del AUGE/GES (Valdivieso y Montero, 2010; Tetelboin, 2015, p. 90; Ferrer, 2010). Tampoco los componentes de Salud Pública de la Reforma original recibieron la atención necesaria (Valdivieso y Montero, 2010).

En agosto de 2003 se enviaron al Parlamento los primeros proyectos de ley para implementar la reforma: la de Financiamiento, con el aumento del 1 % del IVA (18 a 19 %), pero no se aprobó el Fondo Universal Solidario, y los impuestos al Tabaco y al Diesel; la de Autoridad Sanitaria y Gestión en febrero del 2004, las de la estructura del MINSAL para crear dos subsecretarías: de Redes y de Salud Pública y la Superintendencia de Salud para el cumplimiento de las GES; la del Régimen General de Garantías [GES], en septiembre del 2004; la medular de todas ellas, la Ley 19966, que establece al MINSAL proponer cada tres años patologías al AUGE; la Ley de modificación de las ISAPRE en mayo del 2005; y la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes.

No obstante el triunfo de las ISAPRE por retener el 7 % de las cotizaciones previsionales y la postergación del Fondo Solidario, este período culminó en 2010 con un detonante de tipo estructural que no obstante precipitó la crisis de las ISAPRE. La resolución del Tribunal Constitucional [TC], que estableció su inconstitucionalidad en las “[...] sentencias del TC N° 1218-08 y N° 976-08, que declaran inaplicable la norma de la Ley 18933 de ISAPRES art. 38” (Zúñiga, 2013, pp. 514-515), generó una vasta jurisprudencia destinada a impedir que las aseguradoras privadas continúen con el empleo de tablas de factores de riesgos discriminando a las personas debido a su sexo o edad. En los contratos vigentes, el efecto de la sentencia del 9 de agosto de 2010 debía implicar que el precio de los planes

debería valorarse sumando el precio del Plan AUGE más el costo base del plan complementario, sin posibilidad de aumentarlo debido a factores como sexo o edad (Zúñiga, 2013).

LAS ISAPRE Y EL INICIO DE LA INCONSTITUCIONALIDAD DE UN FUNCIONAMIENTO ABIERTAMENTE INJUSTO

En marzo de 2010, la derecha asume la presidencia con Sebastián Piñera por primera vez desde el fin de la dictadura cívico-militar, y al poco tiempo, el 27 de julio del 2010, el TC emite una sentencia motivada por la judicialización de los múltiples reclamos de las personas en contra de los precios de los planes que subían de manera unilateral y abusiva, declarando inconstitucional el uso de tablas de riesgo en los planes de salud comercializados por las ISAPRE que discriminan por edad y sexo, contraviniendo el Derecho a la Seguridad Social (Artículo 19, N° 18), que explícitamente prohíbe todo tipo de discriminación, señalando que el Estado debía encontrar una solución inmediata al respecto. El TC afirma expresamente que el contrato que se celebra no equivale a un mero seguro individual de salud, regido por el principio de autonomía de la voluntad, pues opera en relación con un derecho garantizado constitucionalmente (Tribunal Constitucional, 2010).

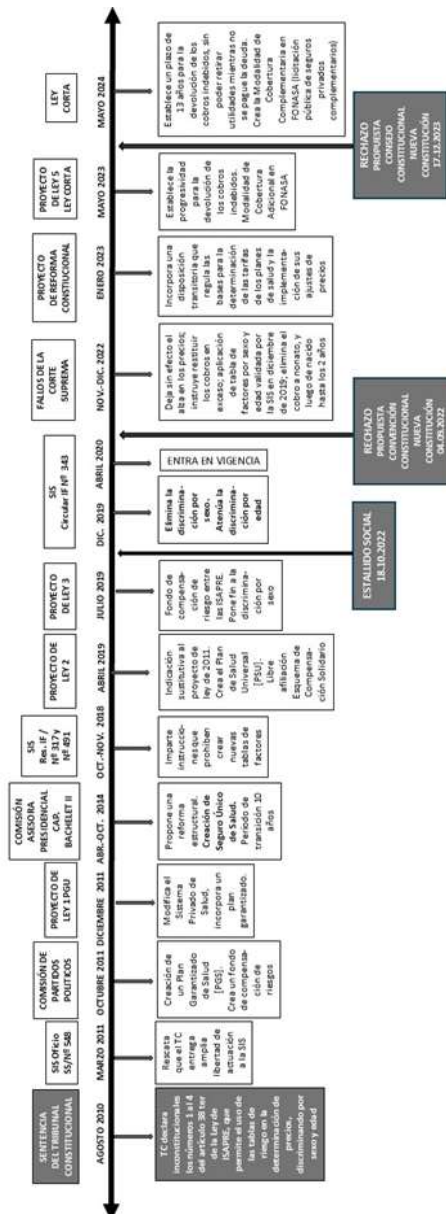
Casi una década después de la decisión del TC, en 2019, ahora bajo el segundo mandato del presidente Sebastián Piñera, la Superintendencia de Salud [SIS] emite una circular pidiendo a las ISAPRE corregir su conducta, sin que la industria las cumpliera, utilizando subterfugios administrativos para evitar la imposición del tribunal y de las autoridades sanitarias.

En ese marco, Sebastián Piñera forma una comisión de expertos, la llamada Comisión Piñera, para hacer una propuesta para solucionar la situación de indefinición estructural del Sistema de Salud. El informe final, por mayoría, respaldó la creación de un Plan Universal de Salud [PUS], propuso la creación de las Entidades de la Seguridad Social en Salud [ESSS], públicas y privadas. Estas entidades, basadas en el modelo del

sistema de salud colombiano, serían regidas por los principios de la seguridad social y gestionarían el financiamiento de dicho plan universal garantizado, preservando con ello el principio de Estado Subsidiario de la Constitución del 1980. De esta manera, se consolidaría el sistema de multiseuros (Comisión Asesora Presidencial de Salud, 2010).

Con el objeto viabilizar la aprobación de una ley que incluyera esas propuestas y que se hicieran cargo de la sentencia del TC, el gobierno cambia cambió el PUS por un Plan Garantizado de Salud, y creó una Comisión Encargada de Evaluar la Factibilidad de Crear un Plan Garantizado de Salud [PGS] (Cámara de Diputados, 2012). El Proyecto de Ley enviado por Piñera 1, establecía un fondo de compensación para asegurar este plan, en la práctica un AUGÉ ampliado, administrado por unas nuevas entidades de la seguridad social que pasarían a ser las ISAPRE y el FONASA, pero este último solo en su segmento de cotizantes reales, vale decir que las personas sin ingreso (o también denominadas “tramo A”) quedaban fuera de la propuesta, aunque sí son consideradas en el financiamiento del aporte fiscal. Pero, si en el régimen de garantías vigente existe un mecanismo formal para aumentar o modificar las prestaciones y servicios incluidos, ¿por qué solicitar atribuciones para crear un gran “paquete” dentro del cual las GES estarían incluidas? Al parecer la novedad, en tanto hipótesis plausible, era dejar fuera, excluir, las prestaciones no garantizadas, configurando unas “listas de espera No GES”. Con este proyecto, nada de lo que quedará por fuera del plan sería considerado. Además, mantiene la puerta abierta para que los prestadores privados con fines de lucro tengan el mismo estatus que la red pública y que se le deriven personas cuando los plazos de atención sean excedidos (Parada-Lezcano y Moraga, 2019).

Figura 1. Línea histórica de la inconstitucionalidad de las ISAPRE (2010-2023)



Fuente: Parada-Lezcano (2023).

En febrero de 2011, la Corte Suprema resolvió el recurso de apelación de las ISAPRE en relación con la aplicación de las tablas de factores y declaró, respetando el criterio del TC, sostener la declaración de la inconstitucionalidad que impide a las aseguradoras modificar el precio por cambio de tramo etario.

En 2014, la presidenta Bachelet, en su segundo gobierno, propone una nueva instancia para analizar la Reforma del Sistema Privado de Salud, la Comisión Asesora Presidencial [CAP], conocida como “Bachelet 2”. Esta señaló el origen ilegítimo de las ISAPRE, basada en la Constitución de 1980, la cual permitió su creación un año después bajo un marco de ausencia del “derecho a la salud” y defensa irrestricta de la “libertad de elegir”. Esto se sostenía en una falacia, en la medida que el Derecho a la Protección de la Salud depende del nivel de ingreso de las personas, y en las fallas de mercado en salud existentes, a saber: selección de riesgo y descreme; mínima e ineficaz regulación de las alzas de primas; preexistencias, cautividad y abuso de poder sobre los beneficiarios; desincentivo a la prevención de la salud; falta de transparencia e imposibilidad de comparar planes; integración vertical entre ISAPRE y prestadores, e integración horizontal consistente en la reducción del número de actores de mercado, originalmente sin regulación económica. Dicha Comisión se sustentó en los principios de la Seguridad Social, es decir: solidaridad, universalidad, igualdad, obligatoriedad, integralidad, unidad, participación, sustentabilidad, y culminaron su trabajo con una propuesta de mayoría de 10 de 16 comisionados/as a favor de la creación del Seguro Único de Salud, con una transición para completar la reforma de 10 años (Cid et al., 2016).

Tabla 1. Detalle de las propuestas de las diferentes comisiones presidenciales Piñera I, Bachelet II y Proyecto de Ley en el Gobierno de Piñera I

Propuesta	Estructura de Sistemas	Financiamiento
Comisión Piñera I Plan Único de Seguridad Social en Salud	- Alcance Sistemas FONASA e ISAPRE - Tiene una nómina común de prestaciones y soluciones a problemas cubiertos con priorización de problemas de salud en base a criterios técnicos.	- Aranceles para cada prestación o solución, a valores de mercado que cubran los costos reales de las prestaciones, es decir, tarifas equivalentes a prestadores privados de bajo costo.
Proyecto de Ley 2011 Plan Garantizado de Salud	- Alcance Sistema ISAPRE - Primas idénticas para todos los usuarios de ISAPRE, para prestaciones GES y no GES, eliminando la discriminación por edad, sexo y suprimiendo las preexistencias para los/as afiliados/as.	- Se paga una tarifa plana y se crea un fondo de compensación que permite que las ISAPRE se compensen por riesgos de las personas de su cartera de clientes.
CAP Bachelet II Seguro Único de Salud	- Alcance Sistemas FONASA e ISAPRE - Plan de Seguridad Social de Salud [PSS] - Planes complementarios - Fondo Mancomunado Universal [FMU] - Fondo Inter ISAPRE - Fondo de Incapacidad Laboral [SIL] - Transición de escenarios contractuales en diez años.	- Fondo mancomunado universal entre FONASA y las ISAPRE - Fondo Inter ISAPRE de compensación de riesgos en la transición.

Fuente: Mario Parada, elaboración propia.

En 2017, desde la Universidad Andrés Bello, surgió una propuesta que da sustento académico a la posición de la derecha y a la industria de ISAPRE, que establece:

Reformar las ISAPRE para cambiar su lógica y transformarlas en Administradores Privados de la Seguridad Social en Salud. Reestructurar FONASA en base a su ley del año 2000 y darle la potestad de Administrador Público de la Seguridad Social en Salud. FONASA debe tener autonomía en relación con el gobierno de turno y una gobernanza sólida, junto con la capacidad de utilizar sus recursos financieros en las acciones de salud hacia sus beneficiarios y no hacia el financiamiento del sistema público de salud. (Universidad Andrés Bello, 2023, p. 23)

Otra comisión de expertos/as integrada por miembros del Colegio Médico [CM] y de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile [ESPUCH] propuso, en 2018, una reforma estructural al financiamiento, también orientada por los principios de la seguridad social y el derecho a la salud, integrando a los sectores público y privado en una perspectiva de largo plazo para el fortalecimiento del sistema en su conjunto, incluyendo a las Fuerzas Armadas, como la propuesta de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social [ALAMES] capítulo Chile, publicada en Parada et al. (2014). Además, propuso un Seguro Universal de Salud, aumento en la protección financiera, con especial énfasis en los medicamentos, y mecanismos que permitan empoderar a los ciudadanos en relación con el derecho a la salud, entre otras medidas (Frenz, et al., 2018).

Por otro lado, la SIS, en su Circular IF/Nº 317 de 2018, impartió instrucciones que prohibían crear nuevas tablas de factores, no obstante la intención de dar certeza de continuidad a la industria.

EL ESTALLIDO SOCIAL Y EL DESENLACE FALLIDO PARA LA SALUD DE LA CONSTITUYENTE

En octubre de 2019 se produjo el inicio del llamado Estallido Social, donde millones de personas salieron a las calles para reivindicar, más allá del aumento del transporte público, la dignidad perdida desde la Constitución de 1980, la instalación de la sociedad de

mercado, las políticas privatizadoras, y por la conquista de derechos sociales efectivos. La lucha se tradujo en resultados cuando el 15 de noviembre de ese año, con un acuerdo cuasitransversal entre el Gobierno y el Congreso, se convocó a un plebiscito nacional para redactar una nueva Constitución, que se llevó a cabo finalmente en octubre de 2020. En el plebiscito de entrada, con voto voluntario, triunfó la opción de la Convención Constitucional con elección de todos sus representantes, pero con una baja participación, cercana al 50 %, es decir, aproximadamente cerca de 7,5 millones de personas no votaron por desconfianza en el sistema político. Por otra parte, el sistema político no estuvo a la altura de las demandas de la gente, al no considerarse parte del problema ni realizar una autocrítica.

En las elecciones presidenciales del 19 de diciembre de 2021 resulta electo Gabriel Boric de la coalición izquierdista “Apruebo Dignidad”, con un 54 % de los votos que se potencian junto al desarrollo de la Convención. Su programa proponía una transformación estructural largamente esperada por los sectores progresistas del país. Entre ellas, Seguridad Social en Salud de tipo universal, equitativa, financiada por impuestos generales. Entonces, el programa de gobierno planteaba una universalización equitativa, no basada en seguros, lo que en la práctica implicaba un cambio estructural, donde las ISAPRE se transformarían en seguros complementarios no sustitutivos.

En ese marco, la Convención debía lograr una mayoría de 2/3 para modificar la Constitución vigente de 1980. Sin embargo, las disputas principalmente de orden ideológico con los sectores conservadores de derecha aunque con tan solo el 18 % de representación, pero con gran poder económico y una feroz campaña mediática, lograron posicionar públicamente temas que influyeron a los sectores despolitizados, lo que contribuyó finalmente con la derrota del 4 de septiembre del 2022, con un 38 % por el Apruebo y 62 % por el Rechazo, y un bajo nivel de abstención por ser una elección obligatoria. Así, concluye la esperanza iniciada en octubre de 2019, develando que el país no está por transformaciones profundas, incluidas las de salud, y el inicio más tarde de un nuevo

proceso Constitucional, con un sentido contrario al espíritu de la primera. Así, el escenario político técnico de reforma del sistema de aseguramiento privado queda en espera de futuras definiciones más que políticas, constitucionales y/o legales que parecería podrían concretarse dada la crisis financiera de la industria de las ISAPRE que detonó en 2023 con su judicialización.

La redacción de la propuesta constitucional de la Convención Constituyente fue una oportunidad histórica para que Chile se diera un nuevo marco de convivencia y reproducción social, incluidas las relativas a la salud-enfermedad y atención-cuidado. En lo general, la propuesta consagraba a la salud como un derecho social inalienable, y proponía la instalación de un Sistema Nacional de Salud de carácter universal, público e integrado, regido por los principios de equidad, solidaridad, interculturalidad, pertinencia territorial, desconcentración, eficacia, calidad, oportunidad, enfoque de género, progresividad y no discriminación (Convención Constitucional, 2021). Solo Salvador Allende y la Unidad Popular habían propuesto algo similar; un Servicio Único de Salud en el contexto de la búsqueda de un socialismo real, ideario que no ha logrado volver a constituirse en alternativa en el Chile actual, aunque fue uno de los argumentos de la derecha de entonces para accionar el golpe de Estado de 1973.

Aunque los/as beneficiarios/as de las ISAPRE siguen quejándose de las abusivas subidas unilaterales de precios y, a pesar de que los tribunales han fallado predominantemente a favor de la gente cargando los gastos a la industria además de copar los tribunales con las demandas, y crear un mercado laboral de abogados que representan a personas afectadas por el comportamiento de estas empresas, no hubo resultados hasta ahora. Sin embargo, en pleno contexto de estallido social e inicio del Proceso Constituyente, la Circular de la SIS del 11 de diciembre de 2019 “Imparte instrucciones sobre una tabla de factores única para el sistema ISAPRE” (Superintendencia de Salud, 2019), reabriendo de manera oficial el debate de la inconstitucionalidad de la industria aseguradora privada con fines de lucro. Esa directriz administrativa echó por

tierra la tesis de que se requería de una ley para poder ejecutar la sentencia del TC de 2010, señalando que se acaba con la discriminación por sexo en los precios de los planes individuales y, aunque mantiene la discriminación por edad, impuso el uso de una tabla única de fijación de precios para toda la industria. Las nuevas reglas entraron en vigor en abril de 2020, pero nuevamente las ISAPRE no cumplieron con lo señalado, desatando una nueva oleada de demandas judiciales por parte de los/as beneficiarios/as.

En junio de 2021 es promulgada la ley que regula el procedimiento para modificar el precio base de los planes de salud individuales y deja sin efecto ajustes de precio informados por las ISAPRE en los años 2020-2021, ejerciendo una nueva presión para que la industria acatara la circular de 2019 (Biblioteca Congreso Nacional, 2021). Posteriormente, en agosto del mismo año, la Corte acogió una serie de recursos de protección presentados en contra de las ISAPRE y dejó sin efecto las alzas para todos sus planes de salud, no solo para los afiliados que recurrieron de protección. La CS estimó que los reajustes comunicados por las ISAPRE carecían de justificación, por cuanto debían fundamentarse específicamente en los factores introducidos por la ley; al igual que manifestó no ser suficiente una mención genérica a un eventual aumento de costos, ni los ajustados al índice máximo publicado por la SIS. Además, ordenó a la SIS a tomar las medidas administrativas necesarias para que las ISAPRE restituyeran a los cotizantes los montos cobrados en exceso como consecuencia del alza de los planes de salud, y revocaran las modificaciones de planes y las desafiliaciones efectuadas como consecuencia de las alzas. Esto se complementó con una circular de la SIS de septiembre de 2022.

Por otra parte, en octubre de 2022 se publicó el último decreto que aprueba las GES que, entre otras modificaciones, incluyó dos nuevas patologías. Como consecuencia, las ISAPRE anunciaron alzas a las primas GES, que en algunos casos alcanzaron aumentos de casi un 50 % respecto a las vigentes. Frente a ellas se presentaron más de 138 mil reclamos ante la Superintendencia y un gran número de recursos de protección frente a las Cortes de justicia. La

resolución de dichos procedimientos se encuentra pendiente a esta fecha ante la CS, por lo que aún está por verse si se mantendrá el criterio jurisprudencial utilizado desde 2017 o si la situación actual de las ISAPRE hará que se incline por una interpretación diferente (Espacio Público, 2023 p. 17).

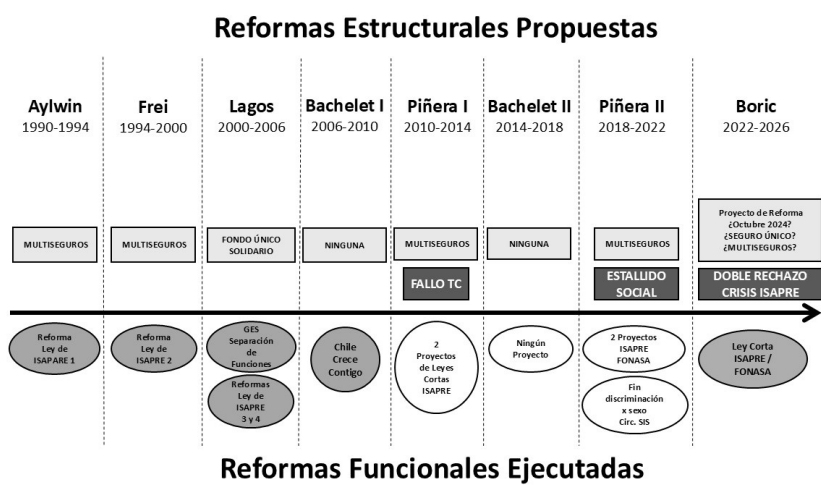
Tabla 2. Resumen de propuestas de reforma según responsables de funciones de los Sistemas de Salud

Propuestas	Rectoría	Financiamiento	Prestación	Tipo de sistema de salud
Gobierno 2022	Estado	Social (social y Estado)	+Mixto (Estado - privado complementario)	Sistema estatal con seguros complementarios
Gobierno 2019	Estado	Social (con aporte del Estado para menores ingresos)	Mixto (Estado - privado segmentado)	Sistema totalmente mixto (segmentado por riesgo e ingreso)
Escuela de Salud Pública - Colegio Médico 2018	Estado	Social (social y Estado)	Mixto (Estado - privado)	Sistema mixto basado en el Estado "Seguro Nacional de Salud"
Centro de Estudios Públicos 2017	Estado	Social (con aporte del Estado para menores ingresos)	Mixto (Estado - privado)	Sistema totalmente mixto (sin segmentación) "Seguro Social de Salud"
Instituto de Salud Pública Andrés Bello 2017	Estado	Social (con aporte del Estado para menores ingresos)	Mixto (Estado - privado)	Sistema totalmente mixto (integrado, sin segmentación) "Seguro Social de Salud"

ISAPRES	Estado	Social (con aporte del Estado para menores ingresos)	Mixto (Estado - privado)	Sistema totalmente mixto (segmentado por riesgo e ingreso) Sin judicialización
---------	--------	--	--------------------------------	---

Fuente: Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello y el Consorcio de Universidades en Políticas de Salud (2023).

Figura 2. Esquema de propuestas de reforma estructural y de reformas funcionales ejecutadas en el Sistema de Salud chileno en neodemocracia (1990-2026)



Fuente: Actualizado desde Parada-Lezcano y Moraga-Cortez (2019).

DISCURSOS POSFALLO DE LA CORTE SUPREMA SOBRE EL SALVATAJE DE LA INDUSTRIA O LA OPORTUNIDAD PARA SU DESMONTAJE (2022-2024)

El fallo de la CS de noviembre de 2022 resolvió la devolución de los montos cobrados en exceso a los afiliados de las ISAPRE en los últimos 5 años ocasionados por la aplicación de la tabla de factores

de riesgo a los planes, declarada inconstitucional por el TC en el año 2010. Concretamente, el fallo estableció la devolución a partir de abril del año 2020, fecha de la entrada en vigor de la tabla única sin discriminación por sexo y atenuación por rango etario instruida por la SIS, que al no ser acatada por la industria generó este margen respecto del valor calculado con base a esa tabla. El monto de la deuda según los criterios del fallo de la CS fue calculado por la SIS en 1.400 millones de dólares de mayo de 2023 (Isla, 2023). Este alto valor creó, desde la industria de las ISAPRE hacia la opinión pública, en el gobierno y en los referentes de la salud pública, preocupación por la quiebra y con ello la continuidad de los seguros privados en el corto plazo, presionando por una respuesta estatal destinada a evitarla, pero también advirtiendo que supondría una inmanejable sobrecarga de atenciones sobre el sistema público. En torno a ello tienen origen las propuestas que se discuten a continuación, que aparecen con una envoltura técnica pero que esconden intereses político-ideológicos.

El fallo había revitalizado también la discusión de la política pública respecto al rol del sector asegurador privado en salud, a partir no solo de argumentos técnicos respecto a la mejor estrategia para cumplir con el fallo, sino a las opciones que abren la puerta a su continuidad, solo diferenciándose en el mayor o menor nivel de tolerancia a los niveles de extracción de rentabilidad. Cabe recordar, que el sector privado de la industria aseguradora se había extendido hacia los espacios más rentables y lucrativos de la prestación de servicios en clínicas, centros médicos, laboratorios u otros establecimientos privados con los cuales las ISAPRE habían establecido convenios y que, al mismo tiempo, atendían a un segmento de la población FONASA mediante la Modalidad de Libre Elección [MLE]. Si bien la evidencia internacional muestra una variada combinación de arreglos respecto al tipo de prestadores permitidos en la red (públicos/privados), en los casos de países europeos, destacados por sus sistemas sanitarios, la prestación privada es permitida en instituciones sin fines de lucro y/o fuertemente reguladas. Lo anterior contribuye a evitar la sobreutilización de los recursos, tanto por el

lado de la demanda (usuarios) como desde los prestadores (oferta), la discriminación por riesgo y los gastos en *marketing* o publicidad. Pero, en el caso de Chile, “[...] es necesario recalcar que ninguno de los actores cuestiona hoy los fines de lucro entre aseguradores ni prestadores privados –algunos hasta proponen la inclusión de este tipo de prestadores en la atención primaria” (Parada, 2023c, p. 1).

Con relación a la dimensión técnica de las propuestas, algunas asignan un papel importante a la posibilidad de que, al existir un riesgo de quiebra masiva del sistema ISAPRE, los asegurados pasen necesariamente a ser beneficiarios del FONASA, disminuyendo los estándares de calidad y cobertura que actualmente les brindan los planes privados. Además, y más importante aún, se advierte el riesgo de que resulte potencialmente perjudicada la atención de los asegurados del seguro público, por la mayor demanda de servicios generada a la red, lo que haría incrementar las listas de espera. Sin embargo, queremos destacar que lo que estuvo en juego no es solamente la adopción de las mejores medidas técnicas para viabilizar la sentencia sin perjudicar la atención de los asegurados por el sector público, frecuentemente utilizado como argumento, ocultando el tema de fondo, la afectación a los intereses económicos del sector privado nacional e internacional de esta industria implícita en las propuestas. Lo anterior hace que la discusión se estructure a partir de posicionamientos ideológicos sobre el derecho a la salud y el rol de la industria privada en el sistema, lo que se entreteje con el cariz de una estrategia instrumental destinada a darle viabilidad técnica.

A continuación, se analizan tres de las propuestas que problematizan las tendencias entre ambos polos de la discusión, con la finalidad de comprender el objeto de fondo y perspectiva del debate más allá de la coyuntura actual en la línea del destino del sistema de salud.

Una primera posición relevante que ha orientado el debate es la del saber económico. David Debrott (2022), economista de la salud y exdirector del SIS, manifestó su posición respecto al tema solo una semana después de haberse conocido el fallo de la CS. En ella reconoce la veracidad del riesgo de insolvencia de los seguros

privados, incluso previo al fallo del máximo tribunal, pero se vería agravado de concretarse la devolución de fondos actualmente en discusión. Constata que las ISAPRE están al borde del incumplimiento de los estándares financieros que son monitoreados por la SIS, particularmente el depósito de su equivalente en deuda a modo de garantía. Las estadísticas expuestas por el autor muestran que, a junio 2022, es decir, antes del fallo de la CS, el peligro de incumplimiento de este indicador es transversal a toda la industria, al menos entre las ISAPRE abiertas, siendo la fuente de lo que denomina “bola de nieve financiera”.

Para decirlo de manera simple y breve: la industria de las ISAPRES está hace meses viviendo con un respirador artificial, y ya formó una bola de nieve financiera que no podrá ser frenada de manera ordenada, si no se actúa de forma inmediata y muy enérgicamente. (Debrott, 2022, p. 1)

Su análisis no se limita exclusivamente a la dimensión financiera del problema. A continuación, también aborda una posible crisis sanitaria y política, originada por la eventual insolvencia de los prestadores privados con fines de lucro con los cuales las ISAPRE establecen convenios y que, dado el escenario de insolvencia múltiple y simultánea, se transforman en deudas. Ninguna de las medidas establecidas en la actual Ley de ISAPRE sería suficiente para regular y atenuar las consecuencias sobre el sistema sanitario, si todos los seguros privados presentan insolvencia al mismo tiempo. La primera medida sería declarar un Régimen Especial bajo el cual la SIS solicita un Plan de Contingencia; luego, nombrar un Administrador Provisional; y en seguida, distribuir la cartera de asegurados entre las restantes instituciones privadas.

El verdadero problema de esta crisis del sistema de seguros privados de salud, subsidiados por la cotización obligatoria de la seguridad social, es que se transforme en una crisis sanitaria, por sus consecuencias en la situación financiera

de los prestadores privados y hacia la atención en el sistema público, así como una crisis política que afecte al gobierno. (Debrott, 2022, p. 1)

El argumento destaca la incapacidad del sector público para dar cobertura a los usuarios actualmente asegurados por el sector privado. La crisis aludida por Debrott (2022) prevé un escenario en donde la quiebra simultánea de las ISAPRE perjudicaría los tratamientos de los asegurados en este subsector, especialmente para los beneficiarios GES, que tendrían que someterse a las listas de espera del sector público, ya gravemente deteriorado o, alternativamente, asumir un mayor gasto de bolsillo para recibir la atención privada acostumbrada. Aunque no lo desarrolla explícitamente, de su exposición también se puede derivar que existe un deterioro en la atención de los actuales asegurados por el FONASA, entendiendo que el aumento a la demanda de prestaciones en la red pública, sin un incremento inmediato de la oferta, deterioraría aún más las condiciones en las que hoy son atendidos los afiliados al sector público.

En síntesis, no solo destaca la existencia de un riesgo real de quiebra masiva de la industria aseguradora privada, sino también su expansión hacia los prestadores privados con los cuales se establecen deudas. “El riesgo de que la quiebra de las ISAPRE arrastre a los prestadores privados es evidente y real, y es posible minimizarlo con medidas adecuadas que hasta ahora no se han tomado desde el ámbito de salud” (Debrott, 2023a, p. 1).

De ahí que esta propuesta no solamente intente evitar las consecuencias nocivas que acarrearía la migración simultánea y masiva de usuarios hacia el FONASA, sino que considera acciones para otorgar viabilidad financiera a los establecimientos privados que dependen de la industria de las ISAPRE. En general, se apunta a que el FONASA, como seguro mayoritario, establezca nuevos convenios con el sector prestador privado, “complementarios” a la red pública. Otras acciones serían: acelerar el pago de la deuda existente con los actuales convenios que el FONASA ha suscrito y/o aumentar su compra (segundo prestador GES, Ley de Urgencia,

Camas críticas, entre otros), inyectando recursos a las clínicas para disminuir la posibilidad de que la quiebra de las ISAPRE arrastre a los prestadores privados; mayor integración de prestadores privados a la red de los Servicios de Salud; otorgar crédito preferencial, desde instituciones públicas, hacia prestadores privados no relacionados con los *holdings* dueños de algunas ISAPRE; y, por último, adquisición de infraestructura y equipamiento de estos establecimientos por instituciones públicas. Sin embargo, la propuesta central del autor considera la mantención de los convenios de los afiliados por las ISAPRE bajo administración del FONASA: si los convenios con prestadores privados se mantienen, no sería necesario contribuir a la viabilidad de la industria o el “salvataje”. La propuesta medular es visualizada como una salida intermedia a la propuesta contenida en el Programa de Gobierno de Boric (Fondo Universal de Salud y Seguros Privados regulados y complementarios) para evitar la posible crisis, proponiendo una migración ordenada de los contratos de los asegurados por las ISAPRE hacia el FONASA, manteniendo la continuidad de los establecimientos de salud privados.

Básicamente, se trata de que la Superintendencia tenga la facultad de transferir no solo a los beneficiarios, sino los contratos, hacia el FONASA, tal como lo puede hacer respecto de las demás ISAPRE. Por otra parte, debe permitir que FONASA administre tales contratos y pueda recibir la cotización voluntaria. Esto permitiría que los beneficiarios del sistema privado migren ordenadamente hacia el sistema público, manteniendo sus coberturas financieras contratadas y la atención en los prestadores privados. (Debrott, 2022, p. 1)

Esta propuesta incluye la separación de las cuentas de ambos segmentos poblacionales, los actuales FONASA y los migrados desde las ISAPRE, es decir, existiría ausencia de solidaridad horizontal. Al mismo tiempo, precisaría de la creación de un nuevo segmento transitorio a la espera de una reforma de mayor profundidad, el

“FONASA E”, con coberturas y niveles de cotización diferentes al grupo más privilegiado del actual seguro público, el FONASA D. Esto último, denominado por algunos como la “isaprización del FONASA”, es diferente de la regulación actual, que permite la migración de usuarios entre FONASA e ISAPRE, pero bajo las condiciones del seguro público; es decir, con la asignación hacia los tramos ya existentes (A, B, C, D); con los convenios con prestadores públicos y privados actualmente vigentes; con el nivel de cotización estandarizado en 7 %, sin la opción de una cotización voluntaria para conseguir mejores coberturas de prestaciones; y con copagos variables según el tramo de ingreso.

Se debe crear un régimen especial en FONASA –al que hemos llamado “Grupo E”–, pues debe ser diferente al régimen general, tanto por la posibilidad de recaudar el total de las cotizaciones obligatorias y voluntarias, como por la de mantener las coberturas financieras en prestadores privados. Eso no podría ser viable en los Grupos A, B, C y D actuales, ya que allí funcionan solo las modalidades de atención institucional y la libre elección. Esto sería algo diferente, especial y transitorio. (Debrott, 2023b, p. 1)

La opción de acogerse al nuevo tramo “E” sería voluntaria, pues los asegurados en ISAPRES con insolvencia financiera mantendrían la opción de acogerse a la modalidad tradicional del FONASA o, inclusive, afiliarse a un seguro privado que, eventualmente, se mantendría saludable financieramente. La propuesta estaría restringida para los afiliados a ISAPRE con solvencia y resguarda, al menos en el discurso, el nulo gasto fiscal, entendiendo que la atención “privilegiada” de los actuales asegurados por las ISAPRE será financiada por la cotización voluntaria que ya paga este segmento con sus actuales planes.

Este conjunto de medidas se presenta como opciones que, atendiendo el marco de las restricciones impuestas por el escenario sociosanitario, político y económico-financiero del sector salud,

genera propuestas de política pública transitoria, que sin modificar la inequidad en salud, o incluso profundizándola, evitaría una crisis sanitaria y política supuestamente de mayor envergadura que pudiese repercutir en costos para la actual administración. También se destaca el hecho de que el rol del Estado está orientado a resguardar las condiciones de las personas, y no de la industria.

No es cierto que esta propuesta cree una inequidad; esa inequidad es la que ya ha existido durante cuatro décadas. Lo que hace es tratar de ayudar a los beneficiarios de situaciones más complejas, y en las que la responsabilidad del Estado es insustituible. Por cierto, el modelo de sistema de salud que buscamos no es este, pero ese es otro tema. Hay que trabajar en paralelo en esa gran reforma. (Debrott, 2023b, p. 1)

Una segunda propuesta a la crisis de las ISAPRE agudizada por el fallo de la CS, desde el pensamiento médico-social, la realiza Parada (2023), que pone el foco del análisis desde el rol del Estado frente a la protección del derecho a la salud con criterio de equidad. Desde ahí critica las propuestas de política pública en debate que promueven que el Estado resguarde de forma “privilegiada” el derecho a la salud solo del segmento más favorecido de la población, atentando contra la noción misma del derecho universal a la salud (Parada, 2023).

[...] la solución no pasa por la creación de una nueva modalidad de atención en el FONASA, lo cual aumentaría la inequidad en el propio sistema público [...], ni por la creación de un plan general o universal en las ISAPRE [...]. (Parada, 2023b, p. 1)

La solución propuesta hasta ahora es como admitir que el Estado (a través de FONASA) no resguarda el derecho a la salud, y por eso es que hay que inventar un nuevo grupo “E” para quienes hoy tienen tal derecho asegurado (actuales

afiliados a ISAPRE), pero que lo perderían si es que la industria quiebra. (Parada, 2023a, p. 1)

El que eventualmente los afiliados de ISAPRES vean asegurado su derecho a la salud en condiciones considerablemente mejoradas a través de la acción del Estado, al garantizarles mejores coberturas, la mantención de sus actuales planes, opciones de cotización adicional, atención en prestadores privados, etc., estaría reñida con la concepción de equidad y promovería la ausencia de solidaridad que presenta la sociedad chilena actual. (Parada, 2023c, p. 1)

Alternativamente, el autor propone una estrategia técnico-política destinada a aprovechar el momento crítico de las ISAPRE y un gobierno proclive a la universalización de la salud. “Es muy inadecuado no hacerse cargo de que esta coyuntura debe ser un catalizador para la ejecución del programa de gobierno aún vigente, el cual incluye el compromiso de emprender una reforma en salud” (Parada, 2023b, p. 1). Al respecto, propone acelerar el trámite hacia una solución de fondo que contemple la unificación de la administración de los fondos previsionales hacia la salud con criterios de equidad, con una progresión secuencial en el mediano plazo pero que, en el camino, no retroceda ni conserve espacios institucionales-estatales promotores de la inequidad. La propuesta considera la continuidad de las actuales ISAPRE como seguros complementarios a las coberturas otorgadas por el órgano administrador de los fondos.

Hoy es el momento de dar suma urgencia a una reforma profunda: la mancomunación de todos los aportes de los/as trabajadores/as en un “Fondo Universal de Salud” de primer piso, tal como plantea el programa de Boric, y el establecimiento de las ISAPRE como seguros complementarios de segundo piso. Además, se debe definir un plazo de instalación del nuevo sistema en régimen (cinco a diez años), pero sin soluciones [...] parche que solo aumente la inequidad que caracteriza a la salud en Chile. (Parada, 2023a, p. 1)

La injusticia social que se vive en salud debe quedar atrás, y este es el momento para iniciar dicha transformación. (Parada, 2023b, p. 1)

La propuesta alude a una reforma estructural del sistema de salud, de fondo, inseparable de las acciones discutidas para viabilizar el pago de lo adeudado por las ISAPRE. Medios y fines no son dissociables: una reforma mayor al sistema sanitario basada en los principios de la solidaridad y equidad, que, en tanto fin, debe ser coherente con los medios adecuados para viabilizar este objetivo, aun mediando el complejo escenario actual. Por tanto, las acciones para resolver la crisis “coyuntural” de hoy deben considerar la implementación de medidas que aminoren la segmentación según ingresos actualmente reinante, es decir que, en tanto medio, no tolere que instituciones públicas avancen en la dirección contraria.

Adicional a la atención individual, otro elemento ausente del debate de fondo son las modalidades de financiamiento del sistema para alcanzar los principios de solidaridad, equidad y justicia social colectiva. Dadas las características del fenómeno salud-enfermedad y sus determinaciones, financiar acciones sanitarias sin coordinación con una institucionalidad que integre, lidere y coordine, al mismo tiempo, estrategias socioambientales se muestra ineficaz e ineficiente, y demanda estrategias e intervenciones que actúen sobre los entornos sociales, culturales, económicos y espaciales que inciden en la salud de las personas y comunidades, además de la promoción de entornos saludables que en tanto bienes públicos tienen grandes externalidades positivas.

[...] el fenómeno salud-enfermedad-atención-cuidados está socialmente determinado, y es la base para entender por qué es necesaria la universalización con financiamiento solidario, poner foco en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y el abordaje del tema junto a las comunidades y con participación vinculante. No se necesita financiar “solo” atenciones de salud, sino un cambio de orientación global del sistema. (Parada, 2023c, p. 1)

Con relación a la equidad, el sistema de salud debiera dirigir la inversión hacia el mejoramiento de las determinaciones de quienes se encuentran en peores condiciones sociosanitarias, atenuando las diferencias injustas y evitables en salud, que, en tanto tal, son causadas por las condiciones de vida a las cuales las personas se encuentran expuestas.

En relación con el principio de justicia en el financiamiento, con implicancias ya no sobre el destino de los recursos, sino sobre su fuente u origen, destaca que los recursos para salud provienen de las personas, ya sea en modalidad de impuestos generales, contribuciones sociales, copagos o gasto directo. Recuperar un esquema de financiamiento solidario, coherente con la complejidad del fenómeno salud-enfermedad y su expresión en distintos momentos y condiciones de vida, deberá considerar recaudar los recursos de forma “progresiva”, es decir, con una mayor carga de quienes poseen más recursos proporcionalmente a sus ingresos, independientemente de sus necesidades, para lograr justicia social.

De esta forma, se formula una propuesta para viabilizar el cumplimiento de la sentencia de la CS y para atender los principios de solidaridad, equidad y justicia social en el financiamiento del sistema sanitario, aún ante el escenario de fuerte inequidad y segmentación actualmente existente, del cual las ISAPRE son una pieza fundamental. En primer lugar, se considera la posibilidad de establecer legalmente un plan de cierre de la industria aseguradora privada en un horizonte de cinco años, visualizándola como la real transición entre la situación actual y lo comprometido en el Programa de Gobierno de Boric para, de esta manera, respetar el principio de igualdad de la seguridad social. Este principio debería concretarse en que el Estado otorgue las mismas condiciones de la atención sanitaria a las personas que presentan iguales necesidades de salud, sin que la capacidad de pago de las personas sea un factor discriminador de la atención.

Con un diseño tal que se haga una instalación del seguro único de manera ordenada, regulada y, sobre todo, protegiendo a

los afiliados a ISAPRE con enfermedades crónicas y graves para que no se deterioren sus actuales condiciones ni caigan en la ruina financiera. (Parada, 2023d, p. 1)

Por otro lado, es necesario desmitificar el hecho de que las personas migradas hacia el FONASA desde las ISAPRE, dada su crisis de insolvencia terminal, se enfrentarían a las mismas “paupérrimas” condiciones de atención que enfrentan las personas aseguradas por el sector público (listas de espera, bajas coberturas, copagos elevados, mal trato, etc.). Esto porque la segmentación al interior del propio FONASA ya es hoy una realidad materializada en la existencia de los tramos según ingresos, lo que permite el acceso a la prestación MLE de los sectores más aventajados en términos socioeconómicos (grupos B, C y D), que son hoy la mayoría dentro del FONASA y quienes ya se atienden preferentemente en prestadores privados individuales e institucionales en convenio.

Además, los actuales afiliados a ISAPRE, por la modalidad en que la industria ha establecido los precios de los planes, pagan generalmente una cotización superior al 7 % obligatorio (en torno al 10 % del salario), además de copagos al momento de uso y habitualmente poseen seguros complementarios. De esta forma, en términos estrictamente económicos, las personas migradas hacia el FONASA verían disminuida su cotización al 7 % de sus ingresos; dado que se trata de un segmento de altas rentas, al menos comparativamente con los salarios de los afiliados al sector público, es previsible que serían calificados en el tramo D, por lo que accederían preferentemente a la MLE e, inclusive, podrían reinvertir el ahorro de su cotización (denominada comúnmente “voluntaria”, la diferencia entre el 7 % y el porcentaje del salario al que corresponde efectivamente a su plan), con la contratación de seguros complementarios, probablemente en una versión mejorada de los que actualmente pueden tener suscritos. Dada estas tendencias genuinamente previsibles, el gasto de las personas tendería a *netearse*, por lo cual el Estado no invertiría mayores recursos en el resguardo de la atención del

segmento más favorecido de la población proveniente desde las ISAPRE (Parada, 2023e, p1).

Una tercera propuesta para analizar es la promovida por expersoneros de gobierno bajo la administración concertacionista y de derecha proclives al mercado en salud. Particularmente, Héctor Sánchez, exsuperintendente de ISAPRE entre 1990 y 1993, también advierte de los riesgos sanitarios que implicaría una quiebra masiva de las ISAPRE para la continuidad de los tratamientos de las personas actualmente beneficiarias por el sector privado al pasar a atenderse en los establecimientos públicos. Es llamativo que el autor considere la implementación de la reforma incluida en el Programa de Gobierno actual como una especie de “aprovechamiento ilícito”, dada la actual coyuntura crítica de la industria aseguradora: “En este escenario, el Gobierno podría escudarse en la Corte Suprema para ‘imponer a la fuerza’ su reforma de salud fundada en un seguro único estatal, cuyo marco ideológico ya fue rechazado en septiembre por un 62 % de la población” (Sánchez, 2022a, p. 1).

En su propuesta, llama a la SIS a diseñar una estrategia que viabilice la devolución de los montos cobrados en exceso, pero incorporando algunas condiciones que hicieran posible la continuidad de la industria en condiciones similares a las que actualmente vigentes: i) estableciendo un período de prescripción de las devoluciones; ii) un plazo razonable para efectuar las devoluciones a los afiliados; iii) y algún mecanismo para absorber el impacto financiero de estas devoluciones en incrementos futuros de los planes.

Esto manejando tres variables a lo menos: instalar la nueva tabla de factores de riesgo, formas de pago de las devoluciones si las hay y modificación del precio sin afectar a las personas, recordando que la Corte en su pronunciamiento y el propio fallo busca resolver un problema y no destruir. (Sánchez, 2023, p. 1)

Paralelamente, este autor aboga por un proyecto de ley de más amplio alcance, no limitado a una normativa emanada de la SIS,

que en lo medular elimine el modelo de precio basado en la discriminación por sexo y edad mediante la compensación por riesgo en un contexto de multiseguros. Cabe destacar que el sector neoliberal que representa Sánchez ha propuesto permanentemente la consolidación del sistema de multiseguros en Chile.

En otras declaraciones, este autor debate y cuestiona la propuesta de Debrott sobre el traspaso ordenado de usuarios ISAPRE hacia el tramo “FONASA E” desde dos líneas argumentativas críticas. La primera, ideológica, al considerar que esta estrategia sería una privatización encubierta al “dejar caer” a las ISAPRE.

[La propuesta de un FONASA E] es un volador de luces para disfrazar una estatización forzada de la salud, que provocaría el cumplimiento del dictamen sin considerar el contexto financiero actual del sistema, lo que conduciría a una quiebra, donde 3,2 millones de personas pasarían a FONASA. (Sánchez, 2022b, p. 1)

Las segundas, de carácter técnico (a la propuesta de Debrott), que harían dudar de que el traspaso generaría un nulo gasto fiscal, entendiendo que se trata de una industria que ya está en insolvencia. También cuestiona el hecho de que los prestadores que atienden actualmente a los usuarios ISAPRE podrían continuar operando en condiciones de normalidad, dado que los precios pagados por FONASA a los usuarios “tramo E” no serían los mismos que hoy están convenidos por las ISAPRE. Por último, Sánchez cuestiona la capacidad del FONASA para administrar los múltiples planes (más de 5 mil) que las ISAPRE tienen suscritos con sus beneficiarios, recordando que los prestadores pueden establecer varios planes con una variedad de aseguradoras e, inclusive, en diferentes regiones del país, lo que evidentemente haría aumentar el gasto en administración actual del seguro público. Este es un punto crítico clave considerado como un supuesto en la propuesta de Debrott para estimar que no habría necesidad de mayor gasto fiscal para la implementación del tramo E del FONASA.

El término del período, y del presente capítulo, concluye con el desenlace del debate con la aprobación de la llamada “Ley Corta” de ISAPRE por parte del Parlamento, con los votos transversales de los sectores políticos en mayo de 2024. En síntesis, la legislación fija un período de 13 años para la devolución de la deuda, con la excepción de personas mayores de 65 y 85 años, para los cuales se consideran plazos menores de devolución (5 y 10 años, respectivamente); descuento de deuda de los excedentes ya devueltos; sanciones a las aseguradoras que retiren utilidades durante el período de devolución de la deuda; creación de la Modalidad de Cobertura Complementaria [MCC] al interior del FONASA, y la regulación de los futuros aumentos por medio del Índice de Costos de la Salud [ICSA], permitiendo, por tanto, la reintegración de los montos devueltos hacia las ISAPRE, vía aumento de precios. En síntesis, otorga viabilidad financiera al aseguramiento privado de la salud, manteniendo un nicho de acumulación de capital, incorporando una opción (la modalidad MCC) para conservar una atención en mejores condiciones para las personas de mayores rentas, vía convenios con seguros complementarios o de “segundo piso”, para los cuales el FONASA actuará como un intermediador.

A la luz del contenido aprobado en la Ley Corta, podemos advertir que esta constituye una mezcla de la primera (Debrott) y la tercera propuesta (Sánchez) expuestas anteriormente. Tanto la MCC como el “FONASA E” responden a la idea de que el FONASA y, por tanto, el Estado, deben garantizar la atención privilegiada de las personas actualmente afiliadas a las ISAPRE y que, dada la crisis financiera gatillada por el fallo de la CS, pudiesen ser “impedidas” a transitar hacia el seguro público. Originalmente, la propuesta de “FONASA E” estaba destinada exclusivamente hacia exafiliados de ISAPRE; en cambio, la MCC se aprobó en la ley para todos los asegurados por FONASA, descontado el segmento sin ingresos. En términos del alcance poblacional de estas medidas, la MCC parece ser una extensión del “FONASA E”, una ampliación del grupo privilegiado. La única sutileza es la forma en que se garantiza la atención privilegiada de este segmento: originalmente, el “FONASA

E” asumía el traspaso de los convenios de los exasegurados por las ISAPRE; en cambio, la MCC considera una nueva licitación masiva con una cotización adicional al 7 % para conseguir mejores coberturas. En ambas, el resultado es el mismo: la institución estatal resguarda la atención privilegiada del segmento de mayores rentas de la población, con nula redistribución y, por tanto, agudizando las inequidades.

La aprobación de la “Ley Corta”, en estos términos, supone un nuevo embate privatizador al promover la administración de una parte de la cotización, ahora superior al 7 %, bajo seguros privados “de segundo piso” para los afiliados al seguro público, el FONASA, en los cuales este último actuará como un intermediador financiero. En la práctica, la MCC permitirá que los usuarios de más altas rentas del FONASA destinen un porcentaje adicional de la prima obligatoria a la contratación masiva de un plan de prestaciones con cobertura homogénea. De esta forma, la segmentación previamente vigente en el sistema sanitario (entre usuarios FONASA e ISAPRE y al interior mismo del FONASA) solo se verá acelerada, previendo una posible agudización de las inequidades, pero también de las contradicciones que han cuestionado, desde sus inicios hasta ahora, intermitentemente, al modelo.

CONCLUSIÓN

El presente capítulo analizó, en coyunturas críticas para el tema desde 1981 hasta 2024, los procesos de creación, evolución, funcionamiento y salvataje de las ISAPRE, siempre en relación con el menoscabo del sistema público de salud chileno. La perspectiva de análisis utilizada fue la Salud Colectiva / Medicina Social, la cual postula y lucha por el derecho universal a la salud garantizado por el Estado y sus instituciones, y se resiste y critica los sistemas de mercado impuestos por los procesos neoliberales y la privatización/mercantilización consecuente de la seguridad social y la salud. El trabajo revisó tres coyunturas de análisis que han resultado con la instalación de las ISAPRE en su origen bajo la dictadura, y dos momentos que pudieron haber retrotraído su avance adicional a

las facilidades producidas por el fallo Constitucional de 2010 y de la CS en 2022 para su cumplimiento, a favor del sector público de salud, pero por el contrario, las fortalecieron y salvaron. Estos dos momentos o coyunturas fueron la decisión del AUGGE/GES en el 2001, y la reciente aprobación de la “Ley Corta”, en mayo de 2024. En dichos períodos, se analizaron discursos de actores considerados relevantes por sus posiciones en momentos críticos de definiciones sobre el futuro de las ISAPRE, estrechamente vinculados al destino y posibilidades del sistema público. El objetivo específico ha sido recuperar las miradas estratégicas de política pública y sistematizar las principales propuestas. Los actores se seleccionaron considerando la relevancia de sus aportes, en tanto representantes de posiciones socialmente significativas, desde las conservadoras a las más alternativas a las tendencias privatizadoras dominantes en el país. Se analizaron sus argumentos y resultados con relación a la mantención o la transformación estructural del sistema de salud.

La conclusión más relevante del conjunto del período es que el país no ha podido correr los límites de la imposición privatizadora en general y en salud, congruente con el contexto conservador que prima en la sociedad chilena y la instalación profunda del proyecto de mercado material y simbólicamente. A la vez, se destacan el peso de los intereses y la pugna de la sociedad por encontrar elementos comunes para concurrir y traducir políticamente su voluntad de alcanzar derechos, frente a un modelo de mercado profundamente consolidado, hegemónico y dueño del país. No obstante, cada vez se han ido perfilando gobiernos más sensibles a los intereses de las mayorías, profundamente limitados por los Congresos y que, en sus claudicaciones, pierden apoyo ciudadano.

Las ISAPRES han sido las rectoras del sector salud, imponiendo siempre, en cada una de las coyunturas críticas, incluso en las más desfavorables, su poder de veto a los avances democráticos y a la recuperación del sistema público. Se evidenció la expansión de la industria ISAPRE, que lleva más de cuarenta años en el país, lo cual hace suponer que sigue representando un nicho valioso de acumulación de capital y un símbolo ideológico, pues de otro modo

no se explica el interés de actores privados por mantener la administración de fondos previsionales en salud, pese a atravesar por contextos sociopolíticos adversos y administraciones gubernamentales que se han mostrado proclives al desmontaje de la privatización del sistema.

Ejemplo de lo anterior lo constituye el llamado “estallido social” de 2019, el primer proyecto constitucional progresista rechazado en 2022 y el programa de gobierno del presidente Gabriel Boric. En todas estas coyunturas existieron esfuerzos de los actores sociopolíticos y/o contextos críticos, pero no han llegado a horadar, en lo fundamental, a la industria.

Un segundo elemento, derivado de lo anterior, es el destacado papel que ha jugado el Poder Judicial al respecto al establecer jurisprudencia que cuestiona la constitucionalidad de la modalidad en la que las ISAPRE establecen sus costos y las alzas en los precios de sus planes, basándose en discriminaciones arbitrarias según el sexo y edad de los asegurados. Es a partir del fallo del TC, en 2010, que se aceleró la respuesta estatal a los requerimientos judiciales que el sistema político había sido incapaz de resolver durante más de tres décadas y, a partir del cual, las ISAPRE parecen haber salido incólumes. El cuestionamiento de la CS era la forma, es decir, el “procedimiento” mediante el cual se establecían los incrementos a los planes, pero mantiene incólume el problema de fondo, que es la transgresión a los principios de igualdad y equidad al discriminar a los usuarios cuyos planes no son rentables para la industria y que acaban atendándose en el FONASA cuando tienen mayores necesidades de salud y menores ingresos (población mayor, desempleada, mujeres en edad fértil, niños, etc.). Lo aprobado por el Parlamento, con la Ley Corta, mantiene finalmente la discriminación por edad y mandata al Ejecutivo a que se avance hacia la eliminación de la discriminación por estado de salud (preexistencias), pero manteniendo la discriminación por ingresos económicos (multiseguros).

En consecuencia, la crítica de fondo a las ISAPRE no es la “forma” bajo la cual establecen los precios de los planes, sino la coexistencia con un sector público, FONASA, que en la práctica

actúa subsidiando la rentabilidad del capital administrado por las instituciones privadas.

Finalmente, la creación de la MCC como política pública considerada en la “Ley Corta” que cierra el período en análisis, se interpreta como un nuevo embate privatizador en la línea de los anteriores: la creación del sistema con base a una cotización social y la creación del AUGE/GES. En los tres casos se ha tratado de incrementar o salvar a las ISAPRE. De esta forma, la segmentación previamente vigente en el sistema sanitario (entre usuarios FONASA e ISAPRE y al interior mismo del FONASA) solo se verá acelerada, y se puede prever una agudización de las inequidades, pero también de las contradicciones que han cuestionado, hasta ahora intermitentemente, al modelo.

A más de tres décadas de neodemocracia y a catorce años del fallo del TC que en 2010 declaró inconstitucional el uso de tabla de factores en los cobros de salud, puede estar dándose la paradoja de que el gobierno más progresista de la historia reciente de Chile pueda estar en camino de concretar la vieja aspiración liberal/conservadora del multiseuro.

BIBLIOGRAFÍA

Almeida Filho, Naomar y Silva Paim, Jairnilson (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, (75), 5-30.

Apruebo Dignidad (2021a). Programa de Gobierno Apruebo Dignidad. CEPAL. <https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan%2Bde%2Bgobierno%2BAD%2B2022-2026%2B%282%29.pdf>

Apruebo Dignidad (2021b). Programa de Gobierno Apruebo Dignidad. *Radio Valentín Letelier - Universidad de Valparaíso*. https://rvl.uv.cl/images/noticias/2021/archivos/Plan_de_gobierno_AD_2022-2026.pdf

Artaza, Osvaldo (14 de mayo de 2001). La Reforma Necesaria, Informe N°58 (pp. 1-7). Santiago de Chile: Asuntos Públicos Org.

Banco Mundial (1993). Informe sobre el Desarrollo Mundial. Invertir en Salud. Washington: WB.

Besnier, María Isabel (23 de abril de 2001). Reforma garantizará salud a todos. Entrevista a Mariano Ruiz Esquide. *Las Últimas Noticias*.

Biblioteca Congreso Nacional (2021). Ley 21350. Regula el procedimiento para modificar el precio base de los planes de salud. BCN. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1161024>

Blanco Gil, José y Rivera Márquez, José Alberto (1994). La Carga Global de Morbilidad. En Asa Cristina Laurell, Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud (pp. 111-128). México: UAM-X.

Cámara de Diputados (2011). Proyecto de Ley que modifica el Sistema Privado de Salud, incorporando un plan garantizado. Boletín 8105. <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=8504&prmBL=8105-11>

Cámara de Diputados (6 de marzo de 2012). Integrantes de la Comisión que evaluó la creación de un Plan Garantizado de Salud explicaron su trabajo en la Comisión de Salud. *Centro de Prensa de la Cámara de Diputados*. https://www.camara.cl/prensa/sala_de_prensa_detalle.aspx?prmID=48424

Cid, Camilo et al. (2016 [2014]). Informe final. Comisión asesora presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado. [Segunda edición]. MINSAL. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf

Colegio Médico (14 de abril de 2001). *Ley General de Salud, Unidad de Estudios*. Santiago de Chile: Colegio Médico.

Concertación de Partidos por la Democracia (s.f.). Matriz de Financiamiento para análisis comparativo. Santiago de Chile: Concertación.

CONFENATS (diciembre de 1999-2001). Programa de Trabajo [documento]. Santiago: CONFENATS.

Consejo Nacional de Salud (s.f.). Propuesta de Salud para Chile. S. d.

Convención Constitucional (2021). Propuesta de Constitución Política de la República de Chile. *Convención Constitucional*. <https://www.chileconvencion.cl/iniciativas-normas/>

Debrott, David (2022). Isapres: una bola de nieve financiera. *CIPER*. <https://www.ciperchile.cl/2022/12/07/isapres-una-bola-de-nieve-financiera/>

Debrott, David (2023a). Entran clínicas a la crisis de las ISAPRE. *CIPER*. <https://www.ciperchile.cl/2023/03/16/entran-clinicas-a-la-tesis-de-las-isapres/>

Debrott, David (2023b). ¿En qué consiste el nuevo “grupo E” de FONASA? *CIPER*. <https://www.ciperchile.cl/2023/01/23/en-que-consiste-el-nuevo-grupo-e-de-fonasa/>

Díaz, Juan Francisco (2000). *Propuesta de Salud para Chile (en síntesis ejecutiva)*. Santiago de Chile: FENPRUSS.

Duarte Nunes, Everardo (septiembre de 2013). O pensamento social em saúde na América Latina: revisitando Juan César García. *Cad. Saúde Pública*, 29(9), 1752-1762.

Durán, Víctor Hugo (18 de mayo de 2001). Documento revela pilares de la reforma de salud. *La Tercera*.

Espacio Público (2023). Crisis de las Isapres: vías de solución para un problema crónico. Informe de Política Pública. *Espacio Público*. https://espaciopublico.cl/nuestro_trabajo/informe-de-politica-publica-tesis-de-las-isapres-vias-de-solucion-para-un-problema-cronico/

Frenz, Patricia et al. (2018). *Propuestas para una Reforma Integral al Financiamiento de la Salud en Chile*. Santiago de Chile: Escuela de Salud Pública/Universidad de Chile/Colegio Médico de Chile A. G. <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2018/05/Propuesta-Reforma-de-Financiamiento-Integral-a-la-Salud.pdf>

Granados Cosme, José Arturo y Tetelboin Henrion, Carolina (8-15 de diciembre de 1999). Las ISAPRES y su impacto en el sistema de salud chileno. *Revista Salud Problema*, Año 4(7). [Nueva Época].

Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello y Consorcio de Universidades en Políticas de Salud (2023). Actualización en nuevo contexto “Coloquios de reforma de salud espacios de diálogo y consenso”. *ISP Andrés Bello*. <https://www.ispandresbello.cl/wp-content/uploads/2023/07/COLOQUIOS-DE-REFORMA-DE-SALUD.pdf>

Isla, Jorge (10 de mayo de 2023). Ley corte: gobierno confirma que las devoluciones de Isapre bordean los US\$ 1.400 millones. *El financiero*. <https://www.df.cl/empresas/salud/ley-corta-gobierno-confirma-que-las-devoluciones-de-isapres-bordean-los>

La Segunda (17 de mayo de 2001). Ministra Bachelet dijo que el polémico Fondo Solidario operará cuando se apruebe la ley. *La Segunda.com*.

Las Últimas Noticias (25 de abril de 2001). Isapres se oponen a eventual creación de fondo solidario en salud. *Las Últimas Noticias*.

Las Últimas Noticias (23 de abril de 2002). Bachelet, gobierno no está pensando aumentar cotizaciones de Isapres. *Las Últimas Noticias*.

Las Últimas Noticias (24 de abril de 2002). Asociación de Isapres pide discusión para reforma a la salud. *Las Últimas Noticias*.

Lagos, Ricardo (2001). Mensaje presidencial. Valparaíso: Congreso Nacional. https://www.camara.cl/camara/doc/archivo_historico/21mayo_2001.pdf

Laurell, Asa Cristina (1994). *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. México: UAM-X.

Libertad y Desarrollo (11 de mayo de 2001). Salud: Prioridad mejorar la gestión estatal. *Temas Públicos*.

Mensaje: Política (22 de marzo de 2001). Ministra de Salud. Reforma no está trabada. Santiago de Chile: s.d.

Mensaje: Política. Mesa de Gobierno (17 de julio de 2000). Proyecto de reforma integral de la salud estará listo el 2001. Santiago de Chile: s.d.

Ministerio de Salud (1980). *Chile, revisado el 23 de junio de 1923*. Santiago: MINSAL.

Miranda, Camila (5 de diciembre de 2000). Gerente General de la Asoc. de ISAPRES y la Reforma que viene. *La Segunda*.

Parada, Mario (2004). Evolución del Sistema de Protección de la salud en Chile: un análisis sociológico [Tesis doctoral]. Departamento de Sociología Universidad Autónoma de Madrid, España.

Parada, Mario (2023). Reformas de Salud en Chile. *Seminario Internado de Atención Primaria en Salud*. Escuela de Medicina,

Campus San Felipe. Universidad de Valparaíso, Chile.

Parada, Mario (2023a). La oportunidad que abre a crisis de las Isapre. *CIPER*. <https://www.ciperchile.cl/2023/01/18/la-oportunidad-que-abre-la-crisis-de-las-isapres/>

Parada, Mario (2023b). Nueva propuesta de ley para salvar a las Isapre. *CIPER*. <https://www.ciperchile.cl/2023/03/10/nueva-propuesta-de-ley-para-salvar-a-las-isapres/>

Parada, Mario (2023c). Recta final para definir el destino de las Isapre. *CIPER*. <https://www.ciperchile.cl/2023/09/13/recta-final-para-definir-el-destino-de-las-isapres/>

Parada, Mario (2023d). Crisis de las Isapre: cumplir sin desvíos. *CIPER*. <https://www.ciperchile.cl/2023/06/03/crisis-de-las-isapres-cumplir-sin-desvios/>

Parada, Mario (2023e). Algunos mitos sobre el cambio de Isapre a FONASA. *CIPER*. <https://www.ciperchile.cl/2023/03/28/algunos-mitos-sobre-el-cambio-de-isapre-a-fonasa/>

Parada, Mario et al. (2014). Informe de salud en Chile. En Rafael González Guzmán, Susana Barria y Amit Sengupta (Coords.), *La lucha por el derecho a la salud en América Latina*. ALAMES, 30 años de lucha (pp. 31-51). San Salvador: Asociación Latinoamericana de Medicina Social/Movimiento por la Salud de los Pueblos.

Parada-Lezcano, Mario y Moraga-Cortez, Fabian (2019). Crise do seguro saúde no chile: doença crônica socialmente transmissível. *Tempus. Actas de Saúde Coletiva* 13(2),177. <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v13i2.2678>

Parada, Mario y Moraga, Fabian (2019). ¿PSU para salud?. *El quinto poder*.

Politzer, Patricia (2010). *Bachelet, en Tierra de Hombres*. Santiago de Chile: Debate.

Sánchez, Héctor (2022a). Dilema en salud: ¿Destruir o regular?. *El mostrador*. <https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/columnas/2022/12/18/dilema-en-salud-destruir-o-regular/>

Sánchez, Héctor (2022b). Disfraz del Plan E. *El mostrador*. <https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/cartas/2022/12/22/disfraz-del-plan-e/>

Sánchez, Héctor (2023). Debates Isapres y Plan E: no es tiempo de segundas intenciones. *El mostrador*. <https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/columnas/2023/01/06/debate-isapres-y-plan-e-no-es-tiempo-de-segundas-intenciones/>

Sepúlveda-Álvarez, Claudio (2004). El significado histórico de la Reforma de la atención de salud en Chile. *Cuadernos Médico Sociales*, 44(1), 21-36.

Superintendencia de Salud (2011). Oficio SS/Nº 548. Expone criterios del tribunal constitucional en la citada sentencia y formula aclaraciones en relación con el proceso de adecuación período julio de 2011 a junio de 2012.

Superintendencia de Salud (2012). Proyecto Ley que Crea el Plan Garantizado de Salud en Isapres. *Superintendencia de Salud*. http://www.supersalud.gob.cl/prensa/672/articles-7410_ppt_1.pdf

Superintendencia de Salud (11 de diciembre de 2019). Circular IF/Nº 343. Imparte instrucciones sobre una tabla de factores única para el sistema ISAPRE. http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-18918_recurso_1.pdf

Superintendencia de Salud (septiembre de 2022). Circular IF/Nº 409. Imparte instrucciones para dar cumplimiento a lo ordenado por la Excelentísima Corte Suprema en relación con el proceso de adecuación año 2022. <https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/w3-article-21664.html#:~:text=N%C2%B0%20409,Imparte%20instrucciones%20para%20dar%20cumplimiento%20a%20lo%20ordenado%20por%20la,proceso%20de%20adecuaci%C3%B3n%20a%C3%B1o%202022>

Tetelboin, Carolina (1993). Chile: políticas neoliberales y salud. En Asa Cristina Laurell; José Carlos Valenzuela y Federico Novelo (Coord.), *Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo*. México: F. Friedrich Ebert.

Tetelboin, Carolina (1999). Las ISAPRES y su impacto en el Sistema de Salud chileno. *Revista Salud Problema*, 4(7). [Nueva Época].

Tetelboin, Carolina (2004). La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990 (pp. 106-135). México: UAM-X.

Tetelboin, Carolina (2015). Tendencias y Contratendencias en el Sistema de Salud de Chile en el Marco de la Situación Regional. En Carolina Tetelboin y Cristina Laurell, *Por el Derecho Universal a la Salud. Una Agenda Latinoamericana de Análisis y Lucha*. Buenos Aires: CLACSO/UAM-X.

Tetelboin, Carolina et al. (2013). Conflicto de intereses y su expresión en el financiamiento del sistema de salud de Chile. En Lara Flores et al., *La salud y su atención: problemas actuales, miradas diversas* (pp. 1-30). México: UAM-X.

Tribunal Constitucional (2010). Sentencia recaída en rol N° 1710-10, proceso iniciado de oficio para decidir sobre la constitucionalidad del artículo 38 ter de la Ley de Isapres. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1016076>

Valdivieso, Vicente y Montero, Joaquin (2010). El plan Auge: 2005 al 2009. *Revista Médica de Chile*, (138), 1040-1046.

Vió, Fernando (2002). Del fin de las colas al comienzo de la Reforma. *Revista Mensaje*.

Zúñiga, Alejandra (2013). Isapres, tribunal constitucional y distribución del derecho al cuidado sanitario. *Revista Médica de Chile*, (141), 514-518.

REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN PARAGUAY, UN ESTADO COOPTADO

EL MODELO DE ACUMULACIÓN DE CAPITAL Y EL NEGOCIO DE LA ENFERMEDAD

**Mariluz Martín Martínez
Patricia Lima Pereira**

INTRODUCCIÓN

Este capítulo explora los hitos históricos, que han venido configurando en Paraguay una democracia formal de baja intensidad, con instituciones débiles y serviles a la acumulación de capital, y un sistema de salud que ha sido deliberadamente precarizado para convertirse en el nuevo botín de esta acumulación.

Así, asumiendo el desafío de hacerle frente a la producción heurística hegemónica del pensamiento liberal-clásico sobre la salud y el sistema público sanitario en Paraguay, en este capítulo se realiza un análisis crítico del proceso de Reforma del sistema de salud en Paraguay, desde el enfoque teórico de la medicina social/salud colectiva (Breilh, 2013; Feo Istúriz et al., 2012; Laurell, 2016; Verzeñassi et al., 2023). El interés específico es visibilizar algunas determinaciones soslayadas, como la relación entre estructuras de poder legales e ilegales, la aparición de nuevos actores en la política nacional, las relaciones de dependencia por procesos de endeudamiento con organismos multilaterales, y los intereses mercantilistas

que están afectando a la actual situación del derecho a la salud de la población al promover una reforma privatista del sistema de salud, a pesar de la creciente desigualdad social.

El documento presenta tres apartados correspondientes a la división metodológica de tres dimensiones interdependientes: política, socioambiental y la institucional pública en salud.

En la dimensión política, se analizan las estructuras de poder que han sostenido la hegemonía de la Asociación Nacional Republicana [ANR], popularmente conocido como partido colorado, y sus vínculos con el modelo de producción y reproducción social, así como ciertos elementos simbólicos referidos a la ética política y a la moral social, subjetividades y alienaciones sociales que han contribuido a justificar y normalizar la estructura de desigualdad social (Almeida-Filho, 2020), y la falta de acceso a derechos. En este plano se desarrollan las repercusiones sociales de un partido que permanece en el poder desde hace 70 años, con un período breve de interrupción democrática con el gobierno de Fernando Lugo (2008-2012), derrocado por un golpe parlamentario, con marcados valores de clientelismo, autoritarismo y clasismo, además de relaciones de dependencia, que se acentúan con la incidencia de organismos multilaterales financieros en el país (Dosek, 2023; Nickson, 2023).

En la dimensión socioambiental se describen algunas de las dinámicas malsanas, relacionadas al metabolismo sociedad-naturaleza, cuyas repercusiones se manifiestan en el territorio con resultados de salud diferenciados por lugar geográfico, clase social, género y etnicidad, incluyendo las dinámicas sociopolíticas y los intereses que se crean en torno al lugar habitado (Borde y Torres, 2017; Breilh, 2013).

Dos enfoques teóricos resultan útiles para analizar la relación entre ambiente y el acceso al derecho a la salud de las personas y las comunidades. Por un lado, el concepto de territorio-territorialidad, entendido como el resultado de dinámicas humanas con el espacio físico, que existen y se transforman mutuamente (Rincón García, 2012; Sánchez et al., 2023) e intervienen en los procesos de salud-enfermedad-atención. A su vez, el enfoque de metabolismo social

nos ofrece elementos para analizar los cambios en los territorios a través del tiempo a partir de las interrelaciones de un sistema social con su medio natural, analizando el intercambio de materiales y energía haciendo una analogía con el metabolismo de los seres vivos (Rodríguez, 2022; Reina, 2013; Toledo, 2008; Toledo y González de Molina, 2007). El enfoque nos ayuda a describir las presiones socioeconómicas y ambientales por el uso de la tierra y las fuentes de energía por los conglomerados humanos (Klejin et al., 1998; Gómez, 2020), que, en el caso de Paraguay, están determinados por una marcada estructura de desigualdad. Y a su vez, la descripción de estas presiones territoriales y socioambientales nos permite situar la descripción sobre la determinación social del proceso salud-enfermedad y atención, donde observamos el funcionamiento y limitaciones de un sistema de salud precarizado, desfinanciado y altamente excluyente.

En la dimensión institucional se describe el sistema de salud pública actual que diluyó los avances del proceso instalado entre 2008 y 2012 y que se enfrenta a los visos de una propuesta de reforma, que se ha venido realizando sin participación social, con el auspicio de organismos financieros multilaterales.

DIMENSIÓN POLÍTICA: UN MODELO PERFECTO DE ACUMULACIÓN DE CAPITAL CON UN ESTADO CLIENTELAR Y CLASISTA

En el año 2012 Paraguay sufrió un golpe de Estado que paralizó el mayor avance realizado por el país en el reconocimiento del derecho a la salud, desde que en 1954 asumiera el gobierno el dictador Alfredo Stroessner, y utilizara al partido colorado de soporte político. Si bien en 1989 cayó el dictador y comenzó la era de la democracia formal, el partido colorado se ha mantenido en el poder, tras décadas de cooptación del Estado y la construcción de una fuerte estructura clientelar,¹ que hasta hoy tiene implicancias en la forma como se

1 En palabras del politólogo Marcelo Lachi: “En Paraguay raramente se dan casos en los cuales la clientela resulta ser un simple intercambio comercial entre candidato y elector; al contrario, asume más bien la característica de una mediación que genera una obligación ‘moral’ entre ellos. De esta manera, el candidato proporciona al elec-

organiza y gestiona el sistema de salud. Años de corrupción política, el empobrecimiento de la población y el hartazgo popular contribuyeron a que en el 2008 subiera al poder un gobierno apoyado por fuerzas progresistas, con el presidente Fernando Lugo.

Durante este gobierno, con una ministra de Salud de un partido de izquierda,² Esperanza Martínez, se elaboró un programa en salud que por primera vez era respaldado y construido con el protagonismo de organizaciones sociales de trayectoria en derecho a la salud,³ que adquirió el nombre de Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad. Como principio fundamental de esta propuesta estuvo la universalización del derecho a la salud, y como estrategias: la puesta en terreno de la Atención Primaria de Salud [APS] para la participación social protagónica y la construcción de la salud desde los territorios sociales (Perrotta y Navarro, 2018), además de la declaración de la gratuidad de la salud como derecho (Ley 5099/2013) para reducir las principales barreras económicas, geográficas y culturales de acceso al sistema.

En simultáneo, desde otros Ministerios de este gobierno, también liderados por sectores de izquierda-progresista, se tomaron algunas decisiones de políticas públicas para frenar los efectos del modelo agroexportador, la exclusión campesina, la deforestación, la contaminación, y el cambio climático (Borda y Caballero, 2020).

En junio del 2012, sectores empresariales nacionales e internacionales del agronegocio y partidos políticos de derecha alinearon sus intereses y ejecutaron un golpe de Estado parlamentario, con la destitución del presidente electo, y el debilitamiento democrático de todas las instituciones del país. Según se mencionaba en la Denuncia cívica formal contra el Congreso Nacional, presentada por varias organizaciones sociales el 22 de agosto de 2012:

tor un determinado aporte (en dinero, servicios, promesas de trabajo, etc.) porque se lo debe, lo que a su vez simboliza la instalación de un vínculo permanente entre ambos; algo que va más allá de una elección particular” (Lachi, 2018, p. 138).

2 Partido de Participación Ciudadana, integrante del Frente Guasu.

3 Principalmente, el Movimiento por el Derecho a la Salud María Rivarola.

[...] el gobierno constitucional electo en el 2008 fue objeto de un golpe de Estado temerario con el objetivo de reasegurar las bases del proyecto oligárquico y neocolonial representado por el actual Parlamento Nacional: poner fin a las políticas sociales incluyentes y, sobre todo, a la perspectiva de derechos, de reconocimiento de la ciudadanía real de los sectores históricamente postergados. (Pereira Fukuoka, 2012, p. 243)

Para visibilizar los intereses expresos de este golpe, y entender los efectos posteriores en el derecho a la salud, las principales medidas tomadas por el gobierno entrante fueron, entre otras:

- Derogación de la Resolución N° 1160/11 “Por la cual se reglamentan aspectos vinculados con la aplicación de productos fitosanitarios de uso agrícola”. En fecha 30 de julio, una semana después de la ruptura democrática, el nuevo titular del Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas [SENAVE] dictó la Resolución N° 092 por la cual se derogó en todos sus términos la básica reglamentación de dicha institución que apuntaba a generar protecciones mínimas para la población rural ante las fumigaciones con agrotóxicos.
- Aprobación del Decreto N° 9503 del 20 de agosto de 2012 “Por el cual se autorizó la introducción de las semillas de algodón conteniendo los eventos MON 531 (BT) X MON 1445 (RR), protegido de insectos lepidópteros y tolerante a Glifosato (*Alabama Argillacea*, *Heliothis Virescens* y *ectinophore Gossypiella*) y MON 1445 (RR) (tolerante a Glifosato) para la campaña algodонера 2012-2013”, impulsado por el ministro de Agricultura y Ganadería del conservador Partido Liberal Radical Auténtico [PLRA].
- Autorización comercial del Ministerio de Agricultura y Ganadería, de cuatro tipos de maíces transgénicos, Vt3pro, Tc1507, Bt 11, y el Mon 810. El maíz forma parte de la

canasta básica de alimentación paraguaya, por lo que el problema no era solo del posible riesgo de contaminación genética y del peligro para las más de 10 variedades nativas de maíz de Paraguay, sino que, además, en el momento de su autorización en Paraguay, a nivel internacional estaba siendo cuestionada su salubridad ya que no existían estudios a largo plazo, sobre la inocuidad, que garantizaran su seguridad ambiental ni alimentaria (Piron y Varin, 2015).

- El anteproyecto de ley marco de soberanía, seguridad alimentaria y nutricional y derecho a la alimentación, construido participativamente entre organizaciones de la sociedad civil e instituciones públicas competentes, se paralizó, y ni siquiera fue tratado en el plenario del Congreso (Pereira Fukuoka, 2012).

El modelo país, con 70 años de arraigo sostenido por el partido hegemónico, continuó con pie firme tras el golpe, afianzando el desmantelamiento del enfoque de derechos y concretando el debilitamiento democrático con la lógica híbrida, entre el desarrollo neoliberal y la dependencia del capitalismo colonial, afianzadas en los años noventa.

CARACTERÍSTICAS MACROECONÓMICAS DEL MODELO DE ACUMULACIÓN. RESISTENCIAS DESDE EL SECTOR EMPRESARIAL, NACIONAL Y MULTINACIONAL

Hasta el 2012 Paraguay, apoyado en diagnósticos y propuestas normativas de organismos multilaterales, priorizó la macroeconomía para facilitar la inversión extranjera (BID, 2009; Borda y Caballero, 2020) con el objeto de hacer atractivo el país, y mantener la salud de las cuentas fiscales que arrojaban resultados con superávit.

Durante el gobierno de Lugo (2008-2012) se mantuvo la lógica de la macroeconomía saludable, pero hubo un crecimiento significativo de la inversión en políticas sociales, como salud y programas de protección social (Borda y Caballero, 2020). La

significancia de esto radica en que después de siete décadas de coloradismo, se demostró que se pueden construir mínimas alternativas costo-efectivas, incluso desde el paradigma capitalista, neoliberal y dependiente, con algo de ampliación del acceso a derechos sociales, y particularmente, para el acceso de la población al derecho a la salud. Pero hasta esta pequeña apertura fue demasiado para las élites del poder, acostumbradas a controlar el Estado, los negocios, y a la población.

Con un modelo de crecimiento económico sustentado en la expansión de la frontera agrícola en pocos rubros, con alta volatilidad debido a su dependencia del mercado internacional (*commodities*), a la crisis ambiental con la alternancia entre períodos de sequía e inundaciones, y a la contaminación de las cuencas hídricas (Borda y Caballero, 2020), desde la posición en la estructura económica de poder se bloquearon las limitadas opciones de movilidad social, acrecentando las desigualdades sociales y los niveles de exclusión.

Posgolpe, en el 2013, con la asunción del presidente Horacio Cartes (2013-2018) de la ANR, se visibilizó el crecimiento de estructuras de poder ilegales, vinculadas al tráfico ilícito de drogas, que han ido ganando terreno en el sistema político paraguayo. El involucramiento de políticos con estas estructuras criminales se ha venido constituyendo en diferentes niveles, que van desde la colaboración a partir de entrega de información sensible o garantía de impunidad, hasta su participación directa. Los referentes del crimen organizado, por su parte, han ido ganando espacio directo en la esfera política, inicialmente con la financiación de campañas electorales de dirigentes que respondían a sus intereses, hasta la postulación directa a cargos electorales. Si bien hasta hace unos años ocupaban cargos en niveles locales, en las últimas elecciones han ganado escaños directos en cargos regionales y nacionales (Martens, 2022; Villalba y Filártiga Callizo, 2022).

El alcance de la narcopolítica cobró visibilidad pública en 2022, cuando salieron a luz los resultados de una investigación internacional sobre un esquema integrado por organizaciones criminales de países sudamericanos que posibilitaba el transporte de toneladas

de cocaína con destino a Europa y África, y evidencias sobre tráfico de armas, lavado de dinero y terrorismo y su vinculación con referentes políticos de Paraguay (Villalba y Filártiga Callizo, 2022).

Este modelo de relacionamiento entre el poder político y el crimen organizado fomenta la tolerancia social e institucional a la ilegalidad, imponiendo reglas neopatrimonialistas y de rivalidad entre grupos de poder, que determinan también el funcionamiento del Estado (Moriconi y Peris, 2019). Tiene, finalmente, repercusiones en el espacio de acción que tiene el Estado para responder a los problemas sociales, incluida la salud y su institucionalidad.

Al mismo tiempo, se hizo una profundización del modelo de acumulación agroexportador y un viraje desde el anterior modelo financiero, a la lógica del endeudamiento, supuestamente para alcanzar el desarrollo económico del país, según dictaba el discurso presidencial.

La escalada en el crecimiento de la deuda pública total pasó de ser del 10,8 % del Producto Interno Bruto [PIB], al 19,8 % del PIB en el 2018.⁴ Con el posterior gobierno de Mario Abdo (2018-2023), también de la ANR, se continuó con la escalada de la deuda externa y la venta de bonos soberanos, y a fecha del 2022, la deuda alcanzó el 35,8 % del PIB⁵ (Molinier, 2023). En comparación con otros países de la región que sustentan deudas similares, la situación de la deuda pública en Paraguay presenta graves riesgos de sostenibilidad, debido a la matriz productiva y a la injusticia tributaria (Borba y Caballero, 2016), que deja poco margen para la recaudación del Estado desde los sectores que acumulan capital, sumado a que el Estado clientelar cooptado por la ANR perpetúa los esquemas de prebenda y la corrupción facilitando la evasión fiscal (Zevaco, 2021b).

4 El principal componente de la deuda externa está compuesto por los préstamos provenientes de organismos multilaterales y bilaterales, que representan el 62,3 %. Mientras que la deuda interna (37,6 %) estaba explicada por los bonos perpetuos emitidos para capitalizar el Banco Central del Paraguay [BCP] en concepto de cancelación de deudas históricas.

5 De la cual el 31,3 % corresponde a deuda externa y, de esta, el 43 % corresponde a acreedores bilaterales y multilaterales y el 41 % al sector financiero privado.

La presión tributaria de Paraguay es históricamente baja desde hace décadas (durante la dictadura, fue uno de los rasgos que caracterizó su situación de paraíso fiscal) y se mantiene alrededor del 10 % desde hace varios años (Zevaco, 2021b).

En la última década se han realizado algunos intentos por cambiar esta situación desde los partidos progresistas con representación en el Parlamento, pero los sectores empresariales y los partidos políticos tradicionales siempre defendieron esta situación de privilegio, y en la última reforma tributaria del país se rechazó la posibilidad de incrementar significativamente la recaudación.

Este modelo de financiamiento basado en el endeudamiento ha venido de la mano de una menor inversión en programas y proyectos de impacto social y económico con recursos genuinos. El presidente Santiago Peña (2023-2028) habló de reducir el déficit fiscal a través de políticas de austeridad, lo que afectaría a gran parte de la población por el recorte del gasto público y las inversiones en salud, protección social, educación, etc.:

[...] Para eso tienes que tener un fisco que sea responsable, a mí me tocó ser ministro de Hacienda tres años y cuando no hay plata, no hay plata, y cuando tienes que hacer ajustes, tienes que hacer ajustes, y a veces la medicina es amarga. (La Nación, 2022)

En este contexto, se ha venido profundizando la dependencia económica, y el Estado cooptado se vuelve caldo de cultivo para desarrollar reformas impuestas con la generación de políticas públicas basadas en la mercantilización y la financiarización (Luzuriaga y Sestelo, 2022), que aparecen como la solución ante la supuesta incapacidad del Estado de generar políticas universales que respondan a las necesidades, a través de las instituciones públicas.

Por otro lado, es importante mencionar, como hito histórico, la configuración de un actor conservador y reaccionario, que ha incrementado en las últimas décadas su poder de forma significativa con presencia en los tres poderes del Estado: los grupos

antiderechos/antigénero, autodefinidos como providas. Uno de los principales promotores del golpe parlamentario contra Lugo fue el exvicepresidente Federico Franco (que originalmente fue parte de la coalición y que apoyó el golpe parlamentario), que ya se había declarado públicamente como “provida”, y si bien estos grupos ya existían desde los años ochenta, fue uno de los impulsores de las expresiones antigénero que se hicieron cada vez más violentas desde el ámbito público. Los grupos antiderechos, apoyados y promovidos por algunas iglesias evangélicas y católicas, fueron ocupando espacios de poder, y han presionado para eliminar el enfoque de derechos y de género de las políticas públicas.

Durante el gobierno de Cartes (2013-2018) el sector provida estableció una alianza con el gobierno colorado, instalando el discurso de la existencia de una “ideología de género”. El mismo discurso fue mantenido por Mario Abdo Benítez, quien realizó múltiples concesiones a estos grupos fundamentalistas.⁶

La relevancia del análisis sobre el poder de estos grupos en Paraguay trasciende incluso el impacto sobre el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, abarcando la persecución de la diversidad e incluso los derechos de las mujeres en general, ya que son promotores protagónicos del mantenimiento del “statu quo” del modelo de producción y de reproducción excluyente del país, de base clasista, homofóbica y patriarcal.⁷ Después del golpe, todos los presidentes se declararon “provida”, y los sectores antigénero profundizaron sus alianzas con el poder colorado promoviendo los discursos contra los derechos humanos, la justicia ambiental, la participación, el derecho a la migración (Soto y Soto, 2020),⁸ entre otros.

6 Por ejemplo, el rechazo al Acuerdo Regional sobre el Acceso a la Información, la Participación Pública y el Acceso a la Justicia en Asuntos Ambientales (Acuerdo de Escazú) en 2021, y un anteproyecto que está siendo estudiado en agosto de 2023 que plantea prohibir la perspectiva de género (que denomina “ideología de género”) en las instituciones educativas del país.

7 La Cámara de diputados en el 2018 y la de Senadores en el 2019, se declararon provida. <https://www.abc.com.py/nacionales/senado-aprueba-declararse-por-la-vida-y-por-la-familia-1797703.html>

8 Como ejemplos, en 2018 se opusieron a la aprobación de la ley de paridad bajo el argumento de siempre (“abrirá las puertas al aborto y al matrimonio gay”). También

Durante las elecciones de 2023, se evidenció el alcance de estos grupos, que al etiquetar todas las propuestas progresistas como parte de un supuesto “marxismo cultural” lograron generar un ambiente de temor alrededor de una presunta agenda oculta 2030, sostenida por teorías de conspiración que sugieren que los objetivos de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas esconden intenciones secretas no declaradas públicamente. Este ambiente de temor favoreció electoralmente al candidato colorado Santiago Peña, cuya campaña se centró en valores conservadores.

La configuración del Parlamento electo para el período 2023-2028, con apenas dos escaños representados por la izquierda-progresista, no deja lugar a dudas de que el uso en las redes de estrategias de la posverdad, es decir, la alianza de los sectores conservadores políticos y empresariales y el apoyo del dinero ilícito en lo electoral, ha sido determinante para el fortalecimiento de la estructura conservadora.

DIMENSIÓN SOCIOAMBIENTAL DE LA SALUD. RELACIÓN MALSANA, INJUSTICIA AMBIENTAL Y ENFERMEDAD

Paraguay es un país de urbanización tardía. Esto se ha debido a que el ordenamiento del territorio y la distribución de la población han estado vinculados siempre con el poder y el control de los procesos sociales mediante el control del espacio (Haesbaert, 2013). Fue en la década del noventa, con el avance del monocultivo de la soja y las políticas neoliberales que comenzó el éxodo campesino del campo a la ciudad, y con ello, el crecimiento urbano acelerado. Mientras que en 1982 la población en las ciudades alcanzaba solo el 42,8 %, en 1992 era del 50,3 % y para el 2022 estaba estimada en el 63,3 % (INE, 2023). Este tardío pero acelerado cambio demográfico fue generado por el aumento de los flujos migratorios especialmente de la población joven desde las áreas rurales hacia la periferia urbana,

en 2018 la presión conservadora religiosa logró que Paraguay (luego de comprometerse) se abstenga de firmar el Pacto Global de Migraciones de Naciones Unidas, con una campaña que alegaba que dicho instrumento contenía cuestiones relativas al aborto y a la “ideología de género” (Soto y Soto, 2020).

por la producción mecanizada orientada a la exportación, que exige una alta concentración de las tierras cultivables en pocas manos (Guerreña, 2013), y genera la descampesinización de los territorios, debido al deterioro ambiental por pérdida de la biodiversidad, la deforestación, y la contaminación de los recursos hídricos por el intensivo uso de agrotóxicos (Izá Pereira, 2019; Vargas Lehner y Gavilán Jiménez, 2022).

La matriz productiva, sustentada en el extractivismo y las exportaciones primarias que sostiene la estabilidad macroeconómica de Paraguay, genera una relación malsana entre la sociedad y el ambiente que se expresa en una población con cada vez mayor carga de enfermedad y una permanente vulneración del derecho a la salud. La ruptura armónica del metabolismo sociedad-naturaleza (Breilh, 2013) agudiza las desigualdades y genera las condiciones propicias para el avance de epidemias visibles e invisibilizadas, concomitantes y superpuestas.

Algunas de las comunidades que resisten en zonas rurales, son victimizadas por la exposición permanente a los agrotóxicos. En octubre de 2022 el relator especial de las Naciones Unidas para sustancias tóxicas y derechos humanos, luego de su misión oficial al país reportó en su informe preliminar la grave exposición a riesgos ambientales en las que se encuentran grupos en situación de vulnerabilidad, en particular los pueblos indígenas y las comunidades campesinas. En su informe, el comisionado manifestó preocupación por: 1) el limitado grado de protección de la salud humana y de los ecosistemas; 2) la falta de generación y diseminación de información ambiental y epidemiológica; 3) la impunidad de las empresas frente a los abusos de derechos humanos; y, 4) los obstáculos sistémicos al acceso a la justicia (Orellana, 2022). En este sentido, estudios locales han demostrado daños genéticos en niños expuestos a cultivos de soja transgénica, comparados con niños cuyos padres se dedican a la agricultura con control biológico de plagas (Benítez-Leite et al., 2012).

En la actualidad, un 94 % de las tierras agrícolas está destinada a rubros del agronegocio, dependientes del mercado

internacional y las grandes corporaciones, dejando apenas un 6 % de tierras remanentes para la agricultura familiar campesina (Zevaco, 2021a). A pesar de la existencia de tierras fértiles, el cultivo de frutas y verduras, vinculadas a una alimentación sana, ha venido disminuyendo notablemente.

Las poblaciones campesinas que aún resisten y desarrollan agricultura familiar, orgánica y/o agroecológica deben enfrentar los riesgos ambientales debido a la ausencia de políticas que incluyan estrategias de mitigación y adaptación a eventos climáticos extremos, como la sequía, el calor y las inundaciones, cada vez más frecuentes (Benítez-Leite y Tofghi, 2022). Como resultado, la seguridad y soberanía alimentaria están altamente comprometidas, ya que la población depende mayoritariamente de los productos alimenticios importados. Entre 2013-2017 se registró un aumento de 72 % en la importación de productos frescos de mayor contenido nutricional, tales como los cítricos, frutas, hortalizas y legumbres (Imas, 2019).

En esta dinámica, las familias sufren en sus territorios una pérdida de diversidad nutricional, debido a la desaparición de fuentes naturales de alimentos silvestres que eran parte integral de los sistemas alimentarios campesinos tradicionales, y que se han ido eliminando rápidamente debido a la deforestación. Entre el 2005 y el 2020, Paraguay registró una pérdida de cobertura forestal de unos 4,9 millones de hectáreas, de los cuales 88,3 % ocurrió en la Región Occidental o Chaco, asociada al avance de la frontera agropecuaria y el uso de biomasa como fuente de energía (INFONA, 2022).

De hecho, el modelo energético de Paraguay es sumamente desequilibrado, ya que el país donde se encuentra Itaipú, una de las represas hidroeléctricas binacionales más grandes del mundo, produce más del doble de la energía hidroeléctrica de lo que se consume a nivel nacional (el 40 % de la energía total producida es hidroeléctrica, pero representa solo el 19 % de la consumida), mientras que su mayor consumo (42 %) recae en recursos de biomasa, principalmente leña y carbón, relacionada con consecuencias negativas para la salud de las personas expuestas (Viceministro de Minas y Energía, 2020).

Existen escasas o inefectivas políticas públicas que promuevan una toma de conciencia colectiva sobre la importancia del consumo de alimentos frescos y que establezcan las condiciones materiales para una alimentación adecuada. Como consecuencia de esta determinación estructural, se observan problemas alimenticios tanto por la escasez, como por el consumo de mala calidad. De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, en el año 2018 en Paraguay, el 11,4 % de los niños menores de 5 años presentaban una desnutrición crónica, y en contraposición el 8,7 % presenta obesidad (INAN, 2020). Casi un tercio (32,1 %) de los residentes rurales sufren de obesidad, y el país ha experimentado el aumento más rápido de muertes relacionadas con este problema en América del Sur (Cañete et al., 2016).

El consumo insuficiente de frutas y verduras se encuentra entre los diez principales factores de riesgo, para todas las causas de muerte a nivel mundial y, en Paraguay, se asocia con las tres causas más comunes de muerte: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes. Según la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2023), en los últimos diez años, el porcentaje de personas que consumen al menos cinco porciones diarias recomendadas de frutas y verduras ha disminuido significativamente, pasando de un 15,3 % a un preocupante 3,9 %.

La expansión de la frontera agrícola, propiciada por el modelo productivo agroexportador, también representa una amenaza para el acceso a agua segura debido a la contaminación por agrotóxicos de los efluentes y la erosión de los suelos. Pese a la abundancia de recursos hídricos superficiales y subterráneos aprovechables, la distribución y el tratamiento de aguas plantean problemas graves, especialmente en la región del Chaco y los departamentos norteros, los que están entre las zonas más desfavorecidas del país en términos de acceso al agua (FAO, 2015).

En tanto, las zonas urbanas afrontan el problema de la sobreexplotación y la contaminación de las aguas subterráneas a causa del eflujo de las basuras y los desagües cloacales que

ingresan en el acuífero, generando condiciones para la persistencia de enfermedades diarreicas. Si bien en la capital y su área metropolitana el servicio de agua alcanza al 98 % de la población (INE, 2023), existen cortes de suministro, especialmente en verano, lo que propicia que los hogares utilicen diferentes tipos de recipientes para almacenar agua. Esto se suma a un deficiente sistema de recolección de residuos sólidos, especialmente de los objetos en desuso de gran tamaño que se identifican en el 25 % de las viviendas, convirtiéndose en el principal tipo de criadero de mosquitos. Así, la deforestación como origen, la movilidad de la población trabajadora, el hacinamiento urbano, la acumulación de aguas y el deficiente sistema de recolección han favorecido las condiciones propicias para la proliferación del mosquito *Aedes aegypti*, principal vector del dengue y otras enfermedades como el zika y la chikunguña.

En el año epidémico de 2020, Paraguay registró una tasa de incidencia de dengue de 3.244,6 por 100 mil habitantes, más de diez veces superior al promedio de toda la región (OPS y OMS, 2023). Mientras que en el caso de chikunguña, con el brote que inició en octubre de 2022 hasta junio de 2023, registró más de 85 mil casos y una tasa de incidencia de 1.128 casos por 100 mil habitantes (DGVS, 2023a). Las limitaciones de acceso al sistema de salud y la falta de confianza y respuesta de los servicios a las necesidades hacen que el subregistro de estos casos sea muy alto, y que el impacto social de estas epidemias sea a mayor escala.

Como se ha relatado, en la dimensión ambiental, el Estado paraguayo ofrece respuestas con políticas públicas excluyentes o con la asignación sesgada de recursos que favorecen la concentración de poder político, económico y territorial, contribuyendo a reforzar las tres fuentes de inequidad social: la situación de clase, la ubicación etnonacional y la condición de género (Breilh, 1996). Estas dinámicas han generado efectos directos en el ambiente y el territorio, presiones socioeconómicas y ambientales por el uso de la tierra y las fuentes de energía, expulsando, e incrementando la carga de enfermedad.

DIMENSIÓN INSTITUCIONAL: PRECARIZACIÓN DELIBERADA POR UNA REFORMA PRIVATISTA

En la última década, Paraguay afrontó sucesivas emergencias por la crisis climática (sucesivas sequías e inundaciones) y epidemias de alta incidencia poblacional que han impactado en un sistema sanitario sin capacidad de respuesta a las necesidades de la población. Ante la evidencia del creciente malestar social, los gobiernos de turno han venido anunciando una reforma del sistema de salud pública basada en la Cobertura Universal en Salud [CUS], con la consigna de la separación de funciones de la rectoría y la provisión de servicios, manteniendo el mismo esquema de financiamiento, pero destinando el dinero público a la compra de paquetes de aseguramiento básico proveído por el sector privado.

La rectoría, según la define Espinoza et al. (2022), es una facultad pública para incidir sobre actores institucionales privados y públicos respecto a los objetivos colectivos planteados por el sistema de salud y su posibilidad de ejercer gobernanza, es decir, arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud. Los autores apuntan que “no hay gobernanza en salud si no hay participación social e intersectorialidad”.

La peculiaridad de la rectoría que han planteado los gobiernos de turno para la reforma del sistema está modelada para asegurar los intereses del capital económico privado, sin ninguna participación social.

Las políticas de salud con equidad que se habían instalado en el período 2008-2013 del gobierno progresista de Lugo (Perrotta y Navarro, 2018) se fueron desmantelando. En la última década se profundizaron con aumento el de los problemas de acceso al sistema de salud, debido al desfinanciamiento deliberado, la ineficiencia en la gestión hospitalaria, la incapacidad resolutive de la estrategia de redes, una Atención Primaria de Salud [APS] sin capacidad articuladora, y un progresivo crecimiento en la tercerización de servicios al sector privado además de la compra de paquetes de seguro médico para algunos sectores privilegiados del funcionariado público.

A través del incremento de la transferencia de recursos públicos hacia el sector privado, se ha contribuido al desfinanciamiento, la ineficiencia presupuestaria y la inequidad del sistema de salud con una sostenida privatización encubierta. Entre 2010 y 2019, mientras que el presupuesto público en salud aumentó 174 %, la firma de contratos para seguros privados aumentó 8.477 %; las tercerizaciones de servicios en un 4.561 % y la compra de oxígeno en un 2.131 %. Así, en este período, estos contratos pasaron de representar el 2,7 % de la inversión en salud pública al 29,7 % (Serafini, 2021).

Fundamentalmente, a partir de la financiación precaria del sistema público y las orientaciones programáticas, se ha dejado de apuntar a un modelo de APS como eje vertebrador del sistema con participación social y control popular. En su lugar, se ha transitado hacia una APS en el primer nivel, basada en una atención (primitiva) selectiva vinculada a programas verticales de patologías crónicas (hipertensión, diabetes) y de salud materno-infantil. Esto ha socavado aún más la ya escasa capacidad resolutive de las Unidades de Salud Familiar [USF] en el territorio (Feo Istúriz et al., 2015; Carbone Campoverde et al., 2019).

La vulneración de la progresividad en el aumento de la inversión de recursos amenaza el derecho a la salud. Prueba de eso es que, en lugar de aumentar el presupuesto público de salud para responder al menos al crecimiento vegetativo de población, se registran permanente recortes. Por ejemplo, entre 2021 y 2022, la estrategia de Atención Primaria de Salud [APS], esencial para la universalidad de la salud, sufrió una reducción del 13 % en su presupuesto (Martín Martínez y Lima Pereira, 2022).

Esta desatención de la estrategia genera las condiciones para profundizar el viejo sistema hospitalocéntrico, centrado en dispositivos de salud sin capacidad resolutive, la recarga institucional de todos sus servicios, el incremento de la demanda poblacional en los hospitales y las listas de espera (Martín Martínez y Lima Pereira, 2022).

Al término del gobierno, el presidente Horacio Cartes (2018), cuya cartera ministerial protagonizó la precarización de la estrategia de APS, compró una de las cadenas farmacéuticas más grandes del país, e instaló en los shoppings consultorios privados de su pertenencia, los “RapiDoc”.

El gobierno siguiente de Abdo Benítez continuó la línea de una propuesta de reforma basada en la compra de servicios privados por el sector público. En el 2019, se dio a conocer el primer borrador de documento de la reforma del sistema de salud, sin explicitar aún cuáles serían las formas de financiamiento del reformado sistema basado en las recomendaciones de la OCDE (2019). Dicho documento contiene un diagnóstico sobre el sistema de salud, y las recomendaciones para realizar una reforma que permita alcanzar la CUS. En cuanto al financiamiento, el documento determinaba textualmente que, dada la introducción de la ley de responsabilidad fiscal en el año 2015, la cual establece que:

el incremento anual del gasto corriente primario del Sector Público no podrá exceder a la tasa de inflación interanual más el 4 % [...], es necesario reformar el sistema para hacer un uso más eficiente de los recursos limitados y para movilizar los recursos privados a través de mecanismos de prepago, ya sea como primas de seguro o como contribuciones fiscales o parafiscales. En cualquier caso, el sistema debe reformarse para que los recursos limitados se utilicen de manera más eficiente y los recursos privados se movilicen a través de mecanismos de prepago en forma de primas de seguro, contribuciones fiscales o contribuciones parafiscales. (OCDE, 2019, p. 50)

Ese mismo año, la cartera de salud implementó las primeras medidas del proceso de reforma con el apoyo del Banco Mundial, que consistieron en el costeo de una serie de paquetes de prestaciones, en función de unas limitadas líneas de cuidado priorizadas, y la aprobación de arreglos institucionales para crear dos grandes

Viceministerios: uno de rectoría y otro de servicios, con el discurso de que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [MSPBS], debía ir desprendiéndose de la prestación de los servicios.

En este marco, apareció la emergencia por COVID-19, en la que se evidenció la débil institucionalidad del sistema de salud. El gobierno, ante lo que se preveía como una catástrofe sanitaria, recurrió al endeudamiento para realizar inversiones de urgencia en áreas como internación y terapia intensiva, compra de oxígeno, contrataciones de personal médico y enfermería, entre otros, para intentar paliar la crisis. La pandemia propició un aumento sustancial en la provisión de servicios, haciendo visible la deficiencia estructural que existía, y sobre la que constantemente se argumenta que no existían condiciones financieras para crecer en el sector público. Tras la pandemia, el número de camas hospitalarias públicas se incrementó de 5.500 en 2019 a 7.900 en el 2023, y de 274 camas de terapia intensiva se pasó a 817 (MSPBS, 2023). No obstante, sin sistemas de referencia y contrarreferencia funcionales, todo aumento de infraestructura resultó insuficiente para contener la demanda creciente.

Además de la compra de equipamiento para el sector público se establecieron acuerdos de compra de servicios con el sector privado, a precio de mercado y, en muchos casos, a precios muy por encima del mercado. En este sentido, teniendo en cuenta el rol del sector privado, en los peores momentos del colapso, se evidenció la desigual distribución del poder en las negociaciones entre la sociedad y un mercado de la salud, que a pesar del crítico momento, priorizó el lucro por encima del derecho a la salud y la vida de la población.

La indefensión de la población quedó expuesta frente a los abusos de un sector privado, y de un Estado débil cooptado por los intereses del complejo industrial médico-farmacéutico. Se registraron vulneraciones en el reconocimiento de coberturas en los servicios prepago privados, especulación de precios en internación, insumos y medicamentos, sobrefacturación, etc. Un Estado debilitado no solo para ejercer la prestación de

servicios, sino también, la rectoría, el control y sanción frente a los abusos.⁹

La evidencia de la precarización del sistema público de salud sobrevino, una vez más, y las históricas inequidades sanitarias de acceso concluyeron en desigualdades sociales en salud por territorio, etnia, género, comorbilidad, y nivel de exposición, vulnerando masivamente la materialización del derecho a la salud de gran parte de la población (Martín Martínez, 2021).

Si bien el análisis de las desigualdades en salud se dificulta por la deficiente calidad de los datos, algunos datos disponibles sobre la letalidad de la población visibilizan la constitución inequitativa del sistema de salud (problemas de disponibilidad, accesibilidad, financiamiento) como un generador de desigualdades territoriales. Por ejemplo, en las dos semanas que se registró el pico más alto de personas fallecidas, la letalidad promedio a nivel nacional se situó en torno al 4 %, mientras que, en departamentos como Alto Paraná y Amambay, presentaron tasas de 8,8 % y 7,8 %, respectivamente. En julio, cuando a nivel nacional la letalidad alcanzó un promedio del 11 %, San Pedro alcanzó el 15 %.¹⁰ Si bien existen diferentes elementos que pueden explicar la diferencia de la letalidad entre unos departamentos y otros, existen similitudes entre ellos, como la alta prevalencia de la enfermedad en la población en ese momento determinado con una pirámide poblacional similar; que permiten inferir *a priori* que el acceso al sistema sanitario con la falta de cobertura de servicios en ciertas zonas, los problemas de acceso y la limitada capacidad para atender los casos más graves durante el

9 Durante los meses de marzo a agosto de 2021, el pico de la pandemia, se reportaron múltiples denuncias sobre la especulación de precios, en el sector farmacéutico y en algunos hospitales privados. Algunos de los medicamentos que registraron estos niveles de especulación alarmante y falta de control fueron el remdesivir que alcanzó el costo de los US\$ 300 en algunos sanatorios privados y sedantes como el atracurio y midazolam que llegaron a US\$ 40. A pesar de que existen múltiples leyes en vigencia el MSPBS, como ente rector, evidenció su debilidad de regulación y sanción frente a los abusos del sector privado (Martín, 2021).

10 Estos son algunos ejemplos, existen otros departamentos que también tuvieron marcadas diferencias en sus tasas de letalidad. Disponible en los boletines de la DGVS: <https://dgvs.mspps.gov.py/>

pico de la pandemia¹¹ fueron determinantes de alto impacto a la hora de explicar las diferencias en las tasas de letalidad por territorio.¹²

Las desigualdades en el acceso al sistema de salud por clase social ya se venían evidenciado en las encuestas públicas desde mucho antes de la pandemia, así como en la medición de la inequidad socioeconómica sobre la utilización de servicios de salud del período 1999-2015, encontrándose que en todos esos años el uso de servicios estuvo concentrado en los grupos de mayores ingresos (Capurro y Robledo, 2017).

El recién electo presidente Santiago Peña de la ANR (2023-2028), candidato apadrinado por el expresidente Horacio Cartes, ya anunció durante la campaña que tipo de reforma del sistema de salud pretende realizar:

[...] el Ministerio de Salud debe ser solo ente rector, no debe tener a su cargo hospitales ni profesionales médicos, solo debe tener la obligación de garantizar la cobertura, y la prestación la puede hacer tanto un privado, como un público. El estado tiene que contratar servicios de atención médica, no tiene que construir hospitales. Es como el Banco Central de Paraguay, está a cargo de bancos privados y bancos públicos. (Ultima Hora, 7 de marzo de 2023)

CONCLUSIÓN

El análisis detallado de la intersección entre las dimensiones política, socioeconómica y ambiental y la de los servicios de la salud

11 Se requiere más información para evidenciar estas inferencias, por lo que deben considerarse indicios para la realización de estudios posteriores.

12 La población indígena, la mayor parte asentada fuera de la zona urbana, registró una altísima tasa de letalidad entre el 2020 y junio de 2023, que fue casi cuatro veces más alta, de 8,2 % mientras que en la población general fue de 2,5 % (DGVS, 2023a). Si bien el acceso al sistema de salud también es un determinante fundamental, el caso indígena presenta sus propias características, ya que deviene de la vulneración sistemática de los derechos de esta población, relacionados al acceso a la salud, al respeto a sus modos de vida colectivos, a las condiciones de seguridad alimentaria y acceso al agua, el acceso a elementos de protección, y a la información fidedigna y respetuosa de la interculturalidad (Martín, 2021).

en Paraguay proporciona una visión crítica y reveladora de las complejas dinámicas de poder que han impactado en la relación entre la sociedad y el entorno, llevando a una creciente carga de enfermedades y una vulneración del derecho fundamental a la salud. Paraguay ha enfrentado varias crisis en la última década, incluyendo emergencias climáticas y epidemias, que, entre otros aspectos, han evidenciado las limitaciones del sistema de salud pública en términos de su capacidad de respuesta y de acceso por parte de la población.

La influencia perniciosa del modelo productivo basado en el extractivismo ha exacerbado desigualdades, injusticias ambientales y problemas de salud generalizados, perjudicando especialmente a comunidades afectadas por la exclusión y la falta de protección social a las familias campesinas e indígenas. La transición demográfica impulsada por la expansión de la soja y la ganadería, y el rápido crecimiento urbano ha transformado los sistemas alimentarios y el uso de la tierra, afectando a la soberanía alimentaria, el derecho a alimentación sana y a la salud de la población.

Es evidente que los gobiernos de turno han contribuido con sus políticas públicas neoliberales a generar las condiciones para la expansión de este modelo productivo y que sus políticas privatizadoras han profundizado la desigualdad y la injusticia ambiental, agravando brechas de clase, etnia y género.

En paralelo, desde el golpe parlamentario en el país de 2012, los gobiernos han venido promoviendo una reforma del sistema basada en la Cobertura Universal en Salud [CUS], con énfasis en la separación de funciones de rectoría y prestación de servicios, omitiendo información precisa sobre los cambios en el elemento fundamental del financiamiento, con tintes fundamentados en el pluralismo estructurado, bajo un discurso de los años noventa centrado en la modernización del sistema sanitario, que ha demostrado en países como Chile, Colombia y México su fracaso y una clara tendencia a su superación.

La transferencia de recursos del Tesoro público a los servicios privados, agudizada con la pandemia de COVID-19, generó

las condiciones para una mayor precarización del sistema público, y el crecimiento económico y de poder de negociación, desde un sector privado monopolístico, con interés de crecer como prestador de servicios.

Por tanto, este capítulo subraya la imperiosa necesidad de utilizar un enfoque holístico e integral que aborde simultáneamente las dimensiones políticas, socioeconómicas y ambientales para lograr mejoras sustanciales en la salud y el sistema de salud para la población paraguaya. La diversificación de la matriz productiva, la implementación de políticas que contribuyan a la justicia ambiental, la promoción de prácticas agrícolas respetuosas de la naturaleza y la garantía del acceso equitativo al agua segura, así como la construcción de un sistema de salud, con participación social y control popular, universal, gratuito, integral, intercultural, con calidad y calidez, con una estrategia renovada de APS integral como eje vertebrador se perfilan como luchas fundamentales de la salud colectiva en Paraguay.

BIBLIOGRAFÍA

Almeida-Filho, Naomar (2020). Desigualdades en salud: Nuevas perspectivas teóricas. *Salud Colectiva*, (16), e2751. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2751>

Banco Interamericano de Desarrollo [BID] (2009). *Evaluación del Programa de País: Paraguay 2003-2008*. Oficina de Evaluación y Supervisión. Washington: BID. <http://dx.doi.org/10.18235/0010405>

Benítez-Leite, Stela et al. (2012). Daño celular en una población infantil potencialmente expuesta a pesticidas. *Revista chilena de pediatría*, (83), 392-393. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000400011>

Benítez-Leite, Stella y Tofghi, Babak (2022). Peasant family farming as an alternative to industrial agriculture: Implications for maternal and child health in Paraguay. *Frontiers in Epidemiology*, (2). <https://www.frontiersin.org/journals/epidemiology/articles/10.3389/fepid.2022.954081/full>

Borda, Dionisio y Caballero, Manuel (2020). *Crecimiento y desarrollo económico en Paraguay: Balance y propuestas para una economía sostenible e inclusiva*. Asunción: CADEP. https://www.conacyt.gov.py/sites/default/files/upload_editores/u454/Crecimiento_desarrollo_econoomico_Paraguay.pdf

Borde, Elis y Torres-Tovar, Mauricio (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde em Debate*, (41), 264-275. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s222>

Breilh, Jaime (1996). *El género entre fuegos: Inequidad y esperanza*. Quito: CEAS.

Breilh, Jaime (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl. 1), S13-S27. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>

Cañete, Felicia et al. (2016). Epidemiología de la Obesidad en Paraguay. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas* (Asunción), 49(2), 17-26. [https://doi.org/10.18004/anales/2016.049\(02\)17-026](https://doi.org/10.18004/anales/2016.049(02)17-026)

Capurro, Diego y Robledo, María (2017). *Tendencia de la inequidad socioeconómica en la utilización de servicios de salud en el Paraguay*. Asunción: CONACYT. https://www.conacyt.gov.py/sites/default/files/upload_editores/u294/Informe_final_14-INV-157_0.pdf

Carbone Campoverde, Fernando et al. (2019). Alma Ata: experiencias que validan sus propuestas 40 años después, para proyectarlas al futuro. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(2), 222-228. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.802.16419>

Chávez-Guerrero, Blanca (2022). Aportes para la transformación del sistema de salud colombiano. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, (41), e348269. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e348269>

Decreto N° 9503 de 2012. Por el cual se autorizó la introducción de las semillas de algodón conteniendo los eventos MON 531 (BT) X MON 1445 (RR), protegido de insectos lepidópteros y tolerante a Glifosato (Alabama Argillacea, *Heliothis Virescens* y ectinophore *Gossypiella*) y MON 1445 (RR) (tolerante a Glifosato)

para la campaña algodонера 2012-2013. Poder Ejecutivo, Paraguay, 20 de agosto de 2012.

Dirección General de Vigilancia de la Salud [DGVs] (2023a). *Análisis de Situación Epidemiológica COVID-19. Reporte 219*. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. https://dgv.mspps.gov.py/wp-content/uploads/2023/06/SE23_2023_SITUACION_COVID-19_PY.pdf

Dirección General de Vigilancia de la Salud [DGVs] (2023b). *Arbovirosis*. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. <https://dgv.mspps.gov.py/arbovirosis/>

Dosek, Tomas (2023). El clientelismo en Paraguay: ¿Compra de votos o compra de participación electoral? *Latin American Research Review*. <https://bit.ly/46iGsxC>

Echeverría-King, Luisa et al. (2022). Cooperación internacional en ciencia y tecnología en América Latina: Una mirada hacia países semiperiféricos y países científicamente rezagados. En Vera Nevía (Comp.), *Ciencia, tecnología y política exterior: Reflexiones desde y para la semiperiferia* (pp. 184-224). Tandil: CEIPIL/UNICEN. <https://bit.ly/3yacuiG>

Espinoza, Eduardo et al. (2022). *Análisis comparado de los sistemas de salud de Nicaragua, Honduras y El Salvador y propuesta de modelo de sistema de salud regional basado en APS*. Managua: FOS/DGD. <http://bit.ly/4fgBV2D>

FAO-AQUASTAT (2015). Perfil de País - Paraguay. FAO. <https://www.fao.org/3/ca0443es/CA0443ES.pdf>

Feo Istúriz, Oscar; Feo Acevedo, Carlos y Jiménez, Patricia (2012). Pensamiento contrahegemónico en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 602-614.

Guerreña, Arantxa (2013). *El espejismo de la soja. Los límites de la responsabilidad social empresarial. El caso de desarrollo agrícola del Paraguay*. Asunción: OXFAM.

Haesbaert, Rogerio (2013). Del mito de la desterritorialización a la multiterritorialidad. *Cultura y representaciones sociales*, 8(15), 9-42.

Imas, Víctor (2019). *Seguridad y soberanía alimentaria en*

Paraguay. *Sistema de indicadores y línea de base*. Asunción: CADEP.

Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición [INAN] (2020). Situación nutricional de niños menores de 5 años que acuden a servicios públicos de salud en el Paraguay. Asunción: INAN. <https://www.inan.gov.py/site/?p=4820>

Instituto Nacional de Estadística de Paraguay [INE] (2023). *Nacional Proyección de la Población, Áreas Urbana y Rural por Sexo y Edad, Asunción 2000-2025*. Asunción: INE. <https://www.ine.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/proyeccion%20nacional/Estimacion%20y%20proyeccion%20Nacional.pdf>

Instituto Forestal Nacional [INFONA] (2022). Nuestros Bosques: Reporte de la Cobertura forestal y cambios de uso de la tierra 2017 a 2020. Asunción: INFONA. https://www.baseis.org.py/wp-content/uploads/2022/10/Reporte-Nuestros-Bosques-REV01-03-low_compressed.pdf

Izá Pereira, Lorena (2019). El agronegocio de la soja en el Paraguay: Las contradicciones de un modelo de desarrollo. *Cadernos Prolam/USP*, (18), 182-199. <https://doi.org/10.11606/issn.1676-6288.prolam.2019.155811>

La Nación (19 de septiembre de 2022). Santiago Peña: “Se necesita un Ministerio de economía austero” [Video]. *YouTube*. <http://youtube.com/watch?v=fAV3suGmY5k>

La Nación (4 de junio de 2023). La defensa de la familia y los valores tradicionales. *La Nación*. <https://www.lanacion.com.py/politica/2023/04/06/defensa-de-la-vida-y-la-familia-principales-pilares-del-gobierno-de-santiago-pena/>

Lachi, Marcelo (2018). Correligionarios: Actitudes y prácticas políticas del electorado paraguayo. Asunción: CONACYT/ PROCENCIA/GERMINAL/Arandurã Editorial.

Laurell, Asa Cristina (2016). Las reformas de salud en América Latina: Procesos y resultados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, (34). <https://doi.org/10.5209/CRLA.53458>

Ley 5099 de 2013. De la gratuidad de los aranceles de las prestaciones de salud de los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Biblioteca y Archivo Central del Congreso

de la Nación. <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/4706/ley-n-5099-de-lagratuidad-de-aranceles-de-las-prestaciones-de-salud-de-los-establecimientos-del-ministerio-de-salud-publica-ybienestar-social>

Luzuriaga, María José y Sestelo, José Antonio (2022). Privatización y financiarización en salud: Procesos políticos y conceptos. *FACES. Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales*, 28(58-59), 33-46.

Martens, Juan (2022) Dinámicas y modalidades de participación de actores políticos de Paraguay en el narcotráfico. *Revisco*, 5(10), 11-36.

Martín Martínez, Mariluz (2021). La huella del duelo social es el motor para la refundación de un sistema único y universal de salud. En Codehupy (Ed.), *Derechos Humanos en Paraguay 2021*. Asunción, Paraguay: Codehupy.

Martín Martínez, Mariluz, y Lima Pereira, Patricia (2022). El viacrucis para acceder a la salud y la política estatal del “No hay”. En Codehupy (Ed.), *Derechos Humanos en Paraguay 2022* (pp. 155-174). Asunción: Codehupy. <https://ddhh2022.codehupy.org.py/wp-content/uploads/2022/12/C-2-Salud-141-166.pdf>

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2023). *Informe de Gestión 2021-2023*. Asunción: MSPBS. <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/ceb40b-INFOGESTIONMSPBS20231.pdf>

Molinier, Lila (2022). Estancamiento, mayor desigualdad y endeudamiento público. En Codehupy (Ed.), *Derechos Humanos en Paraguay 2022* (31-52). Asunción: Codehupy.

Moriconi, Marcelo y Peris, Carlos Aníbal (2019). Merging legality with illegality in Paraguay: the cluster of order in Pedro Juan Caballero. *Third World Quarterly*, 40(12), 2210-2227.

Nickson, Andrew (mayo de 2023). Tenemos que hablar del Partido Colorado: Elecciones y hegemonía política en Paraguay. *Nueva Sociedad*. <https://nuso.org/articulo/Paraguay-partido-colorado/>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023). Plataforma de Información en

Salud para las Américas. Casos de dengue. OMS. <https://www3.paho.org/data/index.php/es/temas/indicadores-dengue.html>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OECD] (2019). *Estudio multidimensional de Paraguay: Volumen 3. Del Análisis a la Acción, Caminos de Desarrollo*. París: OECD. <https://doi.org/10.1787/24095010-es>

Orellana, Marcos (2022). Comunicado de Final de Misión por el Relator Especial de la ONU en sustancias tóxicas y derechos humanos. OHCHR-UN. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/toxicwaste/2022-10-14/EOM-Statement-SR-Toxics-Paraguay-14-Oct-2022-SP.pdf>

Pereira Fukuoka, Milena (2012). A trompadas y en tiempo récord. Derecho a la alimentación. En Codehupy (Ed.), *Yvypóra Derécho Paraguáipe – Derechos Humanos en Paraguay 2012* (pp. 235-254). Asunción: Codehupy.

Perrotta, Marta y Navarro, Esther (2018). *Un nuevo paradigma para gestionar y entender la salud en Paraguay: memoria de la implementación de las políticas públicas para la calidad de vida y salud con equidad*. Asunción: Arandurã Editorial.

Piron, Florence, y Varin, Thibaut (2015). El caso Séralini y la confianza en el orden normativo dominante de la ciencia. *Sociológica* (México), 30(84), 231-274.

Resolución N° 1160 de 2011. Por la cual se reglamentan aspectos vinculados con la aplicación de productos fitosanitarios de uso agrícola. Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas [SENAVE], Asunción, Paraguay, 11 del 30 de julio de 2011.

Ribeiro, João (2023). “[...] los pacientes en el centro y en el corazón de las prioridades de todo el sistema”: Análisis Crítico del Discurso en documentos global/local sobre la Atención Primaria de Salud en Chile. *Praxis Psy*, (23), 21-29. <https://doi.org/10.32995/praxispsy.v23i38.201>

Serafini, Verónica (marzo-abril de 2021). Sistema de Salud Universal. Otra mirada al uso de los recursos públicos. *Economía y sociedad*.

Soto, Clyde y Soto, Lilian (2020). *Políticas Antigénero*

en América Latina: Paraguay, el “buen ejemplo”. *Observatorio de Sexualidad y Política [SPW]*. Río de Janeiro: Asociación Brasileña Interdisciplinar de SIDA.

Última Hora (7 de marzo de 2023). Peña causa repudio tras proponer privatizar salud en medio de crisis. Última Hora. <https://www.ultimahora.com/pena-causa-repudio-proponer-privatizar-salud-medio-crisis-n3051734>

Vargas Lehner, Federico y Gavilán Jiménez, Mónica (2022). Sistemas alimentarios y agroecología en Paraguay. *Anais da Reunião Técnica sobre Agroecologia: Agroecologia, Resiliência e Bem Viver*, 17(3). <https://cadernos.aba-agroecologia.org.br/cadernos/article/view/682>

Verzeñassi, Damián et al. (2023). Geopolítica de la enfermedad: Un recorrido histórico para comprender el extractivismo y sus implicancias socioambientales y sanitarias en América Latina y el Caribe. En N. Vera (Coord.), *X Dossier de Salud Internacional Sur-Sur* (pp. 6-19) Buenos Aires: CLACSO. <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/248242/1/Dossier-X-SISS.pdf>

Viceministro de Minas y Energía (2020). *Balance Energético Nacional 2020–V2*. Asunción: Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones. <https://www.ssme.gov.py/vmme/pdf/balance2020/Balance%20Energ%C3%A9tico%20Nacional%202020%20-%20V2.pdf>

Villalba, Sara y Filártiga Callizo, Camilo (2022). *Coyuntura Política. Informe Anual de Derechos Humanos 2022*. Asunción: Codehupy. <https://www.codehupy.org.py/wp-content/uploads/2024/05/DDHH-2022.pdf>

Zevaco, Sarah (2021a). *¿De dónde viene lo que comemos? Agroindustria o agricultura campesina*. Asunción: Base Investigaciones Sociales. <https://www.baseis.org.py/wp-content/uploads/2021/07/boceto-final-color.pdf>

Zevaco, Sarah (2021b). Sin lugar para los derechos en un Estado capturado. En Codehupy (Ed.), *Derechos Humanos en Paraguay* (pp. 477-492). Asunción: Codehupy. <https://ddhh2021.codehupy.org.py/sin-lugar-para-los-derechos-en-un-estado-capturado/>

CONTROVERSIAS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE SALUD DE MUJERES EN PRIVACIÓN DE LIBERTAD EN CHILE Y DUELO PERINATAL EN MÉXICO

ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y EL DERECHO A LA SALUD

Daisy Iturrieta Henríquez
Ignacio Herrera Soto
Soledad Rojas Rajs

INTRODUCCIÓN

En el análisis de la vinculación entre salud y sociedad, la salud se ubica como “un campo disciplinar complejo donde los objetos, saberes y prácticas son abordados desde distintos paradigmas o perspectivas epistémicas” (Casallas, 2017), por lo que su significación está marcada por contextos políticos, económicos e ideológicos-culturales que acompañan la historia de una sociedad y que, por ende, determinan la materialidad y la concepción de vida (digna o no), del buen o mal vivir, de la persona como sujeto sometido o de derecho, y del respeto a la existencia de diversas formas de prácticas en salud que se originan por parte de los distintos actores sociales, además de las hegemónicas.

Las autoras y el autor de la presente contribución reconocen como problema de la realidad, que las condiciones de vida y salud, a las que se vieron expuestas las mujeres en Chile y México aquí estudiadas, les vulneraron sus derecho a la salud y a la vida digna, por lo que se cuestiona el rol del Estado y la política pública en ejercicio ocurrida en los momentos de estos estudios. Si bien se trata de dos

sociedades distintas, están mancomunadas por la aplicación de un modelo biomédico que permeó las instituciones de salud, y de otro neoliberal que profundizó las historias de desigualdad y brechas sociales en salud.

En este marco, el objetivo de la contribución es realizar un análisis crítico sociohistórico de los procesos salud-enfermedad-atención de las mujeres y su situación de género y derechos. Para ello, se presenta la narrativa de mujeres privadas de libertad de Chile, y de mujeres que experimentaron un evento de muerte gestacional en México, quienes, desde sus diversas particularidades, han puesto en observación su situación como mujeres y en la tensión en el ejercicio de sus derechos a la salud.

El capítulo sustenta su argumentación desde el enfoque de la Salud Colectiva, corriente de pensamiento sociohistórica que permite comprender los fenómenos de salud-enfermedad-atención y la respuesta social hacia estos, desde una perspectiva transdisciplinaria compleja. La base sobre la que se realizaron estos estudios fue el materialismo histórico y la categoría de determinación social, que incorpora el sometimiento del orden estructural económico, político e ideológico-cultural sobre las condiciones de vida y salud, y las prácticas en torno a ellas, incluyendo las propias o de resistencia que genera la misma sociedad sobre este orden impuesto. Lo anterior ofrece una mirada distinta a la hegemónica para pensar las problemáticas sociales y sanitarias, y las respuestas sociales de instituciones, organismos no gubernamentales y de la sociedad, lo que implica considerar tanto las condiciones de vida y las desigualdades que generan las determinaciones estructurales de la salud, como las características que presenta el derecho a la salud en sociedades concretas. Esto, más allá de la enfermedad y la concepción biomédica, resaltando la percepción y las voces de los sujetos que las viven.

En este trabajo se integra además la mirada centrada en el género. Esta perspectiva permite comprender las relaciones desiguales causadas por la definición social de la diferencia sexual y la construcción del género, así como profundizar en el conjunto

de las relaciones con los enfoques feministas como la interseccionalidad, que permite dialogar con la construcción de perfiles específicos de salud-enfermedad, que consideran diversas determinaciones sociales. La intersección entre la salud colectiva, la perspectiva de género y el derecho a la salud reconoce que las desigualdades estructurales afectan el acceso equitativo a los servicios de salud y la participación en la toma de decisiones sobre la salud.

La presente contribución se desarrolla en tres secciones. La primera consiste en un análisis teórico y crítico respecto de las categorías transversales de la propuesta, a saber: género, atención de salud y derecho a la salud.

La segunda sección brinda casos ilustrativos que habilitan la integración de los antecedentes revisados en la primera parte, desde una perspectiva territorial y situada en dos países y momentos. La intención de las autoras y el autor es relevar las narrativas y experiencias de las mujeres en contexto de privación de libertad en Chile, y de las mujeres vivenciaron un evento de muerte gestacional en México. Más que un análisis comparativo, se trata de recuperar las experiencias de dos investigaciones que dan cuenta de la situación de las mujeres en contextos específicos:¹ el primero “Significaciones y Controversias en la Política Pública de Salud Penitenciaria: Un análisis desde los actores sociales, sobre el ejercicio del Derecho a la Salud, en dos cárceles de la V Región de Chile”² (Iturrieta, 2018) con un grupo de mujeres privadas de libertad, en Chile; el segundo, “Mujeres y muerte fetal en Ciudad de México. Un estudio de casos múltiples”³ (Herrera, 2022), que

1 En ambos estudios se estipularon el resguardo de la voluntariedad, la confidencialidad y la minimización de los riesgos para las mujeres participantes, de las informaciones que sobre ellas se aporta.

2 Tesis realizada en el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Departamento de Atención a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, bajo la dirección de la Dra. Carolina Tetelboin Henrion.

3 Tesis realizada en el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Departamento de Atención a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, bajo la dirección de la Dra. Carolina Tetelboin Henrion.

explora las experiencias de mujeres que cursaron eventos de muerte durante la gestación en México.

Se incluyen reflexiones que plantean el reconocimiento de las controversias presentes en la situación del problema. Se busca dar cuenta de las controversias de atención en los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado de mujeres, tanto desde la institucionalidad, como de los cuidados colectivos y autoatención, evidenciando así de qué forma estas dialogan, se tensionan, complementan o encuentran sus puntos de quiebre. Para efectos de este análisis se comprenderán las controversias como el desacople encontrado entre lo dispuesto o no en los marcos normativos-jurídicos, las narrativas dispuestas para la comprensión de la situación problema y las significaciones teóricas de las categorías centrales de análisis.

SALUD COLECTIVA, PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DERECHO A LA SALUD

La Salud Colectiva latinoamericana aborda investigaciones que examinan las determinaciones sociales de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado [PSEAC], tanto en su dimensión estructural como en su dimensión subjetiva. Desde la mirada estructural, se enfoca en el análisis de las desigualdades de clase, género, etnia, color de piel, edad, región, y cómo estas desigualdades conducen a distintos perfiles de salud-enfermedad, acceso diferencial a servicios de salud y a otros satisfactores de vida (Jarillo et al., 2006). La dimensión subjetiva o sociocultural se refiere a la forma en que se interpretan y definen simbólicamente los PSEAC, así como las experiencias, vivencias e identidades en torno a ellos (Castro, 2011).

Dado que en el campo de la salud colectiva latinoamericana los PSEAC se comprenden como hechos históricos y sociales, es necesario explicar su determinación y distribución más allá de su causalidad próxima, a través de un marco teórico-metodológico que supere la visión biologicista y determinista de los enfoques sanitarios medicalizados. Como corriente de pensamiento reconoce la importancia de la dimensión estructural, pero también plantea

que las dicotomías historia-naturaleza o biología-sociedad necesitan abordarse con mayor atención desde el nivel epistemológico. La simplificación y reducción de la realidad que se construye a partir de los enfrentamientos biología-sociedad no permite construir objetos de transformación en el campo de la salud que den cuenta de la complejidad humana, que nunca puede dejar de ser social, pero tampoco biológica, ni psíquica, ni simbólica. Por ello, la salud colectiva intenta afrontar retos teóricos y metodológicos no resueltos por otras corrientes de interpretación: conexiones entre lo biológico, psíquico y social, límites e insuficiencias en la teoría social para comprender la relación entre individuo y colectividad.

Se cuestiona el núcleo del positivismo en salud, el causalismo y la teoría del riesgo, y se permite avanzar hacia interpretaciones sustentadas en el materialismo histórico, las teorías del conflicto social y las teorías críticas dispuestas por las Ciencias Sociales, asumiendo a la familia, la sociedad civil y el Estado como instancias en donde se reproducen históricamente las subjetividades, dando lugar al análisis de la totalidad (Morales-Borrero et al., 2013).

Como corriente de pensamiento, la Salud Colectiva latinoamericana ha trabajado en aproximaciones a la construcción integral de su objeto de estudio y, por ende, su preocupación se vincula con el alcance de una práctica de transformación, relacionada a los procesos de determinación que implican modos históricos estructurales, lo que conlleva a la emancipación de los grupos sociales y la superación de las desigualdades sociales (Bertolozzi y De la Torre, 2012). A diferencia de la mirada salubrista convencional, la salud colectiva se ha preocupado por comprender de manera holística los PSEAC, que se enmarcan en contextos socioculturales. Como marco de investigación, busca generar conocimiento y propuestas de solución a las necesidades y problemas de salud que presentan las colectividades humanas.

Desde este enfoque, la mirada histórico-social se explica en la medida que se comprende que la historia individual y colectiva, las condiciones materiales y simbólicas para sobrellevar los procesos de salud-enfermedad-atención y el tipo de relaciones que se

establecen determinan el modo de enfermar y el tipo de respuesta, y que por tanto, existen cambios, que se dan a través del tiempo en el perfil epidemiológico, que no se explican por los cambios biológicos ocurridos en la población, ni por la evolución de la práctica médica, sino más bien por el componente de historicidad de la sociedad y sus características (Laurell, 1982).

La perspectiva de género constituye un aporte para analizar los PSEAC, cercana a la perspectiva de la determinación social, aunque con algunas especificidades. Puede definirse como un enfoque analítico, conceptual que permite visibilizar y cuestionar las desigualdades, las relaciones de poder y las estructuras de dominación que existen en la sociedad debido a las diferencias de género. Aplicada en el campo de la salud colectiva, se puede plantear que su objetivo es evidenciar cómo estas desigualdades influyen de forma diferenciada en la vida de mujeres y hombres, puesto que producen discriminación, daño y más desigualdad. La mirada busca revelar y cuestionar las estructuras sociales y culturales que perpetúan estas disparidades, y fomentar la inclusión de todas las identidades de género en el análisis y diseño de políticas y programas en salud.

La categoría de género requiere comprenderse como una dimensión *relacional* que refleja las desigualdades de poder entre los ámbitos socialmente definidos como femeninos y masculinos, lo que ha derivado fundamentalmente de la división sexual del trabajo y los roles asignados socialmente a las mujeres (Garduño, 2007). Sin embargo, hay que aclarar que el género no se analiza de manera aislada, sino en conjunto con variables socioeconómicas y culturales, lo que permite comprender las expresiones específicas de desigualdad de género que tienen intersecciones con otras categorías, como la clase social, étnicas, o regiones.

En este trabajo utilizamos la categoría género para referirnos a: “[...] las relaciones sociales que, basadas en las versiones dominantes en un tiempo y espacio determinado sobre la diferencia sexual, hacen parte del orden social [...]” (Riquer et al., 2012, p. 21), por lo tanto se afirma que la desigualdad de género tiene un carácter estructural. Desde esta perspectiva, género significa “la relación o

las relaciones que tienen como elemento distintivo el basarse en la construcción social de la diferencia sexual y sus productos en términos de normas, valores, conductas e instituciones” (Riquer et al., 2012, p. 21).

La relación género y salud se ha estudiado ampliamente en el campo de la salud colectiva (Jarillo y Granados, 2016), especialmente en relación con la distribución diferenciada del proceso salud-enfermedad entre varones y mujeres (Castro, 2001 et al., 2005). La condición social subordinada de las mujeres las coloca en posiciones sociales desde las que suelen enfrentar limitaciones en su autonomía económica, social y reproductiva, lo que se traduce en un acceso diferenciado a los recursos de salud y en una mayor vulnerabilidad a determinados problemas de salud-enfermedad. La perspectiva de género revela cómo los sistemas de salud pueden reproducir, preservar o incrementar estas desigualdades.

Para ello es particularmente importante la noción de interseccionalidad, concepto clave en los estudios feministas y en el análisis de las desigualdades sociales. Fue acuñado en la década del ochenta por la académica afroamericana Kimberlé Crenshaw (1991). Su propuesta plantea que es necesario comprender las interacciones complejas entre diferentes sistemas de opresión, como el género, la racialización, la clase social, la orientación sexual, la discapacidad y otros ejes de identidad. El planteamiento original de Crenshaw es que las mujeres negras experimentan opresión de género y racismo de manera simultánea y entrelazada, lo que no puede entenderse plenamente al analizar únicamente uno de estos ejes de opresión por separado. La interseccionalidad reconoce que estas diferentes formas de discriminación no son simplemente aditivas, sino que se entrelazan y se refuerzan mutuamente, creando experiencias únicas de marginalización y privilegio para personas que ocupan posiciones diversas en la sociedad.

Metodológicamente, hablar de perspectiva de género y de enfoque interseccional implica considerar las interacciones complejas y múltiples entre diferentes sistemas de opresión y privilegio. Con este enfoque se aborda el análisis de la respuesta social

organizada, el terreno de las políticas y prácticas en salud, considerando que son también campos de intervención. Como ámbito de investigación, la salud colectiva es un campo abierto a la incorporación de nuevas propuestas (Granda, 2004) que permitan ampliar la panorámica sobre la complejidad de los problemas de salud-enfermedad. Pero como alternativa a la salud pública convencional, la salud colectiva no busca únicamente ampliar la visión: intenta, también, cambiar las prácticas y transitar de la búsqueda del “éxito técnico”, hacia “el compromiso por alcanzar logro práctico, es decir, ejercer el deber y derecho de *cuidar* nuestras poblaciones” (Granda, 2004, p. 1). Para ello, señala Granda, es indispensable que actores individuales y sociales se constituyan en sujetos que construyen su salud, ejerciendo así poder y derechos ciudadanos, y las conquistas de la salud colectiva requieren estar también en el terreno de lo simbólico: la construcción social de la salud, sus saberes y sus prácticas. La salud colectiva es entonces no solo un campo de conocimiento sino de acción política.

El derecho a la salud ha sido y es una de las más importantes luchas en América Latina y el Caribe (Tetelboin y Laurell, 2015) y por ello distintas experiencias latinoamericanas se han estudiado para analizar por qué y cómo hay limitaciones para su ejercicio, o en qué condiciones y escenarios se ha logrado el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Desde el año 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [CDESC] de las Naciones Unidas adoptó la Observación General 14 sobre el derecho a la salud, haciendo explícito que este derecho no se refiere únicamente al acceso a servicios de salud y atención oportuna, sino que para su cumplimiento es necesario abordar las principales determinaciones en salud (CDESC, 2000). Esto implica que, para el logro del derecho a la salud, las políticas de salud y el sistema de salud tomen en cuenta las determinaciones sociales de género, así como otras desigualdades para garantizar tanto la atención, en términos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud, como el trabajo sobre las condiciones materiales y simbólicas que producen y reproducen desigualdades sociales y en salud.

Es en este sentido que consideramos que el enfoque interseccional constituye un aporte para la investigación en salud colectiva, pues al considerar las intersecciones de identidades y estructuras sociales, permite comprender cómo afectan las experiencias individuales y colectivas en relación con el acceso a recursos y servicios, las discriminaciones, y en general, a la toma de decisiones sobre la propia salud. Abordar narrativas y experiencias concretas permite revisar las brechas entre el derecho a la salud y las desigualdades marcadas por el género y otras categorías de opresión. El desarrollo de dos casos de estudio sobre procesos de atención a la salud de mujeres chilenas y mexicanas da cuenta de esta aproximación.

NARRATIVAS Y EXPERIENCIAS DE PROCESOS DE ATENCIÓN QUE VULNERAN EL DERECHO A LA SALUD DE MUJERES EN CONTEXTO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD Y MUJERES QUE VIVENCIARON UN EVENTO DE MUERTE GESTACIONAL

En esta sección nos hemos centrado en dos casos, que, a través de narrativas y experiencias de mujeres, muestran los desafíos que enfrentan en el ejercicio de su derecho a la salud. Primero se relata el caso de mujeres en Chile, en contexto de privación de libertad y, posteriormente, el caso de mujeres que experimentaron un evento de muerte gestacional en México. Se revisan distintas categorías relacionadas con los procesos de atención a la salud, incluyendo el contexto y las condiciones de los espacios para la atención, las barreras para el acceso a la atención, la relación médico-paciente como determinante estructural en la vulneración de derechos y la concepción del derecho a la salud por parte de las mujeres participantes o los prestadores de servicios de salud.

MUJERES EN CONTEXTO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD

El caso que a continuación se presenta se sustenta en el trabajo de campo realizado en una cárcel de Chile, que alberga población penal femenina y masculina. En el estudio participaron mujeres, con diversas características, entre ellas migrantes, adultas mayores, madres, embarazadas y con hijos en contexto de encierro, entre

otras. Las técnicas de recolección de información aplicadas fueron entrevistas, observaciones y círculos de reflexión. Las conversaciones permitieron abordar las significaciones respecto a la cárcel como institución pública, las características de las personas privadas de libertad y las posibilidades de ejercer el derecho a la salud en el contexto carcelario.

La cárcel ha sido definida como todo aquello que nos mantiene alejados del goce pleno de nuestra libertad. En ella confluyen dimensiones importantes de análisis como la política, la económica y la ideológica-cultural, lo que sin duda permite transparentar de mejor manera este espacio como un subsistema social, en el cual la salud parece estar relegada y, por ende, vulnerada como derecho humano fundamental.

Sykes (2017) reconoce la cárcel como un sistema social propio, en donde se hace visible un colectivo de personas, un espacio social, una orgánica de funcionamiento y patrones significantes que dan cuerpo a un mundo de significados. En este mismo marco argumentativo, son múltiples los determinantes sociales que ejercen influencia en el estado de las personas privadas de libertad, su calidad de vida y de salud, entre cuyas características destacan: los niveles de pobreza y exclusión, el desempleo, los escasos espacios de educación y capacitación, el escaso acceso a alimentos, agua potable e instalaciones sanitarias, espacios de habitabilidad inadecuados, escaso acceso a la información, a la protección social, la discriminación por cuestiones de género, raza o edad, la falta de inversión en salud pública y la vulnerabilidad frente al cambio climático.

Foucault (2012) por su parte señala que:

La prisión crea y mantiene una sociedad de delincuentes, el medio, con sus reglas, su solidaridad, su marca moral de infamia. La existencia de esta minoría delictiva, lejos de ser la medida manifiesta de un fracaso, es muy importante para la estructura del poder de la clase dominante. (p. 200)

En este punto Melossi y Pavarini, seguidores de Foucault, citados en León (2017) mencionan que la cárcel es

una construcción contemporánea a la extensión del modo de producción capitalista, que deriva de las casas de corrección y trabajo edificadas para el control y adiestramiento de los vagabundos expulsados del campo, desde el siglo XVI, con el fin de convertirlos en trabajadores, o disciplinarlos si se quiere, para el naciente capitalismo. (p. 375)

Ahora bien, desde la dimensión ideológica-cultural se puede reconocer a la “cárcel” como un elemento de la sociedad postergado, trazado por un sello de pobreza, vulneraciones, marginalidad y violencia.

En este sentido, revisar la historia de vida de las mujeres privadas de libertad en Chile permite trazar con facilidad las huellas de un Estado indolente y una sociedad egoísta, ciega, sorda y muda frente a la vulneración de derechos de los sectores más rezagados en la vorágine de la promesa de desarrollo y bonanza en uno de los países con mayor ingreso per cápita de la región.

Según los datos recientes otorgados por Gendarmería de Chile,⁴ las mujeres privadas de libertad representan una minoría (7 % de la población penal recluida) y al momento de caracterizarlas se reconoce que:

[...] son encarceladas en general por razones económicas y delitos no violentos, en su mayoría son mujeres jóvenes o adultas (20-39 años), pobres, con baja escolaridad, solteras, madres y responsables del cuidado de sus hijas e hijos u otras personas dependientes de sus familias como personas mayores, en situación de discapacidad o enfermedades. Se observa además, que las mujeres son desempleadas y/o

4 Gendarmería de Chile es un organismo dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, responsable del sistema carcelario en Chile.

jefas de hogar y cuando se identifican como trabajadoras remuneradas suelen desempeñarse en la economía informal como comerciantes o vendedoras. (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2023, p. 31)

En otros estudios se revela que un gran porcentaje de ellas han sido víctimas de una agresión física o sexual por parte de sus parejas o convivientes, han sufrido algún tipo de maltrato infantil, así como también han sufrido situaciones traumáticas como violencia intrafamiliar y/o fueron víctimas de abuso sexual en la infancia o adolescencia. En el caso de este estudio, varias de las mujeres eran jóvenes, de buen aspecto físico, chilenas o de países vecinos, que estaban privadas de su libertad por causas de narcomenudeo.

Y si se recorre la historia de vida, se evidencia que en Chile:

El nexo entre niñez marginal, SENAME y cárcel es tal que 1 de cada 2 internos de recintos penitenciarios pasó su infancia o adolescencia en centros del SENAME. Estos datos ponen al descubierto que, al menos, la mitad de los adultos que hoy están presos fueron niños que sufrieron la exclusión, el maltrato y el abandono de los sistemas sociales que debieron haber velado por su seguridad, integridad y respeto. (Gendarmería de Chile, 2021)

Las mujeres, en contexto de encierro en Chile, se albergan en módulos o secciones dentro de unidades penales concebidas, pensadas y construidas para la población masculina. Esto explica, pues, que en el país existen 80 recintos penitenciarios y solo seis de ellos están destinados exclusivamente para mujeres. En términos de la distribución geográfica dos se encuentran en la Región Metropolitana, y por ende en gran parte de las regiones del país no hay centros especializados para la atención de mujeres, o solo se cuenta con módulos o secciones en cárceles que también albergan a población masculina. En este sentido, el *habitus* del contexto carcelario al que se ven expuestas las mujeres está desarrollado

de manera androcéntrica, pues las condiciones de infraestructura, régimen interno para sobrellevar la vida cotidiana y los programas de intervención disponibles tanto en el ámbito de educación como de habilitación laboral están ideados desde los supuestos y roles del hombre, invisibilizando las necesidades tanto jurídicas como administrativas de la población femenina.

En la investigación base de este trabajo, las mujeres privadas de libertad significan la cárcel desde un imaginario negativo, vinculante a la concepción de los sujetos que allí cohabitan, categorizados como delincuentes y, por ende, necesariamente marginales de la sociedad. Se sitúan en el contexto y, desde ese lugar, también se definen, incorporando en su significación del “yo soy” atributos vinculantes al delito, la despersonalización, la culpa y las proyecciones en la búsqueda de libertad.

Asociado a esta posición de represión y exclusión social en la que se visualizan, emergen significados respecto de las relaciones sociales y de poder que sostienen con la institución carcelaria y sus funcionarios, aludiendo a percibirse invisibilizadas, cosificadas y deshumanizadas. “Lo que es: es un lugar de almacenamiento de personas, la escuela delictual. Lo que debiera ser: un Centro de reinserción social, un lugar digno de cumplimiento de una pena” (Entrevistada 1, enero de 2019). “Una población marginada; decepción a la sociedad; soledad y olvido; delincuentes sin voz, ni voto; población cafiche del Estado” (Entrevistada 3, enero de 2019).

Soy una mujer que está pagando por sus errores, me encuentro cumpliendo una condena de 5.3. (5 años 3 días). Estando en este lugar, me he dado cuenta que algunas estamos muertas en vida, aquí he sufrido, llorado, reído, hasta rabiado, pero también he aprendido a encontrarme conmigo misma. Cargo con el sufrimiento de ser madre y no poder estar con mis hijos. He pasado varios procesos carcelarios, pero hoy me encuentro asistiendo conducta para reintegrarme al medio libre y retomar mi nueva vida. (Entrevistada 5, enero de 2019)

En los relatos, se constata que la vida cotidiana que las mujeres sobrellevan representa una rutina aprendida; refieren que todos los días salen de sus celdas, casas o carretas, intentan participar en una variedad de actividades, que conforman la rutina diaria de la existencia institucional, bajo la dirección y supervisión de los gendarmes. En general, inician con la cuenta,⁵ un desayuno en los ranchos (espacio en donde se entregan los alimentos de manera colectiva en el patio), lavan su ropa, barren, hacen ejercicio en el patio; las que cuentan con recursos independientes trabajan en los talleres industriales, algunas se desarrollan como mozas en las centrales de alimentos cocinando, otras realizan apoyos en los espacios administrativos de la institución y/o en los espacios de la enfermería.

Un grupo estudia en la escuela para avanzar en sus niveles de escolaridad, incluso fuera de la cárcel, y otras participan en actividades de habilitación laboral feminizadas (costura, cocina, peluquería etc.) dispuestas en general por instituciones externas a Gendarmería. Otras asisten a servicios religiosos. Algunas desarrollan el oficio de peluqueras, un grupo importante se vincula con actividades de ocio y recreación (jugar cartas, escuchar música, tomar mate, tirar la huincha, etc.) y, finalmente, otras participan de las dinámicas de violencia que se traducen en riñas y peleas al interior de los recintos penales. Respecto a este punto, se puede evidenciar que, a diferencia de los hombres, estas situaciones son menos visibles y más silenciosas, centradas en espacios cotidianos y atravesados por componentes como la maternidad, hostilidad reprimida y las diferentes identidades y diversidades existentes. En este sentido, se reconoce que las mujeres migrantes e indígenas recluidas viven una mayor vulnerabilidad, en respuesta a los bajos niveles de escolaridad y barreras culturales e idiomáticas, lo que dificulta aún más el acceso a la justicia, ejercicio de derechos y la búsqueda de beneficios penitenciarios.

5 Conteo de los internos en los patios por parte de los funcionarios de Gendarmería.

Lo anterior nos lleva a reconocer submundos dentro del contexto carcelario, lo que conlleva a que el espacio objetivo de convivencia se traduzca en un espacio vivido (Makowski, 2010). En este sentido, la dinámica cotidiana de cada persona está determinada por la posición social, pabellón o calle en la que habita, su categorización, según su conducta y, principalmente, la motivación de ascender en ello para postular a beneficios intrapenitenciarios.

En el estudio las mujeres identifican condiciones, que no permiten el despliegue de la salud y el ejercicio de su derecho, las que vinculan, particularmente, con: la mala alimentación, el hacinamiento, la escasa posibilidad de mantener una higiene individual y colectiva, los efectos de dichas condiciones en la salud mental y las barreras para la atención de salud. “La mala alimentación; el estrés diario; no tener derecho a la salud; que no te den tratamientos; la espera del tiempo para optar al médico” (Entrevistada 7, enero de 2019); “La mala alimentación. La mala convivencia, el poco espacio para hacer algún tipo de actividad física, la contaminación acústica, la contaminación ambiental” (Entrevistada 9, enero de 2019); “Es un lugar insalubre. Hay que convivir con los ratones” (Entrevistada 13, enero de 2019).

La situación de salud de estas mujeres es menos saludable que la población general, con prevalencia de enfermedades infecciosas, crónicas y de riesgo, significativamente mayor en condiciones de encarcelamiento. Además de las enfermedades infectocontagiosas, el consumo de sustancias tiene una alta prevalencia, y los trastornos de salud mental están sobrerrepresentados en ellas (Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana, Universidad de Chile, 2008).

En esta línea, las mujeres declaran la falta de atención médica especializada en temas de Ginecología y Obstetricia, de manera particular en el caso de las mujeres que transitan por un embarazo, parto y puerperio; posterior a ello, escaso acceso a servicios pediátricos para los hijos que están con ellas en contexto de encierro y la presencia de mujeres adultas mayores en centros que no cuentan con servicios geriátricos y alimentación adecuados a su edad (Gutiérrez, 1994).

Uno de los casos más ilustrativos y públicos de estas brechas de atención, discriminación y vulneración de derechos en Chile fue la vivencia de Lorenza Cayuhán, mujer perteneciente a la etnia mapuche, embarazada y privada de libertad, quien estando en la cárcel comenzó a evidenciar signos de estar pronta a dar a luz, y fue trasladada a distintos recintos asistenciales bajo fuertes medidas de seguridad, culminando su parto en una cesárea, engrillada en los pies y con presencia de personal de Gendarmería (Pérez Goldberg, 2017).

En muy pocos penales, las mujeres pueden hacer efectivo el derecho a la salud sexual y reproductiva, y solo se ha avanzado en un programa que les permite postular al beneficio de venustorio, conocido como la visita conyugal, en donde se les autoriza mantener relaciones sexuales con sus parejas en un dormitorio acondicionado para ello. Al ser abordado como un beneficio, no todas pueden acceder, por lo que se siguen utilizando como parte de su cultura los famosos “camaros”, que son una especie de carpa instalada por las mismas mujeres, en algún sector del espacio común, dentro del horario de visita, para poder intimar con sus parejas (INDH, 2014).

A lo anterior, se suma la brecha en la afiliación en el Fondo Nacional de Salud-Seguro Público de Salud [FONASA],⁶ una vez que ingresan a un establecimiento penitenciario, evidenciándose dificultades en cuanto a la gestión de su afiliación, lo que repercute en el acceso a la atención en la red asistencial más cercana en el momento que lo requieren.

Los espacios vinculados a la atención de salud están trazados y reconocidos como parte de la unidad de enfermería, con distintos lugares para la atención (*box* de procedimientos, sala ginecológica, sala dental, *box* del médico). Sin embargo, en el momento de la observación realizada, la sala ginecológica, que cuenta incluso con un sillón para la atención, se encontraba desolada, con escaso uso y ocupada por distintos implementos.

6 El Fondo Nacional de Salud [FONASA] es un organismo público que administra los fondos estatales que se destinan a la salud en Chile.

La unidad de enfermería cuenta con buena iluminación, con adecuado control de la temperatura, visiblemente higiénica y tiene delimitadas las áreas limpias de las sucias. Cuenta con estantes donde se guardan los medicamentos, visiblemente abastecidos y con una sala de espera para las internas. Respecto de la limpieza de este espacio, las mujeres verbalizan que algunas de ellas se hacen cargo de la limpieza, con insumos que las familias proveen.

Se cuenta y es visible un equipo de salud, el que se ha formalizado con la integración de dos técnicos paramédicos civiles, un médico urólogo y odontólogo con 11 horas. Algunos actores identifican como parte del equipo de salud el servicio de nutricionista, el químico farmacéutico y el enfermero matrón otorgado desde el Departamento de Salud de Gendarmería perteneciente a la V Región.

Las mujeres declaran que el equipo existente es insuficiente para dar una respuesta oportuna y pertinente a las necesidades que se presentan y que, pese a que existen los turnos de llamado, señalan que existen tiempos y días en los que no pueden enfermarse, pues no existe una respuesta oportuna. Ejemplo de ello son las complicaciones que se presentan en las noches. “Acá en este lugar a veces hay que apuñalarse para ejercer la salud. Haciendo huelga de hambre como, por ejemplo, cosiéndote la boca, no tomar ni agua” (Entrevistada 15, enero de 2019).

Las situaciones descritas anteriormente colocan en tensión una vez más la mirada androcéntrica dispuesta en este contexto, a saber, las mujeres están obligadas a verbalizar sus padecimientos con el gendarme de turno, que en su mayoría son hombres; el médico especialista en urología, contratado para la atención de ambas poblaciones tanto femeninas como masculinas, si bien trata enfermedades presentes en las vías urinarias de hombres y mujeres, su focalización está en el diagnóstico y tratamiento de patologías oncológicas masculinas, quedando la atención femenina postergada, más aún cuando el tercer actor posible de resolver aquello también es un hombre (enfermero-matrón), que se supone debería asistir mensualmente y no acudiría

a dar atenciones desde hacía dos años en el momento de la investigación, desconociéndose la causa.

En cuanto a la estructura administrativa para la atención de salud, las mujeres relatan un servicio altamente protocolizado y ordenado, tanto para una urgencia como para el acceso a la atención diaria con el médico. El primer vínculo se hace con el gendarme de patio o de sector, y es bajo el criterio de este actor que la mujer puede acceder a la atención; luego, este gendarme transmite la necesidad al paramédico, quien accede a recibirla en la unidad de enfermería. Posterior a su diagnóstico, se determina si requiere de una atención inmediata por un médico, se debe derivar a los centros de salud externos o puede esperar las horas de atención diarias estipuladas para el servicio de la atención médica por parte de gendarmería. Incluso si requiere de algún fármaco, es el paramédico quien se lo otorga en ese primer momento. Existe un número de atenciones diarias del médico y quien prioriza el acceso a estas es el paramédico, y son las mujeres las que se organizan para dar prioridad a quienes se encuentren con mayores complejidades y en la mayoría de los casos expresan una respuesta social organizada entre ellas para cubrir las necesidades de atención en un primer momento, entendiéndose aquello como entrega de medicamentos de manera clandestina, aplicación de acciones vinculadas a la medicina tradicional y remedios caseros (uso de hierbas, rezo, paños fríos para la fiebre, entre otros).

En cuanto al protocolo para la atención y la relación médico-paciente, se pudo evidenciar que las mujeres deben relatar su dolencia al menos en dos momentos previos a la atención con el médico. Este hallazgo es desolador porque involucra temas éticos y humanos, y por ende una vulneración a lo estipulado por los organismos que intentan proteger a las personas privadas de libertad. La regla 25 de las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos señala que se debe cautelar el derecho a la confidencialidad, lo que implica que los internos/as no tengan que presentar sus peticiones de acceso al médico ante otros funcionarios penitenciarios. En ninguna circunstancia se le debe exigir a la reclusa que divulgue los

motivos por los que desea consultar al médico. El procedimiento de solicitud de consultas médicas debe explicarse a los internos/as en el momento de ingresar a la cárcel (Caballeros, 2006).

Desde la observación, entrevistas y círculos de reflexión, se observa que el médico tiene funciones acotadas vinculadas a la atención clínica y que no se cumple la regla 26 para el tratamiento de los reclusos. Esta señala que es el médico el que hará inspecciones regulares y asesorará al director respecto a: la cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos; la higiene y el aseo de los establecimientos y de los reclusos; las condiciones sanitarias, la calefacción, el alumbrado y la ventilación del establecimiento; la calidad y el aseo de las ropas y de la cama de los reclusos; la observancia de las reglas relativas a la educación física y deportiva cuando esta sea organizada por un personal no especializado (Caballeros, 2006).

Por otro lado, las mujeres reconocen que existen dificultades en el acceso a la información, lo que se traduce en las escasas posibilidades de acceder a una comunicación directa con el profesional médico/a en la fase de inicio, seguimiento y continuidad en los tratamientos farmacológicos, que hay escasos programas promocionales preventivos desarrollados y una brecha importante en el acceso e información sobre profesionales especialistas, la que está determinada por la atención primaria que se dé al interior del recinto, y que ya en las circunstancias actuales presenta complejidades de acceso: “Opción a tener material e información sobre distintas enfermedades... la diabetes y muchas enfermedades sobre el sistema nervioso” (Entrevistada 8, enero de 2019); “[...] uno... atención profesional, dos... seguimiento de los pacientes, tres... medicamentos adecuados. Atención más rápida y fluida” (Entrevistada 12, enero de 2019).

Las mujeres, al significar la salud, colocan en valor cuatro matices relevantes: (1) vinculada a la vida, (2) en coherencia a los hábitos saludables que se pueden emprender desde lo individual, (3) se dispone como un derecho y, finalmente, es significada (4) en su amplio despliegue e integralidad, en donde se coloca en valor la

salud mental, sexual y reproductiva, emocional, física, ambiental y colectiva. “Tenemos que comer sano, o sea, verduras, frutas, lácteos... también hacer deporte, ya que ayuda a fortalecer el cuerpo a liberar energías” (Entrevistada 10, enero de 2019).

Para mí, la salud es un derecho que tenemos todas las personas por igual; es una atención por un profesional encargado de ver y sanar una enfermedad; cuando nos sentimos mal, requerimos una buena atención; si tenemos buena salud, tenemos que cuidarla con una vida sana, haciendo ejercicios y buena alimentación; la salud es algo esencial para diferentes áreas de nuestra vida. (Entrevistada 13, enero de 2019)

Desde esta posición social en la que se categorizan en el contexto carcelario, conceptualizan la salud como un derecho al que se accede por privilegio, lo cual se vincula con la reproducción en las dinámicas de poder al interior del recinto penitenciario, donde el acceso a ser atendidas por sus condiciones de salud lo asocian a vivenciar situaciones extremas de enfermedad o accidentes. A partir de lo anterior, emerge una especie de conformismo y desesperanza aprendida asociada a las escasas vías de acceso para la atención en salud, lo cual, por un lado, refuerza la idea y necesidad de fortalecerse desde el bloqueo emocional, y, por otro, perpetúa la visión deshumanizada hacia ellas mismas. Esto último, al describir diversas técnicas que implican autoagredirse como estrategia válida, eficiente, para conseguir un rápido acceso a atención de salud. “Más que un derecho, es casi un privilegio [...]. Estando presas, la salud es totalmente mala [...]” (Entrevistada 8, enero de 2019).

Sin embargo, cabe señalar que así como se reconoce la salud como un derecho, también se tensiona su cumplimiento. A nivel general, se puede apreciar que gran parte de las mujeres reconocen lo esperable de su garantía, vinculado a la atención médica sin restricciones desde lo económico, a través de acciones tales como: un acceso oportuno en tiempo y calidad, el acceso a tratamientos en

concordancia a las patologías presentes en sus vidas, y en segundo lugar, es reconocido como un semillero para la consecución de una vida digna y saludable. “El derecho a la salud es cuando uno recibe una atención médica a tiempo; todos tenemos derecho a una buena salud gratuita para todos... derecho a la salud es igual a una vida sana” (Entrevistada 3, enero de 2019).

Por otro lado, las mujeres logran identificar y dar cuenta de los nudos críticos presentes en la gestión penitenciaria para ejercer el derecho a la protección de la salud, ubicando, como eje central, la debilitada orgánica con la que se cuenta para el acceso a la atención de salud y la escasez de recursos humanos, principalmente de médicos. En este marco aparece en los relatos la identificación de acciones que atentan a sus propias vidas, y que son ejercidas en pro de acceder a la atención. “[...] las funcionarias no nos pescan cuando decimos que estamos enfermas. Dependemos de un cupo y que a la funcionaria le caiga bien para que recién me lleven al paramédico. Tenemos que estar en coma, sin poder pararnos [...]” (Entrevistada 5, enero de 2019).

A partir de lo revisado previamente, en el mejor de los escenarios, las mujeres logran reconocerse a sí mismas como sujetos de derecho, establecen que inevitablemente están en un contexto en donde sus reparos ante la vulneración de estos siempre tendrán una sanción directa o indirecta por parte de gendarmería. “El hilo siempre se corta por la parte más delgada” señalan, y esa parte siempre son las mismas: las presas.

En tal contexto, la reivindicación asociada al respeto de sus derechos las enfrenta a dos caminos: la confrontación a través de la denuncia frontal usando las redes sociales, y la otra, la ejecución de estrategias más protegidas para poder hacer llegar a la autoridad las dificultades o vulneraciones que se enfrentan, siempre a riesgo de ser sancionadas.

Es por esta razón, que nadie reclama si es agredida verbalmente, y tampoco si se ven violentadas en los allanamientos. Esos son dolores de mujeres, dolores marginales, dolores sin valía, en una cultura patriarcal, donde la violencia es un lenguaje compartido en este contexto.

Así, el derecho a la salud, al bienestar del cuerpo, el cual en teoría se debiera brindar homologando las condiciones de las personas que están en libertad, presenta brechas significativas.

Si los derechos gozan de invisibilización por parte de la población penitenciaria, los deberes de las mujeres privadas de libertad se fragmentan en un escenario en donde la relación con Gendarmería se caracteriza por ser friccionada.

Por parte del deber ser, las acciones asociadas al cuidado del cuerpo y del ambiente en que este se desenvuelve se disipan con facilidad en espacios de hacinamiento, en donde las responsabilidades se diluyen y la posibilidad de coordinar la voluntad de un gran número de personas, para ser funcional en un ambiente que debiera homologar las condiciones del hogar que se habita, encuentra en general rispideces en el actuar. En la implementación se evidencia un deber ser desde la contingencia, en donde se carece de una planificación estratégica. En las respuestas respecto a cómo se significa en la cárcel en tanto institución pública, y el Estado como garante del ejercicio del derecho a la salud, a las personas privadas de libertad en dicho contexto, pareciera ser que es allí donde encontramos el principal nudo crítico para la real posibilidad del ejercicio del derecho a la salud. Precisamente, además de las condiciones estructurales, el pensar, sentir y hacer de quienes convergen en este ámbito parece ser lo que determina el cumplimiento de la normativa vigente, determinando la priorización de recursos y el levantamiento de propuestas de mejoras estructurales para dicho espacio.

En este sentido, se hace necesario colocar en valor la mirada sociohistórica de la salud penitenciaria, como un problema vinculado a la disposición ético-política de la salud como derecho, con el fin de generar conocimiento que aporte a la construcción de una mejor salud y calidad de vida de las mujeres privadas de libertad, reconociéndolas como seres sociales, sujetos de derecho y agentes de cambio.

Estos problemas detectados se han denominado controversias, pues representan un desacople entre lo dispuesto o no en

los marcos normativos-jurídicos, las narrativas dispuestas para la comprensión de la situación problema y las significaciones teóricas de las categorías centrales de análisis, es decir, miradas que no entran en diálogo para superar los problemas. En síntesis, se destacan cuatro controversias centrales en los procesos de la atención a la salud de las mujeres privadas de la libertad.

La primera es que la mujer privada de libertad, desde el mundo comunicacional y público, es significada como la escoria de la sociedad, invisibilizada y carente de derechos, a diferencia de los argumentos que se dan en los distintos instrumentos jurídicos normativos para construirlas como sujetos de derechos.

La segunda es que la salud penitenciaria se reduce a la atención de enfermedades y al curso mediático de acciones en pos de abordar brotes epidémicos, sin priorizar los instrumentos jurídicos administrativos que exigen el resguardo de la vida digna, la integridad física y mental de las mujeres en contexto de encierro.

La tercera es que la Constitución en Chile no garantiza el derecho a la salud, y en el contexto carcelario las mujeres incluso ven inalcanzable el derecho a la protección de la salud; en este sentido, se muestra como consenso que el Estado falla en la garantía de su acceso, lo cual infringe el principio de igualdad.

Y, finalmente, la cuarta controversia refiere a la implementación de la Política de Salud en el contexto carcelario. Existe dispersión normativa, lo que configura controversias particulares en el enfoque de la política, la cual sigue centrada en lo punitivo y reactivo, con un vacío en el conocimiento de los instrumentos disponibles, lo que se refleja desde la institucionalidad en los marcos de acción y operatividad donde no existen canales y flujos de acceso claros a los procesos de atención a la salud, a lo cual se añaden presupuestos reducidos que inhiben mejoras estructurales.

Las mujeres privadas de libertad deben ser atendidas por profesionales de la salud capacitados y especializados en salud de las mujeres, evitando barreras y múltiples pasos que retrasan su acceso a atención oportuna. No deben ser tratadas como un apéndice de los contextos carcelarios masculinos, pues requieren una

atención específica y diferenciada. Para que estas mujeres puedan ejercer plenamente su derecho a la salud, es fundamental implementar protocolos de atención que reconozcan y respondan a sus necesidades particulares, garantizar la disponibilidad de recursos adecuados, y ofrecer formación continua a los profesionales de salud penitenciaria en temas de género y salud integral de la mujer. Además, es crucial establecer sistemas de seguimiento y evaluación que aseguren la calidad y equidad en la atención, permitiendo así que las mujeres en prisión accedan a un cuidado de salud digno y efectivo.

PROCESOS DE ATENCIÓN A LA SALUD DE MUJERES QUE CURSARON EVENTOS DE MUERTE GESTACIONAL

A continuación, se presentan resultados parciales de la investigación “Mujeres y muerte fetal en Ciudad de México. Un estudio de casos múltiples”, específicamente referida al contenido de las entrevistas a cinco mujeres que cursaron eventos de muerte gestacional durante los años 2013 al 2018 en la Ciudad de México, con relación a la atención institucional recibida. Las entrevistadas⁷ eran parte en ese momento de una asociación sin fines de lucro que apoya a mujeres, hombres, parejas y/o familiares, que han sufrido algún evento de muerte gestacional en el colectivo llamado MISS-ECA,⁸ que realiza jornadas de apoyo presencial y *online* en Ciudad de México. Este grupo posee una agenda política propia, que busca concientizar a la sociedad sobre estos eventos. Los resultados presentados en esta ocasión se refieren a la experiencia vivida por estas mujeres con relación a su paso por los servicios de salud, que describe y analiza las condiciones del trato humano y obstétrico recibido y si fueron objeto de violencia obstétrica durante la atención médica en el curso de eventos cuyo desenlace fue la muerte gestacional (llamada

7 Todas las entrevistas se realizaron previa aprobación del consentimiento informado, además los nombres utilizados fueron modificados para proteger las identidades.

8 Sitio web: <https://ecareddeapoyo.org>. El nombre viene del inglés *miss*, que significa extrañar, y “*eca*”, es una palabra en Náhuatl, que significa abrazar.

fetal en otros trabajos). La indagación realizada se centró en el contexto, las condiciones del espacio de atención, las barreras de acceso y la relación médico-paciente. Se utilizaron varias perspectivas teóricas en este estudio: la determinación social de la salud que exige entretelar la dimensión económica, política e ideológica-cultural que incide en las condiciones de vida de los grupos sociales a los que pertenecen las mujeres del estudio. Específicamente en la derivación en cuanto al acceso institucional y cómo las mujeres vivencian la atención prenatal. Las formas de atención de las distintas necesidades de salud devienen de la condición de clases y laboral de los sujetos sociales. Esto significa que la posición en la estructura social que ocupan las colectividades y las mujeres determinará la forma en la que experimentan tanto los procesos de salud-enfermedad, como de atención-cuidados en tanto derechos. También se consideraron algunos elementos de la teoría bourdieuana como el *habitus* y campo social para ubicar espacialmente los espacios de ocurrencia de los fenómenos, y finalmente la interseccionalidad, que permite comprender los distintos ejes de opresión que se ejercen sobre las mujeres.

Desde estas perspectivas, la violencia obstétrica constituye un fenómeno complejo que involucra diversas dimensiones de poder, género y salud. En términos legales, se define como cualquier acción u omisión por parte del personal de salud que cause daño físico, psicológico, emocional o moral a una mujer durante el embarazo y el parto, y que vulnere sus derechos humanos, sexuales y reproductivos. Desde la Medicina Social y la Salud Colectiva, la violencia obstétrica se entiende como una manifestación de desigualdad estructural en el acceso a la atención médica, donde las mujeres son objeto de prácticas discriminatorias, abusivas y coercitivas por parte de profesionales de la salud (Verdugo y Salinas, 2018), en cuyas instituciones no está instalada ni la perspectiva de género ni de derechos. La perspectiva de género permite evidenciar el sufrimiento frente a varias situaciones que se producen dentro del espacio médico. Es posible establecer un vínculo analítico entre la perspectiva de género y la forma en que el personal médico percibe

y actúa sobre las mujeres que sufrieron de un evento de muerte gestacional. Este vínculo se revela en la posición que estas mujeres, de forma consciente o no, se ubican dentro del campo médico, el que está fuertemente jerarquizado, y responde a una modalidad de socialización específica de este campo, el que Castro y Erviti (2015) y Castro y Villanueva (2019) conceptualizan como *habitus* médico. Por otro lado, está la percepción de la calidad de la atención, que no puede ser reducida a elementos de gestión de recursos materiales, técnicos o humanos, o a elementos gerenciales (Castro y Erviti, 2015).

Para comprender el valor explicativo del concepto de *habitus*, es necesario retomar algunas definiciones, como la de campo, el que “puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones” (Bourdieu y Wacquant, 2015, cit. en Castro y Erviti, 2015, p. 44). Esta definición nos abre la puerta a la comprensión de las redes de relaciones como estructuras objetivas que son determinadas socialmente, en el sentido de preservar el poder simbólico acumulado históricamente por el poder médico, el que es instrumentalizado por el personal, y experimentado por las entrevistadas a través de sus relatos.

Un elemento que permite contextualizar las narrativas de las participantes proviene del marco jurídico en el que estas se desarrollan. Durante los años 2013 y 2018, México y la Ciudad de México no contaban con una ley que abordara la situación de la violencia obstétrica, ni la muerte gestacional. El año 2022 la Cámara de Diputados aprobó en primera instancia reformas a dos artículos de las leyes generales de Salud y de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Estas reformas abordan una serie de elementos relacionados con la violencia obstétrica, y en la actualidad, estas modificaciones siguen en trámite.

El acceso a la atención médica obstétrica que reciben las mujeres, durante la gestación y el parto, se vincula con las formas de trabajo, formal o informal, o del hogar no remunerado, desarrollado por ellas y sus familias, y que corresponden a instituciones de salud específicas ya sea de seguridad social, públicas o privadas, en lo

general, todas con enfoques biomédicos. Según la Encuesta Nacional sobre Dinámicas de las Relaciones en los Hogares realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía del año 2016, en los últimos 5 años el 33,4 % de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto, sufrió algún tipo de maltrato por parte de quienes las atendieron. La Ciudad de México fue la segunda entidad federativa con mayor porcentaje de violencia obstétrica (39,2 % vs promedio nacional 33,4 %). Dentro de las situaciones que las mujeres experimentaron en México, destacan gritos y regaños (11,2 %), se tardaron en atenderlas debido a sus quejas (10,3 %), la ignoraron cuando solicitó información (9,9 %). En el mismo período, en relación con el lugar donde se atendieron, aparecen los Hospitales del IMSS con un 40,8 %, otros hospitales o clínicas públicas de la entidad federativa 38,7 %, un 34,7 % en centros de salud, un 30,7 % en un hospital o clínica del ISSSTE de la entidad federativa, un 18,2 % en un hospital o clínica privada, y un 17,7 % en un consultorio médico particular. Estos datos revelan que las instituciones del Estado son donde las mujeres más se atienden y sufren eventos de violencia, considerando toda la República mexicana (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016).

LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES CON LAS INSTITUCIONES OBSTÉTRICAS

En el caso de las entrevistadas, se atendieron en distintas instituciones o utilizaron atención mixta, donde destacan el Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE], además de distintas formas de atención privada, aunque ninguna se atendió en el sistema público de salud.

Desde estas experiencias dentro del campo médico, el *habitus* se expresa en la forma en la que el personal de salud atiende las necesidades de las mujeres, y las formas en las que son tratadas. La siguiente cita de Alma revela parte de esta estructura:

[...] no sabían qué hacer conmigo, me tenían parada afuera, antes del elevador para subirme [...]. La doctora tardó en

llegar a la clínica, y cuando llegó [...] ya me dijo que mi bebé era muy pequeña y que el parto ya era inevitable [...] y que por el tiempo que tenía de gestación, no iba a sobrevivir [...]. (Entrevista a Alma, 15 de julio de 2021)

Ema se refiere a la forma en la que fue informada sobre la muerte de su bebé:

[...] nace mi hija y pues no llora, no se mueve, no nada, la empezaron [...] a reanimar, y [...] pues [...] no... la oía que lloraba, [...] y se la llevaron... y [...] la doctora se quedó conmigo, esperando a que saliera la placenta... Pasó como media hora, y regresó una enfermera, y me dijo que lo habían intentado... pero que no lo habían logrado... y yo no entendía que me quería decir con eso, y yo le decía... ¿pero está bien mi hija? Ahí fue cuando me dijo no, tu hija murió. (Entrevista a Ema, 20 de julio de 2021)

Ambos relatos dan cuenta de que el personal sanitario no tiene capacitación para enfrentar este tipo de eventos. Estas relaciones se enmarcan en la medicina biomédica caracterizada por una jerarquía técnica y despersonalizada en la relación entre el personal médico y las mujeres. En este contexto, la lógica de las relaciones se fundamenta en el control ejercido por el personal de salud sobre ciertas formas de capital, como el simbólico y el cultural. Al monopolizar estas formas de capital, el personal de salud deja a las mujeres sin posibilidad de negociación (Castro y Villanueva, 2019). Tampoco se considera la dimensión subjetiva, donde emergen emociones y sentimientos complejos que requieren de acompañamiento por parte de las instituciones tanto para las mujeres como al personal. Erika se refiere a las condiciones en las que ella fue atendida:

[...] espantosa, horrible, fue una tortura para mí, haber estado en el IMSS fue una tortura completamente [...], no podría llamarla de otra manera, si existen las malas prácticas

en los hospitales yo lo vi reflejado ahí completamente, cada hora y cada momento que estuve en ese hospital. (Entrevista a Erika, 20 julio de 2021)

La violencia obstétrica es una forma de violencia de género, la que se basa en la subordinación de las mujeres en el campo médico (Castro y Frías, 2020). Si bien las mujeres entrevistadas poseen recursos económicos que les permiten acceder a la atención prenatal y a las prestaciones por incapacidad, las entrevistadas igualmente implementan estrategias para atender sus necesidades de salud.

Una primera estrategia es que declaran utilizar los servicios de salud públicos con el objetivo de obtener la incapacidad. En el caso específico de nuestras entrevistadas, esto es debido a que ellas ven a los servicios de salud como una institución necesaria para optar por la incapacidad que otorga la seguridad social y sus derechos, lo que les permite 42 días de prenatal y 42 días de postnatal con su sueldo íntegro.

Una segunda estrategia es la utilización de los servicios privados de salud, de forma simultánea con el sistema de seguridad social, que revela una percepción negativa de los servicios de salud del Estado, marcada por falta de especialistas, equipo tecnológico especializado, o tiempos de atención incompatibles con sus horarios laborales. Estos elementos motivaron a las entrevistadas a acudir al servicio privado en búsqueda de una atención más personalizada y con un mayor despliegue de recursos humanos, así como con mejores equipos tecnológicos. Por otro lado, ellas poseen la capacidad económica de cubrir los gastos asociados a las consultas privadas, las que se perciben como de mejor calidad.

Entre las entrevistadas hay un caso que presenta particularidades, pues inicialmente tuvo atención prenatal en el servicio privado de salud, y producto de una urgencia obstétrica debida a la ausencia de un equipo especializado debió trasladarse por su cuenta a un hospital del IMSS, donde finalmente ocurre la muerte de su bebé. Esto revela una importante capacidad de agencia por parte de estas mujeres, ya que sus creencias personales motivan acciones

y decisiones. Estas acciones y decisiones se anclan fuertemente a su capital económico y cultural, ya que pueden financiar la atención prenatal privada, pero también responde a un determinado capital cultural, pues valoran la atención privada de mejor forma que la pública, aunque la resolución final disponible sea siempre la pública.

Las entrevistadas tienen como capital un alto nivel académico que se asocia a un alto nivel cultural. Sin embargo las relaciones sociales entre las entrevistadas y las/os médicas/os fueron fuertemente verticales y jerárquicas, en otras palabras, la densidad del capital cultural acumulado no equilibró la balanza frente al capital simbólico de las/os médicas/os. Esto es un ejemplo de la rígida estructura jerárquica que opera dentro del espacio médico y que, no obstante su posición, las entrevistadas no logran en el encuentro médico-paciente, a pesar de ser mujeres adultas y profesionales, un estatus mayor (Castro y Erviti, 2015). Esta relación desigual las posiciona como subordinadas, lo que las hace vulnerables a múltiples formas de violencia de género, incluida la violencia obstétrica.

La siguiente cita refleja la estructura del campo médico, donde la petición de un documento administrativo conlleva burlas por parte del personal sanitario:

[...] lo fui a pedir como a los 15 días [...], estaba [...] en pleno dolor, y les dije perdí a mi bebé, y quiero el expediente, y como con tono burlón de... lo perdiste ¿pues en donde se quedó [...]? o sea como haciéndome hincapié que no era pérdida, era muerte, qué bueno se murió, pero pues yo en ese momento no lo podía decir. (Entrevista a Fresia, 22 de julio de 2021)

Esta reflexión permite problematizar el campo médico como un campo social de lucha, donde la posibilidad de establecer relaciones horizontales, iniciar una negociación, o realizar una solicitud es inexistente.

Si bien las acciones de disciplinamiento dentro del espacio médico son una realidad que vulnera a las mujeres entrevistadas, ellas o sus parejas realizaron acciones que subvierten el orden establecido. Claudia relata un evento que incluye a su marido, donde él le exige al médico ver a su bebé fallecido: “[...] pues no le estoy preguntando, le estoy diciendo que mi esposa quiere ver a su hijo... a nuestro hijo [...]” (Entrevista a Claudia, 21 de julio de 2021).

Para concluir, resaltamos a continuación estos y otros hallazgos que arroja esta parte de la investigación, donde agrupamos la situación de las mujeres entrevistadas en cuatro dimensiones: la primera, la capacidad de agencia individual y colectiva, donde todas las entrevistadas participan del grupo de apoyo, lo que las ha ayudado a enfrentar el duelo y los eventos sucedidos. La siguiente cita de Ema aborda la importancia del grupo MISS-ECA:

[...] busqué ayuda en el grupo, y pues traté [...] de echarle muchas ganas, o sea de mejorar yo, de sanar, de sanar por dentro, [...] de cuidarme físicamente, porque yo quería tener otro bebé, entonces [...] después decidimos volver a tener otro bebé, ahí lo tuvimos al año y medio. (Entrevista a Ema, 16 de julio de 2021)

La agencia colectiva es un elemento presente en las entrevistas, y nos permite comprender a la colectividad como un elemento de protección, que es importante para enfrentar el duelo. Cabe destacar, sin embargo, que la selección de las mujeres obedeció a un criterio al azar, pero que permite pensar que este tipo de asociaciones tienen sesgo de clase, en la medida que ninguna de las seleccionadas se atendió en el sistema público de salud, y todas tenían una situación laboral y/o económica solvente para tener seguridad social o atención privada.

Por otro lado, las mujeres muestran una capacidad de acción y búsqueda de respuestas ante las distintas situaciones de violencia obstétrica. Ellas se ven enfrentadas a una serie de obstáculos, además de la falta de apoyo por parte del personal médico. También vale la

pena decir que la motivación detrás de la búsqueda de respuestas puede variar, la que puede ir desde el deseo de entender las causas médicas de la tragedia, hasta la exigencia de respeto a la autonomía.

La segunda dimensión tiene relación con la violencia simbólica, donde todas las entrevistadas experimentaron violencia de este tipo durante sus interacciones con el personal médico, lo que se traduce en faltas de respeto a su dignidad y autonomía. Se utilizan frases agresivas o se ignora su consentimiento en situaciones claves. La intensidad de la violencia simbólica puede variar según el contexto y las interacciones específicas, sin embargo, el impacto psicológico que tienen estas interacciones marca sus trayectorias.

Como tercera dimensión observamos discriminación y desigualdad en el acceso a la salud, especialmente en el contraste entre la atención recibida en clínicas privadas y en instituciones públicas. Esta discriminación se traduce en una atención médica deficiente, en la negación de la necesidad de atención médica, así como en la negación de acceso a información veraz, clara y oportuna. La naturaleza de la discriminación puede variar por condiciones de origen socioeconómico, étnico, u otros factores, aunque en el caso de las entrevistadas fue fundamentalmente cultural.

La cuarta dimensión se expresa en la falta de empatía y respeto hacia las necesidades físicas y emocionales de las entrevistadas por parte del personal médico. Esta forma de violencia se manifiesta a través de la negación de atención médica y el uso de expresiones groseras o despectivas. Además, podemos decir que la intensidad y la naturaleza de la negación de atención pueden variar según el contexto y las circunstancias específicas de cada experiencia.

El análisis comparativo de los casos revela un hilo conductor fundamental en las experiencias de las entrevistadas, su capacidad de agencia individual como estrategia de respuesta a la violencia obstétrica, desde la búsqueda de respuestas ante la muerte de sus bebés, hasta la confrontación directa como respuesta a expresiones de poder y discriminación. Podemos observar una resistencia activa y una búsqueda del reconocimiento de sus derechos y dignidad. La agencia individual y la

colectiva se transforman en herramientas de resistencia frente a un sistema de salud que tiende a deshumanizar y vulnerar sus derechos sexuales y reproductivos.

En relación con la emergencia de sentimientos y su conexión con las experiencias vividas en el espacio médico, observamos que estos sentimientos, similares entre las participantes, surgen en contextos particulares que comparten ciertos elementos. Las experiencias vividas por las participantes son valoradas negativamente, al igual que los sentimientos que emergen en este contexto, los cuales también son negativos. El primer elemento a destacar es la percepción de un trato inhumano, el que se vincula con la exposición de las entrevistadas a situaciones como la revisión de su cuerpo reiteradamente por parte de médicos-docentes y estudiantes. Emergen sentimientos como invisibilización y vulneración, ya que su necesidad de privacidad y empatía es ignorada por dinámicas propias de estos campos sociales, donde también es necesario responder a objetivos educativos, ambos elementos se entrecruzan y tensionan a las mujeres.

La siguiente dimensión aborda la sensación de sobreexposición, experimentada por las entrevistadas durante su atención médica. Se describe la sensación de ser expuestas y desatendidas al recibir atención en espacios compartidos con mujeres que estaban amamantando a sus bebés recién nacidos, así como de hombres, lo que vulnera su privacidad, y genera una profunda incomodidad en ellas.

Emergen sentimientos de minimización de sus necesidades y culpabilidad. Aquí se releva la percepción de que las necesidades de las entrevistadas no son tomadas en cuenta, además aparece la culpa internalizada por no haber exigido un mejor trato durante la atención médica. Una de las entrevistadas experimenta una sensación de culpabilidad por no haber solicitado una segunda opinión durante su proceso de atención, lo que refleja cómo la falta de información y la exclusión en la toma de decisiones pueden generar sentimientos de responsabilidad y autoinculpación en las mujeres. En relación con la culpa que se genera con posterioridad al evento

de muerte gestacional, Claudia relata: “[...] yo salí en blanco, yo sentía que era la única a la que le había pasado esto... la sensación era tristeza, de mucha, mucha, mucha culpa” (Entrevista a Claudia, 21 de julio de 2021).

También hay referencia a sentimientos de desconfianza y miedo ante la atención médica. Esta dimensión se centra en la pérdida de confianza y seguridad en la atención recibida, así como la sensación de temor y ansiedad ante la falta de claridad en la información proporcionada por el personal médico. No hay explicaciones claras y emerge la percepción de falta de competencia por parte del personal médico, elementos que generan desconfianza en el proceso de atención, exacerbando sus sentimientos de miedo y ansiedad.

Destacamos una cita de Erika, que hace referencia a la incapacidad de los/as médicos/as de responder a las preguntas. “[...] lo siento mucho, no hay latido, no sabemos qué pasó no sé si tu hija tenía una cardiopatía, tu bebé parece ser una bebé sana, no sé qué pasó, de verdad no sé, te pido una disculpa” (Entrevista a Erika, 20 de julio de 2021).

Las entrevistadas también expresan sensación de abandono y violencia. Abordan las emociones de sentirse abandonadas y maltratadas durante la atención, lo que genera en ellas sentimientos relacionados con la tortura. Describen la falta de atención oportuna y el trato violento por parte del personal, y cómo estos contribuyen a sus sensaciones de abandono y desamparo, lo que marca sus experiencias en los hospitales como experiencias traumatizantes y negativas.

Ahí fue donde empezó mi calvario, porque desde que yo llegue el doctor me miró mal, incluso por el hecho de traer un suero de clínica particular. Ni siquiera se volteó a verme y me preguntó ¿qué te pasó? Yo le dije y me respondió “ah no, ya se va a morir si no es que ya se murió”. En ese momento mi esposo empezó a discutir con el doctor, y le dijo que se evitara sus comentarios y que mejor me revisara y entonces a él lo sacaron. (Entrevista a Alma, 15 de julio de 2021)

En general, estas dimensiones muestran cómo los sentimientos negativos asociados al espacio médico emergen de experiencias de maltrato, falta de acceso a la información y faltas de respeto a la dignidad y autonomía de las mujeres entrevistadas. La violencia obstétrica y el abuso de poder por parte del personal médico contribuyen a la creación de un ambiente de desconfianza y temor hacia las instituciones de salud, lo que impacta negativamente en el bienestar emocional de las mujeres.

Estamos frente a una consecuencia emocional de la medicalización del parto, que comprende este evento como un proceso médico y no como un proceso natural en el cual la mujer es la protagonista. Como consecuencia, el cuerpo de la mujer debe ser controlado y disciplinado, situándolas como víctima del sistema biomédico y vulnerando sus derechos sexuales y reproductivos.

Las experiencias subjetivas negativas de las participantes en los espacios de los servicios de salud se explican por una serie de acciones y omisiones que realiza el personal médico, las que se configuran y comprenden estrategias de subordinación y disciplinamiento. Estas buscan perpetuar la posición de las mujeres, y por lo tanto son una parte importante de las relaciones sociales al interior del campo médico, y de las luchas de poder que buscan acumular capital simbólico (Wilkis, 2004).

Un elemento a destacar es que las entrevistadas interactúan con distintos actores dentro del espacio de los servicios de salud, el que incluye a médicos/as, obstetras y enfermeras/os, además de personal de aseo, guardias y administrativos/as. Un segundo elemento que es importante destacar es que el campo médico reproduce ciertas formas de interacción entre el personal de salud y las mujeres que cursan embarazos, basadas en una rígida jerarquía, donde las mujeres son subordinadas. El personal de salud realiza acciones que buscan disciplinar a las mujeres, entonces el concepto de *habitus* médico (Castro y Erviti, 2015) nos ayuda a comprender que el problema de la violencia obstétrica no puede ser reducido a acciones individuales del personal sanitario, sino que se ancla a una cadena de vulneraciones que comienza desde la formación,

tanto de los/as médicos/as, como de los/as especialistas y de las/os enfermeras/os. Además, nos interesa explicitar que estas estrategias de disciplinamiento y subordinación nos ayudan a comprender, desde otra perspectiva, la experiencia subjetiva y las luchas de poder internas que disputaron las mujeres participantes.

Podemos anclar el sentimiento de invisibilización y el dolor emocional a procedimientos médicos que no consideran las inquietudes y preocupaciones de las mujeres, esta estrategia se repite entre las entrevistadas. Una forma común de implementar esta estrategia es la imposibilidad de negociar procedimientos como la cesárea, además de no dar explicaciones de por qué se eligió ese procedimiento, por sobre otro.

Otra estrategia de disciplinamiento es la negación de acceso a información oportuna, veraz y clara. Nuestras participantes sufren acciones que no son acompañadas de información, como la maniobra de Kristeller, que consiste en presionar el fondo uterino con el antebrazo, sin considerar que esta maniobra no está recomendada por la OMS.

Los hallazgos de esta investigación sobre la atención de mujeres que han experimentado muerte gestacional en la Ciudad de México revelan un panorama complejo y problemático en el ámbito de la atención por parte de los servicios de salud. Las narrativas de las participantes muestran una realidad marcada por prácticas de violencia obstétrica arraigadas en la estructura jerárquica y disciplinaria del campo médico, o por formas de violencia simbólica por la falta de formación del personal de salud en derechos y género, así como de sensibilidad humana ante el dolor del otro. A través del análisis desde la perspectiva de la determinación social de la salud, el *habitus* médico, la interseccionalidad y los derechos humanos se evidencia cómo estas mujeres enfrentan múltiples formas de opresión y discriminación, de las cuales el sistema de salud debe hacerse cargo.

REFLEXIONES FINALES

Este análisis crítico de los procesos de atención de salud de mujeres, que convoca la salud colectiva, la perspectiva de género y de

derecho, ha buscado mostrar las controversias en los procesos de atención específicos que son realizados y también experimentados como vulneraciones del derecho a la salud.

Se han revisado dos casos: el de mujeres en Chile, en contextos de privación de libertad; y el de mujeres que experimentaron un evento de muerte gestacional en México. En ambos casos, se analizaron aspectos de los procesos de atención a la salud, como el contexto y las condiciones de los espacios para la atención, las barreras para el acceso, la relación médico-paciente y la concepción del derecho a la salud subyacente a los actores implicados. El análisis se centra particularmente en destacar la vulneración del derecho a la salud de estas mujeres y sus condiciones particulares, a partir de una mirada basada en concepciones explicativas integrales y metodologías adecuadas para entender la relación entre lo estructural, lo particular y lo singular de cada caso.

En ambas investigaciones se encontraron problemas para el cumplimiento del derecho a la salud fuertemente relacionados con el género y con las condiciones que crean las intersecciones y sus derechos: las mujeres privadas de la libertad viven en condiciones desfavorables y son invisibilizadas como personas y como sujetas de derecho; mientras que las mujeres que vivieron muerte gestacional experimentaron un trato deshumanizado y la égida del poder médico, por encima de sus necesidades particulares y emocionales. Estos problemas se han denominado controversias, pues representan un desacople entre lo dispuesto o no en los marcos normativos-jurídicos, las narrativas dispuestas para la comprensión de la situación problema y las significaciones teóricas de las categorías centrales de análisis.

En el caso de las mujeres privadas de la libertad existe controversia sobre la significación del derecho a la protección de la salud entre los actores que pertenecen a las instituciones carcelarias o vinculadas con la cárcel, así como con la visión de las propias mujeres privadas de libertad. Para los primeros, el problema no es grave, porque parten del reconocimiento de que la garantía constitucional existe y se manifiesta en esfuerzos concretos, a través de

vías normativas, disposición de recursos y colaboración interinstitucional. En contraparte las segundas relatan lo lejos que están estos esfuerzos de los organismos estatales y locales de lograr satisfacer el derecho a la protección de la salud y el acceso a las acciones de salud. Aún más, los relatos de las mujeres dejan en evidencia graves situaciones de vulneración a los derechos humanos de protección de la vida, la integridad física y psíquica de la persona, y su dignidad. El ejercicio de derechos por parte de la población penitenciaria está condicionado por factores subyacentes propios del contexto carcelario y de la historia de vida. Ejemplo de ello es la falta de formación ciudadana, especialmente de aquellas chilenas o extranjeras que viven en zonas de pobreza, precarizadas, y que por ende aumenta la vulnerabilidad de sus derechos.

En el caso de las mujeres que vivieron muerte gestacional: el complejo entramado de las experiencias de las mujeres que han cursado eventos de muerte gestacional y han interactuado con el sistema de salud en México revela que los procesos de atención a la salud están marcados por un trato deshumanizado, escaso reconocimiento de sus situaciones particulares por la pérdida de un bebé esperado, y vulneraciones derivadas de la jerarquía médica, que pueden incluso derivar en violencia obstétrica.

Las tres controversias observadas en los procesos de atención a la salud de las mujeres que vivieron muerte gestacional son: primera, las estrategias de subordinación y disciplinamiento desplegadas por el personal médico impactan profundamente en la experiencia subjetiva de estas mujeres, vulnerando sus derechos sexuales y reproductivos. Segunda, desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, se destaca cómo la posición social de las mujeres influye en su experiencia de atención médica durante la gestación y el parto, así como en la percepción de la calidad de la atención recibida, aunque la barrera cultural, producto de la relación con la rigidez de la biomedicina encarnada en el personal de salud, es un obstáculo para el entendimiento. La violencia obstétrica, como manifestación de violencia

de género, se enraíza en relaciones desiguales de poder dentro del campo médico, donde las mujeres son subordinadas y despojadas de su autonomía y dignidad. Y tercera, aunque hay agencia individual y las mujeres plantean resistencia activa frente a la vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos, igualmente experimentan violencias dolorosas y traumáticas, y no existe un sistema de soporte institucional o ayuda para sus casos, salvo las asociaciones privadas entre iguales.

Persiste la necesidad de transformar el sistema de salud para garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como para erradicar toda forma de violencia y promover una atención médica basada en el enfoque de derechos, que enfatice el respeto, la empatía y la equidad. Esta transformación comienza con la modificación del currículum educacional en la formación del personal sanitario, apegándose al enfoque de derechos y al parto humanizado; también debe considerar la creación de protocolos de atención y cuidados especializados, así como la asistencia de personal capacitado, como psicólogas/os y psiquiatras capacitados en tanatología. No podemos dejar de referirnos a la necesidad de crear un sistema de control interno que proteja los derechos de las mujeres y que sancione la violencia obstétrica. Todas estas demandas han sido destacadas por la agrupación MISS-ECA en sus comunicaciones públicas.

Lo revisado hasta aquí subraya la urgencia de acciones políticas y administrativas concretas para proteger y promover la salud y el bienestar de las mujeres en general, ya sea en los contextos donde están privadas de la libertad, sea en el ámbito de las instituciones encargadas de velar por la salud sexual y reproductiva, en Chile o en México. Desde una perspectiva más general, esto pone el acento en la importancia de promover la salud colectiva abordando la erradicación de las disparidades de todo tipo, y garantizando que las personas que experimentan diversas opresiones sean consideradas desde las políticas y prácticas de salud con sus perfiles específicos, para que ejerzan su derecho a la salud en condiciones equitativas y dignas.

BIBLIOGRAFÍA

Bertolozzi, María y De la Torre, Mónica (2012). Salud colectiva: fundamentos conceptuales. *Salud Areandina*, (1), 24-36.

Casallas, Ana Lucia (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Revista Ciencias de la Salud*, (15), 397-408.

Castro, Roberto (2011). *Teoría social y salud*. Buenos Aires/ México: Lugar Editorial/UNAM.

Castro, Roberto y Villanueva, Marcia (2019). El campo médico en México. Hacia un análisis de sus subcampos y sus luchas desde el estructuralismo genético de Bourdieu. *Sociológica*, pp. 73-113.

Castro, Roberto y Erviti, Joaquina (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca: UNAM.

Castro, Roberto y Frías, Sonia (2020). Violencia obstétrica en México: hallazgos de una encuesta nacional de violencia contra mujeres. En Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone, *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 57-76). Lanús: Ed. UNLa.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [CDESC] (2000). *Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Ginebra: ONU. <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>

Crenshaw, Kimberlé (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.

Foucault, Michel (2012) *El poder, una bestia magnífica: sobre el poder, la prisión y la vida*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Garduño, María de los Ángeles (2007) La categoría de género en la explicación de los perfiles de enfermedad y muerte de varones y mujeres. *Salud Problema*, (25), 17-26.

Gendarmería de Chile (2021). Hablemos sobre el coa más allá de la cárcel. *Gendarmería de Chile*. https://html.gendarmeria.gob.cl/doc/Hablemos_del_coa_Digital_I.pdf

Granda, Edmundo (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva hoy? *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2).

Herrera Soto, Ignacio (2022). Mujeres y muerte fetal en Ciudad de México [Tesis de doctorado]. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

Instituto Nacional de Derechos Humanos [INDH] (2003). *Informe anual sobre Derechos Humanos en Chile 2003*. Santiago de Chile: INDH.

Instituto Nacional de Derechos Humanos [INDH] (2014). *Informe anual: Situación de los Derechos Humanos en Chile 2014*. Santiago de Chile: INDH. <https://www.indh.cl/wp-content/uploads/2014/12/INDH-2014-Final.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. *INEGI*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

Iturrieta Henríquez, Daisy (2019). Significaciones y controversias en la Política Pública de Salud Penitenciaria: un análisis desde los actores sociales, sobre el ejercicio del derecho a la salud en dos cárceles de la V Región de Chile: 2012-2018 [Tesis de doctorado]. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

Jarillo, Edgar; Garduño, María de los Ángeles y Guinsberg, Enrique (2006). Introducción. En Edgar Jarillo y Enrique Guinsberg (Eds.), *Temas y desafíos en Salud Colectiva* (pp. 9-19). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Laurell, Asa Cristina (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.

León, Marco Antonio (2017). *Documentos para la historia de las prisiones en Chile en el siglo XX (1911-1965)*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.

Lugones, María (2010) Hacia un feminismo decolonial, *Hypatia*, 25(4).

Makowski, Sara (2010) *Jóvenes que viven en la calle*. México: Siglo XXI/UAM.

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2023).

Plan de trabajo condiciones carcelarias de mujeres privadas de libertad. *Gobierno de Chile*. https://www.minjusticia.gob.cl/media/2023/06/09062023_MejorasCarcelarias_MujeresPrivadasLibertad.pdf

Morales-Borrero, Carolina et al. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, (15), 797-808.

Pérez Goldberg, Patricia (2017). Discriminación: El caso de Lorenza Cayuhán. *Revista De Ciencias Sociales*, (70). <https://doi.org/10.22370/rcs.2017.70.1050>

Riquer Fernández, Florinda y Castro, Roberto (2012). *Estudio nacional sobre las fuentes, orígenes y factores que producen y reproducen la violencia contra las mujeres*. México: CONAVIM.

Sykes, Gresham (2017). *La sociedad de los cautivos: Estudio de una prisión de máxima seguridad*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Tetelboin, Carolina y Laurell, Asa Cristina (2015). *Por el Derecho universal a la salud. Una agenda latinoamericana de análisis y lucha*. México: CLACSO.

Verdugo, Jesús y Salinas, Addis Abeba (2018). Violencia obstétrica como un problema de Estado: su presencia en las leyes latinoamericanas. En Edgar Jarillo y Oliva López (Eds.), *Salud colectiva en México. Quince años del Doctorado en la UAM* (pp. 17-41). México: UAM.

Wilkis, Ariel (2004). Apuntes sobre la noción de estrategia en Pierre Bourdieu. *Revista Argentina de Sociología*, pp. 118-130.

SOBRE LOS AUTORES Y AUTORAS

AILLÓN TERÁN, EDUARDO

Médico pediatra. especialista en salud pública. Autor de publicaciones sobre salud pública y el derecho universal a la salud. Fue gerente de proyectos de Medicus Mundi, gerente general de Insumos Médicos Esenciales (IME). Director General de Seguros Públicos de Ministerio de Salud, Jefe de Gabinete del Ministerio de Salud y Deportes. Es militante activo de ALAMES -Bolivia.

BIAGINI, GRACIELA SILVIA SOCIÓLOGA

Dra. en Ciencias Sociales. Profesora Titular Consulta de la Universidad de Buenos Aires y de la Universidad Nacional de Luján. Docente del Doctorado en Ciencias sociales. FCS, UBA. Investigadora del Instituto de Investigación Gino Germani / UBA. En sus antecedentes profesionales, convergen experiencia en las áreas de la docencia, la investigación y la intervención social. Dirige las líneas de investigación “Actores sociales y sida” y “Sociedad Civil y Salud”. Integrante de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y del Grupo de Trabajo Estudios Sociales para la Salud/ CLACSO. Últimas publicaciones: Biagini et al (2021): Pandemia del

COVID-19: Estado, comunicación y construcción social en América Latina en Tetelboin Henrion Carolina, Iturrieta Henríquez Daisy y Schor-Landman Clara [Coords.] América Latina: Sociedad, Política y Salud en tiempos de Pandemias, CLACSO, Buenos Aires; Biagini Graciela (2017) La construcción social de la violencia de género desde el primer nivel de atención de la salud en Biagini Graciela y Sánchez Marita [Coords.] Violencia de Género y Salud. Problemas y desafíos en atención primaria de la salud, ed. Cátedra Sociología de la Salud, FCS-UBA, Buenos Aires; Biagini Graciela Sociedad civil y vih-sida. ¿De acción colectiva a la fragmentación de intereses? PAIDÓS, Trama sociales, Buenos Aires. (2009).

COSTA, ANA MARÍA

Professora de Pós-Graduação da Escola Superior de Ciências da Saúde/ DF. Diretora executiva do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes. Integrante do GT Estudos Sociais em Saúde da CLACSO. Concentra seus estudos em Política e gestão em Saúde organização de atenção em saúde, gestão participativa com foco na Saúde das mulheres e direitos sexuais e reprodutivos. Publicações recentes: Costa, Ana Maria et al. (2024) Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, 40 anos de uma história: entrevista com Ana Maria Costa. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/KbnLY7m85SNDStSmWJ58Qk/abstract/?lang=pt>. Soares, Beatriz Mac Dowell et al (2022). Health-related quality of life and associated factors: Results from the haemophilia QOL questionnaire for adults (Haem-A-QOL) in a low-income country with public policies to improve haemophilia care. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35853210/>.

CURCIO CURCIO, PASQUALINA

Profesora Titular del Departamento de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Simón Bolívar, Venezuela (USB). Economista de la Universidad Central de Venezuela (1992), Doctora en ciencia política de la USB (2003), con estudios Post Doctorales en Seguridad de la Nación (2019) de la Universidad Militar Bolivariana (2020). Directora del Instituto de Altos Estudios de América Latina

de la USB. Presidenta (A) de la Sociedad de Economía Política Latinoamericana (SEPLA). Miembro de los Grupos de Trabajo de CLACSO: Estudios Sociales para la Salud, y Crisis y Economía Mundial. Líneas de Investigación: políticas de salud, acceso al derecho a la salud, economía política, políticas económicas. Autora de los libros “La mano visible del mercado. Guerra económica en Venezuela” (2016); “Hiperinflación. Arma imperial” (2018); “La economía venezolana. Cuentos y verdades” (2020); “Teoría General de los precios, el salario, la producción y el dinero en guerra económica” (2021); “Debate sobre la economía venezolana” (2023). También es autora de más de 20 capítulos de libros. Escritora. Ganadora del Premio Nacional de Periodismo en Opinión 2020 (Venezuela).

DE LA ROCHA GUERRA, CARLOS ANDRÉS

Médico salubrista, fue preso político del gobierno de Jeanine Añez y Coordinador Nacional del “Programa Nacional de Fortalecimiento de las Redes Funcionales de Servicios de Salud” de 2015 a 2019.

ESLAVA-CASTAÑEDA, JUAN CARLOS

Médico, Magister en Sociología. Profesor asociado del Departamento de Salud Pública y director del Centro de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Miembro del grupo de investigación Estudios Sociohistóricos de la salud y la protección social-UN y del Grupo de Estudios Sociales para la Salud-CLACSO.

FRIZON RIZZOTTO, MARIA LUCIA

Professora Sênior da Universidade Estadual do Oeste do Paraná/Brasil. Diretora executiva do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Estuda temas relacionados com Política, Planejamento e Gestão em Saúde; imigração e agrotóxicos e saúde. Publicações recentes: A Atenção Primária à Saúde e o cuidado aos usuários com COVID-19 nas regiões brasileiras <https://www.scielo.br/j/csc/a/RDThVQcPhnQdrtVWkycs6Ny/>; Acesso de imigrantes a serviços municipais socioassistenciais em Fronteira internacional. <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/3404/2034>;

Ways of living and working of Haitian immigrants in Western Paraná/ Brazil -<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NJkzGp7F6Wjvzt7hzkfNHxq/>.

HEREDIA MIRANDA, NILA

Médica cirujana, salubrista y especialista en planificación estratégica y gestión de la educación superior. Fue Directora Técnica del Servicio Departamental de Salud de La Paz, Ministra de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia en dos oportunidades, Jefe de Carrera de Medicina, Vicedecana de la Facultad de Medicina y Vicerrectora y Rectora interina de la Universidad Mayor de San Andrés; Coordinadora de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES, por dos periodos continuos y Secretaría Ejecutiva del ORAS-CONHU.

HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, MARIO

Profesor asociado del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, y coordinador del Doctorado Interfacultades de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Coordinador del grupo de investigación Estudios Sociohistóricos de la salud y la protección social-UN y miembro del grupo de Estudios Sociales para la Salud-CLACSO.

HERRERA SOTO, IGNACIO JAVIER

Doctor en Ciencias en Salud Colectiva, UAM-Xochimilco, de México. Magister en Neurociencias, Universidad de Chile. Licenciado en Educación, profesor de Biología y Ciencias Naturales, Universidad de las Américas. Actualmente es profesor de la carrera de medicina en la Universidad de Valparaíso, campus San Felipe, sus principales líneas de investigación son Determinación social del proceso salud enfermedad e investigación en educación médica. Además es miembro del Centro Interdisciplinario de Investigación en Salud Territorial del Valle del Aconcagua. Publicación: Ontología y emergencia de lo social, Revista Salud Problema (2019).

ITURRIETA HENRÍQUEZ, DAISY DEL ROSARIO

Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco. Magíster en Salud Pública con mención

en Atención Primaria, Universidad de Valparaíso. Socióloga, Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Profesora Titular de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Miembro del Centro Interdisciplinario de Investigación en Salud Territorial del Valle de Aconcagua (CIDI-CIISTe), Universidad de Valparaíso. Coordinadora del Grupo de Trabajo Estudios Sociales para la Salud de CLACSO. Las principales líneas de investigación son Salud Penitenciaria, Salud Intercultural y Promoción de la Salud. Publicaciones: *Del Aula al Territorio: Experiencias de Promoción de la Salud* realizadas en comunidades del Valle de Aconcagua. (2023). *Mujer indígena: historia, raíces e identidad* Relatos de mujeres pertenecientes a pueblos indígenas u originarios (2022). *Medicina Ancestral Valle de Aconcagua* Catálogo de productos realizados por mujeres de Pueblos Originarios (2022). *Tensiones y desafíos de una atención con pertinencia cultural hacia pueblos indígenas en contexto de pandemias en Chile*. (2022). *Respuestas institucionales a la pandemia por Covid-19 en los contextos carcelarios de Chile. Una mirada desde la salud colectiva* (2021). *¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid- 19 en Latinoamérica?*. (2020)

LAURELL, ASA E. CHRISTINA

Médico-cirujano, maestra de salud pública y doctora en sociología. Actualmente es directora normativa de Planeación para la Transformación institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social. En el sector público ha ocupado los cargos de Subsecretaria federal de Integración y Desarrollo del Sector Salud (2018-2019) y Secretaria de Salud del Distrito Federal, México (2000-2006). Durante esta gestión introdujo la pensión universal para los adultos mayores y los servicios médicos y medicamentos gratuitos para la población sin seguridad social laboral. Su actividad académica se desarrolló en la UNAM y UAM-Xochimilco, México, durante el periodo de 1974 a 2000. Tiene 12 libros y 90 artículos publicados en revistas especializadas. Sus principales temas de investigación son salud en el trabajo y políticas de salud y sociales. Sus publicaciones más recientes son

Atención Primaria de Salud integral e integrada, APS-I Mx. (2019) publicada por la Secretaría de Salud; Three decades of neoliberalism in Mexico. The destruction of society, *International Journal of Health Services* 45(2): 246–264; Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano. Buenos Aires; CLACSO, 2013. Es articulista en La Jornada, México.

LIMA PEREIRA, PATRICIA

Doctora en Ciencias para el Desarrollo por UNED/UNA/TEC de Costa Rica y Máster en Salud Pública y Protección Social, Universidad de Granada y la Universidad Jagiellónica de Cracovia. Egresada en Comunicación Social, por la UNA Paraguay. Docente de la Maestría en Ciencias Sociales de FLACSO Paraguay y coordinadora del grupo de investigación en Salud Colectiva, Territorio y Sociedad, del Laboratorio de Políticas Públicas de FLACSO Paraguay - LabSo. Integrante de la coordinación nacional de ALAMES Paraguay.

LOBATO, LENAURA DE VASCONCELOS

Socióloga, professora Titular da Universidade Federal Fluminense. Vice-presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes, integrante do GT Estudos Sociais em Saúde da CLACSO. Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Trabalha com políticas sociais, em especial saúde e assistência social, no Brasil e em nível internacional. Publicou recentemente “The Universal Right to Health in Brazil: From Restricted Expansion to Dismantling” e, em co-autoria, ‘Authoritarian Populism, De-democratization, and Social Policy Dismantling: Lessons from Brazil’ no livro organizado por Sonia Fleury *Social Policy Dismantling and De-democratization in Brazil. Citizenship in Danger* (Springer, 2023). Também *Inequities and issues of quality of care: the case of Brazil*. In: Howard, Palley. (Org.). *the public/private sector mix in healthcare delivery. A comparative study*. (Oxford University Press).

MARTÍN MARTÍNEZ, MARILUZ

Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad de Granada. Especializada en Políticas Sociales por la Universidad Nacional de Asunción, en Salud Internacional y Soberanía Sanitaria por CLACSO-Argentina; y en Economía de la Salud por la Universidad Nacional de Comahue. Investigadora del Grupo de trabajo Estudios Sociales para la Salud de CLACSO y Coordinadora del Grupo de trabajo de Sistemas de Salud de Latinoamérica y el Caribe del Movimiento Mundial por la Salud de los Pueblos. Integrante de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES).

MORAGA CORTÉS, FABIÁN

Sociólogo de la Universidad de Valparaíso (UV). Magíster en Salud Colectiva por la Universidad Estatal de Feira de Santana (UEFS) – Brasil y miembro del Núcleo de Pesquisa en Salud Colectiva (NUSC) de esta institución. Magíster en Políticas Públicas por la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile (UCH). Se ha desempeñado profesionalmente en la gestión de instituciones públicas de salud en Chile, principalmente en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), en el Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Quillota y recientemente en el Ministerio de Salud. También es autor de más de una decena de trabajos académicos, capítulos de libros y artículos en revistas indexadas, resultados de investigaciones y reflexiones en torno a temas como el impacto de las reformas neoliberales sobre las instituciones de salud en Chile, gasto y formación para la Atención Primaria de Salud, y educación médica. Se destaca el artículo “Gasto en Atención Primaria de Salud en dos gobiernos del Chile posdictatorial”, publicado en los Cadernos de Saúde Pública, y la colaboración en la edición del “Tratado de Saúde Coletiva”, obra coordinada por Jairnilson Paim y Naomar Almeida. Es miembro activo de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) – Capítulo Chile.

MUÑOZ MUÑOZ, CARMEN GLORIA

Terapeuta Ocupacional, Doctora en Ciencias en Salud Colectiva. Profesora Auxiliar en la Universidad Austral de Chile, adscrita al Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, donde actualmente cumple funciones como Prodecana. Es integrante del GT Estudios Sociales para la Salud de CLACSO. Cuenta con publicaciones y contribuciones a congresos nacionales e internacionales sobre Medicina Social y Salud Colectiva, participación social protección social y metodologías de investigación cualitativa en salud. Entre sus publicaciones recientes destacan: El trabajo en la vejez: un desafío para la Terapia Ocupacional y los estudios sobre la ocupación. Revista Ocupación Humana, 2024; "Personas viejas buscan trabajo": nuevas formas de esclavismo. Andamios. Revista de Investigación Social, 2021. "Vida en ruralidad y su efecto sobre la salud de las personas mayores en el sur de Chile" Revista Humanidades Médicas, 2021. Es autora del libro "La salud en Chile. Una historia de movimientos, organización y participación social" publicado el año 2019 por Ediciones UACH. Actualmente ejecuta el proyecto Fondecyt de Iniciación No11230516 (ANID) "Trabajo de personas mayores en Chile: influencia de cultura y territorio".

PARADA-LEZCANO, MARIO

Médico salubrista, Doctor en Sociología, Profesor Titular de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso – Chile. Miembro del GT Estudios Sociales para la Salud de CLACSO y de ALAMES Chile. Cuenta con publicaciones y contribuciones a congresos nacionales e internacionales sobre Medicina Social y Salud Colectiva, el análisis de sistemas de salud y sus reformas, Educación Médica y Metodología de Investigación Cualitativa en Salud, entre las cuales están: Evolución del Sistema de Protección de la salud en Chile: un análisis sociológico (2004); Crise do seguro saúde no Chile: doença crônica socialmente transmissível (2019); Pandemia y APS en Chile Crónica de una ausencia anunciada (2021); Claves para entender la respuesta a la pandemia en el Chile neoliberal. (2022). Miembro de las Comisiones de Expertos/as para la

reforma del Sistema de Salud del Gobierno de la Presidenta Bachelet en 2014 y del Colegio Médico - Escuela de Salud Pública en 2018. Miembro del Claustro del Doctorado en Estudios Interdisciplinarios de la Universidad de Valparaíso. Miembro del Comité Académico del Programa de Magíster en Salud Pública de la Universidad de Valparaíso. Secretario Regional Ministerial de Salud en Valparaíso desde marzo a septiembre de 2022.

ROJAS RAJS, SOLEDAD

Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la UAM-X. Comunicadora social, estudios de maestría en Comunicación y Política. Investigadora por México CONAHCYT- UAM X, docente del núcleo básico de la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X), Ciudad de México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores mexicano, Nivel I. Facilitadora del GT CLACSO Estudios sociales para la salud, miembro de ALAMES México y de la Asociación Mexicana de Investigadores de la Comunicación. Feminista. Líneas de investigación: comunicación y salud, género y salud, violencia y salud, subjetividades en salud, conocimiento en salud, diabetes. Últimas publicaciones: ATLAS. ti: una herramienta para el desarrollo de métodos de análisis cualitativo (2024); One alternative health device! A methodological proposal to analyze research projects' orientation towards national health problems (2023); Repensar en comunicación y salud en América Latina a partir de la pandemia (2022); Violencia mediática y feminicidio. Alcances y limitaciones de un concepto emergente (2022). Pandemia y desigualdad en América Latina. Viejos y nuevos problemas para el pensamiento crítico en salud (2021); De la causalidad a la determinación social: analizar la diabetes en México desde la Salud Colectiva (2021).

TEJERINA SILVA, HERLAND

PhD, médico salubrista, miembro activo de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva,

consultor, docente e investigador en Salud Pública. Ejerció funciones ejecutivas en el Ministerio de Salud y la Seguridad Social de Bolivia y es autor de nueve artículos científicos y capítulos de cinco libros.

TETELBOIN HENRION, CAROLINA

Doctora en Ciencias Sociales, Universidad Iberoamericana de México; Maestra en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; Matrona, Universidad de Chile; Profesora-investigadora titular desde 1991 en la Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva del Departamento de Atención a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-X; Dirigió el Área de Investigación Estado y Servicios de Salud, la Revista Salud Problema, Coordinó la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva; diversas publicaciones sobre Políticas y Sistemas de Salud. Coordinadora del Grupo de Trabajo Estudios Sociales para la Salud de CLACSO.

TORRES-TOVAR, MAURICIO

Profesor asociado y director del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Miembro del grupo de investigación de Salud ambiental y laboral-UN y del Grupo de Estudios sociales para la salud-CLACSO

COLECCIÓN GRUPOS DE TRABAJO

Este libro es la contribución de un grupo de profesionales de la salud, cientistas sociales, académicos, funcionarios de instituciones de salud, ONG, exministras y ministros de salud, servidores públicos y trabajadores de salud, activistas y luchadores por la salud, que desde 2013 han reflexionado colectivamente en el Grupo de Trabajo Estudios Sociales para la Salud de CLACSO, en el seguimiento de la situación de la salud y los sistemas de salud. En una somera síntesis, en su contenido se pueden encontrar problemáticas a nivel mundial y regional en torno a la cuestión de las vacunas en general, y para el COVID-19, que aportan claridad a los silencios y que buscan reinstalar la idea de la soberanía en torno a la integración latinoamericana y caribeña en la producción de vacunas, medicamentos e insumos para la salud.

Del Prólogo.

Patrocinado por



Agencia Sueca
de Desarrollo Internacional



CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

