

Editorial

Hacia una epistemología de refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI: aportes para la descolonización de teorías, políticas y prácticas

Gonzalo Basile¹; Oscar Feo Istúriz²

¹ Director Programa Salud Internacional FLACSO República Dominicana. Coordinador Grupo de Trabajo Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO. gbasile@flacso.org.do

² Investigador Grupo de Trabajo Salud Internacional CLACSO. Universidad de Carabobo, Venezuela. oscarfeo@msn.com

Las bases epistemológicas de los sistemas de salud en la región latinoamericana caribeña tienden a moverse entre la reproducción de una constante colonialidad del poder y el conocimiento sanitario [1], lo que hace que los ciclos de los procesos regionales se muevan en acumulados de reformas de las reformas de las reformas, a partir de la importación de teorías y políticas o, en el mejor de los casos, en adaptación de dichas tesis y lentes según el Norte global o actores del sistema mundo contemporáneo. Cada reforma y su episteme han producido sedimentaciones, condensaciones institucionales en los Estados, en las sociedades y en los sistemas sanitarios a lo largo de todo el siglo XX.

Los denominamos “sistemas-Frankenstein”: aparatos sanitarios burocráticos weberianos, biomedicalizados, curativos-asistenciales y mercantilizados, que se perciben externos a las sociedades y que fueron acumulando lenguajes, mandatos, lógicas, tesis, al mismo tiempo que cristalizaban deshumanización, racismos, inequidades, violencias.

La reproducción de los procesos de dependencia político-sanitaria no es solo un fenómeno externo, sino que se manifiesta también en formas y estructuras internas en la academia, en la gestión pública sanitaria, o en la propia hegemonía cultural en las sociedades.

La agenda, la geopolítica y las acciones de la salud global liberal, de la doctrina panamericana regional y sus impactos nacionales y locales tienen implicancias en este carácter intrínseco de dependencia en el campo de las teorías y las políticas sobre los sistemas de salud, que ha generado una homogenización de caminos posibles y de limitada comprensión de la especificidad de los sistemas sanitarios situados en el capitalismo mundialmente periférico [2].

En ese sentido, pensar los sistemas de salud para el siglo XXI requiere mirar hacia y desde Latinoamérica, y trascender el pensamiento, las teorías y las políticas de sus bases eurocéntricas y de doctrina panamericana, porque en ese marco categorial se esconde y se oculta aquello que justifica las razones de la dependencia, de la inferiorización, de largas tesis de imitación basadas en considerar horizontes de transformación mediante lentes epistémicos del Norte global.

Para comprender la especificidad de los problemas en los sistemas sanitarios y el Estado, partimos de la necesidad de deconstruir —o sea, desmontar, desarmar, paso a paso, lógico-conceptualmente— el marco categorial dominante eurocéntrico panamericano y buscar promover y construir otros sistemas categoriales “desde” el que se puedan repensar, con rigor y en profundidad, los sistemas de salud, a partir de una epistemología del Sur global.

¿Cómo salir de esta dinámica de reproducción de colonialidad, dependencia teórica, de política pública y de gobierno en el siglo XXI?

En primer lugar, volviendo a problematizar el para qué y el porqué de los sistemas de salud en el siglo XXI desde la especificidad sociopolítica, ecológica, epidemiológica e intercultural del Sur.

Esto implica dos movimientos de problematización: primero, una revisión de la especificidad del Estado como determinante fundamental de los sistemas de salud. Es preguntarnos sobre la teorización y la condensación institucional del Estado como expresión del acumulado de las relaciones de poder en el capitalismo periférico en el Sur; el Estado,

como expresión de las relaciones sociales y de poder en la sociedad [3]. Así, en las últimas décadas, el proceso de tsunamis de reformas al Estado en lo institucional y organizacional tuvo diversas velocidades de reconfiguración: desde el ajuste y el cambio estructural del Consenso de Washington, a la modernización de aquel; de la flexibilización laboral, al capital humano en competencia; de la descentralización con desfinanciamiento crónico de lo público, a la separación de funciones con rectoría y regulación; un Estado que garantiza derechos individuales, pero que fue modelado a los intereses de producir bienes privados desde el propio gobierno de la esfera pública [4].

Es evidente que estos ciclos transicionales del Estado —dentro del colonialismo de mercado al capitalismo periférico del desarrollismo cepalino o a la vigente aceleración financierizada extractiva neoliberal actual— expandieron reformas de los sistemas sanitarios con arreglos institucionales: desde el colonialismo sanitario con preocupación en comercio-enfermedades, a la caridad-beneficencia de asistencia pública; de la meritocracia bismarkiana o aspiraciones de importación de modelos universales beverage, a la nueva protección social neoliberal, con el manejo social del riesgo y el pluralismo estructurado. Ninguna de esas reformas resolvió la cuestión de las inequidades sociosanitarias por clase social, étnico-raciales y de género, ni respondió a las determinaciones de la salud colectiva en la región. Por el contrario, una segunda cuestión son los pliegues de acumulación de inequidades y desigualdades entre las herencias coloniales, sociedades excluyentes y la aceleración del capitalismo mundialmente periférico generaron lo que se conceptualiza como procesos de “desciudadanización”, por mercantilización y por desposesión de grandes conjuntos de las sociedades latinoamericanas y caribeñas, que se desvincularon en la materialidad de su vida de la esfera de lo público, de la trama de los asuntos comunes y colectivos del vivir bien en sociedad, en comunidad.

Los sistemas de salud han acumulado cambios institucionales y organizacionales promovidos por organismos internacionales —como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo o la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), actores económicos-financieros y el complejo político (neo) liberal—, ubicándolos en una agenda política regional y mundial donde su base de estructuración es una pretendida homogeneidad, para mantener y alentar los intereses de la teoría del desarrollo con una enfermería pública vertical, funcional a las necesidades productivas-extractivas del capitalismo periférico y atenciones fisiopatológicas mitigatorias del daño social, o promover la expansión de un mercado de coberturas financieras sanitarias que configuran sistemas de aseguramiento en salud y ciudadanías segmentadas. Incluso, con la universalización de tipos de coberturas sanitarias que parten de la diferenciación por paquetes de servicios, pruebas de medios y estratificación. Ambas tesis responden a tipologías de estudio y clasificación de modelos de protección social y sistemas de salud que continúan siendo eurocéntricos y neoliberales, pero instaladas en muchas universidades, escuelas de Salud Pública y centros de estudios [2].

¿Cómo romper la jaula de hierro de una racionalidad administrativa eurocéntrica panamericana sobre las teorías y las políticas de los sistemas de salud en el Sur global?

Mediante la apertura de un giro decolonial [5], haciendo visible la necesidad de la descolonización como un trabajo (pendiente) para el Sur global. Descolonizar las teorías y las políticas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe —siguiendo a Catherine Walsh [6]— en gran medida significa interculturalizar, plurinacionalizar y descolonizar sus estructuras, concepciones e instituciones. Traer complejidad y emancipación.

Lo decolonial —y la decolonialidad— no son planteamientos nuevos ni tampoco categorías teórico-abstractas. Son, desde la colonización y la esclavización, ejes de lucha de los pueblos sujetos a la modernidad colonial, a la racialización, a la inferiorización y la deshumanidad.

La refundación de los sistemas de salud configura, entonces, un nuevo punto de partida epistemológico [4]. En ella se asume que los procesos de gobierno de la esfera pública, incluyendo a los sistemas de salud, son siempre procesos transicionales.

No solo es la eliminación del lenguaje, de la terminología y de las categorías de las “reformas” del desarrollismo o del neoliberalismo. La refundación busca proponer un “repensar categorial”. La intención epistémico-teórica no se limita a copiar categorías o conceptos, sino que busca una incorporación problematizadora de un nuevo corpus categorial. Así, la realidad pensada con la anterior categoría no es la misma; por ello, la intención epistémica deviene inevitablemente en una transformación del contenido anterior del concepto o la categoría, para que el nuevo contenido del concepto o categoría sea pertinente a la realidad estudiada y abordada [7]. En última instancia, es construir no tanto nuevos conceptos y nuevas categorías de análisis, sino nuevos “marcos categoriales”, desde donde tenga sentido el uso de estos nuevos conceptos y categorías; es decir, un sistema categorial que se expresa y materializa en sistemas argumentales del pensamiento crítico latinoamericano de la salud desde el Sur.

Se presentan las categorías propuestas para la refundación y la descolonización de los sistemas de salud en el siglo XXI

1. Epistemología de la salud desde el Sur y soberanía sanitaria

2. Sistemas universales e interculturales de salud como estrategia para enfrentar la determinación social de la vida y la salud
3. Cuidado integral de la salud y vivir bien
4. Territorio y nuevas territorialidades. Cartografías de sistemas-redes
5. Lo público como esfera y nuevas arquitecturas organizacionales sanitarias para la universalización de bienes colectivos, integrales e interdependientes
6. Economía política del cuidado integral de la salud y vivir bien
7. Democratización del gobierno en salud
8. Monitoreo de las interseccionalidades y determinaciones de la salud

Un sistema categorial siempre es una aproximación en transición y movimiento, que ubica la refundación como la articulación de un proceso popular, teórico, técnico y político en dinámicas de transformación. No constituye una propuesta de “contrahegemonía”, sino la producción de un marco alternativo desde el Sur global.

Los sistemas universales e interculturales de salud plantean una revisión crítica en la construcción de un nuevo saber-hacer, que trata a la determinación social de la salud y la vida [8] como fundante de las bases de un universalismo intercultural y decolonial en el Sur. Para América Latina y el Caribe, este nuevo saber-hacer es, a la vez, teoría y estrategia: la organización de sistemas universales, más que un resultado final, es una estrategia de afrontamiento de la determinación y las inequidades estructurantes de desigualdad por clase social, etnia y género [9]. Esta revisión y comprensión demuestra que no es una simple perspectiva médica de universalizar biomedicina y salud pública vertical de control poblacional de riesgos. Es una universalidad en el siglo XXI, que no se presume a sí misma como verdad única, mecánica y totalizante, sino intercultural, territorial, interseccional y democrática.

Por eso, la propia organización, los modelajes de atención, el financiamiento, el trabajo, la gestión y el gobierno de los sistemas sanitarios en el siglo XXI ponen en el centro:

1. El cuidado integral de la salud y vivir bien, buscando reemplazar al mito de la atención primaria en salud (APS).
2. El territorio y las territorialidades de los modos de vida colectivos.

Desde la década de los setenta, con la reunión y la declaración de Alma Ata, pasando por los supuestos de la APS integral a la APS selectiva del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y la Fundación Rockefeller, la APS se convirtió en uno de los ejes y mitos del discurso sanitario para el Sur global, planteando temas de relevancia como la salud como derecho, la intersectorialidad, la participación, la integralidad, pero también transformándose en un símbolo de seducción de una especie de “verdad totalizante” de una estrategia que todo lo resolvería el día que fuera implementada correctamente. A más de cuarenta años de Alma Ata, transcurridas diversas evaluaciones, esa APS, en la materialidad organizacional, quedó condensada en un mínimo de prestaciones para los sectores más pobres de las sociedades, como la remanida “puerta de entrada” y un modelaje cada vez más estructurado dentro de los paquetes básicos que caracterizaron a las reformas neoliberales. En la actualidad, todo convenio del Banco Mundial, junto a la OPS/OMS, sobre cobertura universal de salud incluye la nomenclatura APS como centro de las estrategias de “reformas”.

Claro que, en este proceso, también las comunidades, los pueblos, las organizaciones o los actores y los equipos locales de salud buscaron darle otro sentido. Con aciertos y errores [10].

Desde el pensamiento crítico latinoamericano en salud, se plantea el cuidado integral de la salud (CIS) como centro de la estrategia de los sistemas universales e interculturales. De lo que se trata es de articular el cuidado y la salud colectiva, de la producción del “cuidado”, en vez de la “atención”; integral, en vez de “primaria”; es la intersección entre salud y vivir bien.

En este sentido, se la entiende como una estrategia centrada en el territorio, en el cual las políticas y las acciones sanitarias combinan categorías como determinación e interseccionalidad, que entrelazan clase social, género y etnia, con estrategias de acción que privilegian espirales envolventes promocionales-preventivas que actúan sobre los modos colectivos de vida, con la respuesta oportuna a los procesos de salud-enfermedad singulares y su rehabilitación. Estrategias que se desarrollan a lo largo de todo el ciclo vital: del nacimiento a la muerte, evitando los programas verticales dirigidos a una enfermedad particular o a un segmento del ciclo vital.

La arquitectura territorial de los sistemas de salud se ha construido sobre la base de la lógica piramidal jerárquica, con un lugar central de los establecimientos sanitarios (hospital, centro de salud, otros), población como “objeto”, distribución de enfermedad y muerte, homogeneidad universal de la atención médica. De hecho, las tesis que sustentan a las redes integradas de servicios de salud implican un “funcionalismo” de los servicios de atención sanitaria como centro y amalgama institucional homogénea de redes articuladas y por niveles de resolución jerárquicos. Estas lógicas imbrican los enfoques del salubrisimo del siglo XX como agente del Estado, que controla el espacio social con el ideal de lograr la estatalidad sanitaria resolutoria asistencial-curativa y de prevención de riesgos y control de enfermedades colectivas.

La epistemología CIS, en el marco de refundación de los sistemas de salud, implica desplazar esa geografía institucional-burocrática asistencial y de control poblacional como aparato externo a la sociedad, a una geografía social donde los sistemas sanitarios se producen, entrelazan y construyen como una trama de territorios, territorialidades y dinámicas de reproducción social a nivel urbano-rural. Aquí los sistemas de salud se expresan en redes de salud abiertas, heterogéneas, simétricas, con tramas de institucionalidad y territorialidades de cuidado y protección colectiva, no solo articuladas, sino también mancomunadas en estrategias de vivir bien y calidad de vida saludable.

La expansión molecular de una nueva institucionalidad y territorialidad, que pone en el centro el territorio donde se desarrolla la vida y se produce socialmente la salud colectiva, redimensiona las morfologías requeridas y las posibles formas que adquieran los sistemas de salud en cada país, territorio, contextualidad, sin recetas únicas y enlatadas.

En síntesis, pareciera necesario revisar, desde el pensamiento crítico en salud, la lógica de vivir en un mundo de certidumbres científicas indisputadas, totalizantes, monoculturales.

Una reconfiguración de conocer cómo conocemos en teorías y políticas sobre sistemas de salud en el siglo XXI es una invitación a suspender nuestros hábitos de certidumbres, de sofismas, de dilemas, de consignas líquidas, para desarrollar desde la potencialidad de producir alternativas de saber-hacer desde el Sur [11].

El efecto mariposa descrito por Lorenz [12] permite pensar en algunas aproximaciones de afrontamiento: estudiar pequeños cambios que, a veces, desde lo local, pueden producir “grandes” cambios en los sistemas de salud como sistemas complejos. Identificar los puntos clave de las dinámicas de reproducción de las matrices vigentes y ubicar dinámicas de transformación permiten salir(nos) de las tesis de parálisis, de subordinación, de reproducción o de determinismo frente a la complejidad de pensar los sistemas de salud desde el Sur global.

Impulsar una epistemología de refundación de los sistemas de salud y las políticas públicas resulta quizás imprescindible por una triple necesidad: teórica, práctica y metodológica, para una efectiva soberanía sanitaria en América Latina y el Caribe, como horizonte de transformación y reconstrucción de la esperanza.

Fuente de financiación

Ninguna

Conflicto de interés

Ninguno

Declaración de responsabilidad

Se declara que los puntos de vista expresados son responsabilidad del editorialista

Referencias

1. Quijano A. Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina. *Dispositivo*. 1999;(51):137-48.
2. Basile G. Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y Caribe. *Cuadernos del Pensamiento Crítico Latinoamericano*. 2020;(73).
3. O'Donnell G. Apuntes para una teoría del Estado. *Revista Mexicana de Sociología*, 1978;40(4):1157-99.
4. Basile G, Hernández Reyes A. (Coords.) (2021). *Refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe. Descolonizar las teorías y políticas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial CLACSO.
5. Maldonado Torres N. La descolonización y el giro des-colonial. *Tabula Rasa*. 2008;(9):61-72.
6. Walsh C. Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. *Tabula Rasa*. 2008(9):131-52.
7. Bautista Segalés JJ. (2014). *¿Qué significa pensar desde América Latina?* Madrid: Ediciones Akal.
8. Breilh J. *Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Corporación Editora Nacional; 2010.
9. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2013;31(Supl. 1):13-27.

10. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am. J. Public Health*, 2004;94(11):1864-74. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.11.1864>
11. Basile G, Feo O. Las 3 “D” sobre las vacunas de SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe: determinación, dependencia y descoordinación. *Cuadernos del Pensamiento Crítico Latinoamericano*. 2021;(91).
12. Lorenz EN. El efecto mariposa. En: Lorenz E. *La esencia del caos*. Madrid: Debate; 1993[1972], pp. 297-304.

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e349879>



Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
Más información: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>
